

Paliatívna medicína a liečba bolesti



Prehľadové články / Review articles

- » **Subkutánna aplikácia tekutín a liečiv (možnosti využitia v geriatrici a v paliatívnej medicíne)**
Subcutaneous application of fluids and drugs (utilization options in geriatrics and palliative care)
- » **Vybrané aspekty starostlivosti o pacienta s multiformným glioblastómom**
Selected aspects of care of a patient with glioblastoma multiforme
- » **Dústojnosť človeka v závere života, fenomén nádeje a empatie**
Human dignity at life's end, the phenomenon of hope and empathy
- » **Když je začátek života jeho koncem: úmrtí dítěte v kojeneckém věku**
When the beginning of the life is its end – death in the infant age

Pôvodné práce / Original articles

- » **Multidisciplinárny tím v paliatívnej péči na hematológii: prípadová studie**
Multidisciplinary team in palliative care at the haemato-oncology department – case study
- » **Diagnóza a prognóza fatálnych onemocnění: sdělovat – tajit? Od lůžka ke katedře**
Diagnosis and prognosis of fatal diseases: to communicate or to conceal? From the bed to the department
- » **Sociální problémy onkologicky nemocných: využití posuzovacího nástroje SDI-21 v klinické praxi**
Oncology patient's social difficulties – the application of the standardized questionnaire SDI-21 in clinical practice

Kalendár vzdelávacích podujatí 2019

Marec

- » **XXIX. bratislavské postgraduálne dni detskej neurológie**
15. – 16. marec 2019, Austria Trend Hotel, Bratislava

Apríl

- » **IX. sympóziu o primárnych imunodeficienciách**
24. apríl 2019, Austria Trend Hotel, Bratislava
- » **XII. neuromuskulárny kongres**
25. – 26. apríl 2019, Hotel Holiday Inn, Bratislava
- » **Pediatrica pre prax, 59. pediatrické dni**
25. – 26. apríl 2019, Hotel Saffron, Bratislava

Máj

- » **Dni molekulovej patológie**
23. – 24. máj 2019, Hotel Turiec, Martin

September

- » **Medicína pre prax, kongres lekárov prvého kontaktu, XV. ročník**
september 2019, Hotel Holiday Inn, Bratislava

September

- » **XXX. celoslovenská konferencia sestier pracujúcich v onkológii**
19. september 2019, Coop Jednota, Bratislava
- » **Bratislavské onkologické dni, XVI. ročník**
19. – 20. september 2019, Hotel Holiday Inn, Bratislava

Október

- » **X. pracovné dni neuropsychiatrie v Levoči**
3. – 4. október 2019, Mestské divadlo, Levoča
- » **Sympóziu praktickej neurológie, Neurológia pre prax, XIII. ročník**
24. – 25. október 2019, Grandhotel Praha, Tatranská Lomnica
- » **31. slovenský a český epileptologický zjazd**
25. – 26. október 2019, Grandhotel Praha, Tatranská Lomnica

November

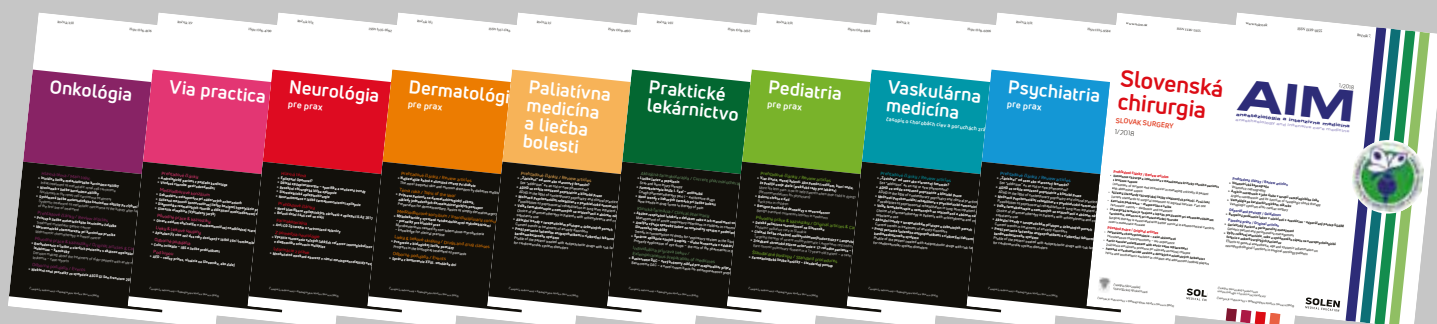
- » **Dermatológia pre prax**
8. – 9. november 2019, Grandhotel Praha, Tatranská Lomnica
- » **8. slovenská konferencia o zriedkavých chorobách**
14. – 15. november 2019, Austria Trend Hotel, Bratislava

www.solen.sk, kongres@solen.sk

SOLEN
MEDICAL EDUCATION



Poznáte všetky časopisy vydavateľstva Solen?



Navštívte www.solen.sk

a prečítajte si stovky odborných článkov z rôznych oblastí medicíny

- » Kvalitné odborné texty zamerané predovšetkým na prax
- » PDF článkov online zadarmo (po roku od publikovania)
- » Časopisy v tlačenej verzii si môžete objednať na adrese: predplatne@solen.sk

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

www.solen.sk



Detská paliatívna liečba – pomoc deťom, ktorých život je krátky a vzácny

S pokrokom medicíny dokážeme dnes väčšinu vážne chorých detí zachrániť. V rámci rôznych pediatrických odborov sa v praxi aj naďalej stretávame s deťmi, ktorých zdravotný stav sa rýchlejšie či pomaly zhoršuje a ktorým choroba v konečnom dôsledku skracuje život. Všetci, ktorí s nimi kráčajme, všetci, ktorí im pomáhame zmierniť utrpenie, všetci, ktorí spolu s nimi hľadáme čo im prináša radosť, im pomáhame žiť. Život nevyliciteľne chorého a zomierajúceho dieťaťa a jeho kvalita je hlavnou témou detskej paliatívnej starostlivosti.

Deťi, ktorým paliatívna liečba môže pomôcť dosiahnuť vyššiu kvalitu života, nie je málo. Na Slovensku zatiaľ nevidujeme ich počet a nemonitorujeme ich potreby. Dostupné sú iba dáta o mortalite detí so život limitujúcimi a/alebo ohrozujúcimi chorobami (LLD – life limiting disease), ktoré odrážajú potrebu poskytovania detskej paliatívnej starostlivosti v terminálnom štádiu. Celková potreba poskytovania detskej paliatívnej starostlivosti je však omnoho (cca 10 – 30-krát) vyššia.

Spektrum diagnóz, detí a ich rodín, ktoré vyžadujú paliatívny prístup je veľmi široké. V britskom adresári LLD je dnes evidovaných viac ako 700 diagnóz. Rozmanité sú aj ich potreby a prania, ktoré sa menia s progresiou choroby. Niektorým pomôže paliatívna liečba poskytovaná primárnymi pediatriami, iní aspoň prechodne potrebujú paliatívnu liečbu na detskom oddelení či špecializovanej detskej klinike. Zahraničné štúdie potvrdzujú, že 50 % detí s LLD potrebuje špecializovanú paliatívnu liečbu zabezpečovanú kvalifikovanými odborníkmi. Ak by kvalitná paliatívna starostlivosť v domácom prostredí bola dostupná, uprednostnilo by ju 90 % detí a rodín. Som presvedčená, že detská paliatívna liečba by mala byť prevažne liečbou domácou. Domov je naša rodina, domov je miesto, ktoré poznáme, domov sú všetci, ktorí nás milujú. Domov je najlepšie miesto, kde sa deti učia radosť zo života, ale aj rozlúčiť sa a smútiť, keď strácajú.

Detská paliatívna medicína je v 75 % problematikou detských nenádorových ochorení. Väčšinu detí so zhubnými nádormi dnes dokážeme zachrániť. Nielen na Slovensku, ale aj vo svete, lekári, ktorí rozvíjali odbor detskej paliatívnej medicíny vyšli prevažne z radov detských onkológov. Stojí pred nami výzva osloviť a nájsť kolegov z iných odborov, ktorí by sa v rámci nemocničných oddelení a kliník dlhodobo venovali problematike pomoci deťom s LLD.

Detská paliatívna medicína je vo viac ako 50 % problematikou novorodeneckého a dojčenského veku. Mnohé závažné vrodené vývojové chyby a syndrómy, metabolické a neurodegeneratívne ochorenia sa prejavujú v krátkom čase po narodení a ich progresia je rýchla. Liečba, sprevádzanie a starostlivosť o tieto deti a rodiny majú svoje špecifiká. Aby paliatívna liečba a starostlivosť bola kvalitná, včasná a plánovaná spolupráca viacerých odborníkov (gynekológ, neonatológ, špecialista v paliatívnej starostlivosti a pod.) je nevyhnutná.

Situácia na Slovensku dnes nie je uspokojivá. V roku 2016 bola domáca paliatívna liečba poskytnutá len 2,5 % nevyliciteľne chorým a zomierajúcim deťom, len 11,5 % detí s LLD zomrelo doma. Poskytovali ju tri detské domáce hospice, ktorých lekári pracujú aj na detských onkologických oddeleniach v Bratislave (PLAMIENOK, n. o.), Banskej Bystrici (Svetielko nádeje, o. z.) a v Košiciach (Svetielko pomoci, n. o.). Od roku 2017 domácu paliatívnu starostlivosť poskytuje aj detský domáci hospic Pod krídlami Dominiky v Nitre.

Pomoc, ktorú ponúkame nevyliciteľne chorým, zomierajúcim a smútiacim deťom je dar. Bolesť, ktorú prežívame, keď život dieťaťa sa blíži k svojmu koncu môže byť vyvážená pocitom hlbokého naplnenia. Prežívame ho vtedy, keď je naša ľudská aj odborná pomoc účinná a kvalita života dieťaťa i celej rodiny vyššia. Ak sme dokázali zmierniť utrpenie dieťaťa na znesiteľnú úroveň a život rodiny je, napriek tomu, naplnený blízkosťou a láskou, ciele paliatívnej starostlivosti boli naplnené.

Úvodné slovo je prevzaté z časopisu *Pediatrics pre prax* 1/2018



MUDr. Mária Jasenková
Plamienok, n. o., Bratislava

Obsah

Content

Úvodné slovo

Editorial

Prehľadové články

Review articles

3

MUDr. Mária Jasenková

Detská paliatívna liečba – pomoc deťom, ktorých život je krátky a vzácny

6

MUDr. Jana Hoozová

Subkutánna aplikácia tekutín a liečiv (možnosti využitia v geriatrickej a v paliatívnej medicíne)

Subcutaneous application of fluids and drugs (utilization options in geriatrics and palliative care)

12

Mgr. Dominika Kalánková, Mgr. Radka Kurucová, PhD.,
prof. Mgr. Katarína Žiaková, PhD., Mgr. Daniela Bartoníčková

Vybrané aspekty starostlivosti o pacienta s multiformným glioblastómom

Selected aspects of care of a patient with glioblastoma multiforme

17

Doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc., PhDr. Mgr. Pavla Kudlová, PhD.

Dústojnosť človeka v závere života, fenomén nádeje a empatie

Human dignity at life's end, the phenomenon of hope and empathy

20

Mgr. Ivana Olecká, Ph.D., PhDr. Mgr. Naděžda Špatenková, Ph.D.

Když je začátek života jeho koncem: úmrtí dítěte v kojeneckém věku

When the beginning of the life is its end – death in the infant age

23

MUDr. Gonzalo Alonso Ramos Rivera, MUDr. Zlatica Pavlovičová,
MUDr. Miriam Kolníková, PhD.

Bolesti chrbta u dětí

Back pain in children

28

Mgr. Lucia Kralovičová, Hana Kolibiarová, MSW, MUDr. Mária Jasenková

Viac života, menej bolesti. Ako pomôcť rodičom, ktorí vedia, že prežijú svoje dieťa (praktické rady pre lekárov)

More life less pain. How to help parents when their child is dying?

(Recommendations for physicians)

PALIATÍVNA MEDICÍNA A LIEČBA BOLESTI

Ročník 11, 2018, číslo 1-2e, vychádza 2-krát ročne
Dátum vydania: február 2019

Vychádza v spolupráci s:

- Slovenskou spoločnosťou paliatívnej medicíny SLS (www.paliativnemedicina.eu)
- Českou společností paliatívnej medicíny (www.paliativnemedicina.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. Jana Hoozová
MUDr. Mária Jasenková
MUDr. Ladislav Kabelka, Ph.D.
MUDr. Peter Križan, CSc.
MUDr. Kristína Križanová
PhDr. Jana Nemcová, PhD.
MUDr. Ondřej Sláma, Ph.D.
prof. MUDr. Jiří Vorlíček, CSc.

Odborní editori:

MUDr. Jana Hoozová
MUDr. Kristína Križanová

Vydavateľ:

SOLEN, s. r. o., IČO 35865211

Sídlo vydavateľa a adresa redakcie:

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

Redaktorka časopisu:

Michaela Malová, 0903 463 286, malova@solen.sk

Grafická úprava a sadzba:

Ján Kopčok, kopcok@solen.sk

Všetky publikované články prechádzajú recenziou.

Registrácia MK SR pod číslom EV3582/09

ISSN 1339-4193 (online)

Časopis je indexovaný v Bibliographia Medica Slovaca (BMS).

Citácie sú spracované v CiBaMed.

Citačná skratka: Paliat. med. liec. boles.

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

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

Vydavateľ nenesie zodpovednosť za údaje a názory autorov jednotlivých článkov.

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

Pôvodné články

Original articles

- 32** PhDr. ThLic. Marta Hošťálková, Th.D., Ph.D., MUDr. Renata Urbanová, Ph.D., Bc. Jitka Vítková
Multidisciplinárny tím v paliatívnej péči na hematológii: prípadová studie
 Multidisciplinary team in palliative care at the haemato-oncology department – case study
- 36** Doc. PhDr. Kateřina Ivanová, Ph.D., Mgr. Ivana Olecká, Ph.D., Mgr. Adéla Lemrová
Diagnóza a prognóza fatálnych onemocnění: sdělovat – tajit? Od lůžka ke katedře
 Diagnosis and prognosis of fatal diseases: to communicate or to conceal? From the bed to the department
- 39** PhDr. Mgr. Naděžda Špatenková, Ph.D., MBA, Bc. Petra Smičková, Mgr. Ivana Olecká, Ph.D.
Sociální problémy onkologicky nemocných: využití posuzovacího nástroje SDI-21 v klinické praxi
 Oncology patient's social difficulties – the application of the standardized questionnaire SDI-21 in clinical practice
- 44** PhDr. Katarína Zrubáková, PhD., PhDr. Mária Novysedláková, PhD., doc. MUDr. Ivan Bartošovič, PhD., mim. prof., PhDr. Mgr. Mariana Magerčiaková, PhD., doc. PhDr. Mgr. Helena Kadučáková, PhD.
Využitie nefarmakologickej liečby u terminálne chorých seniorov
 The use of non-pharmacological treatment in terminally ill seniors
- 48** MUDr. Ondrej Kysel, MUDr. Mária Jasenková
Detská paliatívna starostlivosť na Slovensku
 Pediatric palliative care in Slovakia
- 53** MUDr. Monika Náležinská, MUDr. Ondřej Sláma, Ph.D., MUDr. Josef Chovanec, Ph.D.
Paliativní péče v gynekologické onkologii – komentované kazuistiky
 Palliative care in gynecological oncology – commented case reports
- 61** MUDr. Mária Voleková, MUDr. Júlia Popálená
Domáca parenterálna výživa u onkologických pacientov
 Home parenteral nutrition in cancer patients
- 66** Mgr. Andrea Filová, PhDr. Lucie Sikorová, Ph.D.
Potreby onkologicky nemocných dětí z perspektivy dětí a rodičů
 The needs of children with cancer – A view from the perspective of the children and the parents
- 70** Bc. Eva Cimbálníková, doc. Ing. Iva Brabcová, Ph.D.
Úloha sestry v ošetrovateľskej péči o dieťa během chemoterapie
 The nurse's role in caring for a child during chemotherapy

Ošetrovateľstvo

Nursing care

Subkutánná aplikácia tekutín a liečiv (možnosti využitia v geriatrickej a v paliatívnej medicíne)

MUDr. Jana Hoozová

Hospic – Liečebňa sv. Františka, Bratislava

Subkutánne podávanie tekutín možno v indikovaných prípadoch využiť na hydratáciu dospelých (najmä geriatrických) pacientov. Paliatívna medicína využíva tento spôsob aplikácie liečiv aj na kontrolu symptómov. Pri odbornej aplikácii je táto metóda bezpečná, účinná, pacientmi dobre tolerovaná, možno ju realizovať aj doma a tým predchádzať zbytočným hospitalizáciám na akútnych oddeleniach.

Kľúčové slová: subkutánný, paliatívna indikácia, hypodermoklýza, kontrola symptómov, inkompatibilita

Subcutaneous application of fluids and drugs (utilization options in geriatrics and palliative care)

Subcutaneous infusion of fluids can be used in indicated cases to hydrate an adult patient (especially the elderly). Palliative care utilized this drug administration for symptoms control. When administered professionally, this method is safe, effective, well tolerated by the patient; can be done at home, thus avoiding unnecessary acute care hospitalizations.

Key words: subcutaneous, palliative indication, hypodermoclysis, symptoms control, incompatibility

Paliat. med. liec. boles., 2018;11(1-2e):6-11

Úvod

Subkutánná (s. c.) aplikácia je v dobe modernej medicíny každodenne využívanou formou parenterálnej liečby u pacientov bez ohľadu na vek a prognózu, napríklad pri aplikácii inzulinu, nízkomolekulárnych heparínov, rastových faktorov, imunoglobulínov, interferónov, rôznych hormonálnych prípravkov. Zdokonaľujú sa aj vstupy, cez ktoré sa liečivá do subkutánneho priestoru podávajú (špeciálne kanyly, ihly, implantáty, porty). Článok sa zameriava **na subkutánnu aplikáciu tekutín (hypodermoklýzu), elektrolytov a liečiv u pacientov v geriatrickej a paliatívnej medicínskej starostlivosti**, u ktorých je potrebné nahradiť perorálne a intravenózne podávanie liečby. Dôvodom je neschopnosť perorálneho (p. o.) príjmu pre rôzne príčiny (demencia, dysfágia, nauzea, vracanie, obštrukcia tráviaceho traktu, výrazná slabosť, poruchy vedomia, odmietanie p. o. liečby), nepriaznivé podmienky na vytvorenie a udržiavanie venózneho vstupu u týchto pacientov, ale aj výhody v zmysle menej invazívneho a obťažujúceho prístupu pre pacienta, pomalého a plynulého vstrebávania, efektívnej biologickej dostupnosti subkutánne aplikovaných infúzných roztokov a liečiv. Autorka pri písaní článku využíva aj osobné praktické skúsenosti.

Základné informácie

Tekutiny a liečivá podávané do subkutánneho priestoru sa dostávajú do krvného obehu vďaka kapilárnej difúzii, podľa veľkosti molekúl lymfatickou alebo krvnou cestou. Subkutánne tkanivo má nízku proteolytickú aktivitu a pH 7,38 – 7,45, hydrostatický tlak limituje množstvo a rýchlosť podávania tekutín. Nástup účinku je v porovnaní s intramuskulárnym podaním pomalší (15 – 20 min. po podaní). Rýchlosť absorpcie liečiv zo subkutánneho priestoru je pomalá, biologická dostupnosť je ovplyvnená lokalizáciou vpichu (hrúbka tukovej vrstvy, prekrvenie, teplota v mieste aplikácie). Najrýchlejšia a najmenej variabilná absorpcia je na bruchu v oblasti nad m. rectus abdominalis. Ďalšími vhodnými miestami na s. c. aplikáciu je vonkajšia strana paže v oblasti m. biceps brachii, gluteálne priestory v oblasti m. gluteus medius, vonkajšia strana stehna v oblasti m. quadriceps femoris, predná (interkostálna) a zadná (skapulárna) plocha hrudníka (obrázok 1). Farmakokinetika je porovnateľná s intramuskulárnym podaním, pri subkutánnom podávaní je výhodou pomalšie vstrebávanie a vyrovnané hladiny v krvi. Tekutiny sa zo subkutánneho priestoru vstrebávajú do venózneho riečiska kompletne (1, 2, 3, 4, 5).

Na subkutánnu aplikáciu nie sú vhodné miesta s poškodenou kožou

a podkožím – zmeny po rádioterapii, lymfédem a iné poruchy lymfodrenáže, iritácia kože, jazvy, indurácie, zápalový a stagnačný opuch, nádorom infiltrovaná koža, miesta s tenkou vrstvou podkožného tuku, záhyby kože a prominencie kostí. U pacientov s generalizovaným opuchom sa s. c. podávané lieky a roztoky vstrebávať nebudú, u chudých pacientov a u pacientov s tracheostómiou je odporúčané voliť miesto vpichu v oblastiach dolnej polovice tela. U pacientov s ascitom nie je vhodná lokalizácia vpichu na bruchu (2, 3, 6, 7).

Podľa liečebného zámeru podávame s. c. injekcie **bolusom** v objeme 0,5 – 2 ml, väčšie objemy do 50 ml kontinuálne **formou iniektomatu** (lineomat, „pumpa“) a formou **infúzie** v objeme 100 – 500 ml. Pri bolusovom podávaní sú vhodné ihly dlhé 25 – 30 mm s priemerom 0,5 – 0,6 mm, pri kontinuálnom zavádzaní do podkožia kanyly so spojovacou hadičkou. Možno použiť teflonové aj kovové „motýlikové“ kanyly, maximálne 20 mm dlhé, s priemerom 18 – 24 G (najvhodnejšie sú žltá, modrá, zelená) alebo špeciálnu s. c. kanylu BD Saf-T-Intima™ (2, 3, 4, 5, 7, 8). Miesto vpichu dezinfikujeme roztokom jódovaného povidónu (pozor na alergiu na jód) a následne alkoholovým prípravkom. Ihlu alebo kanylu zavádzame pod 45-stupňovým uhlom do

vytvorenej riasy, ktorá obsahuje kožu a podkožie (nie sval), po aspirácii nesmie byť v komôrke kanyly prítomná krv. Kanylu fixujeme transparentnou náplastou, ktorá umožňuje pravidelnú kontrolu miesta vpichu a okolia. Je potrebné fixovať aj spojovaciu hadičku (prevencia vytiahnutia/deformovania/zalomenia kanyly pri manipulácii s infúznou súpravou alebo pri polohovaní pacienta). Teflónové kanyly sú menej dráždivé a nie je riziko poranenia pri neodbornej manipulácii s pacientom alebo pri náhodnom vytiahnutí (2, 3, 4). Kanyly meníme podľa zvyklostí pracoviska každých 48 hodín až 7 dní, v závislosti od funkčnosti kanyly a prípadných komplikácií (2, 6, 7). Denne kontrolujeme vpich a jeho okolie (prítomnosť a charakter opuchu, zmien na koži) pred podaním ordinovanej s. c. liečby, priebežne každé 4 hodiny počas aplikácie infúzie, alebo ak rýchlosť nie je primeraná nastaveniu, injektomat signalizuje poruchu prietoku, pacient má zvýšenú teplotu tela alebo signalizuje diskomfort, prípadne zistíme vlhké oblečenie nad oblasťou zavedenia kanyly.

Indikácie, kontraindikácie a komplikácie s. c. liečby

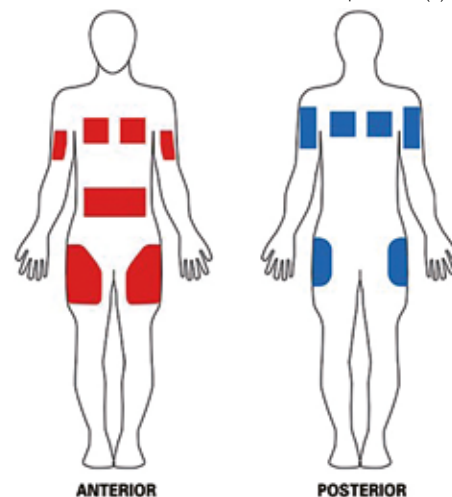
Subkutánna liečba je užitočná pre **terminálnych pacientov bez ohľadu na vek**, u ktorých nie je možný dostatočný alebo akýkoľvek p. o. príjem a kanylácia venózneho systému je problematická, nie je udržateľná alebo jej negatíva prevyšujú benefity. Ďalšou skupinou sú nie-umierajúci **geriatrickí a gerontopsychiatrickí pacienti** s akútnym zhoršeným stavom hydratacie, u ktorých hypodermoklýza pomôže preklenúť obdobie nadmernej straty tekutín, sodíka a draslíka (napríklad pri hnačke, febrilitách). Subkutánnu liečbu tak možno využiť pri menej závažnej dehydratácii a iónovej dysbalancii nátría a kália na rehydratáciu a korekciu ionogramu. Dobré využiteľná je aj pri chronickej parenterálnej podpore hydratacie pacientov, ktorí dlhodobo nedokážu vypiť dostatočné množstvo tekutín. V paliatívnej indikácii môžeme okrem tekutín v primeranom množstve subkutánne podávať aj väčšinu liečiv, ktoré sú potrebné na kontrolu symptómov. V terminálnych fázach ochorení, keď pacienti

nie sú schopní dostatočného alebo žiadneho perorálneho príjmu a žilový systém je väčšinou fragilný alebo inak poškodený, máme tak možnosť pohodlne liečiť pacienta bez opakovaných bolestivých vpichov pri „hľadaní žily“ v snahe získať a udržať žilový prístup. Pacientov (aj dezorientovaných) s. c. kanyla irituje menej, redukuje sa tak rozvoj agitovaných stavov súvisiacich so samotnou kanylou. Jej zavedenie je menej bolestivé a technicky nenáročné, pohyb pacienta nemusí byť nutne obmedzený, pacienti s. c. kanylu lepšie tolerujú (3, 4, 6, 9). U starších pacientov s nedostatočnou funkciou obličiek alebo srdca je navyše výhodou, že tekutiny sa z podkožia vstrebávajú pomaly a pri primerane zvolenom množstve a rýchlosti infúzie nie je riziko preťaženia systémového obehu (4, 6, 10).

Hypodermoklýzu najčastejšie využívajú geriatry a lekári, ktorí poskytujú paliatívnu liečbu. Napriek tomu, že táto metóda podávania tekutín a liekov je účinná, neinvazívna a lacná, na tzv. akútnych oddeleniach prakticky všetkých medicínskych odborov sa stále aj pri „banálnej“ rehydratácii preferuje u starých a umierajúcich pacientov kanylácia periférnej alebo centrálnej žily (4, 9) niekedy súbežne s fyzickou fixáciou nepokojného pacienta, ktorý sa pre diskomfort snaží odstrániť si venózný vstup. Zvyšuje sa tak riziko rozvoja ďalších komplikácií súvisiacich s odstránením i. v. vstupu a umelou imobilizáciou pacienta. Navyše, takto „pacifikovaný“ pacient stráca dôstojnosť a autonómiu.

Dĺžka subkutánnej liečby závisí od celkového stavu pacienta, klinickej odozvy a prognózy. Ak bola hypodermoklýza indikovaná ako premostenie v čase prechodného zhoršenia u pacienta s dobrou prognózou, k ukončeniu pristupujeme po obnove dostatočného p. o. príjmu (prechodne je vhodná paralelná hydratacia). V hospicovej starostlivosti (ústavnej aj mobilnej) je s. c. aplikácia liekov metódou voľby u väčšiny pacientov v období aktívneho zomierania, najčastejšie ako analgetická alebo paliatívna sedatívna liečba. Rovnako sa môže využiť v čase prechodného zhoršenia stavu pri tzv. odstrániteľnej príčine aj u pacienta s expektanciou dožitia týždne a mesiace (11). Do hospicu sme prijali 61-ročnú

Obrázok 1. Vhodné miesta na s. c. aplikáciu (1)



onkologickú pacientku po mozgovocievnej príhode v kritickom stave pre kruté bolesti, vracanie, nechutenstvo, nepokojnú, bez verbálneho kontaktu pre vyčerpanosť, s opuchmi pri nadmernej i. v. hydratacii a katabolizme, 2 týždne neprijímajúcu perorálne. Indikovali sme subkutánnu kontinuálnu liečbu symptómov injektomatom s bolusovou dávkou v úvode a hypodermoklýzu s cieľom bazálnej hydratacie. Po týždni liečby bola pacientka bez opuchov, schopná adekvátneho kontaktu, symptómy boli dobre kontrolované, perorálny príjem sa postupne obnovoval natoľko, že bolo možné na prechodný čas ukončiť subkutánnu liečbu, kým sa stav pacientky neskomplikoval recidívou mozgovocievnej príhody.

Kontraindikáciou samotnej s. c. aplikácie sú závažná trombocytopenia a koagulopatia, prejavy krvácania a výrazná kachexia. Subkutánnu liečbu nie je indikovaná v urgentných a akútnych stavoch u pacientov s dobrou prognózou ani pri ťažkej dehydratácii a iónovej dysbalancii u starších, doteraz zdravých seniorov, u ktorých je žilový prístup aplikácnou cestou voľby (2, 3, 6). Subkutánnym prístupom nemožno podávať výživovú liečbu (4).

Vo všeobecnosti má s. c. kanylácia menej komplikácií ako venózna. Pri nedodržaní hĺbky aplikácie (prienik do svalu) je nástup účinku rýchlejší, hladina v sére osciluje a aplikácia je bolestivá. Náhodnú kanyláciu žily vylúčime úvodnou aspiráciou. Bolesť môže byť prítomná aj pri rýchlom podaní väčšieho objemu tekutín následkom útlaku mäkkých tkanív.

Oproti venóznym kanylám nie je riziko bakteriémie a sepsy. Infekcia v mieste zavedenia s. c. kanyly vzniká výnimočne, najmä pri nesprávnej ošetrovateľskej starostlivosti. Prejavy sú rôzne, od lokálnej nezávažnej iritácie kože až po infekciu (flegmóna, absces, nekróza). Pri dennej kontrole miesta vpichu však nehrozí závažnejšia infekcia (2, 3, 5). Kanylu je potrebné z tohto miesta odstrániť a postihnuté miesto ošetriť podľa nálezu (dezinfekcia vpichu, aplikácia lokálnych prípravkov s protizápalovým účinkom, napríklad Tannin alkohol 3 %, Dermazin crm., octanový obklad, antibiotiká pri závažných lokálnych a celkových prejavoch infekcie). Mierny nebolestivý opuch v mieste aplikácie je prirodzený a prijateľný, pri výraznejšom opuchu (alebo nižšej teplote kože v porovnaní s iným miestom tela) je vhodné spomaliť rýchlosť infúzie. Pri aplikácii do brušnej steny môžeme pozorovať perigenitálny opuch, pomôcť môže spomalenie rýchlosti infúzie alebo rotácia kanyly na iné miesto, prípadne podanie diuretík. Iritácia kože v okolí vpichu nemusí byť len prejavom infekcie. Môže byť spôsobená samotným aplikovaným liečivom, ktoré je dráždivé alebo alergizujúce, alebo je podané v nesprávnej koncentrácii. Príčinou môže byť aj nesprávna kombinácia liečiv, ktoré sú chemicky inkompatibilné. Výnimočne vznikne hematóm alebo krvácanie priamo z vpichu ako závažnejšia komplikácia s. c. liečby. Kanylu je potrebné odstrániť, sledovať prípadné pokračovanie krvácania a postihnuté miesto adekvátne ošetriť podľa závažnosti nálezu, pri podozrení na poruchu hemostázy zvážiť ďalší postup (3, 4, 6, 10).

Subkutánne podávané roztoky

Pre hypodermoklýzu sú prijateľné **0,9 % aj 0,45 % roztok NaCl, Ringerov aj 5 % roztok glukózy**. Podávame ich klasickou infúznou súpravou, pri tejto aplikácii sa využíva gravitácia. Rýchlosť podávania infúzie je 50 – 150 ml/hod., maximálne 1 500 ml za 24 hodín, napríklad 500 ml roztoku stečie za 8 hodín pri rýchlosti 20 kvapiek za minútu. Väčšie množstvo tekutín (najviac však 3 000 ml s. c. za deň) treba podávať cez 2 prístupy. Oddelený dvojkanalový prístup je potrebné použiť aj pri podávaní viac ako

3 liečiv, alebo ak sú liečivá inkompatibilné. Dvojkanalový prístup využívame zriedkavo, pretože zvyšuje diskomfort pacienta. Podľa zvyklostí pracoviska a komfortu pre pacienta sa používajú rôzne hydratačné režimy, napríklad podanie 500 ml tekutín v priebehu 2 hodín (následne sa tekutina z podkožia vstreba) alebo podávanie počas noci, aby cez deň infúzia pacienta neobmedzovala (2, 3, 6, 10). Na našom pracovisku využívame tento spôsob u dezorientovaných pacientov, ktorí cez deň neúčelne manipulujú s predmetmi v dosahu vrátane infúznej súpravy. Krehkým pacientom v domácej starostlivosti a s obmedzenou schopnosťou prirodzenej hydratacie sme aj viac mesiacov prostredníctvom našej geriatrickej ambulancie v spolupráci s ADOS podávali s. c. infúzie v objeme 500 – 1 000 ml počas 2 – 3 dní. Predišli sme tak dehydratácii a následnej hospitalizácii so všetkými jej negatívami u týchto rizikových seniorov.

Kontrola symptómov

Subkutánne podávané liečivá kontrolujú všetky **najčastejšie riešené symptómy** v paliatívnej fáze ochorenia – bolesť, dýchavicu, nauzeu, úzkosť, delírium, vracanie, intrakraniálnu hypertenziu, nadmernú bronchiálnu alebo gastrointestinálnu sekréciu. V tejto indikácii sú samostatne alebo v kombinácii používané najmä morfín, haloperidol, levomepromazín, metoklopramid, midazolam, butylskopolamín, furosemid a dexametazón, niektoré z nich off-label (7, 12). Subkutánne možno podávať aj KCl (max. koncentrácia 20 – 40 mmol/l), omeprazol a H₂-blokátory (famotidín, ranital), niektoré antibiotiká (ampicilín, cefepim, cefotaxim, ceftazidim, ceftriaxon), bisfosfonáty (kyselina zolendrónová), setróny (granisetón), oktreotid (2, 3, 6). Podrobnejšie sa v článku spomínajú liečivá reálne dostupné a používané v našich podmienkach.

Po iniciovaní liečby dávku titrujeme podľa efektu a prípadných negatívnych účinkov. Udržanie efektívnej hladiny liečiv umožní kontinuálna aplikácia (kontinuálna subkutánna infúzia, CSCI) pomocou lineomatu (lineárny dávkovač, „pumpička“) s prípadným bolusovým podaním podľa potreby („boost“

funkcia na prístroji alebo jednoduché s. c. podanie striekačkou) (6, 13, 14). Lieky možno v striekačke (najčastejšie 20 ml) kombinovať podľa osvedčenej **chemickej kompatibility a stability** miešaného roztoku. Chemická kompatibilita znamená, že liečivo nevytvára s riediacim roztokom a s ostatnými liečivami v striekačke inú chemikáliu, ktorá by znižovala alebo ničila jej terapeutický efekt, alebo by bola pre pacienta toxická. Známe kombinácie garantujú bezpečnosť a účinnosť liekov v kombinácii, je však pravidlom skontrolovať každý roztok v striekačke aj pri jeho príprave (vizuálna alebo fyzická kompatibilita znamená, že roztok je číry, bezfarebný a nezráža sa). Vhodným roztokom na riedenie/zmiešanie je pri väčšine preparátov fyziologický roztok, výnimkou je cykлизín, ktorý treba riediť s injekčnou vodou (7, 12). Dôležité je najmä pH kombinovaných liečiv. Niektoré sa zrážajú pri vyššej koncentrácii, napríklad haloperidol, niektoré vyžadujú vhodnú teplotu. Pri s. c. podaní sú diazepam, ketamín, levomepromazín a u nás nedostupný cykлизín výrazne iritujúce (7, 14, 17). Preto sa tieto lieky neindikujú na s. c. podanie. Na lineomate nastavujeme rýchlosť aplikácie v ml/hod., na tzv. Graseby pumpách v mm za hodinu alebo v mm za 24 hodín (ide o dĺžku v milimetroch, ktorou sa posúva piest striekačky za hodinu alebo za 24 hodín bez ohľadu na to, či je striekačka s objemom 10 ml alebo 20 ml).

Údaje o kompatibilitate možno vyhľadať v pravidelne aktualizovaných odborných publikáciách (napríklad The Syringe driver continuous subcutaneous infusions in palliative care a The syringe driver database on the palliative care website (www.palliativedrugs.com), dostupné sú aj rôzne tabuľky na rýchly prehľad, prispôbované lokálnej dostupnosti jednotlivých preparátov (obrázok 2). Zároveň platí štandardná obozretnosť s ohľadom na vedľajšie a nežiaduce účinky liekov u konkrétneho pacienta, ako aj interakcie s ostatnou podávanou liečbou. Na tomto mieste je zároveň vhodné pripomenúť, že v paliatívnej medicíne využívame aj vedľajší efekt liekov, ako napríklad anticholinergický efekt butylskopolamínu alebo antiemetický efekt haloperidolu.

Medikácia pri kontrolovaní symptómov subkutánne v paliatívnej indikácii

Butylskopolamín – Buscopan: rýchly účinok do 30 minút, jednotlivá dávka 20 mg bolusom, maximálna 120 mg na deň (formou CSCI), nemá centrálné účinky (sedácia, paradoxná agitácia), využíva sa primárny spazmolytický efekt, ale aj vedľajší antisekrečný efekt pri terminálnom zahlienení dýchacích ciest, pri hromadení stagnačných tekutín pri paréze a obštrukcii tráviaceho traktu, pri nadmernom paraneoplastickom potení. Dávku treba prispôbiť stavu renálnych funkcií, u starších pacientov s kardiálnym zlyháváním je vyššie riziko tachykardie, obozretnosť je potrebná pri hyperplázii prostaty, myasténii, glaukóme a hypertyreóze. Zvážiť treba aj jeho podanie pri horúčke, keďže blokuje potenie, treba myslieť na možný vznik retencie moču a neprijemný pocit sucha v ústach, dôsledne dbať na zvlhčovanie slizníc ústnej dutiny (15, 16, 17, 18, 19).

Dexametazón (off-label): glukokortikoid s protizápalovým, antiedémovým a antipyretickým efektom. Podľa indikácie dávka s. c. 2 – 16 mg na 24 hod., indikovaný pri refraktérnej neuropatickej a kostnej bolesti, kompresii miechy, intrakraniálnej hypertenzii a edéme mozgu, obštrukcii čreva a dýchacích ciest nádorom, bolestiach spojených s napätím kapsuly pečene, napríklad pri metastázach, aj ako antiemetikum. Keďže nemá mineralokortikoidný účinok, pri dlhodobom podávaní je potrebné myslieť na substitúciu hydrokortizónom pri adrenokortikálnej insuficiencii. Subkutánne možno dexametazón použiť na zmiernenie prejavov pri lokálnej iritácii iným s. c. podaným liekom. Potrebná je obozretnosť u pacientov s cukrovkou a s psychickými problémami, zhoršuje svalovú atrofiu a zvyšuje riziko gastroduodenálnych vredov. Subkutánne ho možno podať bolusovo, kombinácie sa neodporúčajú pre riziko inkompatibility, keďže je alkalický (17, 18, 19).

Furosemid (off-label): sulfónamidové kľúčkové diuretikum s účinkom aj pri zníženej funkcii obličiek; znižuje plniaci tlak ľavej komory, pôsobí hypotenzívne. Hlavnou indikáciou je terminálne kongestívne srdcové zlyhávanie, inak ne-

Obrázok 2. Príklad schémy kompatibility kombinovaných liekov pri s. c. podávaní (20)

Compatibility of drugs for use in syringe drivers over 24 hours of subcutaneous infusions	clonazepam	cyclizine	dexamethasone	fentanyl	glycopyrrolate	haloperidol	hyoscine butyl bromide (Buscopan [®])	hyoscine hydrobromide	ketamine	methohexital/levomepromazine	methadone	metoclopramide	midazolam	morphine sulphate (normal strength)	morphine sulphate (high strength)	morphine tartrate (high strength)	octreotide	ondansetron	oxycodone	phenobarbitone
clonazepam	-	SI	Y	?	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	?	Y	?
cyclizine	SI	-	SI	Y	Y	SI	Y	Y	?	Y	Y	Y	SI	Y	Y	Y	Y	Y	SI	Y
dexamethasone	Y	SI	-	?	?	SI	Y	Y	Y	SI	Y	Y	SI	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
fentanyl	?	SI	?	-	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	?	Y	?	Y	Y	?	Y
glycopyrrolate	Y	Y	?	Y	-	Y	?	NA	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N
haloperidol	Y	Y	SI	Y	Y	-	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	SI	Y	Y	Y	?
hyoscine butyl bromide (Buscopan [®])	Y	SI	Y	Y	?	Y	-	NA	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	?
hyoscine hydrobromide	Y	Y	Y	Y	NA	Y	NA	-	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	?
ketamine	Y	?	Y	Y	Y	Y	Y	Y	-	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	?
methohexital/levomepromazine (Buscopan [®])	Y	Y	SI	Y	Y	Y	Y	Y	-	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	SI	Y	Y	?
methadone	Y	?	Y	?	Y	Y	?	Y	?	Y	-	Y	Y	?	?	?	?	?	?	N
metoclopramide	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	-	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	?
midazolam	Y	SI	SI	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	-	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	?
morphine sulphate (normal strength)	Y	Y	Y	?	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	-	NA	Y	Y	Y	Y	NA	?
morphine tartrate (high strength)	Y	Y	Y	?	?	SI	?	Y	Y	Y	Y	Y	Y	NA	-	?	Y	Y	NA	Y
octreotide	Y	SI	SI	Y	Y	Y	Y	Y	Y	SI	Y	Y	Y	Y	Y	?	Y	Y	Y	?
ondansetron	?	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	?
oxycodone	Y	SI	Y	?	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	NA	NA	Y	Y	Y	Y	?
phenobarbitone	?	?	?	Y	N	?	?	?	?	?	N	?	?	?	?	Y	?	?	?	-

Diluent: water is recommended for all infusions except ketamine, octreotide, ondansetron and levomepromazine where sodium chloride 0.9% should be used although in combinations consider water.

KEY:
Y = compatible
N = incompatible
SI = sometimes incompatible (usually at higher concentrations)
NA = not usually used together
? = unknown

Combinations that have been used
morphine + clonazepam + cyclizine (morphine sulphate and tartrate)
morphine + clonazepam + dexamethasone (morphine sulphate and tartrate)
morphine + clonazepam + haloperidol (morphine sulphate and tartrate)
morphine + clonazepam + ketamine (morphine sulphate and tartrate)
morphine + clonazepam + metoclopramide (morphine sulphate Y, tartrate SI)

Other combinations:
morphine + cyclizine + dexamethasone (morphine sulphate and tartrate)
morphine + cyclizine + haloperidol (morphine sulphate and tartrate)
morphine + cyclizine + hyoscine butyl bromide (morphine sulphate, tartrate SI)
morphine + cyclizine + metoclopramide (morphine sulphate and tartrate)
morphine + cyclizine + midazolam (morphine sulphate and tartrate)

Info from:
1) The Palliative Care Handbook 4th Edition 2009 – 24 hour syringe driver compatibility for subcutaneous administration table. 2) Palliative Medicine Handbook on line at <http://book.pallcare.info/index.php>
3) Compatibility of syringe driver admixtures for continuous subcutaneous infusions, Department of Pharmacy, Auckland District Health Board 2002 4) Palliative Care Formulary on line at www.palliativecare.org.uk 5) Gardiner P R. Compatibility of an injectable oxycodone formulation with typical diluents, syringes, tubings, infusion bags and drugs for potential co-administration. Hospital Pharmacist 2003; 10: 354-61

riešiteľná artériová hypertenzia, zahlienenie v dýchacích cestách, prípadne malígnu ascites s portálnou hypertenziou a udržiavanie diurézy pri obličkovom zlyhávani, pokiaľ je furosemid účinný. Pri s. c. podaní sa účinok dostaví do 30 minút, trvá 4 hodiny. Obozretnosť je nutná pri cukrovke, hepatálnom a obličkovom zlyhávani a dysbalancii elektrolytov, keďže okrem vody spôsobuje zvýšené vylučovanie sodíka, chloridov, draslíka, vápnika a horčíka. Môže spôsobovať iritáciu a štiepanie v mieste aplikácie. Dávka 20 – 140 mg na deň, preferuje sa kontinuálne podávanie pred bolusovým, radšej samostatne, referovaná inkompatibilita pri zmiešaní s midazolamom a metoklopramidom (17, 18, 19).

Granisetron (off-label): 5HT₃ antagonist serotonínu, antiemetikum; v paliatívnej indikácii a s. c. možno skúsiť podať, ak pacient nereaguje na ostatné antiemetiká, pri refraktérnom prurite (navodenom opioidmi) alebo hnačkách (karcinoid). Dávka bolusom od 1 mg 2-krát denne až do 3 mg 3-krát denne alebo CSCI v max. dávke 9 mg na deň. Nevýhodou je vysoká cena, môže znižovať účinok paracetamolu, metoklopramidu a tramadolu, predlžovať QT-interval (pozor na súčasné podávanie antiarytmik, haloperidolu), v kombinácii s tramadolom, SSRI alebo mirtazapínom

zvyšuje riziko rozvoja serotonínového syndrómu (17, 18, 19).

Haloperidol (off-label): incizívne neuroleptikum, centrálny a periférny antagonist dopamínových receptorov s anticholinergickým efektom, viaže sa aj na opioidové receptory. V paliatívnej indikácii sa používa ako antiemetikum, pri refraktérnej štikútavke, zmätenosti, agitácii a terminálnom delíriu rôznej etiológie, aj ako prevencia nauzey a vracania v úvode liečby opioidmi. Pri prechode z p. o. na s. c. aplikáciu platí pomer dávky 3 : 2 (perorálne : subkutánne). Iniciálna dávka je 0,5 – 1,5 mg, denná menej ako 5 mg väčšinou nemá sedatívny účinok, maximálna denná dávka je 5 mg ako antiemetikum, pri psychotických prejavoch a terminálnej agitácii či delíriu 25 mg. Dlhý polčas umožňuje s. c. podanie bolusom, u terminálnych pacientov je vhodnejšia CSCI. U seniorov potrebná obozretnosť pre extrapyramídové príznaky, riziko predĺženia QT-intervalu a vzniku torsade de pointes, pacienti trpiaci demenciou majú vyššie riziko náhlej smrti. Haloperidol riedený vo fyziologickom roztoku je v niektorých prípadoch kompatibilný v závislosti od koncentrácie, keď precipituje nad 1 mg/ml (riedenie 5 % glukózou alebo vodou pre injekcie je možné). Najčastejšie sa kombinuje s morfinom a/alebo s midazolamom (17, 18, 19).

LevomEPROMAZÍN – Tisercín (off-label): sedatívne neuroleptikum, analóg chlórpromazínu s výraznejším inhibičným účinkom na psychomotoriku; tlmi senzorické stimuly, znižuje motorickú aktivitu, pôsobí silne sedatívne; vďaka antagonistickému účinku na ďalšie neurotransmitterové systémy má aj účinok antiemetický, antihistamínový, antiadrenergický a anticholinergický. Obozretnosť je potrebná u diabetikov (hyperglykémia), pacientov s epilepsiou a s Parkinsonovou chorobou, má výrazný hypotenzívny (pozor pri kombinácii s morfinom) a extrapyramídový potenciál, hrozí predĺženie QT-intervalu. U ľudí nad 50 rokov je potrebné jeho podanie zvážiť s ohľadom na prínos. Pre dlhý polčas (15 – 30 hodín) môže byť nastavenie na CSCI problematické, navyše s. c. dávka je dvojnásobne účinná, preto by mala byť o polovicu nižšia ako p. o. dávka. Vhodnejší je s. c. bolus na noc s ohľadom na výraznejšiu sedáciu alebo ako CSCI pri inak nezvládnuteľnom terminálnom delíriu. Je voľbou ako antiemetikum pri obličkovom zlyhavaní. Titrácia dávky od 12,5 – 25 mg s denným maximom 25 mg ako antiemetikum, 200 mg v indikácii terminálneho delíria. Je inkompatibilný s alkalickými roztokmi, prípadné sfarbenie roztoku pri riedení do fialova je nežiaduce (fotooxidácia) (17, 18, 19).

MetokloPRAMID – Degan, Cerucal (off-label): prokinetikum a antiemetikum s centrálnymi účinkami; môže vyvolať nepokoj, extrapyramídové prejavy alebo ospalosť, dlhodobá liečba môže spôsobiť najmä u starších osôb potenciálne ireverzibilnú tardívnu dyskinézu, preto by sa malo užívanie ukončiť po 5 dňoch, denná dávka by nemala prekročiť 30 mg a odstupy medzi jednotlivými dávkami (10 mg) by mali byť minimálne 6 hodín. Pri hepatálnom zlyhavaní je potrebné redukovat dávku na polovicu, denná dávka 30 mg je bezpečná aj pri pokročilom obličkovom zlyhavaní. Ďalšími paliatívnymi indikáciami sú dyspepsia, pálenie záhy, štikútavka, gastroparéza (17, 18, 19).

MidazolAM (off-label): krátko pôsobiaci benzodiazepín, anxiolytikum, hypnotikum a sedatívum. Po s. c. aplikácii sa dobre absorbuje (je lipofilný). Indikáciou na samostatné podávanie alebo v kombinácii s haloperidolom a/

alebo morfinom je terminálna liečba bolesti a/alebo paliatívna sedácia pre dyspnoe, epilepsiu, štikútavku, svrbenie, nezvratné krvácanie, myoklonus, anxiózu a agitáciu. Obozretnosť je potrebná pri obličkovom, hepatálnom alebo kardiálnom zlyhavaní, pri chronickej respiračnej insuficiencii a myasténii. Dlhodobá liečba vyvoláva fyzickú závislosť, preto pri náhlom ukončení hrozia príznaky z odňatia. Iniciálna s. c. dávka je 2,5 – 5 mg bolusom, 10 mg formou CSCI s maximom 60 mg na deň (17, 18, 19).

Morfín (Morphin Biotika 1 %): analgetikum, anodynum, silný opioid, po s. c. podaní sa dobre vstrebáva, vrchol účinku je po 50 – 90 minútach, biologický polčas sú 2 hodiny, trvanie účinku 4 až 5 hodín. Vplyvom na centrálnu nervovú sústavu (CNS) tlmi bolesť, môže navodiť psychomotorický útlm, relaxáciu a eufóriu, znižuje dychový objem, frekvenciu a citlivosť dýchacieho centra na CO₂. Používa sa na kontrolu bolesti a dýchavice. Metabolizuje sa prevažne v pečeni, riziko kumulácie aktívnych metabolitov je najmä pri obličkovom poškodení, keď treba zohľadniť dávkovanie, sledovať prípadné prejavy toxicity alebo voliť vhodnejší fentanyl v náplastovej forme. Fentanyl alebo sufentanyl v parenterálnej forme nie je pre paliatívnu medicínu k dispozícii. Obozretnosť je tiež potrebná pri poruchách pasáže, akútnej respiračnej insuficiencii, poraneniach hlavy a iných stavoch intrakraniálnej hypertenzie. Dávkovanie pri s. c. podaní závisí od doterajšej anamnézy užívania opioidov, pri prvom podaní je bezpečná dávka 2 – 3 mg bolusom a 10 mg na 24 hodín formou CSCI, potrebnú dávku titrujeme podľa efektu, dôsledne sledujeme rozvoj prípadných všeobecne známych komplikácií. Morfín je kompatibilný s najčastejšie využívanými liečivami v kombinácii – s haloperidolom, midazolamom a butylskopolaminom. Pri terminálnych stavoch možno kombinovať buprenorfín a fentanyl v náplastovej forme s morfinom podávaným CSCI (17, 18, 19).

Oktreotid – Sandostatin: syntetický derivát somatostatínu; v paliatívnej indikácii sa využíva najmä jeho antisekrečný efekt a zníženie motility (ascites, nadmerná sekrécia v bronchoch, secerujúce fistuly, hlienotvorné nádory,

stagnačná sekrécia a vracanie pri paréze alebo obštrukcii tráviaceho traktu, vysoký výdaj tekutín pri ileostómii, hnačka asociovaná s malignitou, chemoterapiou alebo rádioterapiou) v dávke 200 – 500 mg formou CSCI dostatočne rozriedené. Bolusové podanie je bolestivé, redukuje sa zohriatím na telesnú teplotu. Nevýhodou je relatívne vysoká cena, obozretnosť je potrebná pri cukrovke a obštipácii, pri dlhodobej liečbe je riziko rozvoja hepatopatie, hypotyreózy a tvorby cholelitov (17, 18, 19).

Inhibítory protónovej pumpy – omeprazol: s. c. ako off-label v paliatívnej indikácii pri bolestivej refluxovej ezofagitíde (19); publikovaná bola skúsenosť s podaním pomalejš. c. infúzie omeprazolu 40 mg v 100 ml fyziologického roztoku pacientom s retrosternálnou bolesťou, bez komplikácií a s dobrým efektom. Zatiaľ nie sú jednoznačné odporúčania na s. c. podávanie inhibítorov protónovej pumpy (21, 22).

Ranitál (off-label): antagonista H₂ receptorov; inhibuje bazálnu a stimulovanú sekréciu žalúdočnej kyseliny a pepsínu, redukuje množstvo žalúdočných štiav, v paliatívnej indikácii sa využíva pri dyspepsii, symptomatickej gastroezofágovej chorobe a črevnej obštrukcii. Obozretnosť je potrebná pri obličkovom poškodení, denná dávka je 100 mg formou CSCI, maximálna 200 mg (pri poškodení obličiek 100 mg), pre nedostatočné informácie o kompatibilitate radšej podávať samostatne. Môže vyvolať nauzeu a obštipáciu (17, 18, 19).

Záver

Subkutánna aplikácia tekutín, elektrolytov a liečiv je ideálnym spôsobom podávania liečby pre pacientov, u ktorých je perorálny príjem z rôznych dôvodov obmedzený alebo nemožný, venózný prístup sa nedá zabezpečiť a udržať a zdravotný stav pacienta po komplexnom zhodnotení všetkých faktorov nevyžaduje invazívne postupy. Táto metóda parenterálnej liečby je bezpečná, jednoducho realizovateľná, pre pacienta pohodlná, má málo a menej závažných komplikácií ako venózný prístup (nehrozia najčastejšie obávané komplikácie, ako sú flebitída, infekcie, trombóza, agitovanosť pacienta pre diskomfort), umožňuje

väčší výber vhodného miesta na zavedenie kanyly, prerušenie a opätovné spustenie infúzie vyžaduje menej odborných úkonov. Ďalšou výhodou je nízka ekonomická náročnosť. Možno ju realizovať aj v domácich podmienkach, rutinne sa využíva u pacientov v starostlivosti mobilných a kamenných hospicov a bola by ideálnym spôsobom podpory hydratácie aj pre klientov v dlhodobej starostlivosti sociálnych zariadení, ktorí z rôznych dôvodov nie sú schopní prijímať tekutiny orálne v dostatočnom množstve. U pacientov, ktorých perorálny príjem tekutín nahradíme hypodermoklýzou, nesmieme zabúdať na komplexnú starostlivosť a dbať na hygienu a pravidelné zvlhčovanie slizníc ústnej dutiny. Dôležitou súčasťou subkutánnej aplikácie liečiv je dôsledne vedená zdravotná dokumentácia.

Literatúra

1. Bruno VG. Hypodermoclysis: a literature review to assist in clinical practice. 2015 Jan–Mar;13(1):122–8. doi: 10.1590/S1679-45082015RW2572. Epub 2015 Mar 24.
2. Mašková E, Kubová K. Subkutánní aplikace léčiv – přehled a výhody podání. Remedia. 2014. Available from: <http://www.remmedia.cz/Archiv-rocniku/Rocnik-2014/6-2014/e-1AD-1MK_magissue.aspx>.
3. Kala M. Komplikace podkožního podávání infuzí v paliativní péči a možnosti jejich řešení. Interní Med. 2013;15(1):36–37.
4. Sasson M, Shvartzman P. Hypodermoclysis: an alternative infusion technique. Am Fam Physician. 2001 Nov 1;64(9):1575–8.
5. Barua P, Bhownick BK. Hypodermoclysis – a victim of historical prejudice. Age Ageing. 2005 May;34(3):215–7.
6. Sláma O. Podkožní aplikace léků a tekutin v paliativní medicíně. Paliat.med. liec. boles. 2008;1(2):64–66.
7. Available from: <<http://www.emrpcc.org.au/wp-content/uploads/2012/10/Syringe-Driver-Drug-Compatibilities-May-2016.pdf>>.
8. Available from: <<https://www.caresearch.com.au/caresearch/Portals/0/Documents/WhatIsPalliativeCare/NationalProgram/PCForPeopleAtHome/CSAH-Medication-Booklet-2016.pdf>>.
9. Rochon PA, Gill SS, Litner J, et al. A systematic review of the evidence for hypodermoclysis to treat dehydration in older people. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 1997 May;52(3):M169–76.
10. Caccialanza R, Constans T, Cotogni P, et al. Subcutaneous Infusion of Fluids for Hydration or Nutrition: A Review. JPEN J Parenter Enteral Nutr. 2016 Nov 2. pii: 0148607116676593. [Epub ahead of print].
11. Ferris FD, von Gunten ChF, Emanuel LL. Ensuring competency in end-of-life care: controlling symptoms. BMC Palliat Care. 2002;1:5. Published online 2002 Jul 30. doi: 10.1186/1472-684X-1-5.
12. Available from: <<http://www.nhs.uk/nhs.uk/Service/PalliativeCare/Documents/Guidelines%20for%20the%20use%20of%20Subcutaneous%20Medications%20in%20Palliative%20Care.pdf>>.
13. Available from: <<https://www.caresearch.com.au/caresearch/Portals/0/Documents/WhatIsPalliativeCare/NationalProgram/PCForPeopleAtHome/CSAH-Medication-Booklet-2016.pdf>>.
14. Dickman A, Bickerstaff M, Jackson R, et al. Identification of drug combinations administered by continuous subcutaneous infusion that require analysis for compatibility and stability. BMC Palliat Care. 2017 Mar 23;16(1):22. doi: 10.1186/s12904-017-0195-y.
15. van Esch HJ, van Zuylen L, Oomen-de Hoop E, et al. Scopolaminebutyl given prophylactically for death rattle: study protocol of a randomized double-blind placebo-controlled trial in a frail patient population (the SILENCE study). BMC Palliative Care. 2018;17:105. Available from: <<https://doi.org/10.1186/s12904-018-0359-4>>.
16. Mercadante S, Marinangeli F, Masedu F, et al. Hyoscine Butylbromide for the Management of Death Rattle: Sooner Rather Than Later. J Pain Symptom Manage. 2018 Dec;56(6):902–907. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2018.08.018. Epub 2018 Aug 31.
17. Dickman A, Schneider J. The syringe driver. Continuous subcutaneous infusions in palliative care. 4th ed. New York: Oxford University Press; 2016.
18. Available from: <<https://www.adc.sk/>>.
19. Twycross R, Wilcock A, Howard P. Palliative Care Formulary. 6th ed. London: Pharmaceutical Press/palliativedrugs.com Ltd.; 2018.
20. Available from: <http://mobcdhb.palliativecare.org.nz/4162_1.htm>.
21. Agar M, Webster R, Lacey J, et al. The use of subcutaneous omeprazole in the treatment of dyspepsia in palliative care patients. J Pain Symptom Manage. 2004 Dec;28(6):529–31.
22. Subcutaneous Administration of Proton Pump Inhibitors in Palliative Care Patients: A Review of Clinical Effectiveness and Guidelines. 2009. Available from: <<https://www.cadth.ca/media/pdf/htis/L0082%20Subcutaneous%20Administration%20of%20Proton%20Pump%20Inhibitors%20in%20Palliative%20Care%20Patients%20final.pdf>>.

MUDr. Jana Hoozová

Hospic – Liečebňa sv. Františka
Krásna 22, 821 05 Bratislava

Vybrané aspekty starostlivosti o pacienta s multiformným glioblastómom

Mgr. Dominika Kalánková¹, Mgr. Radka Kurucová¹, PhD., prof. Mgr. Katarína Žiaková, PhD.¹, Mgr. Daniela Bartoníčková²

¹Ústav ošetrovateľstva, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave, Martin

²Neurologická klinika 2. lekárskej fakulty a Fakultní nemocnice v Motole, Praha

Multiformný glioblastóm patrí do skupiny high-grade gliómov a so svojím IV. stupňom malignity sa zaraďuje medzi najagresívnejšie nádory mozgu. Prognóza pacientov je infaustná. Okrem manažmentu symptómov je nevyhnutné sústrediť sa aj na ďalšie aspekty starostlivosti. Cieľom príspevku bolo sumarizovať vybrané aspekty starostlivosti o pacienta s multiformným glioblastómom, na ktoré by mal ošetrojúci personál klást dôraz. Príspevok bol spracovaný formou prehľadovej štúdie. Podpora je významným aspektom starostlivosti o pacientov s multiformným glioblastómom, pretože si vyžadujú špecializovanú, komplexnú a intenzívnu ošetrovateľskú starostlivosť. Jej cieľom by malo byť najmä zvládanie symptómov ochorenia v kontexte podpory sebestačnosti v aktivitách denného života, emocionálnej, sociálnej a spirituálnej podpory. Sestra ako platná členka multidisciplinárneho tímu v starostlivosti o týchto pacientov je funkčným elementom efektívne a kvalitne poskytovanej starostlivosti o pacientov a ich rodinu, s cieľom udržania kvality života v čo najvyššej možnej miere.

Kľúčové slová: multiformný glioblastóm, ošetrovateľská starostlivosť, podpora, potreby pacientov

Selected aspects of care of a patient with glioblastoma multiforme

Glioblastoma multiforme belongs to the group of high-grade gliomas and its 4th grade of malignity is among the most aggressive brain tumors. Prognosis of patients is unfavorable. Excepting the symptom management, it is necessary to focus on other aspects of care. The paper aimed to summarize selected aspects of care in patients with glioblastoma multiforme which should be emphasized by the attending staff. The paper was proceeded in the form of an overview study. Support is a significant aspect of the care of patients with glioblastoma multiforme because they require specialized, comprehensive and intensive nursing care. The emphasis should be placed on symptom management of the disease in the context of self-care support in daily living activities, emotional, social and spiritual support. A nurse, as a valid member of a multidisciplinary team in the care of these patients, is a functional element of effectively and in a high quality provided care to patients and his family to promote the quality of life at the highest possible level.

Key words: glioblastoma multiforme, nursing care, support, patient needs

Paliat. med. liec. boles., 2018;11(1-2e):12-16

Úvod

Multiformný glioblastóm (ďalej GBM) patrí so svojím IV. stupňom malignity podľa Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) k najagresívnejším malígnym a zároveň najčastejším astroglíálnym primárnym nádorom centrálnej nervovej sústavy u dospelých (1, 2). Je to intrakraniálny nádor, ktorý sa vyznačuje expanzívnym rastom a infiltratívnym charakterom. Najčastejšie postihuje ľudí v staršom veku, a to medzi 55. až 84. rokom života, no jeho prítomnosť u mladších osôb už nie je výnimkou (3). Prognóza ochorenia je infaustná. Ochorenie sprevádza široká škála závažných obťažujúcich symptómov. Vzhľadom na krátke prežívanie pacientov by sa mal ošetrojúci personál zamerať predovšetkým na podporu pacientov v oblastiach denného života, ich psychické prežívanie, komunikáciu a informovanosť či spirituálnu podporu. Podľa

Piilovej et al. (4) sú práve tieto oblasti najvýraznejšie ovplyvnené u pacientov s high-grade gliómami, ku ktorým patrí aj GBM. Jednotlivé aspekty starostlivosti o pacienta s GBM identifikovali Halkettová et al. (5). Zahŕňajú informovanosť týkajúcu sa najnovších výskumných dôkazov v liečbe nádorov mozgu, potrebu byť znovu sám sebou aj po stanovení diagnózy, čo koreluje s finančným dopadom ochorenia na život pacienta, potrebu byť bez psychických prejavov ochorenia. Dôležitá je oblasť podpory, ktorá neobsahuje len emocionálny aspekt najmä vo forme podporného rozhovoru, ale aj legálnu asistenciu a možnosť využitia rehabilitačných a iných služieb. Lanbeckerová, Yatesová (6) ďalej vymedzujú oblasti starostlivosti, na ktoré by sa mali sestry u pacientov s GBM zamerať. Tie zahŕňajú také pocity pacienta, ako neistota týkajúca sa budúcnosti, úzkosť a zmena osobnosti, a neschopnosť

vykonávať aktivity denného života. Ošetrovateľská starostlivosť by sa preto nemala zameriavať len na fyzické prejavy ochorenia, ale malo by sa dbať aj o psychické prežívanie pacientov. Podľa Jandovej et al. (7) unikátne potreby pacientov s GBM vychádzajú najmä z vnútorného prežívania, ktoré sa zameriava na pocity týkajúce sa zmeny osobnosti, premeny na iného človeka ako pred stanovením diagnózy. V neposlednom rade je dôležitým aspektom starostlivosti komunikácia a s tým spojená informovanosť pacienta týkajúca sa nielen najnovších výskumných výsledkov v liečbe nádorov, ktorá je v kompetenciách lekára, ale i nežiaducich účinkov liečby, ktorá spadá medzi kompetencie sestry. Progresiou ochorenia dochádza k strate zamestnania, keď sa z pracujúceho človeka stáva invalidný dôchodca, a je to hlavne finančný dopad ochorenia, s ktorým sa pacienti aj ich opatrovatelia veľmi ťažko

vyrovnávajú. Z uvedených výskumných poznatkov (4, 5) vyplývajú najdôležitejšie oblasti, na ktoré sa potrebujeme z hľadiska ošetrovateľskej starostlivosti nevyhnutne zamerať, a preto tieto aspekty ďalej rozoberáme v článku.

Podpora pacienta s GBM v oblastiach denného života

Postupnou progresiou ochorenia dochádza k zmene životného štýlu pacienta s GBM (8). Fyzické príznaky spôsobujú obmedzenie v aktivitách, s najvýraznejším dopadom na pracovnú oblasť, aktivity denného života či stupeň fyzickej aktivity. S pridávajúcimi sa neurologickými či kognitívnymi deficitmi dochádza k postupnej strate nezávislosti pacienta (9). Podľa Caversovej et al. (10) je práve podpora pacienta jedným zo základných pilierov starostlivosti, a to nielen v súvislosti s emocionálnym, rehabilitačným, finančným, praktickým, ale i spirituálnym aspektom. Pacienti s GBM majú veľmi špecifické potreby. Zdrojom podpory pacienta sú predovšetkým zdravotnícki profesionáli, u ktorých v prvej línii stojí sestra, všeobecný lekár, neurochirurg, onkológ, sociálny pracovník a psychológ. Informácie dopĺňa rodina, priatelia, susedia či kolegovia z práce (11). Dôsledkom kognitívneho deficitu a fyzickej disability pacient stráca možnosť pracovať, viesť motorové vozidlo, žiť nezávisle od pomoci inej osoby či vykonávať bežné aktivity denného života vrátane nakupovania, domácich prác a prípravy jedla (8). Stáva sa pre neho náročný aj finančný manažment či pravidelné užívanie liekov (12). To všetko môže viesť k zmenám na úrovni rodiny a prenesení určitej zodpovednosti na opatrovateľa (13). Sestra musí nájsť alternatívny spôsob vykonávania denných aktivít a pomôcť pacientovi vyrovnávať sa s postupnou stratou nezávislosti (14). To je možné dosiahnuť i prostredníctvom rehabilitačnej podpory, ktorá je komplexná a zahŕňa v sebe niekoľko elementov. Podľa Piilovej et al. (15) najvýraznejší efekt na pacienta s GBM má kognitívny tréning, individualizované fyzické cvičenie, psychosociálna podpora/edukácia a masážna terapia. Bergo et al. (16) tvrdia, že práve prostredníctvom kognitívneho tréningu je

možné dosiahnuť zlepšenie kvality života a autonómie pacienta. Rehabilitačné cvičenie je tiež veľmi dôležitým elementom komplexnej rehabilitácie. Zahŕňa nacvičovanie aktivít denného života ako kúpanie, obliekanie, príprava jedla či vedenie domácnosti. Je najdôležitejším cvičením počas onkologickej liečby. Individuálna komplexná rehabilitačná podpora môže pomôcť pacientovi nielen v zlepšovaní jeho fyzického či kognitívneho fungovania, ale tiež v znižovaní únavového syndrómu (17). Únava je faktorom, ktorý znižuje funkčnosť pacienta a vnímanú kvalitu života a úzko súvisí s narušeným spánkom pacienta. Podľa Kima et al. (18) počas mesačnej rehabilitácie dochádza k zlepšeniu funkčných výsledkov a hrubej motoriky, pričom k zhoršeniu únavy nedochádza. Podľa Halkettovej et al. (5) je potrebné u pacientov s GBM venovať pozornosť v rámci podpory taktiež finančnému dôsledku ochorenia, fyzickej závislosti od opatrovateľa a psychickej odozvy na danú skutočnosť, komunikácii a ľahkému prístupu k službám, čo zahŕňa napríklad bezplatné parkovanie v areáli nemocnice, finančný príspevok na cestovanie, liečbu a pomôcky a možnosti prepravy pacienta do a z nemocnice. Jandová et al. (19) vymedzujú v oblasti podpory najmä praktickú podporu v domácnosti pacienta, finančnú podporu a emocionálnu podporu pri zvládaní pocitov neistoty, sociálnej izolácie, pri prekonávaní stigmy a pri prijímaní informácií týkajúcich sa prognózy. Podpora pacienta je komplexná a skladá sa z niekoľkých aspektov (20). Ownsworth et al. (11) opisujú emocionálnu, informačnú a praktickú podporu u pacientov s GBM. Emocionálna podpora od blízkej osoby a informovanosť pacienta sú v počiatočnom štádiu ochorenia najpodstatnejšími zložkami, ktoré napomáhajú u pacienta udržiavať nádej (21). Pacient očakáva pozitívny výsledok liečby, preto je nevyhnutná jeho neustála podpora (10). Praktická podpora spočíva hlavne vo finančnej výpomoci, starostlivosti o domácnosť, príprave jedla a starostlivosti o deti (11). S rozvíjaním príznakov ochorenia dochádza k finančným problémom, ktoré sa stávajú záťažou pacienta (22). Schubart et al. (23) uvádzajú ako najčastejšie dôvody stratu zamestnania pacienta a tým zníženie

příjmu do domácnosti, nevedomosť týkajúcu sa systému zdravotného poistenia a finančných benefitov vyplývajúcich z disability. Stanovenie diagnózy nádoru mozgu so sebou prináša právne dôsledky v oblasti vlastníctva vodičského preukazu, ktorý sa pacientovi odoberie (24). Pacient je závislý od opatrovateľa alebo iných osôb, ktoré mu pomáhajú dopraviť sa do nemocničného zariadenia, prípadne na spoločenské udalosti. Strata vodičského oprávnenia je však spätá so stratou nezávislosti a pacient má pocit straty kontroly (12).

Emocionálna podpora pacienta s GBM

Diagnóza GBM je pre pacienta šok vyúsťujúci do obáv a strachu. Je predstavou neistoty, ktorá sprevádza pacienta ešte dlhé obdobie i počas samotnej liečby (25). Neistotu prežíva chorý i v súvislosti s dopadom diagnózy na každodenný život, jeho rodinu a blízkych, s pooperačnou rekonvalescenciou, liečbou a progresiou ochorenia (12). S progresiou ochorenia prichádza i strata autonómie a s tým súvisiaca závislosť od inej osoby. Philipová et al. (26) zdôrazňujú prehlbovanie pocitov izolácie a osamelosti. Pacient bojuje s pocitom straty samého seba, keď už nie je tým istým človekom ako pred stanovením diagnózy. Pridružujú sa pocity úzkosti a depresie, ktoré dominujú počas celého obdobia ochorenia. Sú závažnými komplikáciami a prediktormi kvality života pacienta s GBM (27).

Depresia a úzkosť u pacienta s GBM

Depresia je častým príznakom sprevádzajúcim gliómové nádory. Prevalencia depresie je u týchto pacientov vyššia v porovnaní s ostatnými nádorovými ochoreniami (28). Rooney et al. (29) uvádzajú, že u pacientov s GBM je možné chápať depresiu ako biologickú poruchu, fázu psychickej odozvy na nevyliciteľné ochorenie alebo ich kombináciu. Vo výskyte depresie v závislosti od lokalizácie nádoru sa viacerí autori vo svojich štúdiách rozchádzajú. Zarghi (30) tvrdí, že depresia môže úzko súvisieť s lokalizáciou nádoru a najčastejšie sa rozvíja po operácii nádoru v ľavej časti

mozgu. Naopak, Arnold et al. (31) uvádzajú najčastejší výskyt depresie u pacientov s nádorom frontálneho laloku. Fordová et al. (32) upozorňujú, že signifikantný vzťah medzi vznikom depresie a lokalizáciou nádoru nebol preukázaný. Ďalej uvádzajú, že najčastejším faktorom spojeným s depresiou sú predchádzajúce psychiatrické ochorenia pozorované najmä u žien. Pacienti s GBM uvádzajú, že hlavnými príčinami ich depresívnej nálady je narušený obraz tela, neprekonateľná únava a zlý funkčný stav. Vargová (33) dopĺňa, že depresívna nálada sa u pacientov prehlbuje zlou toleranciou terapie, ako aj náročným zvládnutím symptómov ochorenia. Yang et al. (34) uvádzajú ako najčastejšiu príčinu rozvoja depresie u pacientov s GBM reakciu na oznámenie diagnózy, prítomnosť symptómov spojených s ochorením (najmä bolesť, únava a nauzea) a obavy z progresie ochorenia. Užívanie kortikosteroidov môže viesť k manifestácii depresie ako nežiaduceho účinku (35). Medzi prejavy depresie sa u pacientov s GBM zaraďuje beznádej, strata energie a záujmu, suicidálne sklony a pocity zbytočnosti (34). Cattová et al. (36) spolu s Rooneym et al. (29) konštatujú, že depresia je dôležitý prediktor zníženej kvality života u pacientov s GBM. Prejavy depresie sú často sprevádzané výskytom úzkosti (37). Úzkosť je prítomná u 8 – 12 % pacientov s GBM (21). Použitím hodnotiacej škály HADS je možné konštatovať výskyt úzkosti v rozmedzí od 30 % až do 48 % pacientov (32). K podobným výsledkom sa prikláňajú aj Song et al. (38) s 39 % pacientov udávajúcich úzkosť. Fordová et al. (32) opisujú spätosť výskytu úzkosti u pacientov s GBM rovnako ako pri depresii s predchádzajúcou anamnézou psychiatrických ochorení viazaných najmä na ženské pohlavie. Ako hlavné príčiny úzkosti u pacientov uvádzajú Noll et al. (39) neistotu spojenú s liečbou, prejavy ich ochorenia a dôsledky zdravotného stavu na ich doterajší život. Sterckxová et al. (25) špecifikujú úzkosť u pacientov s GBM v súvislosti s bolesťou, komplikáciami a epilepsiou. Úzkosť sa môže rozvinúť u pacienta s GBM i v súvislosti so situačným strachom alebo ako priamy následok progresie nádoru (37). Typickými prejavmi úzkosti u pacientov s GBM sú ustráchané

myšlienky, vnútorné napätie, nepokoj, náhly záchvat paniky, sklúčenosť, neistota a iné (40). Nerozpoznaná a neliečená úzkosť a depresia môžu viesť k rôznym problémom, zahrňujúc non-compliance pacienta, problémy s kontrolou symptómov či zníženú kvalitu života (37). Ošetrovateľská starostlivosť vychádza z uvedených poznatkov a zameriava sa najmä na rozoznanie daných porúch u pacientov s GBM a realizáciu vhodných intervencií. Dôležité postavenie v manažmente depresie a úzkosti má hlavne cieleňá komunikačná stratégia, psychosociálna a kognitívno-behaviorálna intervencia.

Sociálna podpora pacienta s GBM

Okrem spomínanej podpory v každodennom živote a emocionálnej podpory má svoje nezastupiteľné miesto v živote pacienta s GBM aj podpora sociálna. Z tejto oblasti má najväčší význam komunikácia s pacientom s nádorovým ochorením, ktorá priamo a zásadne ovplyvňuje jeho psychické prežívanie (32). Rosenblum et al. (41) poukazujú, že efektívnou komunikáciou a informovanosťou dokáže zdravotnícky personál celkom eliminovať pocity úzkosti a strachu, a to nielen u pacienta, ale i u jeho rodiny. Práve sestra je cenným zdrojom informácií pre pacienta a jeho rodinu, no tiež koordinátorkou komunikácie a psychologickou oporou (36). V komunikácii s pacientom s GBM musí využívať rôzne komunikačné stratégie, a to najmä pre často narušenú verbálnu komunikáciu v dôsledku ochorenia (42). Práve preto musia byť podľa Halkettovej et al. (12) informácie, ktoré sa pacientovi poskytujú, individualizované a podávané spôsobom, ktorý je pre pacienta relevantný. Nedostatočná komunikácia a informovanosť pacienta môže viesť k pocitom neistoty, chaosu a úzkosti (43).

Komunikácia pacienta s GBM

Rozhodujúcim aspektom ošetrovateľskej starostlivosti je komunikácia (44). Ako uvádzajú Wittenberg-Lylesová et al. (45), efektívna komunikácia s pacientom a jeho rodinou na začiatku liečebného procesu je predpokladom pre compliance pacienta a jeho psychic-

kú pohodu počas celého obdobia poskytovania starostlivosti. Sestra musí ovládať komunikačné stratégie a vedieť ich uplatniť na špecifickej skupine pacientov s GBM. Halkettová et al. (12) vo svojej štúdii zdôrazňujú, že u pacientov s GBM je komunikácia značne obmedzená v dôsledku kognitívneho deficitu a s tým súvisiacou narušenou pamäťou či dysfáziou. Fordová et al. (32) konštatujú, že práve kognitívny deficit úzko súvisí s komunikáciou, pochopením a robením rozhodnutí. Ďalšími faktormi ovplyvňujúcimi schopnosť komunikácie sú akútna zmätenosť, delírium a somnolencia (46). Podľa Gatelyho et al. (47) sa až u 30 % pacientov s GBM vyskytuje zhoršená verbálna stránka v zmysle narušenej plynulej komunikácie a dysfázie. Dysfázia vzniká u pacientov v dôsledku útlaku tkaniva nádorom alebo po operácii, keď dochádza k reverzibilnému a v niektorých prípadoch i k ireverzibilnému poškodeniu v oblasti rečového centra mozgu (48). Bizzi et al. (49) uvádzajú, že dysfázia sa môže u pacienta manifestovať ako problém pri rozprávaní s dosahom na používanie veľmi obmedzeného množstva slov, zamieňanie slov, schopnosť opísať objekt, ale neschopnosť ho pomenovať či schopnosť povedať len niekoľko slov vyjadrených na základe emócií. Podľa Thompsonovej et al. (50) sa môžu vyskytnúť tiež problémy s pochopením hovoreného slova, ktoré sa môžu prejaviť ako nepochopenie zmyslu dlhých viet či schopnosť písať, avšak neschopnosť prečítať napísané. Reč je plynulá, ale plná vymyslených slov nedávajúcich žiadny význam. Okolie nie je schopné pochopiť, čo sa pacient snaží povedať (51). Miceli et al. (52) upozorňujú, že s rozvinutím dysfázie môže dôjsť k vzniku afázie, a to v závislosti od lokalizácie tumoru – Wernickeho afázia alebo Brockovej afázia. Úlohou sestry je identifikovať u pacienta poruchu reči, porozumieť mu a pomôcť mu vo vyjadrení sa. Efektívna komunikácia medzi sestrou a pacientom je esenciálny prvok v dosiahnutí úspešného výsledku individualizovanej ošetrovateľskej starostlivosti. Sestra ju dosiahne prostredníctvom svojej zdvorilosti, láskavosti, úprimnosti a empatie (53). Nesmie však zabúdať na psychosociálny dopad porúch komunikácie.

Informovanosť pacienta s GBM

Komunikácia má kľúčovú úlohu v poskytovaní informácií (54). Informácie o zdravotnom stave podáva vždy lekár, avšak sestra má dominantné postavenie v edukácii pacienta (55). Hlavnými oblasťami edukácie sú chorobný proces so zameraním na manažment symptómov a nežiaduce účinky liečby. Ich efektívnym zvládnutím sestra podporuje pacientovu nádej a udržiava kvalitu života pacienta s GBM (8). Práve dostatok adekvátnych informácií podporuje elimináciu pocitov úzkosti (10). Taktiež Diaz et al. (56) uvádzajú, že nedostatok informácií vedie u pacientov k rozvoju pocitov úzkosti a neistoty. Naopak, zlepšenie komunikačného procesu aktívne prispieva k eliminácii pocitov úzkosti a smeruje k celkovej psychickej pohode pacientov. Moore et al. (57) definujú špecifické potreby pacientov s GBM v oblasti poskytovania informácií. Tie zahŕňajú pooperačné poskytnutie informácií na aktívne zapojenie sa do liečby, poučenie o ochorení a liečbe a nežiaducich účinkoch liečby, dopad ochorenia na kvalitu života pacienta, liekový manažment, údaje o prognóze, podporných skupinách a finančných zdrojoch. Tieto potreby sú unikátne a meniace sa počas pacientovho ochorenia. Sterckxová et al. (43) vymedzujú i praktické informácie, týkajúce sa rozvrhu liečby, termínov kontrol u lekára, s dôrazom na to, ako má pacient viesť svoj život a hlavne, aký dopad bude mať ochorenie na jeho každodenné aktivity. Tieto informácie pomôžu pacientovi pochopiť diagnózu, jej vplyv na život a pomôžu mu pripraviť sa na možné symptómy a situácie (25). Halketová et al. (12) zdôrazňujú najmä dostatok informácií pacienta vo vzťahu k prognóze ochorenia a potrebu poskytovania informácií v rôznych formách. Poznatky podporuje aj Lobbová et al. (58), vyzdvihuje dôležitosť individualizácie informácií týkajúcich sa prognózy. Snahou by však malo byť poskytovanie čo najšetrnejších údajov, s dôrazom na emocionálnu podporu (59). Okrem konkrétnych informácií je pre pacienta dôležitý aj zdroj ich získavania. Podľa Mekuria et al. (60) je to v prvom rade zdravotnícky personál na čele s ošetrovúcim lekárom a sestrou. Halketová et al. (5) vymedzujú ostatné zdroje, z ktorých

pacienti s GBM získavajú poznatky. Tie zahŕňajú onkologické poradenstvo, rodinu a blízke osoby, knižné publikácie, podporné skupiny a v najväčšej miere zastúpené informácie z internetu. Cattová et al. (36) však upozorňujú na nefiltrované informácie získané z internetu. Tie sú nežiaduce a môžu u pacienta vyvolať pocity neistoty, strachu, úzkosti a vzbudzovať u neho pocit nedôvery v ošetrojúci personál. Zatiaľ čo niektorí pacienti preferujú informácie poskytované v písomnej forme, iní zdôrazňujú dôležitosť verbálneho oznamovania a možnosť kontaktu so zdravotníckym personálom (12). Podľa AnĎelovej (61) viac ako 90 % sestier poskytuje informácie vo verbálnej podobe.

Spirituálna podpora pacienta s GBM

Jedným z aspektov podpory je uspokojovanie spirituálnych potrieb pacienta (62). Posúdenie a správna diagnostika spirituálnych potrieb je nevyhnutná pre neustále zvyšovanie kvality poskytovania komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti (63). Judgeová (62) tvrdí, že je dôležité, aby si sestra uvedomovala svoju osobnú spiritualitu a hodnoty na správne posúdenie spirituálnych potrieb pacienta a zvolenie formy poskytnutia spirituálnej starostlivosti. Identifikácia spirituálnych potrieb však nie je jednoduchá, ale najmä u pacientov s nevyliciteľným ochorením je prioritou a môže sa stať kľúčovým aspektom psychologického pôsobenia (63). Nixon et al. (64) vymedzujú duchovné potreby u pacienta s nádorom mozgu z pohľadu sestry ako potrebu hovoriť o duchovných obavách, preukazovanie citlivosti ako odpoveď na emócie pacienta a reagovanie na náboženské potreby. Z pohľadu pacienta sú spirituálnymi potrebami podpora rodiny, emocionálna podpora vo všeobecnosti, potreba mať sociálne kontakty, istota, zmysel života, plány do budúcnosti a pocit normálneho života (65). Novotná, Kala (66) odporúčajú pri uspokojovaní spirituálnych potrieb využiť niektorú z foriem spirituálnej starostlivosti, ako napríklad podporný, poradenský alebo terapeutický rozhovor, poskytnutie informácií pacientovi a rodine alebo len jednoduchá

prítomnosť pri pacientovi. Odrobiňák (67) dopĺňa religióznou starostlivosťou v zmysle sviatostnej služby alebo bohoslužby vo vyhradených priestoroch zdravotníckeho zariadenia. Pre pacientov s gliómovým nádorom je uspokojovanie spirituálnych potrieb cenným zdrojom sociálnej a emocionálnej podpory (14).

Záver

Počas trajektórie ochorenia prežíva pacient s GBM závažné symptómy a obmedzenia v každodennom živote. Podpora sestry v denných činnostiach je preto nevyhnutná. Vplyvom nepriaznivej prognózy ochorenia a fyzických príznakov na aktivity denného života je narušené aj psychické prežívanie pacienta. Depresia a úzkosť sú častou komplikáciou gliómových nádorov, so značnou morbiditou a dopadom na kvalitu života pacientov. Preukázalo sa, že demografické údaje ako pohlavie, vek či vzdelanie nesúvisia s výskytom úzkosti a depresie u pacientov s gliómovým nádorom, no naopak súvisia s fyzickými príznakmi a kognitívnym deficitom. Komplexná podpora pacienta, udržiavanie nádeje a optimizmu sú preukázateľné faktory zníženej úrovne úzkosti a depresie. Udržiavanie nádeje u pacienta sa orientuje hlavne na dobrú toleranciu podávanej liečby a informovanosť o najnovších výskumných poznatkoch v liečbe nádorov mozgu. Bolo preukázané, že takáto forma nádeje vplýva pozitívne na celkové zvládanie ochorenia. Podpora je teda nevyhnutnou súčasťou uspokojovania spomínaných potrieb pacienta. Sestry musia vedieť posúdiť individuálnu situáciu každého pacienta a prostredníctvom dostupných zdrojov determinovať vhodné intervencie na dosiahnutie optimálneho psychického prežívania pacienta. Dôležitým cieľom ošetrovateľskej starostlivosti je tiež udržanie sebestačnosti pacienta v oblasti aktivít denného života. S dôrazom na spomínané aspekty musí sestra vhodne zvoliť komunikačné stratégie a nezabudnúť na dôležitosť informovanosti pacienta.

Literatúra

1. Lakomý R, Burkoň P, Burkoňová D, et al. Nové možnosti liečby glioblastoma multiforme. *Klin Onkol.* 2010;23(6):381-387.
2. Kleinová R, Slabý O, Šáňa J. Význam mikroRNA u glioblastomových kmenových buniek. *Klin Onkol.* 2015;28(5):338-344.

3. Nelson JS, Burchfiel CM, Fekedulegn D, et al. Potential risk factors for incident glioblastoma multiforme: the Honolulu heart program and Honolulu-Asia aging study. *J Neuro-Oncol.* 2012;109(2):315-321.
4. Piil K, Jarden M, Jakobsen J, et al. A longitudinal, qualitative and quantitative exploration of daily life and need for rehabilitation among patients with high-grade gliomas and their caregivers. *BMJ Open* 2013;3(7):1-9.
5. Halkett GKB, Lobb EA, Rogers MM, et al. Predictors of distress and poorer quality of life in High Grade Glioma patients. *Patient Educ Couns.* 2015;98(4):25-532.
6. Lanbeck D, Yates P. Primary brain tumor patients' supportive care needs and multidisciplinary rehabilitation, community and psychosocial support services: awareness, referral and utilization. *J Neuro-Oncol.* 2016;127(1):91-102.
7. Janda M, Steginga S, Dunn J et al. Unmet supportive care needs and interest in services among patients with a brain tumour and their careers. *Patient Educ Couns.* 2008;71(2):251-258.
8. Davis ME, Stoiber AM. Glioblastoma multiforme: enhancing survival and quality of life. *Clin J Oncol Nurs.* 2011;15(3):291-297.
9. Piil K, Juhler M, Jakobsen J, et al. Daily life experiences of patients with a high-grade glioma and their caregivers: a longitudinal exploration of rehabilitation and supportive care needs. *J Neurosci Nurs.* 2015;47(5):271-284.
10. Cavers D, Hacking B, Erridge SC et al. Adjustment and support needs of glioma patients and their relatives: serial interviews. *Psychooncology* 2013;22(6):1299-1305.
11. Ownsworth T, Goadby E, Chambers SK. Support after brain tumor means different things: family caregivers' experiences of support and relationship changes. *Front Oncol.* 2015;5(33):1-13.
12. Halkett GKB, Lobb EA, Oldham L, et al. The information and support needs of patient diagnosed with High Grade Glioma. *Patient Educ Couns.* 2010;79(1):112-119.
13. Collins A, Lethborg C, Brand C, et al. The challenges and suffering of caring for people with primary malignant glioma: qualitative perspectives on improving current supportive and palliative care practices. *BMJ Support Palliat Care.* 2012;4(1):68-76.
14. Cavers D, Hacking B, Erridge SC, et al. Social, psychological and existential well-being in patients with glioma and their caregivers: a qualitative study. *CMAJ* 2012;184(7):373-382.
15. Piil K, Juhler M, Jakobsen J, et al. Controlled rehabilitative and supportive care intervention trials in patients with high-grade gliomas and their caregivers: a systematic review. *BMJ Support Palliat Care.* 2016;6(1):27-34.
16. Berge E, Lombardi A, Pambuku A, et al. Cognitive rehabilitation in patients with gliomas and other brain tumors: state of the art. *Biomed Res Int.* 2016;2016:1-11.
17. Hojan K. Challenges of rehabilitation for patients with primary malignant glioma – a review of recent literature. *J Med Sci.* 2016;85(2):131-137.
18. Kim RB, Chun MH, Han EY, et al. Fatigue assessment and rehabilitation outcomes in patients with brain tumors. *Support Care Cancer* 2012;20(4):805-812.
19. Janda M, Eakin EG, Bailey L, et al. Supportive care needs of people with brain tumors and their carers. *Support Care Cancer* 2006;14(11):1094-1103.
20. Weller M, van den Bent M, Hopkins K, et al. EANO guideline for the diagnosis and treatment of anaplastic gliomas and glioblastoma. *Lancet Oncol.* 2014;15(9):395-406.
21. Russell B, Collins A, Dally M, et al. Living longer with adult high-grade glioma: setting a research agenda for patients and their caregivers. *J Neuro-Oncol.* 2014;120(1):1-10.
22. Raju B, Paritosh P, Arivazhagan A, et al. Qualitative study on psychosocial needs of persons with glioblastoma in India. *IJRSL.* 2014;1(3):72-80.
23. Schubart RJ, Kinzie MB, Farace E. Caring for the brain tumor patient: family caregiver burden and unmet needs. *Neuro-Oncol.* 2008;10(1):61-72.
24. Piil K, Jakobsen J, Juhler M, et al. The feasibility of a brain tumour website. *Eur J Oncol Nurs.* 2015;19(6):686-693.
25. Sterckx W, Coolbrandt A, Clement P, et al. Living with a high-grade glioma: a qualitative study of patient's experiences and care needs. *Eur J Oncol Nurs.* 2015;19(4):383-390.
26. Philip J, Collins A, Brand CA, et al. "I'm just waiting...": an exploration of the experience of living and dying with primary malignant glioma. *Support Care Cancer* 2014;22(2):389-397.
27. Liu R, Page M, Solheim K, et al. Quality of life in adults with brain tumors: current knowledge and future directions. *J Neuro-Oncol.* 2009;11(3):330-339.
28. Piil K, Jakobsen J, Christensen KB, et al. Health-related quality of life in patients with high-grade gliomas: a quantitative longitudinal study. *J Neuro-Oncol.* 2015;124(2):185-195.
29. Rooney GA, Carson A, Grant R. Depression in cerebral glioma patients: a systematic review of observational studies. *J Natl Cancer Inst.* 2011;103(1):61-76.
30. Zarghi A. Assessment of cognitive impairments, depression, anxiety and quality of life among brain tumor patients and healthy adults. *ICNSJ.* 2014;1(2):55-60.
31. Arnold SD, Forman SM, Brigidi BD, et al. Evaluation and characterization of generalized anxiety and depression in patients with primary brain tumors. *Neuro-Oncol.* 2008;10(2):171-181.
32. Ford E, Catt S, Chalmers A, et al. Systematic review of supportive care needs in patients with primary malignant brain tumors. *J Neuro Oncol.* 2012;14(4):392-404.
33. Vargo M. Brain tumor rehabilitation. *AM J Phys Med Rehabil.* 2011;90(5/Suppl 1):50-62.
34. Yang YL, Liu L, Wang Y, et al. The prevalence of depression and anxiety among Chinese adults with cancer: a systematic review and meta-analysis. *BMC Cancer* 2013;13(393):1-15.
35. Yavas C, Zorlu F, Ozyigit G, et al. Health-related quality of life in high-grade glioma patients: a prospective single-center study. *Support Care Cancer* 2012;20(10):2315-2325.
36. Catt S, Chalmers A, Fallowfield L. Psychosocial and supportive-care needs in high-grade glioma. *Lancet Oncol.* 2008;9(9):884-891.
37. Bao Y, Li L, Guan Y, et al. Prevalence and associated positive psychological variables of anxiety and depression among patients with central nervous system tumors in China: a cross-sectional study. *Psychooncology* 2017;26(2):262-269.
38. Song K, Amatya B, Khan F. Advance care planning in patients with brain tumours: a prospective cohort study. *J Cancer Res Ther.* 2015;3(7):85-91.
39. Noll RK, Bradshaw ME, Weinberg JS, et al. Relationships between neurocognitive functioning, mood, and quality of life in patients with temporal lobe glioma. *Psychooncology* 2015;26:617-624.
40. Bunevicius A, Tamasaukas S, Deltuva V, et al. Psychological distress symptoms' clusters in brain tumor patients: factor analysis of depression and anxiety scales. *Psychooncology* 2013;22(12):2860-2863.
41. Rosenblum LM, Kalkanis S, Goldberg W, et al. Odyssey of hope: a physician's guide to communicating with brain tumor patients across the continuum of care. *J Neuro-Oncol.* 2009;92(3):241-251.
42. Molassiotis A, Wilson B, Brunton L, et al. Symptom experience in patients with primary brain tumours: a longitudinal exploratory study. *Eur J of Oncol Nurs.* 2010;14(5):410-416.
43. Sterckx W, Coolbrandt A, Dierckx de Casterlé B. The impact of a high-grade glioma on everyday life: a systematic review from the patient's and caregiver's perspective. *Eur J Oncol Nurs.* 2013;17(1):107-117.
44. Back M, Back E, Kastelan M, et al. Cognitive deficits in primary brain tumours: a framework for management and rehabilitation. *J Cancer Ther.* 2014;5(1):74-81.
45. Wittenberg-Lyles E, Goldsmith J, Small Platt C. Palliative care communication. *Semin Oncol Nurs.* 2014;30(4):280-286.
46. Walbert T, Khan M. End-of-life symptoms and care in patients with primary malignant brain tumors: a systematic literature review. *J Neuro-Oncol.* 2014;117(2):217-224.
47. Gately L, McLachlan SA, Dovling A, et al. Life beyond a diagnosis of glioblastoma: a systematic review of the literature. *J Cancer Surviv.* 2017;11(1):1-6.
48. Campanella F, Mondani M, Skrap M, et al. Semantic access dysphasia resulting from left temporal lobe tumours. *Brain* 2009;132(1):87-102.
49. Bizzi A, Nava S, Ferre F, et al. Aphasia induced by gliomas growing in the ventrolateral frontal region: assessment with diffusion MR tractography, functional MR imaging and neuropsychology. *Cortex* 2012;48(2):255-272.
50. Thomson EH, Robson H, Ralph MAL. Varieties of semantic 'access' deficit in Wernicke's aphasia and semantic aphasia. *Brain* 2015;138(12):3776-3792.
51. Satoer D, Vincent A, Smits M, et al. Spontaneous speech of patients with gliomas in eloquent areas before and early after surgery. *Acta Neurochir.* 2013;155(4):685-692.
52. Miceli G, Capasso R, Monti A, et al. Language testing in brain tumor patients. *J Neuro-Oncol.* 2012;108(2):247-252.
53. Kourkouta L, Papathanasiou IV. Communication in nursing practice. *Mater sociomed.* 2014;26(1):65-67.
54. Thompson J, McKeever M. Improving support for patients with aphasia. *Nurs Times.* 2014;110(25):18-20.
55. Sochorová N, Krejčířiková K. Sdělování onkologické diagnózy. *Urol praxi.* 2009;10(1):41-42.
56. Díaz JL, Barreto P, Gallego JM, et al. Proper information during the surgical decision-making process lowers the anxiety of patients with high-grade gliomas. *Acta Neurochir.* 2009;151(4):357-362.
57. Moore G, Collins A, Brand C, et al. Palliative and supportive care needs of patients with high-grade glioma and their careers: a systematic review of qualitative literature. *Patient Educ Couns.* 2013;91(2):141-153.
58. Lobb AE, Halkett KB, Nowak AK. Patient and caregiver perceptions of communication of prognosis in high grade glioma. *J Neuro-Oncol.* 2011;104(1):315-322.
59. Golla H, Ahmad MA, Galushko M, et al. Glioblastoma multiforme from diagnosis to death: a prospective, hospital-based, cohort, pilot feasibility study of patient reported symptoms and needs. *Support Care Cancer* 2014;22(12):3341-3352.
60. Mekuria BA, Erku DA, Belachew SA. Preferred information sources and needs of cancer patients on disease symptoms and management: a cross-sectional study. *Patient Prefer Adherence* 2016;2016(10):1991-1997.
61. Ancel G. Information needs of cancer patients: A comparison of nurses' and patients' perceptions. *J Cancer Educ.* 2012;27(4):631-640.
62. Judge D. Deborah. Holistic care: are you recognizing a need for spiritual care? *J Nurse Pract* 2016;12(10):439-440.
63. Hajnová Fukasová E, Bužgová R, Feltl D. Hodnocení duchovních potřeb pacientů v paliativní péči. *Klin Onkol.* 2015;28(1):13-19.
64. Nixon A, Narayanasamy A, Penny V. An investigation into the spiritual needs of neuro-oncology patients from a nurse perspective. *BMC Nurs.* 2013;12(2):1-11.
65. Nixon A, Narayanasamy A. The spiritual needs of neuro-oncology patients from patients' perspective. *J Clin Nurs.* 2010;19(15-16):2259-2270.
66. Novotná H, Kala M. Spirituální potřeby a jejich diagnostika v nemoci. *Paliat med liec boles.* 2015;8(1):23-25.
67. Odobrák J. Spirituální péče a psychoterapie. *Psychiatr praxi.* 2010;11(3):127-129.

Mgr. Dominika Kalánková

Ústav ošetrovateľstva, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave
Malá hora 5, 036 01 Martin
kalankova1@uniba.sk

Důstojnost člověka v závěru života, fenomén naděje a empatie

Doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.¹, PhDr. Mgr. Pavla Kudlová, PhD.²

¹Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Ústav sociálního lékařství, Oddělení ošetrovatelství, Hradec Králové

²Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Ústav zdravotnických věd, Zlín

Ve 21. století se respektování důstojnosti člověka zdůrazňuje v souvislosti se závěrem života a umíráním. Tato diskuse se rozvíjí v souvislosti s pokroky vědy, pronikáním techniky do medicíny a úspěchy lékařů s prodloužováním lidského života. Pokroky v lékařství jsou vítané, ale přinášejí z hlediska etiky řadu otázek, o nichž je nutno diskutovat. Mezi důležité diskutované otázky patří pojmání důstojnosti lidského života. V čem spočívá důstojnost člověka vůbec, v čem ve stáří a v posledním úseku jeho života? Důležitý je také fenomén naděje.

Klíčová slova: důstojnost, empatie, naděje, stáří, úcta, umírání

Human dignity at life's end, the phenomenon of hope and empathy

In the 21st century, respect for human dignity is highlighted in connection to the end of life and dying. This debate evolves in the context of advances in science, the penetration of technology into medicine, and the success of physicians with prolonging the human life. Advances in medicine are welcome, but they bring ethical issues to a number of questions that need to be discussed. Important issues discussed include the notion of dignity in human life. What is the importance of a person's dignity in the first place? What is it at one's old age and the last part of their life? The phenomenon of hope is also important.

Key words: dignity, empathy, hope, old age, respect, dying

Paliat. med. liec. boles., 2018;11(1-2e):17-19

Úvod

Důstojnost lidského života spočívá v hodnotě člověka. Člověk zakouší svou hodnotu především tehdy, když se cítí milován. Pokud ví, že je druhému milý a drahý, je také sám přesvědčen o smyslu a hodnotě své existence. Hodnota lidského života se neměří jen zdravím a blahobytem, nýbrž má mnohem hlubší zdůvodnění. Hodnota člověka nezávisí jen na tom, jestli je v té chvíli milován nebo nikoliv, nýbrž na tom, zda je hoden lásky. To je otázka, kterou nelze zodpovědět empirickým výzkumem, nýbrž otázka rozhodnutí, a nakonec otázka víry (1).

Důstojnost

Důstojnost lidské osoby spočívá v nedotknutelném právu každého člověka na život. Nedůstojné je jednání, které je proti životu. Nedůstojné je vše, co uráží samu podstatu lidského života. K umírání patří utrpení, to neohrožuje důstojnost člověka, utrpení patří do života, i když silné prožívání utrpení zvyšuje pocit úzkosti a neštěstí, někdy dokonce zoufalství. Pojetí utrpení se také vyvíjí v čase a má kulturní rozměr. V současnosti je utrpení pojímáno jako něco nepřipustného, něco, co by již ne-

mělo existovat, co by moderní medicína neměla připustit.

O tom, jak se na smrt díváme, nerozhoduje fakt, že víme, že umřeme, ale celkový postoj ke smrti ve společnosti, tedy vlastně je to sociologická problematika. Život je dnes delší, smrt se posouvá do vyššího věku, a protože staří lidé už nejsou tak potřební, bývají znehodnoceni a znehodnocena je i smrt (2).

Definice důstojnosti

Důstojnost člověka se obtížně definuje. Důstojnost v ošetrovatelství definovala v roce 2008 v Anglii Královská společnost ošetrovatelství (RCN Royal College Nursing): „Důstojnost“ vyjadřuje, jak se lidé cítí, myslí a chovají ve vztahu ke své vlastní hodnotě a hodnotě ostatních. Při ošetrování člověka může být důstojnost podporována nebo snížena prostředím, organizační kulturou, postoji a chováním ošetrovatelského týmu, způsobem, jakým se provádí ošetrovatelské činnosti. Je-li důstojnost přítomna, člověk cítí, že je ceněn. Když důstojnost chybí, člověk cítí, že je devalvován, není respektován a necítí se pohodlně. Chybí důvěra a schopnost rozhodovat sám za sebe. Může se cítit poníženy, v rozpacích

nebo se stydět. Důstojnost platí pro ty, kteří mají schopnost rozhodovat sami za sebe i pro ty, kteří ji nemají. Každý má stejnou hodnotu jako lidská bytost a ošetrovatelský tým by proto měl jednat se všemi lidmi v každém prostředí a v jakémkoliv zdravotním stavu s důstojností a důstojná péče by měla pokračovat i po úmrtí při péči o tělo zemřelého (3).

Důstojná péče

Umírající člověk a jeho rodina jsou citlivě vnímaví k tomu, jak s nimi oколí jedná, a zde je zachování důstojnosti člověka mimořádně významné. To, jak umírající prožívá poslední chvíle svého života a způsob jednání s ním a k němu, patří ke kultuře společnosti a také rodina potřebuje mít pocit, že jejich blízký odešel z tohoto pozemského světa důstojně, že s ním bylo až do poslední chvíle zacházeno jako s lidskou bytostí, která si zaslouží ohled a citlivé zacházení. Pro zachování důstojné péče jsou důležité faktory, které jsou projevem zájmu o umírajícího člověka: vlídnost, zdvořilost, naslouchání a vhodná komunikace (1). Člověk umírá, protože musí, je to zákon přírody. Sestra a ostatní ošetrující personál o umírajícího pečují, protože

chtějí, protože si tuto službu vybrali za své povolání. Charakteristikou dobrého pečovatele je právě zájem a zvědavost o minulost člověka, jeho prožívání, pocity. Právě tak je možné vytvářet prostředí důvěry a lidské důstojnosti ve vztahu zdravotník a pacient. Podmínkou takového prostředí je ovšem zdravotník, který rozumí sám sobě a neredukuje pacienta na nemoc, psychosomatickou jednotu pouze na složku tělesnou.

Hledání smyslu života

K důstojnosti patří také nalezení smyslu života. Umírání poskytuje možnost objevit smysl uplynulého života jako celku. Člověk, pokud je ještě schopen psychicky a fyzicky, by měl za podpory rodiny a ošetřujícího personálu najít význam a smysl svého bytí zde, v jemu určeném čase (výchova dětí, smysluplné zaměstnání, postavení domu, starost o blízké – rodiče atd.). Každý odevzdáváme svůj život do „věčnosti“ neukončený, ale měli bychom ho odevzdávat uzavřený s pocitem, že náš život byl důstojný a měl smysl. Rozhovor s umírajícím není jen výměnou slov a gest. Je to proces, pohyb mezi umírajícím a ještě ne umírajícím/doprovázejícím – sestrou, dobrovolníkem, duchovním, lékařem. Jestliže průvodce reflektuje sebe sama jako budoucího umírajícího, umí se do svého pacienta vcítit a pochopit ho.

Úcta k člověku

Filosofii úcty k životu se zabýval Albert Schweitzer a ten ji považuje za základní premisu etiky vůbec, spojuje úctu k životu s láskou, oddaností a schopností radovat se spolu s druhými (4). Důstojnost je fenomén, jehož obsahem je úcta k člověku, vcítění se do jeho pocitů (empatie), respektování autonomie člověka, respektování jeho životních hodnot, respektování kultury, tradic. Základem důstojnosti je respektování osobnosti umírajícího, respektování jeho biografického příběhu a všeho, co v něm má pro něj smysl a význam. Při respektování důstojnosti bychom se měli důsledně vyhýbat všemu, co důstojnost snižuje: neslušné chování, nevšimavost až přezíravost, hrubost, nerespektování intimity a soukromí, nedodržování hygienických zásad, zamlžování pravdy,

nerespektování kulturních tradic a stereotypů. Pro důstojné umírání mají rituály stejný význam, jako mají po celou dobu našeho života. Rituály podle víry, vyznání a kultury by se měly respektovat.

Naděje

Nikdy bychom neměli zapomínat na naději. Zde může vyvstat ironický dotaz, jakou naději, když náš život končí. Václav Havel naději vyjádřil slovy, že naděje není přesvědčení, že něco dobře dopadne, ale vědomí, že něco má smysl, ať už to dopadne jakkoliv. V Psychologickém slovníku (5) se uvádí, že naděje je emoční postoj charakteristický očekáváním něčeho příznivého. Definování pojmu naděje není snadné, protože se jedná o multidimenzionální fenomén, který umožňuje člověku vyrovnávat se s náročnými situacemi díky očekávání pozitivního výsledku (6). Pojetí naděje je individuální záležitost, přesto se lidé mohou shodovat v názorech na to, co pro ně naděje znamená. Naději rozumíme očekávání, že přijde něco, co bychom chtěli a přáli si (7).

Naděje a přání jsou součástí každé etapy lidského života, jen s pokročilým věkem a vlivem zkušeností se posouvají jiným směrem. Naděje je pozitivní emoce, která se váže k tomu, co je pro člověka žádoucí. Naděje má blízko k touze, víře, důvěře a přesvědčení, že věci a události se mohou obrátit k lepšímu (7). Naděje neodmyslitelně patří k životu tak jako víra a láska, s nadějí žijeme. Naději se nelze naučit. Bohužel je důležité počítat s tím a přijmout fakt, že ne vždy věci v životě vycházejí tak, jak bychom si přáli (8).

K naději se upínáme nejvíce, pokud se ocitneme na hranici mezi životem a smrtí. Jestliže se člověk dostane do této situace, hledá pomyslnou naději ve všem, co existuje. Kdo dříve nevěřil, začíná se upínat k víře, kdo věřil, může pochybovat. Pokud se člověk neuchyluje k víře, pak je potřeba udržovat člověka v naději nejrozumnějšími způsoby a vyprošovat jeho sílu k přežití. Především neopustit, podírat, vydržet a občas i něco snést a překousnout. Ujišťovat svým přátelstvím a sounáležitostí, nikoliv slovy, ale skutky. Pro těžce nemocného člověka je důležité mít vědomí, že je tu někdo, komu na něm záleží. I když je člověk věřící, může v této

těžké životní situaci víru zpochybňovat: přece kdyby byl Bůh, nemohl by dopustit, abych onemocněl (8). Pokud již pacient nemá naději na uzdravení, pak svou naději zaměřuje ke vztahu k druhým lidem, případně ke vztahu s Bohem. Naději snižuje pocit méněcennosti, opuštění a izolace, pocit spiknutí se všeho kolem, nedostatek směru, diskomfort pacienta a nepovolující bolest. Naopak, naději zvyšuje pocit drahocennosti, humor, význam vztahů, vzpomínky, realita cílů, úleva od bolesti a příznaků (9). Naděje pozitivně ovlivňuje perspektivu budoucnosti, dodává člověku energii k dosažení cíle.

Empatie

Empatie ve vztahu k pacientovi/klientovi je mimořádně zdůrazňována a při umírání má nezastupitelný význam. Umět se vcítit do pacientových pocitů předpokládá vytvoření hlubokých emocionálních vztahů. Tento vztah vyžaduje osobnostní předpoklady a dovednosti cílevědomého soustředění na druhého, rozumíme tím mj. proces vyžadující čas. Bez empatie nejsme schopni respektovat důstojnost člověka, protože nejsme schopni se vžít do jeho pocitů. S tím souvisí i schopnost poskytnout člověku, zejména umírajícímu člověku naději, která spočívá především v tom, jak bylo uvedeno, že život měl smysl. Empatie je ve vztahu pacient – zdravotník, psycholog, učitel a všechny pomáhající profese velmi zdůrazňována, přesto se odborníci dosud neshodli na její přesné definici. Poměrně stručně a výstižně je empatie definována v psychologickém slovníku jako „schopnost vcítit se do pocitů a jednání druhé osoby, která je součástí emoční inteligence“ (5). Goleman empatii uvádí jako jednu z pěti hlavních kategorií emoční inteligence (sebeuvědomění, samoregulace, motivace, empatie, sociální dovednost). Empatie je podle něj základní lidskou vlastností, která může být prohlubována na základě rostoucího emočního sebeuvědomění (10). Carl Rogers, zakladatel humanistické psychologie a „na klienta orientované terapie“, definoval empatii jako schopnost vnímat vnitřní referenční rámec druhého člověka s přesností, emocionálními složkami a významy, které k němu patří, jako bych byl oním člověkem, avšak aniž bych kdy

ztratil svou vlastní dimenzi. Psycholog a zakladatel nenásilné komunikace Marshall Rosenberg říká, že nejdůležitější je naše schopnost všimnout si toho, co právě probíhá – skutečných pocitů a potřeb toho druhého v přítomnosti. Vysoce empatictí lidé pozorně naslouchají druhým a dělají vše pro to, aby pochopili jejich pocity a potřeby, ať už se jedná o přítele s diagnostikovanou rakovinou nebo partnera, na kterého je našťavaný, že byl dlouho v práci. Jen naslouchat nestačí. Pro empatii je potřeba, abychom odhodili svou masku a ukázali své skutečné pocity. Empatie funguje oběma směry a její nejlepší variantou je vytvořit společné porozumění – výměnu našich nejhlubších myšlenek a zážitků. Empatie nás učí trpělivosti, a naopak trpělivost umocňuje naši schopnost být empatictí, protože potřebujeme být empatictí také k lidem, jejichž hodnoty nesdílíme, nebo kteří jsou nějakým způsobem našimi „nepřáteli“ (11). Atribut empatický se spojuje nejčastěji s chováním, vnímáním, přístupem, komunikací, porozuměním. Modifikovanou podobou empatie je tzv. „nenásilná komunikace“, kterou podrobně propočal Rogersův přímý žák Marshall B. Rosenberg. Zásadu soustředit se na pacienta důsledně propojil s neverbální a verbální komunikací, která jednak zajišťuje (sbírá, poskytuje) velké množství informací o citovém stavu člověka, jednak pouze jejím prostřednictvím se

dá vše vcítěně/empaticky vyjádřit. Na základě Marshallovy metodiky nenásilné komunikace byly stanoveny čtyři základní kroky empatického chování: 1. Pozorování pacienta – z viděné řeči jeho těla poznáme momentální duševní stav. 2. Uvědomění si jeho pocitů např. prožívání strachu, pocitu osamění, úzkosti, studu. 3. Sebereflexe vlastního citového prožitku, kdy dokážeme určit, co bychom sami potřebovali, pokud bychom se takto cítili. 4. Zformulujeme uspokojení potřeby, co si přeji, aby pacient udělal, co pro něho sám mohu udělat, abych uspokojil jeho potřebu (12).

Závěr

Smysl má život i v jeho závěru, právě v tom, že mnohdy umožňuje najít právě jeho smysl. Traduje se, že když zakladatelka hospicového hnutí Cicely Saundersová umírala na rakovinu, uvedla, že umírání jí pomohlo reflektovat svůj život. Pokud mají sestra a jiné pomáhající profese vykonávat svou práci na profesionální úrovni s respektem k holistickému pojetí člověka, měly by kromě teoretických znalostí, profesní zručnosti, dodržovat etické principy a chovat se prosociálně. Pojem „sociální“ či „sociální“ má obvykle znamenat ve „společnosti nebo příslušející ke společnosti“, přičemž společnost je chápána jako autonomní zóna aktivity tvořená organizací lidských vztahů a interakcí s určitými danými pravidly. Současné

chápaní práce ve zdravotnictví, v sociální práci, zdravotně sociální práci a v ostatních pomáhajících profesích se vyznačuje důrazem na respekt k lidské důstojnosti jako základního lidského práva.

Literatura

1. Rotter H. Důstojnost lidského života. Základní otázky lékařské etiky. Praha: Vyšehrad; 1999:107.
2. Šiklová J. Matky po e-mailu. 1. vyd. Praha: Kalich; 2009:160.
3. The RCN's definition of dignity [online]. Available from: <https://www.google.cz/?gws_rd=ssl#q=Dignity+RCN>. Accessed August 25, 2018.
4. Schweitzer A. Kultur und Ethik in den Weltreligionen. München: C.H.Beck; 2001.
5. Hartl P, Hartlová H. Velký psychologický slovník. 3. aktualizované vyd. Praha: Portál; 2015:776.
6. Slezáčková A. Průvodce pozitivní psychologií: nové přístupy, aktuální poznatky, praktické aplikace. Praha: Grada; 2012:304.
7. Křivohlavý J. Pozitivní psychologie. 1. vyd. Praha: Portál; 2004:196.
8. Svatošová M. O naději s Marií Svatošovou. 2. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství; 2006:87.
9. Twycross R. Introducing palliative care. 4th ed. Oxford: Radcliffe Medical Press; 2003:122.
10. Goleman D. Emoční inteligence. Liberec: Metafora; 2011:336.
11. Krznaric R. Six habits of highly empathic people [online]. Available from: <https://greatergood.berkeley.edu/article/item/six_habits_of_highly_empathic_people1>. Accessed August 6, 2018.
12. Ptáček R, Bartůněk P, et al. Etika a komunikace v medicíně. Praha: Grada; 2011:528.

Doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.

Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Ústav sociálního lékařství, Oddělení ošetrovatelství Šimkova 870, 500 38 Hradec Králové
kutnohorskaj@lfhk.cuni.cz



Když je začátek života jeho koncem: úmrtí dítěte v kojeneckém věku

Mgr. Ivana Olecká, Ph.D.¹, PhDr. Mgr. Naděžda Špatenková, Ph.D.²

¹Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Ústav zdravotnických věd

²Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta, Katedra sociologie, andragogiky a kulturní antropologie

Smrt dítěte představuje obrovskou osobní a rodinnou tragédii a náročnou životní zkušenost. Úmrtí dítěte v kojeneckém věku představuje signifikantní ztrátu nejen pro rodiče, ale také pro zdravotnický personál, který je s touto ztrátou konfrontován. Česká republika se dosaženou úrovní celkové kojenecké úmrtnosti řadí mezi země s nejlepšími výsledky na světě. Snižování kojenecké úmrtnosti lze jistě považovat za jev veskrze pozitivní, nicméně současná společnost ztrácí zkušenost s provázením umírajících dětí a truchlících rodin. Rodiče v takové situaci potřebují pomoc a podporu, kterou by jim měl optimálně poskytnout multidisciplinární tým, složený ze zdravotnických, sociálních a dalších pracovníků. Jsou na to tito pracovníci dostatečně připraveni? Jakou podobu by měla mít podpora pozůstalých rodičů? Cílem příspěvku je představit návrh výzkumu resilience rodičů dítěte, které umírá či již zemřelo v kojeneckém věku.

Klíčová slova: smrt, umírání, dítě, rodič, ztráta, pozůstalý, psychosociální podpora, resilience

When the beginning of the life is its end – death in the infant age

The death of a child is a great personal and family tragedy and demanding life experience. The death of an infant is a significant loss not only for the parents but also the medical staff facing this loss. The Czech Republic can certainly be considered one of the countries of the lowest infant mortality in the world. The decrease of infant mortality can definitely be viewed as a predominantly positive phenomenon; however, the contemporary society is missing experience of accompanying the dying children and grieving families. Parents whose child is dying or has died need help and support that should optimally be provided by a multidisciplinary team consisting of health care, social and other workers. Nevertheless, the key constituent of coping with the loss of a child is resilience of the parents. The objective of the contribution is to present the design of a research in resilience of parents whose child is dying or has died in the infant age.

Key words: death, dying, child, parent, loss, bereaved, psychosocial support, resilience

Paliat. med. liec. boles., 2018;11(1-2e):20-22

Kojenecká úmrtnost v ČR

Česká republika se dosaženou úrovní celkové kojenecké úmrtnosti řadí mezi země s nejlepšími výsledky na světě. Data World Bank (1) uvádějí, že České republice v roce 2016 patřilo v kojenecké úmrtnosti (s celkovou dosaženou mírou 2,5 ‰) 12. nejlepší místo na světě. Stejných hodnot dosahovala i v roce předchozím. Nižší kojenecká mortalita byla v tomtéž roce ve státech OECD jen ve Slovinsku (1,6 ‰), Finsku (1,7 ‰), Islandu (2,2 ‰), a v Norsku (2,2 ‰). Jiné státy dosahovaly mnohem horších výsledků. Například v Německu činila kojenecká mortalita 3,3 ‰, ve Francii 3,7 ‰ a ve Spojeném království 3,9 ‰ (2). Kojenecká úmrtnost v České republice klesá plynule. Stejný trend lze pozorovat při hodnocení novorozenecké úmrtnosti (do 28. dne života).

Míra kojenecké úmrtnosti je důležitým ukazatelem, dle kterého usuzujeme na zdravotní stav populace, kvalitu a dostupnost zdravotnictví a životní úro-

veň dané země (CDC, ÚZIS). V medicíně i ve zdravotnické politice jí je proto věnována mimořádná pozornost (3).

Podle charakteru chorob, které vedou ke smrti dítěte do jednoho roku života, se rozlišuje kojenecká úmrtnost na exogenní a endogenní. Mezi příčiny endogenní patří choroby, které mají vnitřní původ. Mezi tyto choroby patří např. geneticky podmíněné vrozené vady a infekce (4). V posledních 10 – 20 letech docházelo k nárůstu hlášených vrozených vad. Není jasné, nakolik je zvýšení incidence vrozených vad důsledkem změn v registraci hlášení vrozených vad, pokroku v medicínských technologiích anebo narušením genofondu a změnami životního stylu populace. Incidence vrozených vad reflektuje i bio-sociální změny v populaci, tj. změnu věkového zastoupení těhotných žen, zvyšující se podíl vícečetných gravidit, těhotenství po asistované reprodukci a další (5). Mezi příčiny exogenní patří přírodní a sociální prostředí dítěte. Podíl exogenní úmrtnosti je v úmrtnosti novorozenecké

menší a klesá v čase rychleji než endogenní úmrtnost (4). Mezi exogenní příčiny patří také sociálně patologické příčiny úmrtnosti dětí. Za jejich nejzávažnější příčiny lze v České republice považovat nesprávnou životosprávu, nepříznivé socioekonomické vlivy a některé faktory životního prostředí dítěte. Program WHO „Zdraví pro všechny do 21. století“ v Evropském regionu uvádí, že i když se ve většině západoevropských zemí podařilo během posledních patnácti let snížit kojeneckou úmrtnost, není šance dítěte přežít první rok života všude v regionu stejná. I v těch nejbohatších státech přetrvávají výrazné nerovnosti mezi různými sociálními skupinami a vysoká míra kojenecké úmrtnosti v některých státech východní části regionu vzbuzuje značné obavy (6).

Dle dat WHO je smrt malých dětí ve světě nejčastěji spojena s předčasným porodem. Příčiny úmrtnosti dětí v České republice jsou popsány ve statistikách ÚZIS podle poslední revize MKN-10, kde jsou v kapitolách (celkem 22) jednotlivé

nosologické jednotky označené alfanumerickým kódem. Tou najčastejšou príčinou novorozeneckej mortality sú stavy vzniklé v perinatálnom období. Krajové odlišnosti v úmrtnosti detí na diagnózu P00 – P96 nie sú príliš výrazné. Druhou najčastejšou príčinou úmrtnosti detí do 1. roku života sú vrodené vady, deformácie a chromosomálne abnormality (kapitola XVII.). Nasleduje kapitola XVIII., teda diagnóza R00 – R99. Príznaky, znaky a abnormalné klinické a laboratorné nálezy nezačlenené inde, kam radíme i diagnózu R95 SIDS (Syndrom náhlého úmrtia). Za významnú príčinu úmrtnosti pak lze považovať také kapitoly XIX – XX, teda vonjšie príčiny nemocnosti (7).

Sociálna exklúzia pozostalých rodičov

Snižovanie kojeneckej úmrtnosti lze jistě považovať za jav veskrze pozitívny, ničméně súčasna spoločnosť stráca jakoukoliv skúsenosť s provázaním umierajúcich detí a truchlících rodín. Smrť takto malého dieťa sa prostě neočakáva, je vnímaná ako „neprirodzená“, „nenormálna“, „príliš časná“ (8). Pozostalí rodičia sa tak již ve fázi paliatívnej starostlivosti ocitajú v situácii sociálneho vylúčenia. Priaznivci, priatelia a známi sa rodičom vyhýbajú, nechcú, nemôžu, resp. nevedia (ak) s nimi komunikovať. Tím sa situácia pozostalých rodičov ešte viac komplikuje. Spolu s vytiesnením smrti na individuálnu i celospoločenskú rovinu dochádza k sociálnej exklúzii pozostalých. Smrť je tabuizovaná (9), a to zejména smrť malých detí, neboť v súvislosti s vekovou štruktúrou spoločnosti je bežné, že umierajú až ľudia vysokého veku (10). Se stále dokonalejšími lekáarskými postupmi a rastúcimi úspechmi medicíny sa smrť dieťa jeví rodičom ako nesmyslná a marná. Rodičia v očakávaní príchodu dieťa pripisujú dieťaťu již dlho pred porodom určitú identitu a také svoju vlastnú identitu čiastočne definujú skrz svoje dieťa. V prípade úmrtia dieťa tak rodičia truchlia nejen nad stratou potomka, ale bolestne prežívajú celú radu ďalších strát (11, 12). Zjemena pokud nebylo úmrtia dieťa očakávané nebo je príčina smrti nejasná, může tato situace u rodičov vyvolávat silné pocity viny a výčitky svědomí, rodiče si představují způsoby, jak mohli k této tragédii přispět nebo přemýšlí, jak ji mohli

předcházet, případně mohou za svoji ztrátu vinit další osoby, např. zdravotnické pracovníky (lékaře, sestry).

Psychosociální podpora pozostalým rodičům

Psychosociální podpora rodičům umírajících či zemřelých dětí představuje velkou prověrku profesních, ale především osobnostních kompetencí pomáhajících. Konfrontace se smrtí a smrtelností dětí v kojeneckém věku je i pro profesionály extrémně náročná. I když je kojenecká úmrtnost statisticky velmi nízká a k úmrtí takto malých dětí dochází spíše zřídka, vždy, když se taková situace přihodí, je to obrovská lidská tragédie. Multidisciplinární tým by měl být i na takovéto okolnosti adekvátně připraven. Nejen lékaři a psychologové, ale také ostatní pracovníci (ošetřovatelský personál, sociální pracovníci, duchovní) by měli být schopni být pozostalým rodičům oporou. Všichni by měli být připraveni poskytnout rodičům tzv. první psychologickou, resp. psychickou pomoc. Cílem této pomoci je stabilizovat jedince v krizi a „přestat ho dál (např. do odborné péče) nebo propustit“ (11). Navazovat pak může např. krizová intervence, protože smrť dieťa je vždy krizovou situáci, a to bez ohledu na okolnosti úmrtia. Krizová intervence je ovšem speciální dovednosť, k jejímú zvládnutí je nutné absolvovať príslušný výcvik. Je vhodné, aby alespoň niektorý člen z tímu disponoval znalosťmi a dovednosťmi krízovej intervencie. Smrť dieťa môže byť také zdrojom ďalších problémů, ktoré môžu komplikovať životnú situáciu rodičov. Špecifickou pomoc pak může nabízet pastorační pracovník či nemocniční kaplan. Také sociální pracovník má k dispozici konkrétní nástroje pro řešení náročné sociální situace pozostalých rodičů. Smrť dieťa s sebou prináša radu sekundárnych stresů, ktoré sa môžu negatívne odraziť nejen v psychickom stave rodičov, ale také v jejich partnerském soužití. Vyšetřování okolností úmrtia, ztráta důvěry a narušení komunikace mezi rodiči, problémy v sexuálním soužití, protože se někdy rodiče obávají dalšího těhotenství a opakované ztráty, vedou k narušení stability rodinného systému. Psychologické poradenství nebo terapie rodičů, jejichž dítě zemřelo v raném věku, může být účinnou pre-

vencí či řešením případných konfliktů mezi partnery, ev. může vést ke zmírnění, zvládnutí a postupnému řešení problémů, které se vyhrtyly. Rozhodně lze také doporučit, aby členové multidisciplinárního týmu prošli kurzem perinatální ztráty (prazdnakolebka.cz), případně aby v týmu byl také někdo, kdo byl vyškolen v poradenství pro pozostalé či má tuto profesní kvalifikaci (12). Návaznou péčí pak mohou nabídnout zapsané spolky, např. Dlouhá cesta (dlouhacesta.cz) apod.

Koncept resilience

Smrť dieťa predstavuje extrémne náročnou životnú skúsenosť. Pres veškerou psychosociálnu pomoc, ktorou pozostalí rodičia obdržia, hraje kľúčovú rolu pri zvládnutí tejto straty resilience rodičov samotných. Resilienci je možné vymezit jako určitou zdatnosť, vnútornú silu, pružnosť; schopnosť vyrovnávať sa s náročnými životnými situáciami spoločensky primerane, bez patologických reakcií (13). Téma resilience je v české odbornej literatúre diskutováno jak v súvislosti s tzv. rodinnou resilienci, tak s osobnostní resilienci (14). Jedná sa o úspešné prekonanie ťažkostí života či nepriaznivých udalostí bez újmy na zdraví a pokračování v pozitívnej adaptácii v kontextu zmien. Resilience umožňuje reagovať novým, adaptívnym spôsobom pri konfrontovaní s neznámou situáciou či skúsenosťmi, flexibilne odpovedať na dynamické požiadavky situácie a chovať sa v danom kontextu vhodne a účelne (15). V súčasnej dobe prevládá pojetie resilience jako procesu, nikoli rysu osobnosti. Žiadouci teda je, aby resilience byla zkoumána v čase (16). Více autorů se shoduje na tom, že proces resilience implikuje růst – člověk se stává silnějším díky zkušenosti, kterou prožil. Resilience tedy není pouhým přežitím události – resilience je jejím překonáním. O hodnocení resilience je však známo daleko méně, než o pojmu resilience (17).

Výzkum resilience pozostalých rodičů

V České republice zcela chybí výzkumy a informace na téma resilience rodičů dětí zemřelých v kojeneckém věku. Pozornost je v tomto ohledu věnována především perinatální ztrátě (18). Lze dohľadat odborné texty zaměřené na

problematiku paliatívnej péče u detí (19) či úmrtí novorodenca (21). Vedľa takto po-
jatých prác sa objavujú publikácie, ktoré
 pojednávajú o pomáhajúcich organizáciach
 ako je napr. Dlhá cesta. Kľúčové as-
pekty resilience však zatiaľ nie sú v čes-
kém prostredí skúmané, rovnako tak ako
 identifikácia a formulácia potrieb rodičov
 zemrelých detí. Spoločensky významným
 faktom je, že osobnostná resilience môže
 byť zámerné posilovaná a zvyšovaná,
 takže zmapovanie jej kľúčových aspektov
 v cílovej skupine je veľmi žiaduce.

Rešerše provedené v databázach
 EBSCO, Medline, SCOPUS a Web of
 Science napovedajú, že podobná situácia
 je i v zahraničnej literatúre. Zahraniční
 výskumníci zaujíma téma copingových
 stratégií pozostalých rodičov (22). Z na-
 šeho pohľadu stojí za zmienku aj štú-
 die zaoberajúce sa psychickým stavom
 rodičov po ztráte dieťaťa (23) či hodnoten-
 ím programov na podporu rodičov (24).
 Dohľadat lze i štúdie o osobnej resiliencii
 matiek po časných (týždennej) ztráte dieťa-
 te, ktoré sú ale len sporadické (25).

Záver

Pomoc pozostalým rodičom po
 smrti dieťaťa v kojeneckom veku predsta-
 vuje opomíjanú oblasť, v ktorej by mali
 úzke spolupracovať nielen pomáhajúci
 profesionáli z praxe, ale aj teoretici
 a badatelia. Porozumenie tomu, ako pozostalí
 rodičia prežívajú smrť dieťaťa, čo je kľúčové
 pre vyrovnanie sa s touto stratou a svoju
 úlohu pri jej zvládnutí hrá osobná či ro-
 dinná resilience rodičov, či teda vôbec a do
 akej miery sú intervencie zo strany po-
 máhajúcich pracovníkov efektívne, je kľúčové
 pre pochopenie situácie pozostalých rodičov
 a nastavenie adekvátnych foriem pomoci.
 Z metodologického hľadiska je výskum
 resilience rodičov dieťaťa, ktoré umiera či ze-
 mrelo v ranom veku, veľkou výzvou. Nejen
 z tohto dôvodu je cieľom nášho príspevku
 návrh takového výskumného šetrenia.

Výskumná otázka by mala byť
 formulovaná nasledovne: *Co rodiče nej-
 více potřebují, aby překonali smrt dítěte
 v kojeneckém věku?* Ideálne by mal byť
 takový výskum realizovaný s využitím
 mix-metód prístupov, pričomž stěžejní
 môže byť napr. metóda Concept map-
 ping. Brainstorming sa v úvodnej fázi
 výskumu javí ako ideálny. Pre Concept

mapping môžu skupinu stakeholderov
 tvoriť:

- rodičia, ktorým zemrelo dieťa v koje-
 neckom veku,
- príbuzní rodičov zemrelých detí,
- porodníci, neonatológovia, detskí lé-
 kaři, súdny lekáři, neonatologické
 a detské sestry, porodní asistentky,
 experti z oblasti psychológie, pra-
 covníci z krízových centier, pracovníci
 rannej péče, zdravotne sociálni a so-
 ciálni pracovníci, pracovníci z úradu
 práce, pracovníci v pohrebných služ-
 bách a právnikovia.

Data lze zpracovávat s využitím
 statistické analýzy (napr. prostrednic-
 tvím SPSS či přímo softwaru pro concept
 mapping GS Global Max). Provedeny mo-
 hou být tyto procedury: multidimenzi-
 onální škálování, hierarchická klastrová
 analýza, bridging analýza, produkce map
 (bodová mapa, klastrová mapa, bodová
 ratingová mapa, klastrová ratingová ma-
 pa), pattern matching a go-zone.

Pro validizaci dat a hlubší poro-
 zumění problematice lze následně dopo-
 ručit metodu zakotvené teorie. Tato část
 výskumu bude mít exploratívny charakter.
 V takto nastavenom dizajne výskumu
 pôjde o hĺbkovú sondy do prežívania
 a zvládania náročnej životnej situácie matiek,
 ktorá má priniesť zcelo nové poznatky.
 Rozhovory by mali byť nestrukturované,
 naratívne. Získaná data z výskumu o pro-
 žívaní a zvládaní straty pozostalých ro-
 dičov môžu následne pomôcť nastaviť
 adekvátnu intervenciu pre klinickú prax.

*Príspevek byl podpořen specifick-
 ým vysokoškolským výzkumným projek-
 tem IGA Univerzity Palackého v Olomouci,
 č. IGA_LF_2018_023 (RVO 61989592).*

Literatura

1. WORLD BANK. World Development Indicators: Level & Trends in Child Mortality. [online]. 2017. Available from: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.MORT>. Accessed May 22, 2017.
2. OECD. (2016) Infant mortality rates Related topics Health. OECD Data [online]. Organisation for Economic Co-operation and Development. Available from: <https://data.oecd.org/healthstat/infant-mortality-rates.htm>. Accessed May 22, 2017.
3. Gladkij I, Koldová Z. Propedeutika sociálního lékařství. Olomouc: Vydavatelství UP; 2005.
4. Roubíček V. Úvod do demografie. Praha: Codex Bohemia; 1997.
5. Ministerstvo zdravotnictví ČR Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí [online]. 2014. Available from: <http://www.mzcr.cz/verejne/dokumenty/zdravi-2020-narodni-strategie-ochrany-a-podpory-

- zdravi-a-prevence-nemoci_8690_3016_5.htmls. Příloha 1: (24-25)>. Accessed July 7, 2016.
6. Ministerstvo zdravotnictví ČR (2002). Zdraví 21 – Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR [online]. Available from: <http://databaze-strategie.cz/cz/mzd/strategie/zdravi-21>. Accessed July 5, 2016.
7. ÚZIS Zdravotnická ročenka České republiky 2014 [online]. 2016;56(1). Available from: <file:///D:/Users/katerina/Downloads/zdrroccz2015.pdf>. Accessed May 17, 2017.
8. Kubíčková N. Zámrutek a pomoc pozostalým. Praha: ISV nakladatelství; 2001.
9. Špatenková N, et al. O posledních věcech člověka. Praha: Galén; 2014.
10. Blauner R. Death and social structure. Psychiatry. 1966;29(4):378-394.
11. Špatenková N. Krize a krizová intervence. Praha: Grada Publishing; 2017.
12. Špatenková N. Poradenství pro pozůstalé. Praha: Grada Publishing; 2013.
13. Hartl P, Hartlová-Císařová H, Nepraš K. Velký psychologický slovník. Praha: Portál; 2010.
14. Kebza V, Šolcová I. Hlavní koncepce psychické odolnosti. Československá psychologie. 2008;52(1):1-19.
15. Szobiová E, et al. Životný štýl, tvorivosť a reziliencia adolescentov. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave; 2013.
16. Slezáčková A. Průvodce pozitivní psychologií: Nové přístupy, aktuální poznatky, praktické aplikace. Praha: Grada Publishing; 2012.
17. Wagnild GM, Collins JA. Assessing resilience. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services. 2009;47(12):28-33.
18. Ratislavová K. Perinatální paliativní péče: péče o ženu a její rodinu, rituály rozloučení, proces truchlení a vyrovnávání se ztrátou. Praha: Grada; 2016.
19. Dorková Z, Cichá M. Integrální pohľad na problematiku umierania a smrti dieťaťa. In Nové poznatky v oblasti medicínskych vied a ošetrovateľstva. Zborník príspevkov – Ružomberké zdravotnícke dni 2007. Ružomberok: Fakulta zdravotníctva Katolíckej Univerzity; 2007:399-403.
20. Gurková E, Andraščíková I, Čáp J. Parents' experience with a dying child with cancer in palliative care [online]. Central European Journal of Nursing and Midwifery. 2015;6(1):201-208. Available from: <http://periodika.osu.cz/cejnm/dok/2015-01/3-gurkova-andrascikova-cap.pdf>.
21. Magyarová G. (Podpora rodičov pri úmrtí novorodenca – naše skúsenosti s aplikáciou štandardu. In Ostravské sympozium ošetrovateľství s mezinárodní účastí. 2006:140-146.
22. Hawthorne DM, Youngblut JM, Broton D. Use of spiritual coping strategies by gender, race/ethnicity, and religion at 1 and 3 months after infant's/child's intensive care unit death. Journal of the American Association of Nurse Practitioners. 2017;29(10):591-599.DOI: 10.1002/2327-6924.12498.
23. Murphy S, Shevlin M, Elklit A. Psychological Consequences of Pregnancy Loss and Infant Death in a Sample of Bereaved Parents. Journal of Loss & Trauma. 2014;19(1):56-69. DOI: 10.1080/15325024.2012.735531.
24. Zsák É, Kovácsné Török Z, Hegedűs K. Perinatal and intrauterine infant death: professional practices and their effects on healthcare personnel. Orv Hetil. 2015;156(29):1174-8. doi: 10.1556/650.2015.30199.
25. Major B, Richards C, Cooper ML, Cozzarelli C, Zubeck J. Personal resilience, cognitive appraisals, and coping: An integrative model of adjustment to abortion. Journal of Personality and Social Psychology. 1998;74(3):735-752. doi: 10.1037/0022-3514.74.3.735.

Mgr. Ivana Olecká, Ph.D.

Ústav zdravotníckych vied, Fakulta humanitných štúdií, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíne
Štefániková 5670, 760 01 Zlín
olecka@utb.cz

Bolesti chrbta u detí

MUDr. Gonzalo Alonso Ramos Rivera¹, MUDr. Zlatica Pavlovičová², MUDr. Miriam Kolníková, PhD.¹

¹Klinika detskej neurológie LF UK a NÚDCH Bratislava

²Rádiologické oddelenie NÚDCH Bratislava

Bolesti chrbta sú veľmi častým príznakom u detí, mnohokrát s priamym dosahom na ich každodenný život. Ich výskyt má v posledných rokoch stúpajúci trend. Vo väčšine prípadov (95 – 99 %) ide o tzv. nešpecifickú alebo neorganickú bolesť chrbta, pri ktorej nemožno dokázať jednoznačnú príčinu bolesti. V rámci organických príčin, najčastejšie sa vyskytujú pri spondylolýze a Scheuermannovej chorobe. Medzi menej časté príčiny patria spondylodiscitídy, hernie diskov a nádorové procesy. V liečbe nešpecifickej bolesti je kľúčové odstránenie rizikových faktorov (napr. sedavý spôsob života, zlé držanie tela, nadváha, atď.). Pri zistení organickej príčiny bolesti, liečba závisí od vyvolávajúcej etiológie.

Kľúčové slová: bolesti chrbta, cervikálgie, dorzalgie, lumbalgie, deti

Back pain in children

Back pain is a very frequent symptom in children. Its incidence shows a rising trend in recent years. It has also direct impact in the everyday life of the child. In most cases (95-99%) we cannot identify a clear etiology of the pain, and it is classified as inorganic or unspecified. Among organic causes, spondylolysis and Scheuermann's disease are the most frequent. Spondylodiscitis, disc herniation and tumors are relatively uncommon. Elimination of risk factors (e.g. sedentary lifestyle, incorrect holding of the body, overweight, etc.) is important in the therapy of inorganic pain. In the cases of organic pain the therapy depends on the etiology.

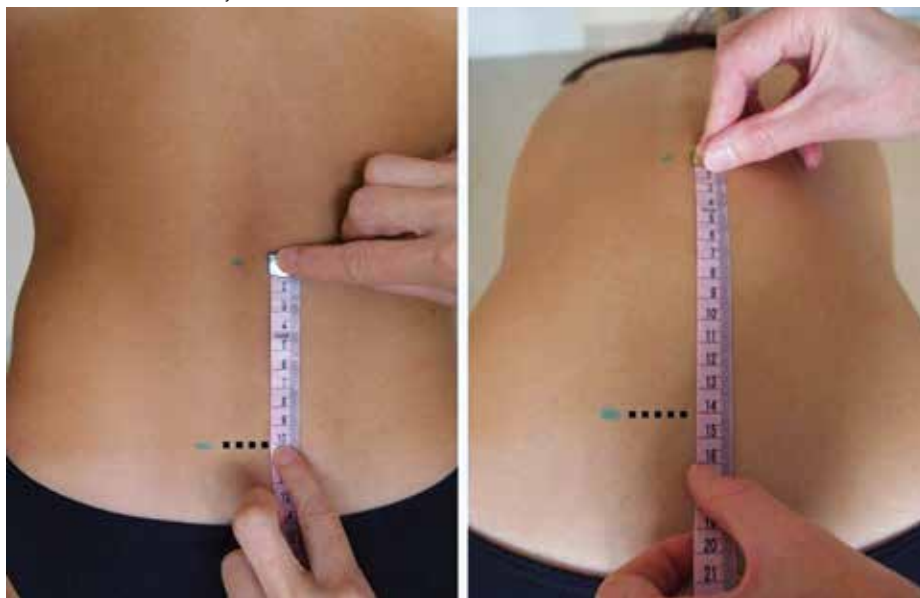
Key words: back pain, neck pain, low back pain, children

Úvod

Bolesti chrbta predstavujú čoraz častejší dôvod návštevy pediatra. Sedavý spôsob života, nedostatok pohybovej aktivity, nadváha, nesprávne držanie tela pri stoji, sedení, nosení batohov, či pri používaní mobilných telefónov, tabletov a podobných zariadení, spôsobujú tento stúpajúci trend. Podľa rôznych zahraničných prác sa prevalencia bolesti chrbta u detí v ročných intervaloch pohybuje od 7 do 58 % (1), pričom sú isté rozdiely podľa veku a lokalizácie bolesti. V práci Kjaera a spol. (2) bola zistená prevalencia bolesti v cervikálnej (C) oblasti vo veku 9, 13 a 15 rokov 10 %, 7 %, respektíve 15 %, bolesti v thorakálnej (Th) oblasti 20 %, 13 % a 35 %, a bolesti v lumbosakrálnej (LS) oblasti 4 %, 22 % a 35 %.

Bolesti chrbta majú priamy vplyv na život dieťaťa – 10 až 28 % takýchto detí má problémy v škole, 23 až 50 % prestane športovať, 28 % má problém nosiť školské tašky, a 16 až 26 % prestane chodiť von s kamarátmi. Riziko recidívy bolesti chrbta u detí je vysoké, až 50 %, a u 8 % detí sa stanú bolesti chronickým problémom (3).

Obrázok 1. Modifikovaný Schoberov test



Manažment detského pacienta s bolesťami chrbta

1. Anamnéza

Kľúčové sú údaje o charaktere bolesti (lokalizácia, začiatok a trvanie bolesti, faktory zlepšujúce alebo zhoršujúce stav, nočné bolesti), možných traumách (akútna makrotrauma, repetitívna mikrotrauma, športové aktivity),

vztahu k fyzickým aktivitám (zhoršenie/zlepšenie), reumatologických príznakov (zhoršenie ráno, zlepšenie s fyzickou aktivitou), systémových príznakov (horúčka, nočné potenie, chudnutie), neurologických príznakov (radikulárny typ bolesti s propagáciou po určitom dermatóme, svalová slabosť, sfinkterové problémy, poruchy chôdze), životnom štýle dieťaťa (sedavý spôsob

Obrázok 2. Patrickov test



života, spôsob nosenia školských tašiek), liekovej anamnézy, a vplyve na život pacienta.

Bolesť, ktorá sa zhoršuje s fyzickou aktivitou a na konci dňa je typická pre Scheuermannovu kyfózu, spondylolistézu a nešpecifickú bolesť. Radikulárna bolesť poukazuje na tlak na nervové štruktúry a je typická predovšetkým pre hernie diskov, menej pre ťažké spondylolistézy a nádory. U dieťaťa, ktoré bez vysvetliteľnej príčiny sa odmieta postaviť a má bolesti chrbta, je potrebné myslieť na spondylodiscitídu. Nočné bolesti sprevádzané neurologickou symptomatológiou alebo stratou na hmotnosti môžu byť prejavom onkologickej príčiny bolesti chrbta. Vcelku horšia odpoveď na klasickú analgetickú liečbu a výraznejší dosah na život dieťaťa bývajú pri organických príčinách bolesti chrbta.

V rámci rodinnej anamnézy sú tiež dôležité informácie o výskyte ortopedických, neurologických a reumatologických ochorení, predovšetkým asociovaných na pozitívitu HLA-B27 (ankylozujúca spondylitída, reaktívna artritída, psoriáza, inflamatorne ochorenia čriev).

2. Objektívne vyšetrenie

- **Postoj.** Pri pohľade zozadu si všimame asymetrie trupu, ktoré bývajú pri skolióze, kontraktúrach a rozličnej dĺžke dolných končatín. Taktiež pátrame po zmenách v strednej čiari (zvýšené ochlpenie, sínusy v LS oblasti). Pri pohľade z boku hodnotíme zakrivenie chrbtice (zvýraznenie/

sploštenie). Prítomnosť významnej kontraktúry v lumbálnej oblasti s následným sploštením lumbálnej lordózy je typické pre hernie diskov a spondylodiscitídu.

- **Rozsah pohybov.** Hodnotíme aktívne pohyby chrbtice – flexia (predklon hlavy alebo trupu pri vystretých nohách), extenzia (záklon hlavy alebo trupu s extendovanými dolnými končatinami), úklony (pohyby hlavy k ramenám, resp. trupu k stranám, pričom pacient by mal byť schopný sa dotknúť rukou hlavice fibuly), laterálne rotácie.
- **Palpácia.** Povrchové štruktúry chrbta sú lepšie hodnotiteľné v stoji. Bod najvýraznejšej reakcie musí byť korelovaný lokalizačne k príslušnej anatomickej štruktúre – *processi spinosi* (spondylolistézy ťažkého stupňa, poruchy uzatvorenia stavcových oblúkov), paravertebrálne svalstvo (spazmy, kontraktúry), sakroileakálne zhyby (bolestivosť pri zápalových procesoch), gluteálne svalstvo, *spinae iliacae posteriores*, veľké trochantery, atď.
- **Flexibilita.** Skrátenie hamstringov (ischiotibiálneho svalstva) spôsobuje zmenšenie popliteálneho uhla. Tento uhol sa mení s vekom, ale je považovaný za patologický, ak chýba viac ako 50° do úplnej extenzie.
- **Špeciálne manévry.**
 - **Adamsov test.** Pacient spraví pri ňom predklon v drieku, nohy má vystreté, päty spolu a voľne visiace ruky. V tejto polohe sa zvýrazňuje skolióza, pričom hrudný kôš je asymetrický – jedna strana je vyššie postavená oproti druhej. Podrobnejšie vyšetrenie tzv. skoliometrom patrí do rúk ortopéda. Zboku sa môže identifikovať angulárna kyfóza typická pre Scheuermannovu chorobu.
 - Modifikovaný **Schoberov test.** V stoji sa označí bod 10 cm nad stavcom L5. Pri maximálnom predklone v drieku sa táto vzdialenosť má predĺžiť o 4 – 6 cm. Menšie hodnoty svedčia o horšej mobilite chrbtice, ktorá môže byť prítomná pri spondyloartropatiách (obrázok 1).

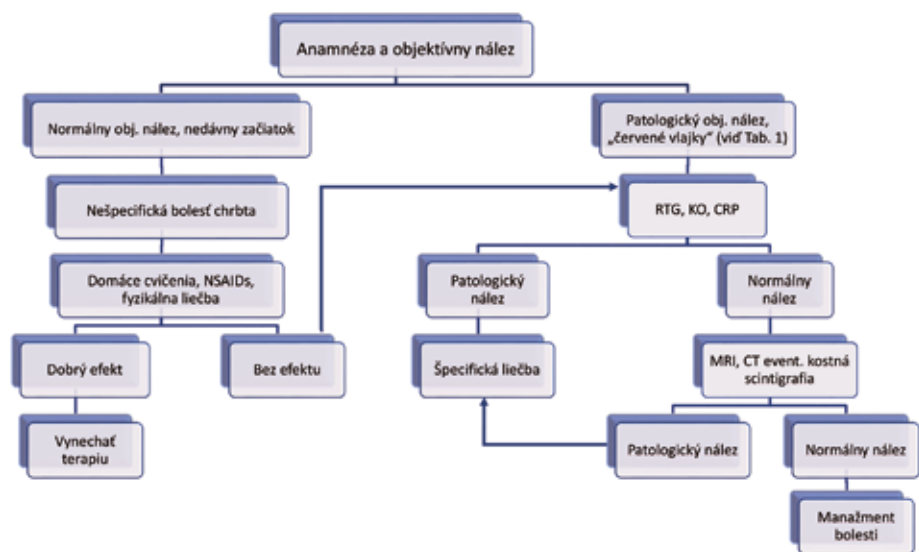
- **Lassegueov test.** Ide o pasívnu flexiu dolnej končatiny v bedrovom kĺbe s extenziou v kolennom kĺbe. Vyvolanie bolesti v LS oblasti s propagáciou do dolnej končatiny po určitom dermatóme býva pri diskopatiách. Bolesti v oblasti hamstringov bývajú pri ich skrátaní.
- **Patrickov test.** U pacienta ležiacoho na chrbte vykonáme flexiu, abdukciu a externú rotáciu s chodidlom opretým o koleno druhej nohy (*Flexion, Abduction, External Rotation = FABER test*). Bolesti pri tomto manévri bývajú pri patológiách v sakroileakálnom zhybe alebo bedrovom kĺbe (obrázok 2).
- **Trendelenburgov test.** Pacienta vyzveme, aby sa postavil na jednu nohu a aby pokrčil druhú („ako bocian“). Pozitívny je vtedy, ak dochádza k poklesu bedra pri slabosti pletencového svalstva pre dolné končatiny (napr. pri neuromuskulárnych chorobách).
- **Neurologické vyšetrenie.** Hodnotíme trofiku svalov, svalovú silu, citlivosť (strata citlivosti typu „jazdeckých nohavíc“ je typická pre syndróm *cauda equina*), šľachovo-okosticové reflexy, pyramídové príznaky (Babinski, Rossolimo, atď.), brušné reflexy, kre-masterový a análny reflex.

3. Zobrazovacie vyšetrenia

- **RTG chrbtice** je indikované pri podozrení na organickú príčinu bolesti event. pri trvaní bolesti 4 týždne a viac. Základné sú anterioposteriórne (AP) a bočné projekcie v stoji. Hodnotí sa zakrivenie a usporiadanie chrbtice, pedikly (zmazané v AP projekcii bývajú pri nádorových procesoch), výška stavcov, a i. Na zobrazenie spondylolýz sa odporúčajú šikmé snímky, kde sa zobrazuje tzv. „znak dekapitovaného škótskeho teriéra“. Veľmi cenné sú dynamické testy pri predklone a záklone na posúdenie stability, mobility event. posunu stavcov v danom segmente.
- **Počítačová tomografia (CT)** lepšie zobrazuje nádory, fraktúry a spondylolýzy bez listézy.

Tabuľka 1. „Červené vlajky“ pri bolestiach chrbta u detí (4)

„Červené vlajky“ v anamnéze	„Červené vlajky“ v objektívnom vyšetrení
Onkologické ochorenie	Závažný alebo progresívny neurologický deficit
Strata na hmotnosti/strata chuti do jedla	Strata citlivosti „jazdeckého“ typu
Bolesti v noci alebo počas oddychu	Znížený análny reflex
Sfinkterové ťažkosti	Horúčka
Nevysvetliteľná horúčka	Závažný alebo progresívny neurologický deficit
Nedávna infekcia	
Imunosupresia	
Ranná stuhnutosť	
Trauma	
Vek < 4 roky	
Trvanie bolestí > 1 mesiac	

Obrázok 3. Návrh manažmentu detského pacienta s bolesťami chrbta (adaptované podľa 5)


- **Magnetická rezonancia (MR)** je indikovaná k lepšiemu zobrazeniu mäkkých tkanív, predovšetkým neurologických štruktúr a paraspinálneho svalstva. Je veľmi užitočná pri nádoroch, infekciách a diskopatiách.
- **Kostná scintigrafia** sa používa na zobrazenie okultných fraktúr, spondylolýz, infekcií, kostných metastáz a na odlíšenie od degeneratívnych zmien.

4. Ďalšie pomocné vyšetrenia

- **Laboratórne vyšetrenia** môžu potvrdiť infekčný, reumatologický, alebo onkologický proces (napr. leukémiu).
- **Elektromyografia** je vhodná k objektivizácii postihnutia periférnych nervov.

V rámci anamnézy a objektívneho vyšetrenia niektoré údaje bývajú mnohokrát spojené so závažnejšími diagnózami a preto by im mala byť venovaná väčšia pozornosť. Sú to tzv. „červené vlajky“ – akoby varovné znaky nebezpečenstva. V tabuľke 1 sú uvedené

„červené vlajky“ pri manažmente bolestí chrbta (4).

Na obrázku 3 uvádzame návrh algoritmu manažmentu detského pacienta s bolesťami chrbta. Opatrní musíme byť pri indikovaní a voľbe rádiologických vyšetrení – nesprávna indikácia nakoniec môže byť kontraproduktívna pre pacienta (možná radiačná záťaž event. nesprávne indikácie chirurgického riešenia rádiologických nálezov) a pre zdravotnícky systém (nárast výdavkov na zdravotnú starostlivosť a zbytočná záťaž zdravotníckeho personálu).

Príčiny bolesti chrbta

Bolesti chrbta sú príznakom, nie diagnózou. V niektorých prípadoch odhalíme jasnú etiológiu bolestí, avšak väčšinou príčina nie je známa. Vtedy hovoríme o nešpecifickej bolesti chrbta. Prehľad príčin bolestí chrbta je uvedený v tabuľke 2.

1. Nešpecifická bolesť chrbta

Ide o bolesti chrbta bez jednoznačne známeho alebo dokázateľného podkladu. Je to najčastejšia forma bolestí

Tabuľka 2. Príčiny bolestí chrbta

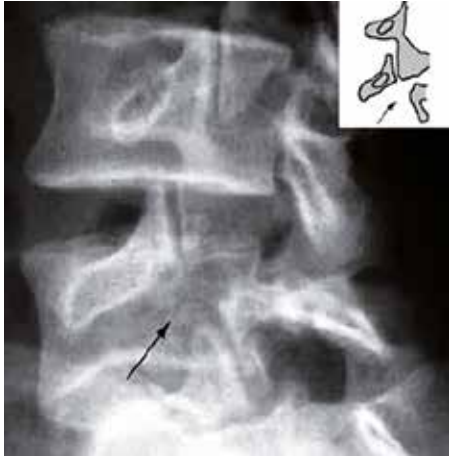
Organické príčiny	Spondylolýza a spondylolistéza
	Scheuermannova choroba
	Spondylodiscitída
	Hernia disku
	Spinálne nádory
	Skolióza a ďalšie deformity chrbtice
	Reumatická príčina
	Traumatická príčina
Neorganické príčiny	Nešpecifická bolesť

chrbta (95 – 99 %), ale ide o diagnózu, ktorá sa stanovuje per exclusionem. Bolesti môžu byť lokalizované v ktorejkoľvek časti chrbta a môžu propagovať rôzne, preto môžu pôsobiť aj ako radikálne bolesti. Intenzita bolestí závisí od fyzickej aktivity a často býva obmedzenie hybnosti. Predpokladá sa, že ide o následok drobných fyzických zmien (napr. natrhnutia) vo svaloch, väzoch, medzistavcových platničkách alebo posteriorných kĺboch stavcov, ktoré nemôžu byť presne identifikované zobrazovacími vyšetreniami. Niektoré štúdie s PET (pozitronová emisná tomografia) odhalili lézie na úrovni spojení chrbtice a svalov. V ďalších štúdiách s MR v stojí a so školskými taškami sa našla nerovnováha distribúcie záťaže na medzistavcové disky. Početné práce poukazovali na faktory spojené s genézou alebo vnímanie bolestí: spôsob života (sedentarizmus, nadmerná športová aktivita), obezita, faktory spojené so školou (nosenie tašiek, držanie tela), a psychologické (depresia, nízke sebavedomie). Liečba spočíva v identifikácii a eliminácii vyššie spomínaných faktorov (kľúčový je aktívny spôsob života!), v podávaní analgetík, vo fyzioterapii, a neraz aj v psychologickom poradenstve (3).

2. Spondylolýza a spondylolistéza

Pri **spondylolýze** ide o defekt v *pars interarticularis* oblúku stavca. Môže byť uni- alebo bilaterálna a postihuje najčastejšie stavce L4 a L5. Vyskytuje sa predovšetkým u chlapcov a u športovcov, ktorí namáhajú chrbticu opakovanou extenziou, flexiou a rotáciou. Môže vzniknúť akútne, avšak častejšie pri nadmernej a opakovanej fyzickej aktivite.

Obrázok 4. Obrázok „dekapitovaného škótskeho teriéra“ na šikmých RTG snímkach pri spondylolýze



Spondylolistéza nastáva pri bilaterálnej spondylolýze s následným ventrálnym posunom stavca voči nasledujúcemu stavcu. Podľa miery posunu tiel stavcov sa delí spondylolistéza do 4 stupňov: pri I. stupni je ventrálny posun do 25 % AP rozmeru tela druhého stavca, pri II. stupni 25 – 50 %, pri III. stupni 50 – 75 %, a pri IV. stupni > 75 %. Vyskytuje sa častejšie u dievčat, hlavne v období rastového špurtu.

Podľa literatúry sú tieto procesy najčastejšou príčinou organickej bolesti chrbta u detí medzi 10. a 15. rokom (1, 3). V klinickom obraze sa stretávame s bolesťami v LS oblasti spojenými s fyzickou aktivitou alebo pri dlhom státi. Ak je listéza významná, môže spôsobiť tlak na nervové korene a spôsobiť radikulárnu bolesť alebo neurologický deficit. V objektívnom náleze vidíme lumbálnu hyperlordózu, spazmy a palpačnú bolesť paravertebrálneho svalstva ipsilaterálne, a skrátenie hamstringov. V diagnostike sa uplatňujú pri spondylolýze šikmé RTG snímky, kde nachádzame tzv. „znak dekapitovaného škótskeho teriéra“ (obrázok 4), a pri spondylolistéze bočné a AP RTG snímky, event. CT a SPECT vyšetrenia. V rámci liečby je dôležité obmedzenie fyzickej aktivity až do ústupu bolesti event. nasadenie korzetu. Pri vysokostupňových spondylolistézach je potrebné chirurgické riešenie.

3. Scheuermannova choroba

Je druhou najčastejšou príčinou organických bolesti chrbta u detí (3). Začiatok ťažkostí býva pred pubertálnym vekom a bežne sa považuje za zlé drža-

Obrázok 5. MR nález pri spondylodiscitíde na úrovni L5 u 17r. pacientky



nie tela, čo môže oneskoriť stanovenie diagnózy. Pacienti sú väčšinou asymptomatickí, avšak bolesť môže byť prítomná hlavne pri dlhom státi, v neskorých hodinách a pri cvičení. V objektívnom náleze vidíme rigidnú Scheuermannovu kyfózu (hlavne v Th oblasti, menej často v LS), ktorá nemizne pri ventrálnnej flexii. Neurologické a kardiologické ťažkosti sa vyskytujú pri ťažkých stavoch so zakrivením chrbtice o viac ako 100°. V diagnostike sú kľúčové RTG snímky v bočnej a AP projekcii. Liečba spočíva vo fyzioterapii, nasadení korzetu event. chirurgickom riešení, podľa stupňa postihnutia.

4. Spondylodiscitída

Ide o infekciu medzistavcovej platničky a príľahlých stavcov. Najčastejším pôvodcom je *Staphylococcus aureus* (v endemických oblastiach nesmieme zabudnúť na tuberkulózu!). Najčastejšie sa vyskytujú u malých detí, s maximom incidencie vo veku 3 rokov, keďže býva hematogénny pôvod infekcie a v tomto veku je ešte prítomná diskálna vaskularizácia. Menšie deti mnohokrát nevedia vyjadriť svoje ťažkosti správne a jediný príznak je odmietanie chôdze alebo sedu. Väčšie deti zase referujú veľmi silné bolesti chrbta s propagáciou do dolných končatín a kontraktúrami paravertebrálneho svalstva. Horúčka, elevácia zápalových markerov a zmeny v krvnom obraze nie sú vždy prítomné, preto sa stanovenie diagnózy môže oddialiť. Zmeny v bežných RTG snímkach

Obrázok 6. MR nález protrúzie disku L4/5 u 17r. pacientky



(zmenšenie medzistavcových priestorov, nepravidelnosti hrán príľahlých stavcov) sú prítomné až 2 – 4 týždne od začiatku ťažkostí, preto je MRI zobrazovaciu metódou prvej voľby v tomto prípade (obrázok 5). Liečba spočíva v podávaní antibiotík. V prípade refraktérnosti na liečbu treba zvážiť bioptickú punkciu stavca na identifikovanie agensa.

5. Hernie diskov

Ide o vysunutie disku mimo hranice krycích doštičiek stavcov. Podľa stupňa vysunutia rozoznávame „bulging“

Obrázok 7. MR nález meningeómu na úrovni L4-5/S1 u 11r. pacientky



(vyklenutie), protrúziu, extrúziu a sekvestraciu disku. Podľa lokalizácie vo vzťahu k stavcom zase centrálna, paramediálna, foraminálna a extraforaminálna hernie. Incidencia v detskej populácii je veľmi nízka – na úrovni 0,2 až 3,2 %. V klinickom obraze sa stretávame s radikulárnou bolesťou, najčastejšie v LS oblasti alebo v gluteálnej oblasti, spolu s kontraktúrami lumbálnej svalstvy až so sploštením lumbálnej lordózy. Bolesť sa často zvyrazňuje pri predklone, kýchnutí alebo kašli. Objektívne zisťujeme slabosť v príslušnom myotóme, poruchy citlivosti s distribúciou podľa daného dermatómu, znížené šľachovo-okosticové reflexy a pozitívny Lassegueov test. Metódou voľby pri zobrazení je MR (obrázok 6). V liečbe sa uplatňujú analgetiká, myorelaxanciá (neraz v infúznej forme), fyzikálna liečba a v ťažkých prípadoch chirurgické riešenie.

6. Nádory miechy a chrbtice

Prejavujú sa silnými bolesťami, ktoré sa nevzťahujú na fyzickú aktivitu a majú nočnú predominanciu. Môžu

Obrázok 8. MR nález sakroileitídy u 12r. pacientky



spôsobiť útlak na nervové štruktúry a následne radikulárnu bolesť alebo paraparézu/paraplégii dolných končatín. V rámci benígnych nádorov najčastejšie sú osteoidný osteóm, osteoblastóm, eozinofilný granulóm a kostné cysty. Spomedzi malígnych nádorov, najčastejšie bývajú Ewingov sarkóm, osteosarkóm, leukémia, metastázy z neuroblastómov alebo rhabdomyosarkóm. V diagnostike sú kľúčové zobrazovacie vyšetrenia, hlavne MR (obrázok 7).

7. Skolióza

Skoliózy ľahkého stupňa väčšinou nespôsobujú bolesti. Tie sa prejavujú u asi 23 % pacientov so skoliózou, predovšetkým pri zakrivení viac ako 50° (3). Manažment je vysokoindividuálny a patrí do rúk ortopéda. Konzervatívny postup, fyzioterapia, ortézy a chirurgické zákroky sú možné terapeutické stratégie.

8. Reumatologické príčiny

Juvenilná reumatoidná artritída postihuje predovšetkým C chrbticu, kým spondyloartropatie skôr LS oblasť a sakroileakálne zhyby. Reaktívne artritídy, psoriatická artritída a inflamatórne ochorenia čriev sa môžu prejavovať spondyloartropatiou. Klinicky sa tieto procesy manifestujú bolesťami chrbta s klasickou rannou stuhnutosťou a zmiernením bolesti pri fyzickej

aktivite. V objektívnom náleze býva obmedzená mobilita LS oblasti (Schoberov test). Podrobné vyšetrenie ďalších kĺbov je dôležité. V RTG snímkach možno nájsť rozšírenie kĺbových priestorov a erózie. MR vyšetrenie odhaľuje v skorších štádiách zápalové zmeny (obrázok 8). Liečba spočíva vo fyzioterapii, podávaní nesteroidných antiflogistík, antireumatík a biologickej liečby (1).

Záver

Bolesť chrbta sú častým príznakom u detí. I keď vo väčšine prípadov ide o nešpecifickú bolesť, závažnejšie príčiny (ako napr. nádorové procesy alebo spondylodiscitídy) musia byť vylúčené. V diagnostickom procese sú kľúčové zobrazovacie vyšetrenia, ale ich zbytočné použitie môže byť kontraproduktívne pre pacienta a pre zdravotnícky systém. Liečba závisí od etiológie stavu, pričom v prípade nešpecifických bolestí chrbta je dôležité odstránenie rizikových faktorov.

Literatúra

1. Houghton KM. Review for the generalist: evaluation of low back pain in children and adolescents. *Pediatric Rheumatology Online Journal*. 2010;8:28. doi:10.1186/1546-0096-8-28. Accessed February 10, 2016.
2. Kjaer P, Wedderkopp N, Korsholm L, Leboeuf-Yde C. Prevalence and tracking of back pain from childhood to adolescence. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2011;12:98. doi:10.1186/1471-2474-12-98. Accessed July 28, 2017.
3. García Fontecha, C. Dolor de espalda. *Pediatr Integral*. 2014;18(7):413-424.
4. Kordi R, Rostami M. Low Back Pain in Children and Adolescents: an Algorithmic Clinical Approach. *Iran J Pediatr*. 2011;21(3):259-270.
5. Bernstein RM, Cozen H. Evaluation of Back Pain in Children and Adolescents. *Am Fam Physician*. 2007;76(11):1669-1676.

Článok je prevzatý z:
Pediatr. prax, 2018;19(1):12-16

MUDr. Gonzalo Alonso Ramos Rivera

Klinika detskej neurológie LF UK a NÚDCH
Limbová 1, 833 40 Bratislava
gonzaloalonsoramos@gmail.com

Viac života, menej bolesti. Ako pomôcť rodičom, ktorí vedia, že prežijú svoje dieťa (praktické rady pre lekárov)

Mgr. Lucia Kralovičová, Hana Kolibiarová, MSW, MUDr. Mária Jasenková

Centrum smútkovej terapie PLAMIENOK, n. o., Bratislava

V pediatrickej praxi sa stretávame aj so situáciami, keď ochorenie dieťaťa nemôžeme vyliečiť a prognóza je fatálna. Ak dieťa trpí život limitujúcim alebo ohrozujúcim ochorením, je táto situácia mimoriadne náročná a bolestná pre celú rodinu a nie je ľahká ani pre ošetrovujúcich pediatrov v ambulanciách či na detských oddeleniach a klinikách. Na Slovensku v roku 2016 zomrelo 491 detí (70 % v dôsledku úrazov a akútnych chorôb, 30 % na život limitujúce ochorenie). Po úmrtí jedného dieťaťa smúti priemerne 5 – 6 ľudí. V roku 2016 tak bolo stratou dieťaťa na Slovensku zasiahnutých 2 450 ľudí. Zahraničné štúdie uvádzajú, že 20 % ľudí smúti komplikovane (6). Komplikované smútenie sa nezlepšuje bez profesionálnej pomoci. Smútková terapia a poradenstvo ako súčasť paliatívnej starostlivosti sú preto nenahraditeľné.

Kľúčové slová: smrť dieťaťa, nevyliečiteľná choroba, smútenie, komplikované smútenie, Centrum smútkovej terapie PLAMIENOK, n. o.

More life less pain. How to help parents when their child is dying? (Recommendations for physicians)

In paediatric practice, we encounter situations when the child illness is incurable and the prognosis is fatal. Care about children with life-limiting/threatening diseases is extremely challenging for the family and healthcare professionals. In Slovakia 491 children died during the year 2016 (70 % from acute conditions and injuries, 30 % from life-limiting/life-threatening diseases). We have 5-6 bereaved people for every loss. 2450 people were affected by the loss of a child in Slovakia during the year 2016. According to studies, up to 20 % of bereaved people can have a complicated process of grief (6). Complicated grief does not improve without professional help. Grief therapy and counselling as part of palliative care is therefore paramount.

Key words: grief, complicated grief, Centrum of Grief Therapy PLAMIENOK, n. o.

Úvod

Strata dieťaťa patrí medzi najnáročnejšie životné skúsenosti. Prináša všetkým, ktorí mali k dieťaťu bližší vzťah, fyzickú, duševnú, sociálnu a spirituálnu bolesť rôznej intenzity. Profesionáli, ktorí sa o dieťa a rodinu starajú, najmä lekári a sestry, sú vystavení veľkej emocionálnej záťaži. Nielenže sa ich strata dieťaťa priamo dotýka, ale zároveň sa od nich očakáva, že zvládnu náročnú komunikáciu s rodičmi a budú im oporou. Problematika smútenia detí a rodičov je v pediatrickej obci pomerne novou oblasťou.

Smútenie

Smútenie je reakcia na stratu, v kontexte detskej paliatívnej starostlivosti, na úmrtie dieťaťa. Smútenie je proces, ktorý sa dotýka všetkých, ktorí mali blízky vzťah k dieťaťu, teda aj súrodencov, starých rodičov, či iných blízkych osôb. Proces smútenia závisí od mnohých faktorov a vyznačuje sa prežívaním a vyjadrením rôznych emócií v rôznej in-

tenzite (1). Smútenie sa môže prejavovať napríklad tak, že smútiaci neustále myslí na osobu, ktorú stratil, alebo naopak sa vyhýba akejkoľvek zmienke o zosnulom. Smútiaci rodič môže mať prudké zmeny nálad, môže sa hnevať a obviňovať okolie za to, čo sa stalo, vyhýbať sa kontaktom s ľuďmi. Často bývajú prítomné poruchy spánku, bolesti hlavy, poruchy príjmu potravy. Smútiaci rodičia sú rizikovou skupinou pre vznik depresie, či suicidálneho konania. Priebeh aj prejavy smútenia sú jedinečné u každej smútiacej osoby, napriek tomu má proces smútenia svoje zákonitosti. Worden hovorí o úlohách, ktoré ak smútiaci zvládnu, proces smútenia postupuje:

- akceptácia reality straty,
- práca s bolesťou, ktorú smútenie prináša,
- prispôsobenie sa prostrediu, v ktorom zosnulé dieťa chýba,
- nájdenie trvalého spojenia so zosnulým dieťaťom, pri nástupe do nového života (2).

Labodová opisuje fázy procesu smútenia, ktorými smútiaci prechádza:

- obdobie zmätenosti, šoku zo straty, otrasenie,
- obdobie intenzívnej ventilácie zármutku a žiaľu, vyjadrovanie prežívania,
- obdobie návratu k fungovaniu, k bežnému životu pred stratou, pozmeneného tým, že sa ho smútiaci rodič naučí žiť bez zosnulého dieťaťa.

U každého rodiča môžu tieto fázy trvať rôzne dlhý čas, nemusia nasledovať po sebe, niektoré dokonca nemusia nastať vôbec, či sa môžu navzájom prelínať (3).

Adaptívne smútenie

Väčšina populácie detí aj dospelých po strate blízkeho zažíva tzv. *adaptívne smútenie*. Niekedy mu hovoríme aj prirodzené, fyziologické, nekomplikované smútenie. Smútiacej osobe sa po fáze akútneho smútku postupne vracia radosť zo života a z blízkych vzťahov. Proces smútenia nikdy nekončí, ale

v priebehu adaptívneho smútenia sa v prežívaní dostáva postupne do úzadia. Smútok zo straty môže byť intenzívnejší v určitých obdobiach (výročia a pod.), smútiaci rodič je však po istom čase schopný pokračovať vo svojich aktivitách a živote. Adaptívne smútenie je proces, ktorý nevyžaduje odbornú terapeutickú intervenciu, ale podporné skupiny alebo podpora profesionálov môžu byť užitočné, najmä v prípadoch, keď je podpora sociálneho okolia z akéhokoľvek dôvodu nedostatočná. Väčšina literatúry sa zhoduje, že pri adaptívnom smútení je posun v procese smútenia po šiestich mesiacoch od straty zjavný (4). Avšak u rodičov, ktorí strácajú dieťa, môže adaptívne smútenie trvať až jeden rok. Asi u 20 % rodičov, ktorí stratia dieťa, prejavy smútenia dlhodobo pretrvávajú a k adaptácii po strate neprichádza ani po dlhšom čase od straty. Rodič, ktorý stratil dieťa nie je dlhodobo schopný bežných sociálnych kontaktov, dlhodobo prežíva hlboký zármutok, trpí telesnými ťažkosťami, ktoré pred stratou dieťaťa nemal. Takéto smútenie označujeme ako komplikované (pozri nižšie).

Anticipačné smútenie

Rodič, ktorý je konfrontovaný s diagnózou život limitujúceho alebo ohrozujúceho ochorenia svojho dieťaťa smúti od momentu, keď sa dozvie, že život jeho dieťaťa je ohrozený. Smútenie v období, keď rodina očakáva smrť dieťaťa, označujeme ako tzv. anticipačné smútenie. Rodič reaguje na blížiaci sa koniec života dieťaťa celou svojou osobnosťou (5). Na úrovni myslenia sa smútok **môže prejavovať napr. neprijímaním, odmietaním prognózy choroby dieťaťa, na emocionálnej úrovni napr. výrazným prežívaním smútku až depresie, hnevom až agresívnym správaním voči okoliu, sebaobviňovaním, extrémnym strachom z toho, čo bude. V rovine sociálnej smútiaci rodič nemusí zvládať pracovať alebo vykonávať bežné úkony dňa ako napr. ráno vstať, obliecť sa, urobiť raňajky a pod., alebo sa môže vyhýbať kontaktu s ľuďmi. V duchovnej oblasti si môže klástť otázky o zmysle života, smrti a utrpenia. Hľadanie odpovedí na otázku „Prečo?“ môže prežívať naliehavo.**

Komplikované smútenie

Štúdia Meert a kol., dokazuje, že u 10 % – 20 % populácie smútenie nie je adaptívne, proces smútenia akoby neustupoval a vzniká tzv. komplikované smútenie. Medzi rodičmi, ktorí stratili dieťa, sa percento jeho vzniku ešte zvyšuje (6). Strata dieťaťa je jednou z najnáročnejších situácií v živote. To znamená, že u rodičov, ktorí stratili dieťa, môže byť komplikované smútenie intenzívnejšie a môže byť sprevádzané vyššou mierou samovražedných myšlienok a sebaobviňovania (7), dochádza k zníženiu kvality života a bez intervencie sa môže stať chronickým (5). Preto je dôležité, aby rodičia po strate dieťaťa dostali informáciu o možnosti a potrebe odbornej psychologической pomoci po strate dieťaťa čo najskôr.

Znaky komplikovaného smútenia

Ak sa po viac ako šiestich mesiacoch od straty smútiaci rodič:

- neustále zaoberá myšlienkami na dieťa a znepokojujúce dotieravé spomienky na okolnosti smrti sú časté,
- hnevá sa a je zatrpknutý v súvislosti so smrťou dieťaťa,
- trpí často opakujúcimi sa návalmi bolesti s intenzívnou túžbou po dieťati,
- popiera fakt, že dieťa zomrelo,
- vyhýba sa situáciám, ktoré môžu dieťa aj okrajovo pripomínať (8).

Komplikované smútenie výrazne znižuje kvalitu života rodiča, zvyšuje riziko rakoviny, srdcovo-cievnych problémov, vysokého krvného tlaku a samovraždy (9) a je spojené s horším fungovaním a s nedostatkom energie (10).

Symptómy komplikovaného smútenia

Smútenie je psychosomatický proces. Keď trpí telo rodičov, trpí aj duša, a naopak. Existuje vzťah medzi duševnými a telesnými aspektmi zármutku. Telesné symptómy ako napríklad bolesť hlavy, či časté infekcie po strate, môžu byť prejavom smútenia, môžu vychádzať z emocionálneho tlaku, alebo konfliktu (11). Ako uvádza Bachoríková, symptómy smútenia možno teda rozdeliť na fyzické symptómy, emocionálne symptómy, sociálne, spirituálne a zmeny správania. **Fyzické symptómy smútenia** sú

napríklad bolesť (na hrudi, bolesti hlavy, brucha a iné), časté infekcie (znížená imunita), poruchy spánku (ťažkosti so zaspaním, výrazná spavosť a pod.), strata chuti do jedla, úbytok, alebo prírastok na hmotnosti. **Emocionálne symptómy** sú napríklad hlboký smútok, neustále zaobreranie sa so zosnulým dieťaťom, ataky úzkosti a paniky, sebaobviňovanie sa a pocity viny, zmeny nálad, hnev na okolie, najmä na ošetrovúcich lekárov. **K spirituálnym symptómom** patrí hľadanie príčiny a zmyslu straty dieťaťa, jeho utrpenia, života a smrti, hľadanie odpovedí na otázky typu „Prečo sa to stalo?“, hnev na Boha, ktorý to dopustil alebo naopak prehĺbenie religiozity. **Zmeny správania sa prejavujú** ako nedostatok energie, návaly plaču, apatia, nevšímavosť, zníženie schopnosti sa koncentrovať, halucinácie (vidiny živého dieťaťa, vnímanie jeho hlasu), suicidálne pokusy (12). Deti (zdraví súrodenci) najmä do predškolského resp. mladšieho školského veku prejavujú smútenie na telesnej a behaviorálnej úrovni. Smútenie v tomto vekovom období je viac nevedomý proces. Dospievajúci a dospelí majú schopnosť viac o strate hovoriť, vedľa lepšie pomenovať čo cítia a prežívajú a lepšie sa vyznajú vo svojich pocitoch.

Znižovanie rizika vzniku komplikovaného smútenia

Paliatívna starostlivosť znižuje riziko komplikovaného smútenia. Ak je včas a kvalitne poskytnutá rodičom, ktorí strácajú svoje dieťa (najmä kvalitný symptómový manažment chorého, profesionálna podpora a sprevádzanie celej rodiny), niektoré rizikové faktory komplikovaného smútenia je možné kvalitnou starostlivosťou eliminovať alebo zmierniť. Medzi faktory komplikovaného smútenia, ktoré môžu byť kvalitnou paliatívnou starostlivosťou redukované prípadne úplne eliminované patrí:

1. vnímanie smrti ako náhleho alebo traumatickeho udalosti, ak ide o chronické nevyliciteľné ochorenie,
2. potláčanie prijatia smrti,
3. pocit nezájmu od odborníkov o život dieťaťa počas choroby,
4. nízka kvalita života pred smrťou,
5. veľmi vysoká miera stresu a úzkosti v čase smrti,
6. úmrtie v nemocnici.

Ostatné rizikové faktory (po-hlavie, predošlé straty blízkych ľudí v rodine) nie je možné paliatívnou starostlivosťou ovplyvniť, ale je možné ich monitorovať a príbuzným môže byť po strate ponúknutá a poskytnutá ďalšia pomoc, poradenstvo, prípadne smútková terapia. **Komplikované smútenie** sa nezlepší bez profesionálnej pomoci. **Smútková terapia a poradenstvo ako súčasť paliatívnej starostlivosti sú preto nenahraditeľné (1).**

Odborná pomoc po strate

Cieľom psychologickéj pomoci je prevencia vzniku komplikovaného smútenia (facilitovanie procesu adaptívneho smútenia) alebo terapia komplikovaného smútenia. Pri komunikácii lekára s rodičom, ktorý stráca alebo stratil svoje dieťa, je vhodné najprv odhadnúť riziko komplikovaného smútenia a následne včas a vhodným spôsobom ho informovať o potrebe a možnostiach odbornej psychologickéj pomoci.

Je vhodné, keď lekár odporučí rodičovi po úmrtí dieťaťa **preventívnu odbornú psychologickú pomoc** v prípadoch: ak smrť dieťaťa bola náhla (napr. krátko po určení diagnózy, alebo krátko po vážnom úraze), ak ide o viacnásobnú stratu (napr. ak rodič stratil v blízkom období jedného zo svojich rodičov), ak ide o rodinu s nedostatočnou podporou rodiny či okolia (napr. rodič bez partnera), taktiež v prípadoch, ak je v rodine pozostalý súrodenec, ktorý je v období dospievania, alebo ak sa stratou významne mení život rodiča (napr. rodič mal iba jediné dieťa a jeho stratou stráca aj svoju rodičovskú rolu). Ak sa u rodiča, alebo pozostaleho súrodenca vyskytujú vážne symptómy komplikovaného smútenia ako sebapoškodzovanie, výrazný úbytok na hmotnosti, vyhýbanie sa kontaktu s ľuďmi, hlboký a dlhodobý smútok, výrazné fyzické ťažkosti alebo ak príčina smrti bola násilná či suicidálna alebo smrť nastala náhle, je **nutné odporučiť následnú odbornú pomoc po strate okamžite (12).**

Centrum smútkovej terapie PLAMIENOK, n. o.

Vzniklo v roku 2011 a ako jediné na Slovensku ponúka špecializované

služby smútkovej terapie a poradenstva deťom a rodinám po strate blízkeho. Od roku 2011 do dnes využilo služby 593 rodín po strate blízkeho. V roku 2017 poskytlo terapiu 84 rodinám, z toho 29 rodín so stratou dieťaťa a 55 rodín so stratou dospelého. 14 ľudí využilo služby Centra smútkovej terapie v súvislosti so stratou dieťaťa so život limitujúcim ochorením.

Služby Centra smútkovej terapie PLAMIENOK, n. o.

V súčasnosti Centrum smútkovej terapie PLAMIENOK, n. o., ponúka **individuálnu a rodinnú smútkovú terapiu deťom aj dospelým**, kde sa terapeut stretáva so smútiacim rodičom **v pravidelných intervaloch** najčastejšie jedenkrát do týždňa a poskytuje emocionálnu podporu, facilitáciu smútenia, individuálne poradenstvo a terapiu v smútení. Počas školského roka ponúkame deťom, adolescentom a rodičom po strate skupinové stretnutia, kde najväčším benefitom je spoluprežívanie radosti aj smútku a zdieľanie pocitu „nie som na to sám/sama“. V rámci skupinových terapeutických aktivít organizujeme aj terapeutické **stretnutia smútiacich rodín po strate dieťaťa a letný terapeutický tábor**. Môžu sa ho bezplatne zúčastniť pozostalé deti a adolescenti z celého Slovenska po strate súrodenca, rodiča či inej veľmi blízkej osoby.

Terapeutický proces

V Centre smútkovej terapie PLAMIENOK, n. o., pracujeme s konceptom tzv. kreatívneho sprevádzania. Túto holistickú metódu rozvinul Rubén Bild, kombinuje v nej psychoanalytický a transpersonálny terapeutický prístup v terapii a psychodrámu. Jedným z cieľov kreatívneho sprevádzania je poskytnúť smútiacim bezpečný priestor, kde môžu zdieľať svoje pocity, zažiť pocit hlbokého pochopenia a podporuje otvorený rozhovor o strate. Zdieľanie spomienok pomáha nadobudnúť nový pohľad na minulosť a precítiť život v prítomnosti (13). Počas procesu emocionálnej stabilizácie používame expresívne techniky z muzikoterapie, arteterapie, dramaterapie. Smútiaci rodič či dieťa tak môže prostrední-

ctvom terapeuta v terapeutickom procese znovu nájsť samého seba a opätovnú rovnováhu v prežívaní radosti a bolesti bežných dní (12).

Ciele a dĺžka pomoci

Smútková terapia v Centre smútkovej terapie PLAMIENOK, n. o., sa orientuje na zdroje emocionálnej podpory, na stratégie zvládania návalov smútku a na podporu pozitívnych rodinných interakcií. Snažíme sa so smútiacimi rodičmi hľadať to, čo im pomáha – teda ich vnútorné a vonkajšie zdroje, hľadať nádej a radosť v okamihoch života, pekné spomienky uchovať a starať sa o ne a tie bolestnejšie po čase smútku nechať ísť. Taktiež je pomáhajúce a dôležité, aby vo vzťahu so zosnulým dieťaťom smútiaci rodičia pokračovali, transformovali ho a našli jeho novú kvalitu. Orientácia sa na život, vytváranie si nových plánov, znovuoobjavenie a schopnosť prežívania radosti, je cieľom terapeutického procesu.

Dĺžka smútkovej terapie a sprevádzania úzko súvisí s potrebami každej rodiny. Ak cieľom odbornej intervencie je prevencia vzniku komplikovaného smútenia, čas poskytovania poradenstva a konzultácií sa môže pohybovať od jedného sedenia do 12 sedení (3 mesiace), pri komplikovanom smútení smútková terapia a poradenstvo trvá vo väčšine prípadov dlhšie, priemerne 30 sedení (1 rok).

Spôsob požiadania o pomoc a kontakt

Postup požiadania o služby Centra smútkovej terapie PLAMIENOK, n. o., je nasledovný:

1. Rodič, ktorý stratil dieťa sa priamo obráti na Centrum smútkovej terapie PLAMIENOK, n. o. (telefonicky, emailom).
2. Následne bude rodič pozvaný na osobné stretnutie.
3. Po osobnom pohovore bude spoločne dohodnutý cieľ, spôsob a dĺžka pomoci (individuálne, skupinové stretnutia).

Všetky terapeutické služby a odborná pomoc rodinám po strate je v Centre smútkovej terapie PLAMIENOK, n. o., poskytovaná **bezplatne**.

Diskusia

Rodičia, ktorí strácajú dieťa v dôsledku život limitujúceho alebo ohrozujúceho ochorenia, sú v ťažkej životnej situácii. Aj pre pediatrov, zdravotníckych pracovníkov a odborníkov, ktorí im poskytujú starostlivosť, je toto obdobie náročné. Je dôležité si uvedomiť, že smútenie je prirodzená reakcia na stratu (začínajúca ešte v čase, keď dieťa žije). Intenzita utrpenia, ktoré je spojené so smútkom a stratou dieťaťa sa môže prirodzene časom zmierniť. Alebo môže byť smútenie aj dlhotrvajúcim komplikovaným procesom, ktorý sa prejavuje dlhodobými ťažkosťami znižujúcimi kvalitu života a negatívne pôsobiace na zdravotný stav. Pediatr alebo lekár primárneho kontaktu, ktorý majú v starostlivosti dieťa so život limitujúcim alebo ohrozujúcim ochorením, môže smútiacim rodičom a pozostalým súrodencom ďalej pomôcť. Včas poskytnutá preventívna alebo terapeutická psychologická intervencia môže výrazne zlepšiť kvalitu ďalšieho života rodičov aj celej rodiny. Je nevyhnutná najmä pri náhlom či násilnom úmrtí dieťaťa, ale aj pri závažných či dlhodobých príznakoch zármutku ako napr. depresívny syndróm, sebapoškodzovanie, či pri suicidálnych myšlienkach. Na Slovensku od roku 2011 poskytuje Centrum smútkovej terapie PLAMIENOK, n. o., poradenstvo a terapiu v smútení ako jediné špecializované zariadenie pre deti a ich rodiny. Všetky terapeutické služby centra sú bezplatné.

Záver

Vzájomná spolupráca lekárov, psychológov a špecialistov v smútkovej terapii pomôže zmierniť utrpenie smútiacich rodín po strate dieťaťa a významne zlepšiť kvalitu ich života.

Slová matky, ktorá stratila syna v dôsledku život limitujúceho ochorenia a vyhľadala pomoc v Centre smútkovej terapie PLAMIENOK, n. o., v Bratislave:

Prežívanie pred terapiou:

„Osud nám zobral to najcennejšie, nášho milovaného a jedinečného syna. Nastalo obdobie temna. Môj život nemal zmysel, ani smer. Nemala som silu ďalej žiť. Smútok ma celú pohltil až do poslednej bunky v tele. K smútku sa pridala hnev a beznádej... len tma, ktorá ma požierala a ja som nemala silu sa brániť... obviňovala som sa zo všetkého, čo sa stalo, čo sa mohlo stať a čo sa nestalo. Nenávidela som ráno, keď som sa zobudila a noc, keď som si vyčerpaná smútkom líhala. Chcela som odísť za synom, nemohla som bez neho žiť. Takže láska až za hrob. Až vtedy som si uvedomila, že potrebujem pomoc...“

V terapeutickom procese smútenia:

„Každým stretnutím v Plamienku sa mi krôčik po krôčiku dostalo pomoci na ďalšej ceste môjho života s krížom. Najprv som sa musela naučiť postarať sa o seba. Umyť sa, najesť, vyspať, obliecť a iné veci, ktoré boli predtým bežné, no stali sa nezládnuteľné. Nedokázala som ísť sama nakúpiť, ani nič vybaviť. Mala som tendenciu si všetko vyčítať a obviňovať sa. Každé sedenie ma posúvalo ďalej...“

Po terapeutickom procese v individuálnej terapii smútenia:

„Výčitky ma postupne prestali správdzať. Uvedomila som si, že môj syn ma ľúbil a nechcel, aby som trpela, nechcel aby niekto z nás trpel. Láska k nemu tu zostala. Nezmlizla, stále tu je a je jej toľko, že sa dá krájať. Dnes nemyslím len na stratu milovaného, ale aj na to, aký skvelý a úžasný život sme mali s našim synom..., obohatil náš život a urobil ho skvelým a nezabudnuteľným. Plamienok mi pomohol vidieť to, čo by som sama nedokázala vidieť v objatí smútku. Nevravím, že sa mi po lici neskotúla slza, alebo že neprepadnem zúfalému plaču. Ale viem a verím, že mi bude lepšie a slnko svieti aj pre mňa. Môžem smútiť, ale môžem sa aj smiať a tešiť sa zo života.“

Literatúra

1. Jasenková M, Kysel O, Fedorková J, Bachoriková D, Kolibiarová H, Maľová K. Detská paliatívna starostlivosť na Slovensku. PLAMIENOK n. o., 2017.
2. Worden's Four Tasks of Mourning [online]. What's your grief. <https://whatsyourgrief.com/wordens-four-tasks-of-mourning/>. Accessed March 6, 2018.
3. Labodová P. Navždy odišiel...čo len teraz so mnou bude? [online] Psychoblog. O duši odborne a jednoducho. 2017; <https://psychoblog.sk/prekonat-smutenie-zo-straty-blizkeho/>. Accessed March, 2018.
4. Zisook S, et al. Bereavement, Complicated Grief and DSM: Part 2: Complicated Grief. The Journal of Clinical Psychiatry. 2010;71(8):1097.
5. MedicineNet.com. Medical definition of anticipatory Grief [online]. <https://www.medicinenet.com/script/main/art.asp?articlekey=26258>. Accessed January 22, 2018.
6. Meert KL, et al. Complicated grief and associated risk factors among parents following a child's death in the pediatric intensive care unit. Archives of pediatrics & adolescent medicine. 2010;164(1):1045-1051.
7. Zetumer S, et al. The impact of losing a child on the clinical presentation of complicated grief. Journal of affective disorders. 2015;170:15-21.
8. Shear K, et al. Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial. JAMA. 2005;293(21):2601-2608.
9. Prigerson HG, et al. Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. American journal of psychiatry. 1997;154:616-623.
10. Silverman, Gabriel K, et al. Quality of life impairments associated with diagnostic criteria for traumatic grief. Psychological medicine. 2000;30(4):857-862.
11. Harvey G. Grieving for dummies. Indianapolis. USA: Wiley Publishing; 2007.
12. Bachoriková D. Telesné a emocionálne symptómy u detí v zármutku. Volanie o pomoc. Pediatria pre prax. 2016;17(4) [online]. <http://www.solen.sk/pdf/b3cd2673599e111ae5e56bde84e14249.pdf>. Accessed November 25 2016
13. Bild R, Gómez I. Anwanted journey. Creative accompaniment in paediatric palliative care. 1nd ed. Bratislava, Slovakia: PLAMIENOK Books; 2014.

Článok je prevzatý z:
Pediatri. prax, 2018;19(1):8-11

Mgr. Lucia Kralovičová

Centrum smútkovej terapie
PLAMIENOK, n. o.
Zadunajská 6/A, 851 01 Bratislava
kralovicova@plamienok.sk



Multidisciplinárny tím v paliatívnej péči na hematoonkologii: prípadová štúdia

PhDr. ThLic. Marta Hošťáľková, Th.D., Ph.D.¹, MUDr. Renata Urbanová, Ph.D.^{1,2}, Bc. Jitka Vítková²

¹Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

²Fakultní nemocnice Olomouc, Hemato-onkologická klinika

Nevyléčitelná nemoc v pokročilé nebo konečné fázi, umírání a truchlení představuje velmi náročné životní situace a široké spektrum obtíží pro pacienta a jeho rodinu. Zmírnění bolestí, fyzického, psychického, sociálního a spirituálního charakteru, udržení co nejvyšší kvality života pacienta a poskytnutí účinné opory rodině vyžaduje komplexní péči. Paliativní péče je proto poskytována multidisciplinárním týmem, jehož členové – lékaři, zdravotní sestry, sociální pracovník, psycholog (psychoterapeut) a nemocniční kaplan – úzce spolupracují. Práce specializovaného multidisciplinárního týmu na hemato-onkologické klinice, kde byl pacient dosud léčen, umožnila zajištění kontinuity péče o pacienta a jeho rodinu, koordinaci a kvalitu poskytované paliativní péče; podnítila individuální přístup k pacientovi a jeho rodině, přesnější identifikaci a lepší saturaci jejich skutečných potřeb. Na činnosti se podíleli jen ti členové týmu kompetentní v dané oblasti obtíží, a to přispělo k účelnému hospodaření s potenciálem týmu. Zvláštní pozornost je v příspěvku věnována zapojení nemocničního kaplana, jeho interakci a kooperaci s ostatními členy týmu. Nemocniční kaplan se stává nedílnou součástí personálu českých nemocnic.

Klíčová slova: multidisciplinárny tím, paliatívna péče, pacient, rodina, prípadová štúdia

Multidisciplinary team in palliative care at the haemato-oncology department – case study

Incurable advanced or final disease, dying and mourning is a very challenging life situation and a wide range of difficulties for the patient and his family. Solutions of pain relief of physical, psychological, social and spiritual character, maintaining the highest quality of life for the patient and a providing of an effective support to the family require a comprehensive care. Therefore, the palliative care is provided by a multidisciplinary team whose members – doctors, nurses, a social worker, a psychologist (psychotherapist) and a hospital chaplain – work closely together. The work of this specialized team at the haemato-oncology department (the department where the patient has been treated) presented in this paper has made it possible to ensure the continuity of care for the patient and his family, to enhance the coordination and the quality of palliative care provided; at the same time, it stimulated an individual approach to the patient and his/her family, more accurate identification and better saturation of their real needs. Then just the members of the multidisciplinary team competent in this area of difficulties partake in this work, which contributed to the effective management of its potential. A special focus is devoted to a connecting of a hospital chaplain, his interactions and co-operations with other members of the multidisciplinary team in a care about a patient and his family. The hospital chaplain is becoming an integral part of the staff of Czech hospital.

Key words: multidisciplinary team, palliative care, patient, family, case study

Paliat. med. liec. boles., 2018;11(1-2e):32-35

Úvod

Nevyléčitelná nemoc v pokročilé nebo konečné fázi, umírání a truchlení představuje významný zásah do lidského života. Je bio-psycho-sociálně duchovní realitou, která se zrcadlí v celkové bolesti, jež postihuje pacienta. Rovněž jeho rodina prožívá ve vztahu k němu a v souvislosti s jeho onemocněním řadu psychických, sociálních a duchovních obtíží. Tato skutečnost, i když je univerzálním fenoménem, zůstane pro každého pacienta a jeho blízké zcela jedinečnou zkušeností, kterou nelze plně sdělit, natož sdílet s druhými. Mají však právo očekávat, že uprostřed těchto problémů nezůstanou sami, ale dostane se jim všestranné pomoci a podpory, doprovázení v podobě autentické lidské blízkosti členů multidisciplinárního týmu.

Nevyléčitelná nemoc, umírání a „celková bolest“ pacienta

Nevyléčitelně nemocný trpí „celkovou bolestí“, jež spočívá ze vzájemně provázaných a neoddělitelných složkách, které v sobě odrážejí základní lidské dimenze: fyzickou, sociální, duševní a spirituální (1).

Bolest fyzickou (tělesnou) lze rozpoznat a do určité míry definovat snadněji než složky ostatní. I zde je však přesná kvantifikace téměř nemožná. Ve většině případů je totiž intenzita bolesti závislá na smyslu, který jí člověk přidělí.

Bolest sociální je utrpením spojeným s předtuchou ztráty nebo i se skutečným odloučením od rodiny a přátel a/nebo se ztrátou sociální role.

Bolest duševní (emoční) je pociťovým komplexem, zahrnujícím duševní ořes, otupělost, nedůvěru, hněv, smutek, smlouvání, úzkosti, deprese. Jedná se o jakousi dynamiku zármutku, který je středem konečného období nemoci.

Bolest spirituální (duchovní) se definuje nejobtížněji. Je to utrpení, spojené s odcizením od svého nehlubšího já, které je často prožívané jako strach z neznáma a jako pocit ztráty smyslu. Viktor Emanuel Frankl je přesvědčen, že „duchovní svoboda člověka, kterou mu nelze až do posledního dechu vzít, mu až do posledního dechu dává příležitost uspořádat svůj život smysluplně“ (2). Při umírání nabývají bolesti pramenící z duchovní dimenze nemocného – vnímání vlastní konečnosti, tážání po smyslu jeho

Tabulka 1. Management celkovej bolesti pacienta

	Fyzická bolesť	Duševná bolesť	Sociálna bolesť	Duchovná bolesť
Problém	Teploty Bolesti hlavy Zvracanie Zhoršený stav vedomí Bolesti brucha ze zväčšujúciho se objemu sleziny	Nervozita Strach ze smrti Pocit nenaplnění života	Rodinné problémy: • rozvod rodičov • vzťah s priateľkyní • nezaopatrené dieťa	Otázka smyslu života
Řešení	Farmakoterapie: • antipyretika • antibiotika • kortikoidy • manitol • analgetika • symptomatická radioterapie sleziny	Psychoterapie Poradenství	Poradenství	Přijetí svátosti křtu? Přijetí svátosti manželství?
Zapojení členů multidisciplinárního týmu	Lékaři Sestry	Psycholog	Sociální pracovníce Nemocniční kaplan	Nemocniční kaplan (kněz)

utrpení a vôbec po smyslu života – na mimořádné síle.

Je predovšetkým treba, aby si všetci, kto o umierajúciho pečujú, boli vedomí, že psychologická a spirituálna témata sú pre umierajúciho rovnako dôležitá ako otázka telesných symptomov. Automaticky neplatí, že najdříve je treba vyriešiť všetky telesné potíže a teprve potom príjde na radu oblasť psychosociálnu a spirituálnu. Teprve dosadenie určitého smierenia a prijatia v oblasti psycho-spirituálnej môže dať umieraniu a smrti charakter udalosti, ktorá je smutná, niekedy tragická, ale predsa dôstojná a hlboko ľudská (3).

Multidisciplinárny tím

Každý pracovník multidisciplinárneho tímu musí mať jasnú predstavu vlastnej profesionálnej identity a musí znáť a vážiť si prínos ostatných členov tímu. Pravidelné schôdky celého tímu predstavujú poznávanie se a získavanie vzhľadu do jednotlivých disciplín. Nezbytné nutná je preto vzájomná komunikácia a spolupráca, ktorá sleduje zameškanie plývajú sily, vytváranie interdisciplinárneho teritorializmu a zmatku alebo „presycenie“ pacienta. Z týchto dôvodov je vhodná prítomnosť supervizora, ktorý má skúsenosť s dynamikou a riadením pracovnej skupiny, a to jednak pri budovaní tímu, jednak pri riešení prípadne vzniklé obtížnej situácie v péči o konkrétneho pacienta (4).

Péče multidisciplinárneho tímu zahŕňa i podporu a pomoc rodinám nemocného a osobám, ktoré pacient považuje za svoje blízke a sú pre neho významné (5).

Multidisciplinárny tím zpravidla tvorí: lekáři/lekaři, všeobecné sestry,

sociální pracovníce/pracovník, psycholog, ložka/psycholog a nemocniční kaplan, kaplan, jenž vykonává pastorační péči, pomáhá pacientovi najít smysl, cíl a hodnotu života, který se změnil nemocí (6).

Nezbytnou podmínkou pro práci v multidisciplinárním týmu je přijetí umírajícího pacienta takového, jaký je, včetně jeho vlastností, hodnot, jednání a zřeknutí se jakéhokoli hodnocení. Neméně důležité je však také vyvážení každého člena se svou vlastní smrtí a smrtí druhých lidí a vytvoření postoje ke smrti jako přirozenému konci, jenž je součástí lidského života obecně (7). Tyto podmínky kladou vysoké požadavky na osobnostní zralost a hodnotovou orientaci v práci a životě každého člena multidisciplinárneho tímu.

Metodika

Kazuistika (případová studie) představuje intenzivní studium jednoho případu, zkoumá fenomény do hloubky a v celkovém, originálním kontextu. Na vědeckém poli se stává klasickou metodou kvalitativního výzkumu, hojně se vyskytující ve všech oblastech věd o člověku (8). V hippokratovském pojetí vychází z interpretativního paradigmatu se základním cílem porozumět jedinečné situaci nemocného.(9) Případová studie podle Žiakové (10) může při sběru dat kombinovat různé metody.

Od počátku roku 2018 je budován multidisciplinárny tím na Hemato-onkologické klinice (ďalej HOK) Fakultní nemocnice Olomouc, který se snaží přistupovat k nemocným podle jejich potřeb. Práci tímu prezentujeme v této

kazuistice. Spolupráce lékařů a lékařek s všeobecnými sestrami, psychologkou a sociální pracovníci fungovala již dříve. Nově byl do týmu přizván také nemocniční kaplan. Členové týmu postupně poznávají nový obor – klinickou pastorační péči, seznamují se s přístupmi nemocničního kaplana k pacientovi a učí se vzájemné spolupráci. Kazuistika ilustruje spolupráci nemocničního kaplana s ostatními členy multidisciplinárneho tímu. Empirická data byla získávána prostřednictvím pozorování a rozhovorem členů multidisciplinárneho tímu s pacientem a jeho rodinou, studiem lékařské dokumentace nemocného, reflexí léčby a péče o pacienta na schůzce členů multidisciplinárneho tímu. Zjištěné údaje konkrétního nemocného byly rozděleny do kategorií jednotlivých typů bolesti a shrnuty v tabulce (viz tabulka 1). Kazuistika byla zpracována z pohledu nemocničního kaplana, ukazuje význam jeho práce a jeho roli v multidisciplinárním týmu.

Kazuistika

Muž, 29 let. Diagnóza: Nemocnému M. byla v lednu roku 2018 ve věku 29 let diagnostikována chronická myeloidní leukémie v pokročilé, tzv. akcelerované fázi. Byla zahájena léčba inhibitory tyrozinových kináz. Nejdříve nilotinibem, pro neefektivitu následně léčen dasatinibem a schválena indikace příbuzenské transplantace krvetvorných buněk od HLA shodného bratra. Po třech měsících léčby, v dubnu 2018, bylo prokázáno další zhoršení nemoci, tzv. myeloblastický zvrát, obraz akutní leukémie, zahájena terapie ponatinibem

a pristoupeno k podání indukční chemoterapie. Laboratorně byly prokázány mutace potvrzující rezistenci na dosavadní léčbu, tento nálezný pro nemocného znamenal vysoce nepříznivou prognózu. 22. června 2018 byl nemocný M. přijat na transplantační jednotku HOK k provedení příbuzenské transplantace kmenových krvetvorných buněk, po myeloablativním přípravném režimu 12. července proběhl převod buněk. Transplantace se však ukázala být bez efektu, od 30. července došlo k rychlému zvětšování bolestivé sleziny, zhoršování parametrů krevního obrazu, objevily se výrazné bolesti hlavy, zvracení a změny vědomí. Vzhledem ke stavu nemoci, neefektivitě dosavadní léčby včetně transplantace kmenových krvetvorných buněk, byla u nemocného M. indikována další léčba symptomatická, včetně radioterapie bolestivé sleziny.

V rukou týmu lékařů HOK byl mladý nemocný M., který nereagoval na léčbu, včetně alogenní příbuzenské transplantace kmenových krvetvorných buněk. Léčbu provázely četné komplikace, které souvisely s krevní nemocí i podávanou léčbou. Nejen načasování, volba a vlastní realizace léčebného postupu, ale zejména rozhovory s mladým nemocným, jeho rodiči a přítelkyní o selhávající léčbě a nepříznivé prognóze byly pro ošetřujícího lékaře vždy velmi náročné.

Z pohledu sester transplantační jednotky HOK byl M. velmi sympatický muž. Byl komunikativní a plný elánu, věřil, že vše dobře dopadne. Měl jen obavy, že se bude během transplantace nudit, proto si chtěl přinést playstation. Po týdnu pobytu vše zkomplikovaly bolesti hlavy a zvracení při vertikalizaci. Nemocný vyhledával klid a pospával. Střídalo se období bez bolesti a doba vzplanutí potíží. Bolesti byly tlumeny nejen analgetiky, ale i rehabilitací s uvolňujícími masážemi. Nutriční terapie se starala o výběr neдрáždivé nízkobakteriální diety. Vysoké teploty byly léčeny kromě antibiotik také antipyretiky, tlumeny fyzikálním chlazením, omýváním a převlékáním tak, aby se M. cítil lépe. Sestry sledovaly a tlumily bolesti hlavy a břicha. Pečovaly o hygienu, vyprazdňování, dýchání, oxygenoterapii. Zhoršovalo se také jeho vědomí. Rodině byl umožněn pobyt u lůžka nemocného

po 24 hodin denně. Po celou dobu se u něho střídali matka s nevlastním otcem, vlastní otec, bratr a jeho přítelkyně. Sestry s nimi komunikovaly, co má jejich syn a přítel rád, aby poznatky uplatnily u bazální stimulace. Všichni společně vyzdobili pokoj fotografiemi rodiny s dvouletým synem nemocného, nemocnému nabízeli jeho oblíbené potraviny. Sestry se rodině snažily ulehčit pobyt nejen vstřícným chováním, ale i zlepšením pohodlí druhým křeslem na pokoji, nabízením tekutin, tlumeným osvětlením, zajistily příbuznému možnost přespání přímo na klinice. Pro celý sesterský kolektiv to byla velmi zátěžová situace – sledovat zhoršování se stavu, tíhu rodiny, průběh nemoci a úmrtí tak mladého pacienta. Opakovaně byla všem sestrám nabídnuta pomoc kaplana k podpůrnému rozhovoru, ale všechny odmítly, denně vedly mezi sebou podpůrné rozhovory. V den úmrtí bylo umožněno rodině, aby se rozloučila se zemřelým, byly předány věci pozůstalým, vyjádřena upřímná soustrast přítomným ošetřujícím personálem a rodina byla informována o dalším postupu v organizaci pohřbu. Sestry nabídky pomoci v poradně Hořec – poradna pro pozůstalé ve Fakultní nemocnici Olomouc.

Od první hospitalizace na HOK byl M. v péči psychologů. Společně se věnovali tématům, která byla pro M. důležitá a o kterých měl potřebu hovořit. Psycholožka pomáhala pacientovi adaptovat se na stávající situaci, poskytovala emoční podporu, cílenou psychoterapii přispívala k ventilaci a řešení obtíží a zátěžujících témat pacientova života.

Kontaktování nemocničního kaplana. V čtvrtek 9. srpna otec pacienta M. telefonicky kontaktoval nemocničního kaplana. Sděloval, že jeho syn leží na transplantační jednotce ve vážném stavu, a že si přeje uzavřít sňatek se svou přítelkyní B. Svatba měla proběhnout už před pěti měsíci, ale M. onemocněl. Na dotaz nemocničního kaplana, zda může pacienta navštívit, otec reagoval, že M. je již hodně unavený a že schůzka by byla vhodná druhý den, kdy bude u něho návštěvě i jeho přítelkyně B.

Návštěva nemocničního kaplana. V pátek 10. srpna 2018 při návštěvě nemocničního kaplana byla u pacienta

M. přítomna jeho matka. B. se opozdila. Nemocniční kaplan, když sděloval důvod návštěvy – uzavření sňatku, dostalo se mu živé reakce M. – chce si B. vzít, žijí spolu již deset let a mají dvouleté dítě. Kdyby se s ním něco stalo, je třeba, aby o ženu i dítě bylo postaráno. Nemocniční kaplan přitakával a ptal se, o jaký sňatek – občanský, církevní a v jaké křesťanské denominaci – má M. s přítelkyní zájem. Pacient chtěl svatbu v katolickém ritu.

Nemocniční kaplan podotýkal, že je třeba, aby jeden ze snoubenců byl pokřtěn. Matka nemocného ubezpečila kaplana, že babička pokřtila M. sama svčnou vodou přinesenou z kostela. Udělala to tak proto, že oni jako rodiče nechtěli křest v kostele. Obávali se v době minulého režimu ztráty zaměstnání. B. je evangelička. Nemocniční kaplan namítl, že vzhledem k nejistotě, zda babička tehdy křest udělala platně, bude třeba, aby M. absolvoval podmíněčný křest, a teprve pak může být slavena svatba. M. souhlasil s tímto postupem, chtěl být pokřtěn, protože věří v Boha a Ježíše Krista. S tímto plánem seznámili B. Nemocniční kaplan se s rodinou domluvil vzhledem k pátečnímu odpoledni na následujícím: administrativní záležitosti na magistrátu v souvislosti se sňatkem bude možné vyřizovat až v pondělí, v pondělí ráno proto sociální pracovnice vyvolá jednání k uznání církevního sňatku před státem. Ve farnosti bude připraveno udělení obou svátostí, v pondělí odpoledne přijde na HOK za nemocným kněz, aby jej pokřtil, a ve středu se bude přímo na pokoji nemocného na transplantační jednotce konat svatba.

Nemocniční kaplan ještě vytiskl potřebné dokumenty k jednání za účelem uzavření sňatku a doporučil M. a B., aby je vyplnili; v pondělí pak B. doveze ještě rodné listy nezbytné k žádosti o uzavření manželství. Na dotaz nemocničního kaplana, kdo z rodiny si vezme na starost přípravu křtu a kdo svatby, B. ujistila, že o všechno se postará, že to ráda udělá pro M.

Následná komunikace multidisciplinárního týmu. Během víkendu probíhala intenzivní komunikace mezi nemocničním kaplanem, lékařkou – vedoucí paliativního týmu, přítelkyní B. a knězem, který měl svátosti udělit. Zdálo

se, že bylo vše připraveno. B. požádala nemocničního kaplana, zda by při křtu M. zastoupil kmotru, která se nemohla vzhledem k místu svého bydliště osobně zúčastnit. To nemocniční kaplan rád slíbil. B. pak s ním hovořila o vztahu s M., jejich dítěti a jeho rodině. Říkala, že M. velmi trpěl, když se jeho rodiče rozešli. M. si přál, aby sňatek s B. byl trvalý, aby jejich dítě vychovali společně. Při večerní nedělní komunikaci sdělila lékařka nemocničnímu kaplanovi, že se M. přitížilo, má horečku, jsou u něho jeho rodiče a je otázkou, jak rychlý bude další vývoj nemoci. Nemocniční kaplan doporučil, aby, pokud se M. bude nacházet v blízkosti smrti, udělila se mu alespoň svátost křtu. Lékařka se ujistila, že jej může vykonat. Nemocniční kaplan sdělil slova a jednání, která jsou spojena s udělením této svátosti.

V průběhu noci byly symptomaticky tlumeny teploty opakovaným podáváním antipyretik, fyzikálním chlazením a jednorázovým podáním kortikoidů. Rodiče nemocného M. se celou noc střídali u lůžka, otírali čelo a přikládali chladné obklady. Při ranní vizitě službu konající lékař zjišťuje, že teplota poklesla, ustoupila celková schvácenost. Nemocný pospává, s lékařem nekomunikuje, proto nebuzen. Lékař hovoří s rodiči u lůžka nemocného. Rodiče sdělují, že s ohledem na vývoj v posledních hodinách společně s B. zvažují sňatek civilní. M. otevírá oči a všechny ujišťuje, že jakmile B. přiveze dokumenty potřebné k uzavření sňatku, on bude připraven. Byla to tak evidentně jediná věc, o které chtěl v danou chvíli mluvit.

Lékařka proto oznamuje nemocničnímu kaplanovi, že během noci se rodiče M. a přítelkyně B. vzhledem ke zhoršujícímu se stavu M. dohodli na občanském sňatku.

Sociální pracovníci kontaktovala nemocniční kaplanka v pátek odpoledne 10. srpna 2018 se žádostí o pomoc při zajištění uznání církevního sňatku na matrice v Olomouci. V pondělí sociální pracovníce připravila veškeré potřebné dokumenty již na matriku: *Dotazník k uzavření manželství* a *Žádost o vydání osvědčení k církevnímu sňatku*.

S M. projednala jeho žádost, a protože byl již velice unavený, zkontaktovala se s B. Proběhlo osobní jednání. B. měla již připravené veškeré dokumenty z matriky k uzavření občanského sňatku. Ten proběhl téhož dne v 11 hodin dopoledne. Sociální pracovníce nabídla B. kdykoliv další sociální poradenství.

Odpoledne M. upadl do bezvědomí, z kterého se již zcela neprobral, a v pátek ráno 17. srpna 2018 zemřel. Rodina již nemocničního kaplana nekontaktovala.

Diskuze

Nemocniční kaplan byl zapojen do paliativní péče o M. až v posledním týdnu života pacienta. Přání nemocného a jeho rodiny z počátku byla výrazně religiózního charakteru – udělení svátostí křtu a manželství umírajícímu. K splnění tohoto cíle byl sestaven plán, do jehož realizace se zapojili téměř všichni členové multidisciplinárního týmu. Vývoj zdravotního stavu pacienta však neumožnil jeho uskutečnění. Přesto intervence nemocničního kaplana přispěly k snížení existenciální úzkosti nemocného i rodiny. I když nedošlo k udělení svátostí, uzavření sňatku bylo veřejným a slavnostním prohlášením, že pacient M. a jeho partnerka B. k sobě patří, a výrazem naplnění desetiletého partnerského vztahu. M. chtěl sňatkem zajistit B. a jejich dítěti dobré životní podmínky (sociálního charakteru) pro důstojný život po jeho smrti. Milovat znamená duchovní pohyb směrem k druhému. Láska je hlubokou spirituální potřebou, která byla v závěru života M. a jeho rodiny naplněna.

Umírání M. nebylo pasivním procesem, ale tvůrčí aktivitou, při níž doprovázení pacienta a jeho rodiny bylo životem v etapě umírání (11). Každá chvíle měla jedinečný charakter (12), stejná se neopakovala a skrývala v sobě hluboký smysl (13).

Závěr

Pacient M. při zahájení léčby očekával uzdravení, spoléhal na pomoc lékařů a péči sester, neúspěch léčby si nechtěl připustit. Při zhoršení zdravotního stavu se upínal k transplantaci jako

vyřešení tělesných obtíží. Když se však nedostavil očekávaný výsledek a pozoroval progresi onemocnění, začal ztrácet důvěru, přidružovala se osamělost, nastoupila úzkost a strach. V této emoční krizi mu oporu poskytovala psychologka. K duševní bolesti se přidružilo utrpení v oblasti duchovní, kdy si M. kladl řadu existenciálních a spirituálních otázek: Proč jsem onemocněl? A proč právě já? Jak vypadal můj život? Co se mnou bude dál? Co chci ještě v životě stihnout? Stihnu to? Partnerem v rozhovoru nebo jen tichým společníkem mu byl nemocniční kaplan. Ve spolupráci se sociální pracovníci pak realizoval splnění posledního přání M., které představovalo završení života v podobě souhlasu se vším, co prožil: uzavření sňatku s B.

Spolupráce členů multidisciplinárního týmu vedla jednak k přesnější identifikaci a lepší saturaci skutečných potřeb M., jednak k účelnému hospodaření s potenciálem týmu, kdy na činnosti se vždy podíleli jen ti členové, kteří byli kompetentními v dané oblasti obtíží.

Literatura

1. Štefko A. Důstojnost člověka v starobe, chorobe a zomieraní. Trnava: Dobrá kniha; 2003:45.
2. Frankl VE. A přesto říci životu ano. 4. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství; 2016:64.
3. Sláma O, et al. Paliativní medicína pro praxi. 2. vyd. Praha: Galén; 2011:309-310.
4. Kearney M. A Place of Healing. Oxford: Oxford University Press; 2000:88.
5. Dobříková P. Nevyléčitelné choroby v současnosti. Trnava: Vojtech; 2005:9.
6. Bužgová R. Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních. Praha: Grada; 2015:34.
7. Dobříková P. Nevyléčitelné choroby v současnosti. Trnava: Vojtech; 2005:9.
8. Olecká I, Ivanová K. Případová studie jako výzkumná metoda ve vědách o člověku [online]. Dostupné na: <<https://emi.mvso.cz/EMI/2010-02/10%20Olecka/Olecka.pdf>>. Accessed August 30, 2018.
9. Hanák P, Ivanová K. Kazuistika pod zorným úhlem hippokratovské medicíny. *Pediatric pro praxi*. 2018;19(2):37-39.
10. Žiaková K, et al. Ošetrovatelstvo: teória a vedecký výskum. 2. preprac. vyd. Martin: Osveta; 2009:264-266.
11. Pera H, Weinert B. Nemocným nablízku. Praha: Vyšehrad; 1996:128.
12. Frankl VE. Lékařská péče o duši. Brno: Cesta; 2006:60.
13. Frankl VE. Vůle ke smyslu. Brno: Cesta; 2006:45.

PhDr. ThLic. Marta Hošťálková, Th.D., Ph.D.

Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci
Hněvotínská 3, 775 15 Olomouc
Hostalkova.marta@seznam.cz

Diagnóza a prognóza fatálných onemocnění: sdělovat – tajit? Od lůžka ke katedře

Doc. PhDr. Kateřina Ivanová, Ph.D.¹, Mgr. Ivana Olecká, Ph.D.², Mgr. Adéla Lemrová¹

¹Ústav sociálního lékařství veřejného zdravotnictví, Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

²Ústav zdravotnických věd, Fakulta humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně

Informace podávané v paliativní péči by měly vycházet z potřeb a momentálního stavu pacienta. Lékař si musí klást tyto otázky: Co sdělovat, jak sdělovat, kdy sdělovat, komu sdělovat? (nebo nesdělovat?). Prioritou při jeho rozhodování by mělo být dobro pacienta. Cílem příspěvku je na kazuistice ukázat etické i právní varianty postupu při sdělování informací o diagnóze a prognóze u nevyléčitelně nemocného pacienta. Základní metodou přístupu je popis a komparace odpovídajících pasáží etických a právních norem ve vztahu ke kvalitativně pojaté kazuistice.

Klíčová slova: informace, lékař, etické normy, zákonné normy, akutní zdravotní stav, deontologie, konsekvencialismus

Diagnosis and prognosis of fatal diseases: to communicate or to conceal? From the bed to the department

The information communicated in palliative care should be based on the patient's current health conditions and needs. Physician has to ask himself the following questions: What to say, how to tell, when to tell, to whom to communicate (or not to communicate)? The patient's good should be the priority when deciding. The aim of the contribution is to show the ethical and legal variants of the procedure to communicate information about diagnosis and prognosis of incurable patient. The basic method of this approach is to describe and compare the corresponding passages of ethical and legal norms in relation to qualitatively conceived case study.

Key words: information, physicians, ethical norms, legal norms, acute medical condition, deontology, consequentialism

Paliat. med. liec. boles., 2018;11(1-2e):36-38

Informace – fenomén současnosti

Chápání pojmu informace je rozmanité a závislé na kontextu užití v daných vědních oborech. V nejširším pojetí pojem „informace“ (z lat. in-formatio, představa, výklad, poučení) označuje výpověď či sdělení o věcech, jevech, stavech či dějích, jež umožňuje jejich poznání (1). Buckland (2) vychází při definici „informace“ z rozlišení hmotné a nehmotné entity a procesu. Informace jako znalosti – jsou nehmotné entity, informace jako data a dokumenty – jsou entitami hmotnými, informace ve smyslu zpracování dat – jsou hmotným procesem, a nakonec informace jako sdělení – jsou nehmotným procesem. Proces sdělování informací vždy závisí na kontextu. Informace v medicíně, zejména ty, které předává lékař, mají (a musí mít) všechny čtyři funkce a ty, které se týkají diagnózy, terapie a prognózy mají nejen věcné, ale i etické a právní rozhodovací rámce. Podávání informací musí být citlivé (3, 4). Jako zatěžující mohou být ze strany příjemců informací (pacientů) brány informace jak nadbytečné, tak nedostačující. V současné době na internetu existuje přes 100 tisíc zdra-

votnických webových stránek (5) a další stránky stále přibývají. Je však otázkou, zda je pacientů (ale i jejich lékaři) dokáží využívat. Výzkumy Carolanové (6) ukazují, že přemíra informací může být v procesu zvyšování zdravotní gramotnosti zatěžující.

Informace a etická role lékaře

Cílem lékaře je stanovit diagnózu, zvolit (v autonomním prostředí navrhnout) léčbu (CURE) a předpokládat prognózu. Hodnotový rámec této činnosti byl zobecněn do principů zásadního rozhodnutí: dobřečinění, neškodění, spravedlnost a respekt k autonomii (7).

Cílem ošetrovatelského personálu je rozpoznat potřeby nemocného a poskytnout péči (CARE), hodnotový rámec jejich činnosti byl zobecněn do čtyř principů každodenní starostlivosti (každodenního procesu poskytování zdravotnické péče): pravdomluvnost, důvěryhodnost, věrnost, poctivost. Tyto principy specifikují a aplikují principy zásadního rozhodnutí (8).

Současná etická dilemata podle výzkumů mezi lékaři v letech 2016 – 2018 jsou (7): 1) Co poskytovat, jak poskytovat, kdy poskytovat, ko-

mu poskytovat (nebo neposkytovat?) a 2) Co sdělovat, jak sdělovat, kdy sdělovat, komu sdělovat (nebo nesdělovat?). Při řešení všech medicínských dilemat MUSÍ být prvořadě respektováno dobro pro pacienta, rizika určité léčby NESMÍ převyšovat její přínos, MUSÍ být respektována pacientova autonomie a léčba NESMÍ být nespravedlivá. Péče o pacienta potom MUSÍ být ve svých důsledcích důvěryhodná, stálá, poctivá a založená na pravdě. Teoreticky jsou všechny principy jasné, komplikovaná je praktická odpověď na etickou otázku: **Co mám dělat, v tomto případě?** Otázce musí předcházet deontologický přehled toho, co mám vědět a konsekvencialistický odhad toho, s čím mohu počítat. To znamená, že je nutná 1) vysoká funkční specifita rozhodujícího se; 2) erudovaná kognice; 3) schopnost zvážit okolnosti; 4) schopnost etického a právně správného rozhodnutí; 5) administrativní přesnost; 6) schopnost převzetí odpovědnosti za svá rozhodnutí. Informace, které lékař sděluje o diagnóze, léčbě a prognóze, musí respektovat všechny uvedené etické principy. Proto je schopnost zvažování aktuálních okolností tak důležitá.

Informace v paliativní péči – etické rámce

Mravní normy ve vztahu k informacím, důležité pro české lékaře jsou (kromě Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, dále Úmluva, je mravní normou, která však byla v ČR ratifikována jako mezinárodní právní norma v roce 2001): Hippokratova přísaha (a její „modernizace“ v Ženevských úmluvách), Etický kodex české lékařské komory (ČLK), Práva pacientů a Charta práv hospitalizovaných dětí. Pro sdělování informací v paliativní medicíně z nich vybíráme zásadní úryvky.

Hippokrates slavně a již déle než dva tisíce let říká: „Cokoliv uvidím nebo uslyším v průběhu léčení, dokonce mimo léčení v pohledu na život lidí, to, co se v žádném případě nesmí šířit mimo dům, vše si nechám pro sebe; vždyť bych se musel stydět o tom mluvit.“ O sdělování informací pacientům Hippokrates nehovoří, ale stále zdůrazňuje, že vše se má dít pro dobro nemocného („Budou své nemocné chránit před poškozením a před křivdou“), avšak, a to je důležité, podle schopností a úsudku lékaře.

Etický kodex ČLK: „Lékař v rámci své odborné způsobilosti a kompetence svobodně volí a provádí ty preventivní, diagnostické a léčebné úkony, které odpovídají současnému stavu lékařské vědy a které pro nemocného považuje za nejvýhodnější. Přitom je povinen respektovat v co největší možné míře vůli nemocného (nebo jeho zákonného zástupce). Každý lékař je povinen v případech ohrožení života a bezprostředního vážného ohrožení zdraví neodkladně poskytnout lékařskou pomoc. Lékař u nevyléčitelně nemocných a umírajících účinně tiší bolest, šetří lidskou důstojnost a mírní utrpení. Lékař má znát zákony a závazné předpisy platné pro výkon povolání a tyto dodržovat. S vědomím osobního rizika se nemusí cítit být jimi vázán, pokud svým obsahem nebo ve svých důsledcích narušují lékařskou etiku či ohrožují základní lidská práva. Lékař je povinen být za všech okolností ve svých profesionálních rozhodnutích nezávislý a odpovědný. Lékař je povinen pro nemocného srozumitelným způsobem odpovědně informovat jeho nebo jeho zákonného zástupce o charakteru

onemocnění, zamýšlených diagnostických a léčebných postupech včetně rizik, o uvažované prognóze a o dalších důležitých okolnostech, které během léčení mohou nastat.“

Práva pacientů dospělých v ČR zdůrazňují: „Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického či terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí.“

Informace v paliativní péči – právní rámce

Právní normy mají svou hierarchii, na jejímž vrcholu je Listina základních práv a svobod. Druhou příčku v posloupnosti právní závaznosti zauímají mezinárodní zákony, kam patří Úmluva, kde je v kapitole III Ochrana soukromí a právo na informace, článku 10 uvedeno: „Každý je oprávněn znát veškeré informace shromažďované o jeho zdravotním stavu (podle odstavce 2). Nicméně přání každého nebýt takto informován je nutno respektovat.“ Avšak v dodatcích je uvedeno, že pokud je to v zájmu pacienta, může ve výjimečných případech zákon omezit uplatnění práv podle odstavce 2.

Třetí příčku v právní síle zauímají zákony ČR. Zákon č. 372/2011 o zdravotních službách v části Informace o zdravotním stavu pacienta a o navržených zdravotních službách v § 31 říká: „Poskytovatel je povinen a) zajistit, aby byl pacient srozumitelným způsobem v dostatečném rozsahu informován o svém zdravotním stavu a o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách (1, 4). Informace o zdravotním stavu se nepodává pacientovi, který v důsledku svého zdravotního stavu není schopen poskytnuté informace vůbec vnímat (6). Jestliže to zdravotní stav nebo povaha onemocnění pacienta vyžadují, je poskytovatel oprávněn sdělit osobám, které budou o pacienta osobně pečovat, informace, které jsou nezbytné k zajištění této péče nebo pro ochranu jejich zdraví. Podle § 32 (2) Informace o nepříznivé diagnóze nebo prognóze zdravotního stavu pacienta může být v nezbytně nutném rozsahu a po dobu nezbytně nutnou zadržena, lze-li důvodně předpokládat, že by její podání mohlo pacientovi způsobit závažnou újmu na

zdraví. Podle věty první nelze postupovat v případech, kdy a) informace o určité nemoci nebo predispozici k ní je jediným způsobem, jak pacientovi umožnit podniknout preventivní opatření nebo podstoupit včasnou léčbu, b) zdravotní stav pacienta představuje riziko pro jeho okolí, c) pacient žádá výslovně o přesnou a pravdivou informaci, aby si mohl zajistit osobní záležitosti.

Metodika – případová studie

Cílem sdělení je na kazuistice aplikované ve výukové praxi ukázat etické i právní varianty postupu při sdělování informací o diagnóze a prognóze u nevyléčitelně nemocného pacienta. Postupy jsou ukázány na popisu a komparaci odpovídajících pasáží etických a právních norem, které byly vybrány pomocí obsahové analýzy.

Kazuistika (případová studie) představuje intenzivní studium jednoho případu, zkoumá fenomény do hloubky a v celkovém, originálním kontextu. Dokáže ideálně posloužit jako nástroj edukace praktických dovedností na jedné straně pro studenty a na straně druhé i pro zkušené praktiky. Buď zkoumá jev vyskytující se často, a tím slouží především k edukaci studentům, nebo jev vyskytující se vzácně a takto obohacuje praxi. Na vědeckém poli se stává klasickou metodou kvalitativního výzkumu hojně se vyskytující ve všech oblastech věd o člověku. (9) V hippokratovském pojetí vychází z interpretativního paradigmatu se základním cílem porozumět jedinečné situaci nemocného a na základě výsledků vytváří teorii. (10) Případová studie má podle Žiakové (11) anamnézu a katamnézu. Anamnézu lze dělit podle toho, od koho jsou anamnestická data získána:

- a) anamnéza přímá – je odebírána přímo od nemocného;
- b) anamnéza nepřímá – je odebírána např. od doprovodu pacienta, anamnéza rodinná, anamnéza sociální – apod.) a katamnézu (zjištění nebo zjišťování stavu a vývoje pacienta po léčbě v určitém časovém odstupu).

Kazuistika zde vybraná obsahuje popis případu pacientky s infaustní diagnózou a reakci studentů v hodinách při etickém rozhodování. Kazuistika byla ses-

tavena jak z anamnézy přímé, tak i nepřímé: z výpovědi obou dcer nemocné paní o konkrétní situaci i o charakterových vlastnostech nemocné, včetně toho, co si zapamatovaly z lékařské dokumentace a z přímého pozorování dané situace. Druhá část kazuistiky je vytvořena popisem přímého pozorování situace v hodinách etiky. Kazuistika názorně ukazuje etické i právní dilema při sdělování (nebo utajení) infaustní diagnózy a prognózy.

Etika založená na dobřečinění a ochraně pacienta si klade otázku: Co je v této chvíli pro tuto nemocnou paní nejlepší? A právo výjimečně připouští obě řešení (viz Zákon 372/2011) s důvěrou ke správnému zvážení situace ze strany lékaře.

Případová studie: Sdělovat nebo tajit?

Pacientka: Žena, 84 let, před 10 lety byla ženě úspěšně odebrána ledvina se zhoubným nádorem, od té doby žádná další nálezy neměla.

Popis situace: Žena byla převezena pro akutní zánět močových cest, dehydrataci a bezvědomí na interní kliniku. Při celkovém vyšetření byly zjištěny metastázy v plicích. Jednalo se o náhodný nálezy. Primář v jejím stavu již nedoporučoval žádnou akutní léčbu. Obě dcery uvedla nemocná jako příjemce informací, nikoliv manžela (91 let). Dcery naléhaly na primáře, aby matce zprávu nesdělil, že vždy všechny nemoci intenzivně prožívala a že by toto sdělení jen zhoršilo především její psychiku (žena se vícekrát léčila na psychiatrii pro deprese a úzkosti) a sdělení by dle názoru dcer snížilo kvalitu jejího života.

Jak se má primář rozhodnout: etická argumentace při výuce mediků

Studenti jsou na začátku výuky seznámeni s příslušnými (výše uvedenými) etickými a právními normami a poté se mají ve skupinkách rozhodnout, zda informace sdělí (nebo zatají) nemocné paní a jak se případně budou obhajovat (eticky i právně), pokud bude jejich způsob informování nějak napaden, nebo zpochybněn, ať už ze strany příbuzných, nebo nadřízeného. V některých případech se nemohou dohodnout již ve sku-

pinkách (skupinky po čtyřech, maximálně po pěti studentech). Meziskupinový dialog bývá bouřlivý vždy. Ti nejvíce radikální studenti chtějí sdělovat nemocné paní vše a ihned, ti nejmírnější naopak ušetřit ji informace co nejdéle, zejména pokud je zřejmé (a to se vždy znovu a znovu ujišťují), že žádná další léčba již není možná. Obě dvě skupiny jsou přibližně stejně početné. Třetí (nejméně početnou) skupinu tvoří studenti, kteří by se šli váhavě nemocné paní zeptat, zda se informací podle Úmluvy nechce vzdát.

Případová studie dotyčné paní se opakovaně v hodinách mediků osvědčuje jako vhodný způsob nácviu etického rozhodování při nutnosti obhajoby zvoleného etického principu před skupinou svých kolegů. Mnozí studenti si při takto pojaté výuce poprvé uvědomí tíhu etického rozhodování a obtíže při argumentaci při snaze vysvětlit důvody svého rozhodnutí.

Diskuze a závěr

Etické požadavky jsou kladeny na celou řadu povolání, u některých povolání je formulována speciální profesní etika, nicméně u profese lékaře se tyto požadavky objevují naléhavým způsobem (12, 13). Medikům 3. roč. Lékařské fakulty UP v Olomouci je případová studie předváděna od roku 2016 (tj. celkem již 380 studentům).

Vždy studentům znovu a znovu zdůrazňujeme, že každé rozhodování, které lékař činí sám, by mělo vždy obsahovat vědomost o tom, že důsledky tohoto rozhodnutí budou mít dopad na pacienty a o jejich život a zdraví jde v tomto případě především. Také uvádíme citaci JUDr. Macha: „Pokud lékař vybočí z mezí zaužívaných medicínských postupů a morálních pravidel, jejichž dodržování společnost očekává a zároveň vyžaduje, takové jednání lékaře nebude mít ve společnosti právně, ani eticky obhajitelný výsledek. Potom může nastat jeho odpovědnost a následný postih, neboť by mohlo být jeho jednání shledáno jako postup non lege artis (14).“ Rovněž však studentům klademe otázku: „Jak ale má lékař jednat, v tak nejasné situaci, kterou popisuje uvedená kazuistika?“ Na tuto otázku je pouze etická odpověď: Princip dobřečinění (beneficence) je a zůstává prvním principem

zdravotnické péče. Obecně zahrnuje, že lékaři mají mít především na mysli dobro nemocného. Tento stěžejní a první princip v procesu poskytování zdravotnické péče shrnul Hippokrates ve větě: „přijdu-li v kterýkoliv dům, přijdu pro dobro nemocného“. „Dobro“ však má mít vždy nepoškozující, autonomní a spravedlivé konotace (15). V případě naší kazuistiky záleží na lékaři, jak zváží situaci a jak se rozhodne, a jak vyhodnotí, kolik míry neurčitosti pacient unese.

Příspěvek byl podpořen specifickým vysokoškolským výzkumným projektem IGA Univerzity Palackého v Olomouci, č. IGA_LF_2018_023 (RVO 61989592).

Literatura

- Halada J, Osvaldová B, eds. Slovník žurnalistiky. Praha: Charles University in Prague, Karolinum Press; 2017.
- Buckland MK. Information as thing. Journal of the American Society for information science. 1991;42(5):351-360.
- Bužgová R, et al. Assessing needs of family members of inpatients with advanced cancer. European journal of cancer care. 2016;25(4):592-599.
- Špatenková N, et al. Krize a krizová intervence. Praha: Grada Publishing; 2017.
- Kempner N. Health Literacy in a Changing World. The Patient's Network. International Alliance of Patients' Organizations (IAPO). 2003;(18):16-17.
- Carolan M. Health literacy and the information needs and dilemmas of first-time mothers over 35 years. Journal of Clinical Nursing. 2007;16(6):1162-72.
- Ivanová K, Hanák PB, Lemrová A. Ethical dilemmas of Czech physicians as related to the Hippocratic Oath. In: Proceedings of the 3rd V4 Conference on Public Health 2017. Prague: Professional Publishing; 2018:43-49.
- Svobodová D. Ošetřovatelská etika ve 21. století. In: Etické problémy medicíny na prahu 21. století. Praha: Grada; 2014.
- Olečká I, Ivanová K. Případová studie jako výzkumná metoda ve vědách o člověku [online]. EMI. 2010;2(3). Available from: <<https://emi.mvso.cz/EMI/2010-02/10%200lecka/Olecka.pdf>>. Accessed January 30, 2018.
- Hanák P, Ivanová K. Kazuistika pod zorným úhlem hippokratovské medicíny. Pediatrie pro praxi. 2018;19(2):37-39.
- Žiaková K, et al. Ošetřovatelsko: teorie a vědecký výzkum. Druhé, přepracované vydání. Martin: Osveta; 2009;264-266.
- Kubek M. Základní etické principy lékařského povolání platí stále a budou platit dál. In: Ptáček, R. et al. Etické problémy medicíny na prahu 21. století. Praha: Grada Publishing; 2014.
- Matochová S, Lajpek T. Etika a právo v kontextu lékařské etiky. Zdravotnické právo v praxi. 2015;1.
- Mach J. Lékař a právo. Praktická příručka pro lékaře a zdravotníky. Praha: Grada Publishing; 2010.
- Hanák P, Ivanová K. Revitalizace Hippokratovy přísahy? Časopis zdravotnického práva a bioetiky. 2018;8(1):37-47.

Doc. PhDr. Kateřina Ivanová, Ph.D.

Ústav sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví, Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci
Hněvotínská 3, 775 15 Olomouc
katerina.ivanova@upol.cz

Sociální problémy onkologicky nemocných: využití posuzovacího nástroje SDI-21 v klinické praxi

PhDr. Mgr. Naděžda Špatenková, Ph.D., MBA¹, Bc. Petra Smičková², Mgr. Ivana Olecká, Ph.D.³

¹Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta, Katedra sociologie, andragogiky a kulturní antropologie

²Univerzita Palackého v Olomouci, Lékařská fakulta, Klinika psychiatrie

³Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Ústav zdravotnických věd

Stat' reflektuje možnosti (a limity) uplatnění standardizovaného dotazníku SDI-21 (Inventáře sociálních problémů) v klinické praxi. Dotazník SDI-21, který slouží ke screeningovému monitoringu sociálních problémů pacientů, byl přeložen do českého jazyka, modifikován pro potřeby pacientů s onkologickým onemocněním a v rámci pilotáže byl distribuován celkem 40 respondentům. Následně byla provedena evaluace dotazníku a zváženy možnosti jeho implementace do klinické praxe v našem sociokulturním prostředí. U onkologických pacientů (respondentů výzkumu) byly orientačně zjišťovány také vybrané postoje k jejich nemoci (výběr tří položek z IPQ dotazníku). Výzkum prokázal, že osobní pojmání nemoci je u onkologicky nemocných značně individuální, nicméně všichni nemocní potvrdili existenci sociálních problémů a potřebu je nějakým způsobem řešit. Také jiné realizované studie, které byly v rámci systematického review analyzovány, potvrzují, že sociální problémy onkologicky nemocných jsou časté, velmi závažné a čím dříve je zahájena intervence, tím efektivnější může být poskytovaná pomoc.

Klíčová slova: sociální problémy, onkologický pacient, posouzení sociálních problémů, SDI-21, sociální pracovník

Oncology patient's social difficulties – the application of the standardized questionnaire SDI-21 in clinical practice

The paper reflects opportunities (and limits) of the application of the standardized questionnaire SDI-21 (Social Difficulties Inventory) in clinical practice. The SDI-21 questionnaire, used for screening monitoring of patients' social difficulties, was translated into the Czech language, modified for the needs of patients with an oncological disease and distributed to the total of 40 respondents within a pilot research. Subsequently, the questionnaire was evaluated, and possible ways of its implementation into clinical practice in the Czech social-cultural environment were considered. Selected attitudes to their illness (selection of three items from the IPQ questionnaire) were also examined in oncology patients (research respondents). The research showed that personal perception of illness is highly individual in oncology patients; however, all the patients confirmed the existence of social difficulties and the need to solve them in some way. Other realized studies, analysed in the systematic review, also confirm that social problems of oncology patients are frequent, particularly serious and that the sooner an intervention is started, the more efficient the provided help can be.

Key words: social problems, oncology patient, assessment of social problems, SDI-21, social worker

Paliat. med. liec. boles., 2018;11(1-2e):39-43

Úvod

Onkologické onemocnění postihne každý rok v České republice bezmála 77 000 lidí, přičemž 27 000 z nich zemře (1). Prognosticky to znamená, že každý třetí občan naší republiky rakovinou onemocní a každý čtvrtý na ni zemře. Progresivní a invazivní způsob šíření je pro maligní onkologická onemocnění typický, proto jsou velmi náročná jak na léčbu, tak na ošetřování a pochopitelně také na sociální intervence (2). Zhoubná onkologická onemocnění přinášejí zásadní narušení kvality života nejen pacientům samotným, ale i jejich rodinám. Sociální intervence u onkologických pacientů by proto měla být nanejvýš včasná (3). Realizované studie (3) dokazují, že pokud se dostane sociální pracovník přímo do kontaktu s onkologicky nemocným,

získává pacient přístup k adekvátním službám mnohem dříve (místo cca 79 dnů pouhých 3,9 dnů) a (vyřešení sociálních problémů je rychlejší, snadnější a efektivnější).

Sociální problémy onkologicky nemocných

S onkologickým onemocněním je spojena vysoká míra stresu nejen pro pacienty samotné, ale také pro jejich blízké a zejména pro ty, kteří nemocnému poskytují péči a na nichž je pacient z hlediska uspokojování svých potřeb závislý (4). Zhoršování zdravotního stavu onkologicky nemocných pak představuje další zvýšení emocionální, sociální, fyzické a často také ekonomické zátěže nejen pro ně samotné, ale i pro jejich celou rodinu.

Asi 61 % rodinných pečujících nemá žádný čas pro sebe, 79 % z nich cítí, že jsou vyčerpaní, 85 % má potíže v komunikaci s pacientem a 57 % má problémy ekonomického charakteru (5). Nejen z tohoto důvodu autoři dané studie poukazují na to, že by rodinným pečujícím o pacienty s onkologickým onemocněním v pokročilém stadiu nemoci měla být věnována náležitá pomoc a podpora (5). Pro zjištění negativní zátěže rodinných pečujících existují různé měřicí škály (např. 6, 7), např. posuzovací škála reakcí pečujících CRA (Caregiver Reaction Assessment Scale), jejíž reliabilita a validita byly testovány na partnerech 181 pacientů s kolorektálním karcinomem (5). Zmiňovaná škála obsahuje 24 položek a pětistupňové subškály měření. Měřenými oblastmi jsou: **zhor-**

šeni kvality života, finanční problémy, nedostatečná podpora rodiny, zdravotní problémy a sebeucta pečujících.

Švýcarská verze posuzovací škály CRA byla testována u 209 pečujících o nemocné s nádorovým onemocněním, demencí a závažným fyzickým handicapem. Jiná škála (Your Reactions to Helping Your Family Member) zohledňuje vztah pečující – nemocný (8) a zjišťuje také specifické zkušenosti pečujícího při ošetřování nemocného člena rodiny (Your Reactions to Helping Your Family Member). Aplikace tohoto nástroje do praxe byla ověřena realizovanou studií (4). V České republice se této problematice věnuje např. Bužgová (9), která validizovala Dotazník pro hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči – PNAP (Patients Needs Assessment in Palliative Care) a vytvořila Českou verzi dotazníku pro hodnocení potřeb rodiny – FIN (Family Inventory Needs).

Inventář sociálních problémů (SDI)

Wright, Kiely, Lynch, Cull a Selby (10) nejenže popsali sociální problémy onkologicky nemocných a kategorizovali je, ale sestavili z nich také tzv. **Inventář sociálních problémů** (SDI), který dále testovali a vyvíjeli jako vstupní posuzovací nástroj pro klinické standardy péče o onkologicky nemocné. Vytvořený screeningový nástroj byl autory testován u 189 pacientů. Z nich 183 dokončilo své vlastní SDI testování a souběžně byli hodnoceni také prostřednictvím badatele (sociálního pracovníka), který provedl nezávislé SDI posouzení. Statistické porovnání výsledků posouzení pacienta a nezávislého pracovníka je pro klinickou praxi uspokojivé (korelace 0,61; 95 % interval spolehlivosti byl 0,51, 0,70; citlivost 0,80; specifická 0,76), to znamená, že může být tento nástroj doporučen k užívání v klinické praxi u onkologicky nemocných. Pro účely našeho výzkumu byl **Inventář sociálních obtíží** (SDI-21) přeložen z angličtiny a upraven pro použití s danou cílovou skupinou (viz tabulka 1).

Distribuce, vyplnění a vyhodnocení dotazníku

Distribuce, vyplnění i vyhodnocení tohoto screeningového dotazníku je poměrně jednoduché a relativně rychlé.

Tabulka 1. Screening sociálních problémů onkologicky nemocných SDI-21 (zdroj: Wright, Smith, Roberts, Selby, Velikova, 2007)

P. č	POLOŽKY DOTAZNÍKU (berte v úvahu období posledního měsíce)	HODNOCENÍ			
		Bez potíží	Malé potíže	Docela dost potíží	Velmi mnoho potíží
		0	1	2	3
1.	Máte nějaké potíže s udržením své nezávislosti?				
2.	Máte nějaké potíže při vykonávání běžných domácích prací? (například úklid, vaření, zahradničení, nákupy apod.)				
3.	Máte nějaké potíže se soběstačností a sebedpěčí? (například s udržováním hygieny, koupáním, mytím, oblékáním apod.)				
4.	Máte nějaké potíže s péčí o ty, kteří jsou na Vás závislí? (např. děti, závislé dospělé osoby, domácí zvířata)				
5.	Má někdo z Vašich blízkých (například partner, děti, rodiče) nějaké problémy se získáním potřebné opory a pomoci? (např. psychologické, spirituální, sociální)				
6.	Máte nějaké problémy s dárkami sociálními podpory? (např. zákonné nemocenské dávky, příspěvek na péči, příspěvek na mobilitu apod.)				
7.	Máte nějaké finanční potíže?				
8.	Máte nějaké finanční problémy? (např. s úvěry, hypotékou, penzijním připojištěním)				
9.	Máte nějaké problémy týkající se Vašeho zaměstnání nebo vzdělávání (pokud jste student)?				
10.	Máte nějaké potíže s plánováním vlastní budoucnosti, nebo budoucnosti Vaší rodiny? (např. péče o závislé osoby, obchodní záležitosti apod.)				
11.	Máte nějaké potíže s komunikací s blízkými osobami? (např. s partnerem, dětmi, rodiči)				
12.	Máte nějaké potíže s komunikací s dalšími osobami? (např. s přáteli, sousedy, kolegy)				
13.	Máte nějaké problémy týkající se sexuálního života?				
14.	Máte nějaké problémy týkající se plánů mít rodinu (mít děti)?				
15.	Máte nějaké problémy týkající se Vašeho vzhledu nebo přijetí obrazu Vašeho těla?				
16.	Cítíte se izolovaný/-á?				
17.	Máte nějaké problémy s pohybem po okolí? (např. s dopravou, parkovištěm, mobilitou)				
18.	Máte nějaké problémy s tím, kde žijete? (např. s prostorem, přístupem, vlhkostí, topením, sousedy, s bezpečností apod.)				
19.	Máte nějaké potíže při provádění volnočasových a rekreačních aktivit? (např. koníčky, zábava)				
20.	Máte nějaké problémy se svými plány na dovolenou?				
21.	Máte nějaké problémy s jakoukoli jinou oblastí Vašeho každodenního života? Se kterou a jaký?				

1. Pokud je celkové skóre nad 10 bodů, má pacient velké sociální problémy. Vysoké skórování může být jen přechodné v souvislosti s aktuálním zhoršením zdravotního stavu (v tom případě se doporučuje akceptovat omezení aktivity či aplikovat příslušná opatření, např. edukaci pacienta a rodiny, konzultaci se sociálním pracovníkem, psychologem apod.). Pacienti s řadou vysoce bodově hodnocených položek a zejména u polo-

- žek velmi specifických, by měli být následně komplexně dotazováni, jejich problémy mapovány detailně a mělo by být rozhodnuto o dalším postupu s využitím příslušné meziprofesní spolupráce (sociální pracovník, kaplan, psycholog, rodina apod.), aby se pacientovi a jeho blízkým dostalo pomoci či potřebné podpory.
2. Je-li celkové skóre pod 10 bodů, má pacient menší sociální problémy. Pokud je většina položek na nižších

úrovní bodového hodnotení (tj. 0 nebo 1), nebo pokud ojedinelá položka je dimenzována na vyšší úrovni (2 nebo 3), je pravděpodobné, že pacient bude potřebovat pouze přechodné nebo omezené intervence, příp. také žádné (jejich nabídka a rozsah se do značné míry odvíjí od zkušenosti testujícího profesionála). Pokud je kterákoliv z jednotlivých položek hodnocena 2 nebo 3, bylo by vhodné této oblasti věnovat zvýšenou pozornost. Tento nástroj by mohl zefektivnit plošný monitoring možných sociálních problémů u onkologicky nemocných a následné nastavit efektivní intervence.

Metodologie šetření

Cílem našeho empirického šetření bylo zmapovat nejtěžší sociální problémy dospělých pacientů s maligním onkologickým onemocněním. Výzkumný záměr byl formulován v těchto dílčích cílech:

1. zmapovat sociální problémy dospělých pacientů s maligním onkologickým onemocněním;
2. zjistit, jak onkologičtí pacienti pojmají své onemocnění;
3. posoudit, zda by bylo možné SDI-21 navrhnout k implementaci do onkologické klinické praxe jako screeningový nástroj.

Pro účely našeho šetření bylo zvoleno kvantitativní dotazníkové šetření. Dotazník sestavený s využitím standardizovaných, mezinárodně používaných dotazníků se sestával ze třech částí:

1. Inventář sociálních problémů SDI-21.
2. Vybrané položky z dotazníku IPQ-R-CZ mapující **pojetí nemoci samotným pacientem**. Konkrétně byly použity dotazy, které zjišťovaly subjektivní názor na příčinu onemocnění, na dobu trvání choroby a na její závažnost. Originální nástroj je standardně užíván v zahraničí, v současné době prochází standardizací i na území ČR (viz 11, 12).
3. Poslední část dotazníku obsahuje identifikační položky o respondenti (např. pohlaví, věk, závažnost klinického stavu apod.).

Výzkumný soubor

Respondenty výzkumu byli dospělí onkologicky nemocní (od 18 let výše) s potvrzenou maligní onkologickou diagnózou. Bylo distribuováno celkem 100 dotazníků, návratnost byla 45 %. Vzhledem k tomu, že pět dotazníků muselo být vyřazeno pro nekompletnost, počítáme dále se 40 dotazníky jako se 100 % respondentů. Jednalo se o 22 mužů (tj. 55 %) a 18 žen (tj. 45 %). **Věkové rozpětí** respondentů bylo od 26 do 82 let. Průměrný věk všech respondentů byl 55,93 roku. U žen byl průměrný věk 52,83 let a u mužů to bylo 58,45 roku. Nejvíce respondentů, tj. 23 (57,50 %) žilo v manželství, 6 (15 %) uvedlo, že žije v trvalém partnerském svazku. Stejný počet, tedy 6 (15 %) uvedlo, že jsou svobodní a 2 (tj. 5 %) byli rozvedeni. **Nejčastěji u našich respondentů byl tedy zachycen život v dlouhodobém páru** (29, tj. 72,5 %), a to ať už v manželském nebo partnerském vztahu. Pokud se jedná o **pracovní zařazení**, tak 12 respondentů uvedlo, že jsou v zaměstnaneckém poměru (tč. v pracovní neschopnosti), přičemž 2 z těchto dvanácti již bylo v částečném invalidním důchodu. Tři respondenti se zařadili jako OSVČ (osoba samostatně výdělečně činná), 2 uvedli, že jsou nezaměstnaní (evinovani na úřadě práce), 18 respondentů bylo ve starobním důchodu a 5 v plném invalidním důchodu.

Celkem 26 nemocných podstupovalo onkologickou léčbu poprvé, ostatní byli léčeni opakovaně a sami deklarují, že jsou zařazení do paliativní léčby. Nejčastěji byli zastoupeni pacienti s rakovinou tlustého střeva a konečníku (8 respondentů), rakovinou prsu (7 respondentek), rakovinou varlat a prostaty (5 respondentů) a rakovinou jícnu (4 respondenti).

Výsledky šetření

Významné problémy (hodnocení oblasti na úrovni bodů 2 a 3) potvrzovali respondenti především v těchto oblastech:

- **Potíže s vykonáváním domácích prací ve své domácnosti** uvedlo jako významný problém celkem 10 respondentů ze 40 a to především z důvodu únavy, nevolnosti, ztráty fyzické kondice, problémů se stabilitou a mo-

bilitou („špatně chodím“) či bolestí („Nevykonávám skoro žádné domácí práce.“ „Mám bolesti rukou a nohou, věci mi padají z ruky.“).

- **Potíže s prováděním volnočasových a rekreačních aktivit** uvedlo jako významný problém celkem 9 respondentů ze čtyřiceti, deset respondentů pak uvádělo malé potíže. V této položce byli respondenti nejdílnější a uváděli následující příčiny a podoby problémů: „Únava.“ „Nelze provádět rekreační aktivity.“ „Nemohla jsem lyžovat, hrát tenis – potíže s rukou.“ „Velmi fyzicky náročné koníčky – v tomto stavu neproveditelné.“ „Finanční problémy.“ „Po operaci mám potíže při pletení. Nemůžu dělat ruční práce.“ „Omezení pohybu – lyžování.“ Po operaci jsem nemohl vykonávat obvyklé sporty – jízda na kole, florbal, tenis...“ „Nemohu hrát squash a cvičit.“ Čtyři respondenti uvedli také vážné problémy s plány na dovolenou. Napsali: „Pro únavu jsem nemohla absolvovat dovolenou u moře.“ „Hospitalizace, operace, chemoterapie.“ „Na dovolenou nemám ani pomyslení, ani peníze.“
- **Problémy v sexuální oblasti** na úrovni 2 nebo 3 uvedlo celkem 7 respondentů ze čtyřiceti, dalších sedm přiznalo malé potíže. Příčinou problémů byla především únava, bolest prsu a omezená hybnost.
- **Problémy týkající se vzhledu nebo přijetí obrazu těla** připustilo pět respondentů jako významné a deset jako malé. Konkrétně uvedli: „Po dobu léčby mi vypadaly vlasy.“ „Prvotní problém vyrovnat se se ztrátou vlasů, změnami v obličeji.“ „Vypadávání vlasů. Nepohodlnost paruky.“ Otoky.“ „Kýla v operační ráně, jizva.“ Jeden prs o hodně menší.“
- Na otázku ověřující **podporu, která se dostává jejich blízkým**, odpovědělo celkem 7 respondentů, že se jim žádné podpory nedostává.

Další problémy se vyskytly v těchto oblastech:

- Pět respondentů uvedlo významné potíže se soběstačností a sebepečí. Konkrétně popisovali: zapínání knoflíků, bolesti, únava, neohebnost kloubů.

- Tři respondenti uvedli významné obtíže v oblasti péče o ty, kteří jsou na nich závislí (dětí, staří a nemocní rodiče či partner, domácí zvířata). Jako konkrétní příčiny uvedli: „Péče o dítě – nevolnost, únava, bolesti rukou a nohou.“
- **Problémy v oblasti udržení své nezávislosti** uváděli tři respondenti jako výrazné (stupeň 2 a 3) a to nejčastěji s poukazem na těžkou únavu, nevolnosti, slabost a jednou byly uvedeny finanční důvody.
- Několik položek SDI-21 dotazníku cílí na ekonomické problémy onkologicky nemocných. Položku zabývající se sociálními dávkami vyplnil pouze jeden respondent jako významně problémovou, dva naznačili jisté problémy. („Proplacení cestovních příkazů trvá příliš dlouho – přes 2 měsíce.“ „Nebyl mi přiznán příspěvek na dopravu k lékaři a ZTP mi vyřídili až za půl roku.“). Opakovaně respondenti uváděli, že nepobírají žádné dávky. Tři respondenti uvedli významné finanční potíže. Konkrétně se jednalo o „Neschopnost splácet hypotéku a půjčky“.
- Významné problémy týkající se práce nebo vzdělávání připustil jen jeden respondent, ale malé problémy uvedlo šest respondentů. („Nyní jsem v ID.“ „Občas stres týkající se pracovní činnosti.“ „Musela jsem ukončit studium při zaměstnání.“).
- Čtyři respondenti uvedli významné potíže s plánováním vlastní budoucnosti nebo budoucnosti své rodiny. („Pracovní postup v zaměstnání se teď konat asi nebude.“ „Výstavba rodinného domku.“ „Po rozvodu celkové uspořádání tak, aby to mělo co nejmenší dopad na děti.“).
- Významné potíže s komunikací s nejbližšími uvedli celkem dva respondenti, ale šest jich uvedlo potíže malé. Konkrétně: „Nevěděla jsem, jak to oznámit dětem a mamince, která se v té době také onkologicky léčila.“ „Někdy partner nevěří, že mám bolesti rukou a nohou.“ Tři uvedli potíže s komunikací s ostatními lidmi („Nechtěla jsem o svém zdravotním stavu mluvit s přáteli, chtěla jsem být sama.“).

- Těžký pocit izolovanosti uvedli čtyři respondenti, čtyři uvedli pocity izolovanosti jako malý problém. V komentáři uvedli: „Nejsem v léčbě, tak se necítím izolovaný.“ „Nesmím chodit mezi lidi, abych neonemocněl.“
- Problémy s pohybem po okolí jako vážné uvedli tři respondenti a deset uvedlo tyto problémy jako malé.

Statistickým testem (Mann-Whitney U testem a Chí-kvadrát testem) jsme ověřovali, zda je mezi množstvím závažných sociálních problémů zjištěných u vzorku našich mužů a žen statisticky významný rozdíl. Zajímalo nás, zda v našem vzorku také platí, že ženy trpí významně vyšším množstvím sociálních problémů, jako uvádí autoři inventáře (10). Byl použit Mann-Whitney U test, který porovnává 2 distribuce. Signifikance Mann-Whitney U testu při porovnání mužů a žen je $p = 0,976$. Hodnota je $> 0,05$, a to tedy znamená nesignifikantní rozdíl mezi muži a ženami. Chí-kvadrát test porovnává muže a ženy ve výskytu problémových oblastí v případě, kdy naměřené výsledky shrneme takto: 11 žen (61,1 %) vykazuje počet problémových oblastí 0, 7 žen (38,9 %) vykazuje počet problémových oblastí 1 nebo více, 12 mužů (54,5 %) vykazuje počet problémových oblastí 0, 10 mužů (45,5 %) vykazuje počet problémových oblastí 1 nebo více. Rozdíl mezi muži a ženami také není signifikantní. Signifikance chí-kvadrát testu $p = 0,676$. Hodnota je také $> 0,05$. Přijímáme tedy nulovou hypotézu: **Množství závažných sociálních problémů u mužů a žen ve sledovaném vzorku je stejně početné, není mezi nimi statisticky významný rozdíl.**

Implementace SDI-21 do onkologické klinické praxe

Byla zvažována možnost implementace screeningového standardizovaného dotazníku SDI-21. Je to jednoduchý nástroj, který dokáže poměrně rychle a strukturovaně zmapovat aktuální sociální situaci onkologicky nemocných a umožňuje jejich odpovědi velmi rychle a bez složitého propočítávání vyhodnotit. V současné době se sociální posouzení u onkologicky nemocných provádí pouze v rámci vstupního komplexního posouze-

ní stavu ošetrovatelských potřeb sestrou nebo ošetřujícím lékařem, a to pouze rámcově, nikoliv systematicky. Pokud sestra nebo lékař zjistí nepříznivou sociální situaci, nebo pokud si to vyžádá pacient či jeho rodina, je kontaktován sociální pracovník. Pokud se k nemocnému, na základě výzvy z oddělení, sociální pracovník dostaví, pak provádí vlastní vstupní šetření.

Dotazník SDI-21 by mohl být distribuován obdobně jako Beckovy posuzovací škály, ať už úzkosti či depresivity, které taktéž vyplňuje sám pacient. Sebeposuzovací škály jsou pro zdravotníky důležitým a průběžným zdrojem informací o pacientovi. V případě vysokých skóre se doporučuje další vyšetření pacienta, např. psychologem či psychiatrem. Obdobně by mohlo být při vysokém skórování v SDI-21 doporučeno sociální šetření. Na rozdíl od Beckových škál, které jsou vyhodnocovány 1x za týden, u dotazníku SDI-21 postačuje jeho distribuce jednou za měsíc. Je tak možné získat dlouhodobý přehled o rozvoji a změnách sociálních problémů onkologických pacientů a jejich rodin a také přehled o realizovaných intervencích a jejich efektivitě. SDI-21 dotazník může být součástí pacientovy sociální dokumentace a představuje snahu kontinuálně vyhodnocovat sociální situaci a sociální problémy u pacientů a možnost je neodkladně řešit a přispívat tak k vyšší kvalitě života onkologických pacientů s maligním onemocněním a jejich rodin.

Závěr

Naše šetření prokázalo výskyt sociálních problémů u onkologicky nemocných ve 2. a 3. stupni závažnosti dle dotazníku SDI-21 a to prakticky ve všech sledovaných oblastech. Wright, Kiely, Lynch, Cull, Selby (10) ve své studii uváděli, že „**nejpočetnější problémy mají onkologicky nemocní se vztahy a s komunikací, následované problémy finančními a problémy se zaměstnáním, problémy s tělesným vzhledem a problémy s neustálým pobýváním doma.**“ Naše výsledky taktéž potvrdily četný výskyt těchto sociálních problémů, nikoliv však v tomto pořadí. Komunikační problémy naši respondenti neuváděli jako nejčastější či nejtěživější. Také problémy

finanční a problémy se zaměstnáním nebyly pro naše respondenty nejzávažnější, i když sociální problémy byly identifikovány i v této oblasti. Problémy s tělesným vzhledem jsou i v našem vzorku posuzovány jako významnější (5 respondentů je uvedlo jako závažné problémy na stupni 2 nebo 3 a 10 respondentů uvedlo jen mírné problémy), ale také nepatří k těm nejtěživějším. K potížím, které naši respondenti uvedli jako nejtěživější, patří problémy s **vykonáváním domácích prací ve své domácnosti, potíže s prováděním volnočasových a rekreačních aktivit a problémy v sexuálních záležitostech**.

Autoři škály (10) poukazovali na to, že více sociálních problémů uváděly nemocné ženy. Naše šetření nepotvrdilo statisticky významné rozdíly a muži i ženy v našem vzorku vykazovali shodné četnosti závažných sociálních problémů.

Z naší limitované výzkumné zkušenosti můžeme screeningový dotazník SDI-21 i jeho vyhodnocovací klíč pro zdravotně sociální praxi doporučit. SDI-21 může fungovat jako rychlý orientační monitoring, který pomáhá jednoduše selektovat sociální oblasti bez problémů, kterým není potřebné se v daném okamžiku detailně věnovat a odkrývá oblasti, na kterých by bylo vhodné s pacientem

a jeho blízkými pracovat intenzivněji. Opakované systematické posuzování vývoje sociálních problémů u onkologicky nemocných shledáváme také jako užitečné, protože zdravotní stav onkologických pacientů se zpravidla velmi rychle proměňuje v čase a těmto změnám je potřeba přizpůsobit intervence. Klinická praxe by měla směřovat k tomu, aby sociální pracovník mohl s onkologicky nemocnými kontinuálně pracovat, systematicky vyhodnocovat jejich aktuální sociální problémy a potřeby a neodkladně hledat možnosti jejich řešení.

Příspěvek byl podpořen grantem PdF UP Přípravenost pracovníků rezidenčních sociálních služeb na zvládání náročné krizové situace (VaV_2018_004).

Literatura

1. ÚZIS. Národní onkologický registr [online] 2013. Available from: <<http://www.uzis.cz/registry-nzis/nor>>. Accessed December 8, 2014.
2. Adam Z, Krejčí M, Vorlíček J. Obecná onkologie. Praha: Galén; 2011.
3. Abbott J, Shah NR, Ward KK, Mchale MT, Alvarez EA, Saenz ChA, Plaxe SC. Use of Psychosocial Services Increases after a Social Worker – Mediated Intervention in Gynecology Oncology Patients [online]. Health Social Work. 2013;38(2):113-21. Available from: <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=16&sid=e33ab8da-9966-4366-a498-47cf32af683b%40sessionmgr110&hid=128>>. Accessed December 14, 2014.
4. Ugur O, Fadiloglu C. Assessment of the reactions of caregivers of a cancer patients: Validity and reliability of the

- scale of "Your reactions helping your family member" in Turkish society. Indian Journal of Cancer. 2013;50(3):219-226.
5. Given BA, Given CW, Kozachik S. Family support in advanced cancer. Cancer Clinical Journal. 2001;51:213-231.
 6. Bachner GY, O'Rourke N, Carmel S. Psychometric properties of a modified version of the caregiver reaction assessment scale measuring caregiving and post-caregiving reactions of care givers cancer patients. In Journal of Palliative Care. 2007;23(2):80-86.
 7. Nijboer C, Triemstra M, Tempelaar R, Sanderman R, Bos GA. Measuring both negative and positive reactions to giving care to cancer patients: Psychometric qualities of the caregiver reactions assessment (CRA). Social Science Medicine. 1999;48:1259-1269.
 8. Archold PG, Stewart BJ, Hornbrook MC. Family Care Inventory. OHSU/KPNW Family Care Study (Revised 01/10/2001). 1982;503:4494-4560.
 9. Bužgová R, et al. Identifikace potřeb pacientů a rodinných příslušníků v paliativní péči v souvislosti s kvalitou života. Projekt IGA MZ ČR NT 13417-4/2012. Ostrava: OU, 2014 [online]. Available from: <<http://dokumenty.osu.cz/lf/uom/uom-publikace/prirucka-uzivatele-dotazniku.pdf>>. Accessed February 24, 2015.
 10. Wright EP, Kiely MA, Lynch P, Cull A, Selby PJ. Social problems in oncology. British Journal of Cancer. 2002;87:1099-1104.
 11. Mareš J, Vachková E. Pacientovo pojetí nemoci I. Brno: MSD; 2009.
 12. Mareš J, Ježek S. Dotazník zjišťující pacientovo pojetí nemoci: IPQ-R-CZ. Československá psychologie. 2012;LVI(6):558-572.

PhDr. Mgr. Naděžda Špatenková, Ph.D., MBA

Katedra sociologie, andragogiky a kulturní antropologie FF UP
Tř. Svobody 26, 779 00 Olomouc
nadezda.spatenkova@upol.cz



Využitie nefarmakologickej liečby u terminálne chorých seniorov

PhDr. Katarína Zrubáková, PhD.¹, PhDr. Mária Novysedláková, PhD.¹, doc. MUDr. Ivan Bartošovič, PhD., mim. prof.², PhDr. Mgr. Mariana Magerčiaková, PhD.¹, doc. PhDr. Mgr. Helena Kadučáková, PhD.¹

¹Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita Ružomberok

²Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava

Nefarmakologické liečebné postupy majú významné uplatnenie v terapii seniorov. Môžu sa využívať ako alternatíva farmakologickej liečby alebo v kombinácii s liekovou terapiou. Z analýzy článkov v databázach sme zistili, že nefarmakologická liečba sa najčastejšie využíva v terapii geriatrických syndrómov, ale i v starostlivosti o nevyliciteľne chorých. V príspevku preto prezentujeme jednotlivé metódy nefarmakologickej liečby a ich využitie v paliatívnej a hospicovej starostlivosti. Súčasťou sú aj výsledky výskumu, ktorý bol realizovaný v zariadeniach sociálnych služieb a v hospicioch v Slovenskej republike. Cieľom bolo zistiť, ako sa využíva nefarmakologická liečba u seniorov v ústavných zariadeniach, a porovnať jej použitie podľa typu zariadenia. Výskumný súbor tvorili sestry pracujúce v zariadeniach sociálnej služby (ZSS) a v hospicioch, celkový počet 168. Hlavnou metódou bol dotazník vlastnej konštrukcie. Po analýze výsledkov sme zistili, že nefarmakologické liečebné postupy sú dôležitou súčasťou liečby u terminálne chorých seniorov. K najčastejšie využívaným metódam patrí ošetrovateľská rehabilitácia, terapeutická komunikácia, liečebná výživa, hydratácia a bazálna stimulácia. Výsledky sú súčasťou projektu KEGA 016KU-4/2017 Možnosti interdisciplinárnej kooperácie pri realizovaní nefarmakologickej liečby seniorov v ústavných zariadeniach.

Kľúčové slová: nefarmakologická liečba, metódy liečby, terminálne chorý senior, projekt KEGA

The use of non-pharmacological treatment in terminally ill seniors

Non-pharmacological treatment procedure has a significant effect in the treatment of seniors. They can be used as an alternative to pharmacological treatment or in combination with drug therapy. By analysis of articles in databases we found out that non-pharmacological treatment is most often used in the treatment of geriatric syndromes, but also in the care of the terminally ill. In the article we present different methods of non-pharmacological treatment and their use in palliative and hospice care. Parts of the article are also the results of the research, which was carried out in the social services facilities and hospices in the Slovak Republic. The aim was to find out how non-pharmacological treatment is used in seniors in health facilities and compare its use according to the type of facility. The research group consisted of nurses working in social services facilities and hospices, the total number of 168. The main method was the non-standardized questionnaire. After analyzing the results, we found that non-pharmacological treatment procedures are an important part of treatment for terminally ill seniors. The most frequently used methods were nursing rehabilitation, therapeutic communication, diet nutrition, hydration and basal stimulation. The results are part of the project KEGA 016KU-4/2017 Possibilities of interdisciplinary cooperation in the realization of seniors non-pharmacological treatment in institutional care.

Key words: non-pharmacological treatment, methods of treatment, terminally ill senior, the KEGA project

Paliat. med. liec. boles., 2018;11(1-2e):44-47

Úvod

Staroba a seniorský vek je obdobím na konci prirodzeného vývinu človeka. Je charakterizovaný polymorbiditou, výskytom geriatrických syndrómov, postupným ubúdaním psychických a fyzických síl, stratou záujmov a množstvom zmien vo všetkých systémoch ľudského organizmu. Obdobie vlastnej staroby sa spája s osobitným druhom starostlivosti, niekedy označovaným ako štvrtý typ prevencie, a to pomoc pri „dobrom zomieraní“ (1). Zvláštnosťou paliatívnej, respektíve terminálnej starostlivosti o geriatrického pacienta je, že napriek zhoršenému fyzickému a psy-

chickému stavu seniori blízkosť smrti akceptujú lepšie ako mladí ľudia. Majú skôr obavy o kvalitu života posledných dní. Niektorí starí ľudia svoj koniec vítajú, lebo sú unavení životom, svojou chorobou, osamelosťou a stratou programu. Geriatrický pacient je najčastejšie na terminálnu starostlivosť odkázaný pre nádorové ochorenia, ktoré tvoria až 75 % terminálnych štádií v pokročilom veku. Zvyšných 25 % predstavujú kardiovaskulárne, respiračné, tráviace, urogenitálne, neurologické ochorenia – najčastejšie sú to demencie, stav po ťažkej cievnej mozgovej príhode, srdcová nedostačnosť a chronická obštrukčná pľúčna

choroba (2). Starostlivosť o terminálne chorého seniora má interdisciplinárny charakter, spolupracujú zdravotníci a nezdravotnícki pracovníci a rodina (3). Multidisciplinárny tím sa skladá z lekárov rôznych špecializácií, sestier, sociálneho pracovníka, fyzioterapeuta, psychológa, psychiatra, duchovného, nezdravotníckych pracovníkov a ďalších pracovníkov podľa potreby (4). Významnými členmi tímu sú sestry, ktoré sa zameriavajú predovšetkým na: fyzické/telesné, psychologické a psychiatrické, sociálne, spirituálne, religiózne a existenciálne, kultúrne, etické, právne aspekty starostlivosti a starostlivosť o bezprostredne

zomierajúceho pacienta (5). Sestry sa pri realizácii paliatívnej starostlivosti zároveň sústreďujú na základnú starostlivosť o seniora, manažment bolesti a ostatných symptómov, plánovanie konca života, starostlivosť o rodinu, podporu pri strate, zármutku, trúchlení, interdisciplinárne/kolaboračné praktiky, edukáciu, profesionálne záležitosti (6, 7). Neoddeliteľnou súčasťou paliatívnej starostlivosti sú aj nefarmakologické liečebné postupy.

Nefarmakologická liečba u terminálne chorých seniorov

Nefarmakologická liečba znamená akúkoľvek liečebnú snahu bez použitia liečiv. Úlohou nefarmakologickej terapie je podporiť liečebný proces, zlepšiť fyzický i psychický stav, celkovú kvalitu života. Nefarmakologická liečba má význam v starostlivosti o pacientov všetkých vekových kategórií, ale jej najväčší **úžitok** sa prejavuje pri liečbe geriatrických pacientov, dlhovekých a krehkých seniorov (8). Vo vyššom veku sa využíva ako alternatíva farmakologickej liečby alebo je súčasťou komplexnej liečby ochorení, geriatrických syndrómov a symptómov.

U terminálne chorých seniorov je nefarmakologická liečba súčasťou intervencií zameraných na elimináciu bolesti, symptómov ochorení, ku ktorým najčastejšie patria: únava, dyspnoe, nauzea, vracanie, problémy v ústnej dutine, malnutícia, dehydratácia, zápcha, insomnie, imobilita, zmätenosť (9) a uspokojovanie potrieb. K najviac realizovaným nefarmakologickým liečebným metódam zaraďujeme edukáciu seniora/rodiny, psychoedukáciu, rehabilitáciu, ošetrovateľskú rehabilitáciu, fyzikálnu liečbu, liečebnú výživu/dietoterapiu, fytotherapiu, oxygenoterapiu, hydratáciu, psychickú aktivizáciu, bazálnu stimuláciu (10, 11).

Využitie nefarmakologickej liečby u terminálne chorých seniorov v Slovenskej republike

Pomocou projektu KEGA Možnosti interdisciplinárnej kooperácie pri realizovaní nefarmakologickej liečby seniorov v ústavných zariadeniach sme zisťovali, ako sa v skutočnosti realizuje tento spôsob liečby v zdravotníckych a sociálnych zariadeniach v SR.

Hlavným cieľom projektu je prostredníctvom klinického výskumu, analýzou klinických štúdií a odborných, vedeckých materiálov komplexne spracovať informácie o nefarmakologickej liečbe a jej využití v liečebno-preventívnej starostlivosti o seniora.

Čiastkovým cieľom je zistiť, aké metódy nefarmakologickej liečby využívajú sestry v praxi a ako hodnotia spoluprácu profesionálov i laikov.

Dôvodom pre realizáciu projektu boli viaceré negatívne skutočnosti, ktoré sme identifikovali počas vykonávania vlastnej klinickej praxe a analýzou dostupnej literatúry. K najčastejším patrili:

1. negatívne fakty týkajúce sa liečby vo vyššom veku v klinickej praxi – predovšetkým v zariadeniach akútnej a subakútnej starostlivosti,
2. nedostatočná koordinácia spolupráce najdôležitejších členov tímu (lekár, sestra, fyzioterapeut, sociálny pracovník, asistent výživy, rodinný príslušník, opatrovateľ...),
3. v odbornej a vedeckej literatúre sa väčšia pozornosť venuje farmakoterapii,
4. pri zadaní kľúčových slov v databázach sa nenašiel článok, vedecká práca venovaná nefarmakologickej liečbe, ale len jej využitiu v terapii ochorení a symptómov,
5. absencia edukačných materiálov zameraných na koordináciu spolupráce, napríklad sestra – sociálny pracovník, fyzioterapeut...

Plán projektu

Projekt trvá tri roky. S riešením sa začalo v apríli 2017, koniec projektu je plánovaný na december 2019. Prvý rok (2017) bol zameraný na získanie aktuálnych informácií o problematike v literatúre a klinickej praxi – pilotná štúdia. V druhom roku (2018) sme spracovali výsledky výskumu, pripravujeme vedeckú monografiu venovanú nefarmakologickej liečbe vo vyššom veku.

V poslednom roku spracujeme využitie nefarmakologickej liečby pri vybraných symptómoch, oblastiach: starecká krehkosť, dysfágia, demencia a kognitívne poruchy, starostlivosť o terminálne chorého seniora...

Pri realizácii projektu spolupracuje riešiteľská inštitúcia Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity (KU) Ružomberok s Pedagogickou fakultou KU Ružomberok, Vysokou školou zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, Fakultou zdravotníctva Slovenskej zdravotníckej univerzity (SZU) v Banskej Bystrici, Slovenskou zdravotníckou univerzitou v Bratislave – Klinika geriatrickej LF SZU a UNB. Spolupracujeme aj so zdravotníckymi a sociálnymi zariadeniami ako: Ústredná vojenská nemocnica SNP Ružomberok, Fakultná nemocnica, Centrum sociálnych služieb ViaVitae Ružomberok, Zariadenie pre seniorov Skalica, Špecializovaná geriatrická nemocnica Podunajské Biskupice.

Metodológia a výsledky klinického výskumu

V nasledujúcej časti prezentujeme najdôležitejšie výsledky výskumu, ktorého cieľom bolo zistiť, ako je realizovaná nefarmakologická liečba u terminálne chorých seniorov a kto je najčastejším členom interdisciplinárneho tímu.

Materiál a metodika výskumu

Klinický výskum prebiehal od januára do septembra 2018. Prostredníctvom tlačenej a elektronickej verzie dotazníkov sme oslovili sestry pracujúce v zariadeniach sociálnych služieb a hospicioch v SR. Späť sa nám vrátilo 173 dotazníkov. 4 dotazníky sme vyradili, neboli dodržané definované kritériá (pracovná pozícia sestra, práca v ZSS alebo hospici). Výskumný súbor tvorilo celkovo 168 sestier. 51 sestier pracovalo v hospici, 117 sestier v ZSS.

Výskumná metóda – hlavnou metódou bol neštandardizovaný dotazník, ktorý mal dve časti. V prvej časti boli uvedené jednotlivé typy nefarmakologickej liečby, prostredníctvom 5-číselnej Likertovej škály sa respondenti vyjadrovali o ich dôležitosti (číslo 1 veľmi dôležité, 2 dôležité, 3 neviem sa vyjadriť, 4 menej dôležité, 5 nedôležité). Druhá časť bola podrobnejšie zameraná na jednotlivé metódy. Prostredníctvom 5-stupňovej frekvenčnej škály sa respondenti vyjadrovali, ako často realizujú uvedené intervencie – fytotherapia, aplikácia tepla

Tabuľka 1. Dôležitosť a zameranie nefarmakologických liečebných postupov

Oblasť	Priemerná hodnota	Modus	Celkový súčet
Nefarmakologická liečba	1,94	2	424
Hydratácia	1,17	1	256
Výživa	1,07	1	206
Mobilita/pohyb	1,37	1	300
Aktivizácia	1,53	2	335
Spánok	1,50	2	328
Sebestačnosť	1,59	2	347
Edukácia/poradenstvo	1,88	2	411
Individuálne plánovanie služieb pre seniora	2,20	2	480
Spolupráca s inými odborníkmi	1,76	2	385
Spolupráca s rodinou	1,5	2	332

Tabuľka 2. Využívanie nefarmakologických metód – ZSS

Nefarmakologická metóda	Priemerná hodnota	Modus	Celkový súčet
Fytoterapia	3,77	4	823
Aplikácia tepla a chladu	3,18	3	700
Fototerapia	2,73	3	597
Ošetrovateľská rehabilitácia	1,72	2	361
Polohovanie pacienta	1,63	2	499
Vertikalizácia	2,29	2	691
Terapeutická komunikácia	3,17	3	786
Bazálna stimulácia	3,60	4	788

Tabuľka 3. Využívanie nefarmakologických metód – hospice

Nefarmakologická metóda	Priemerná hodnota	Modus	Celkový súčet
Fytoterapia	3,61	4	617
Aplikácia tepla a chladu	3,22	3	569
Fototerapia	2,41	2	411
Ošetrovateľská rehabilitácia	1,74	2	303
Polohovanie pacienta	1,75	2	302
Vertikalizácia	2,37	2	418
Terapeutická komunikácia	3,28	3	558
Bazálna stimulácia	3,56	4	626

Tabuľka 4. Využívanie iných nefarmakologických metód

Nefarmakologická metóda	Priemerná hodnota	Modus	Celkový súčet
Validácia	3,55	4	727
Reminiscencia	3,63	4	792
Ergoterapia	3,38	3	738
Muzikoterapia	3,29	3	719
Arteterapia	3,54	4	772
Kanisterapia	4,23	4	924

Tabuľka 5. Interdisciplinárna spolupráca

Člen tímu	Priemerná hodnota	Modus	Celkový súčet
Lekár	1,0	1	168
Asistent výživy	2,2	2	471
Fyzioterapeut	2,1	2	463
Sociálny pracovník	2	2	444
Liečebný pedagóg	3,6	4	678
Psychológ	3,5	3	618

chladu, fototerapia, ošetrovateľská rehabilitácia, terapeutická komunikácia, bazálna stimulácia, muzikoterapia. Pri frekvenčnej škále číslo 1 označovalo neustále, 2 veľmi často (5 – 4-krát do týždňa), 3 často (2 až 3-krát do týždňa), 4 občas (1-krát do týždňa), 5 nikdy.

Výsledky

Pri vyhodnotení prvej časti dotazníka, v ktorej sme využili Likertovu škálu dôležitosti (tabuľka 1), sme zistili, že respondenti ako najviac dôležité intervencie v starostlivosti o terminálne chorého seniora uviedli výživu a hydratáciu. Priemerne hodnota dôležitosti nefarmakologickej liečby bola 1,94.

V druhej časti dotazníka sme sa podrobne zamerali na jednotlivé oblasti starostlivosti z hľadiska uspokojovania potrieb a rovnako i na frekvenciu využívania nefarmakologických metód. V tabuľkách 2 a 3 prezentujeme frekvenciu využívania metód ako fytoterapia, fyzikálna liečba, fototerapia, ošetrovateľská rehabilitácia, terapeutická komunikácia, bazálna stimulácia.

V predposlednej tabuľke 4 uvádzame frekvenciu využívania ostatných metód, ktoré členovia tímu nehodnotili ako veľmi dôležité v starostlivosti o terminálne chorých. Išlo o metódy: validácia, reminiscencia, ergoterapia, muzikoterapia, arteterapia, kanisterapia.

V závere dotazníka sme sa zamerali aj na interdisciplinárnu spoluprácu. V tabuľke 5 sú uvedení jednotliví členovia tímu a zistené hodnoty. Najlepšie priemerné hodnoty boli vypočítané v spolupráci s lekárom – 1,00, sociálnym pracovníkom – 2,00, fyzioterapeutom – 2,1 a asistentom výživy – 2,2.

Diskusia

Základom starostlivosti o terminálne chorého seniora je zlepšiť kvalitu prežívania pri plnohodnotnom naplnení jeho opodstatnených potrieb a priani kombináciou život predlžujúcej liečby (ak je primeraná a vhodná) (12). Podobne aj cieľom ošetrovateľskej starostlivosti je uspokojovanie potrieb a eliminácia symptómov ochorenia. K najčastejším intervenciám patrí tlmenie bolesti, zmierňovanie dýchavičnosti, starostlivosť o výživu, hydratáciu, vyprázdňovanie,

zvládanie zmätenosti, nepokoja a pod. (13, 14). Integrovanou súčasťou paliatívnej liečby vo vyššom veku sú nefarmakologické liečebné postupy alebo kombinácia oboch spôsobov liečby – najčastejšie pri terapii bolesti (15). Aj v našom výskume sme zistili, že sestry využívajú nefarmakologickú liečbu. K najčastejšie aplikovaným metódam patrili ošetrovateľská rehabilitácia, terapeutická komunikácia, liečebná výživa, hydratácia. Menej často je využívaná bazálna stimulácia, fytoterapia, fototerapia, muzikoterapia, arteterapia.

Uvedené spôsoby liečby môžu realizovať jednotliví členovia tímu v rámci svojich legislatívnych kompetencií alebo po absolvovaní kurzu, získaní certifikátu alebo špecializácie (8). Neodmysliteľná je aj vzájomná výmena informácií a interdisciplinárna spolupráca. Možnosti spolupráce sú ovplyvnené miestom poskytovania starostlivosti, ako aj personálnymi normatívmi a materiálno-technickým vybavením konkrétneho zariadenia. V zariadeniach sociálnych služieb k najčastejším členom tímu patria: lekár, sestra, sociálny pracovník, opatrovateľ, fyzioterapeut, duchovný. V hospicoch to okrem už uvádzaných môže byť psychológ, asistent výživy, respektíve nutričný terapeut, liečebný pedagóg, dobrovoľníci, rodina atď. (16).

Analýzou nášho výskumu sme zistili, že sestry v zariadeniach sociálnych služieb najčastejšie spolupracovali so sociálnym pracovníkom, lekárom, fyzioterapeutom, občas s psychológom

a asistentom výživy. V hospicoch sestry pri realizácii nefarmakologickej liečby kooperovali aj s asistentom výživy, liečebným pedagógom a psychológom.

Záver

Starostlivosť o terminálne chorého seniora je náročná, vyžadujúca si individuálny, interdisciplinárny prístup a kombináciu viacerých metód. Výskumom, ktorý sme realizovali u sester v ZSS a hospicoch v SR, sme zistili, že sestry majú záujem o zabezpečovanie individuálnej a na potreby seniora zameranej starostlivosti a o aplikáciu nefarmakologických liečebných postupov. Problémom je ale nedostatok odborného personálu, materiálneho a technického zabezpečenia v ZSS. Ďalším nedostatkom niektorých zariadení je neochota vedenia umožniť absolvovanie odborných kurzov alebo dopĺňanie vedomostí odborného personálu. Výzvou do budúcnosti je eliminovať identifikované problémy, aby sme mohli v praxi reálne naplňovať filozofiu hospicového hnutia a zabezpečili tak seniorovi a jeho rodine čo najkvalitnejšie posledné dni života.

Literatúra

1. Hegyi L, Krajčík Š. Geriatria pre praktického lekára. 3. vyd. Bratislava: Herba; 2015.
2. Sláma O, Kabelka L, Vorlíček J, et al. Paliatívna medicína pro praxi. 2. vyd. Praha: Galen; 2012.
3. Kuberová H, et al. Liečebný pedagóg v tíme starostlivosti o seniorov. Ružomberok: Verbum; 2016.
4. Nemcová J. Vybrané kapitoly z paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti. Martin: Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine; 2013.

5. Clinical practice guidelines for quality palliative care. National Consensus Project for Quality Palliative Care. One Penn Center West. Suite. 2009;229.
6. Canadian Hospice Palliative Care Association (CHPCA). A Model to Guide Hospice Palliative Care: Based on National Principles and Norms of Practice. Revised and Condensed Edition. Ottawa, Ontario: 2013;K1R 7A5.
7. Moraučíková E, Lazarová E. Podpora pozostalých z pohľadu zdravotníckych pracovníkov. In: Andráš I, et al. Spirituálne potreby pacientov v paliatívnej starostlivosti. Martin: Osveta; 2015:45-69.
8. Zrubáková K, Novysedláková M, Moraučíková E. Realizácia nefarmakologickej liečby v ústavnej starostlivosti o seniorov. Ošetrovateľstvo a pôrodná asistancia. 2017;4(6):50-54.
9. Kopáčiková M, et al. Posudzovanie symptómov a spirituálnych potrieb pacientov v paliatívnej starostlivosti. Bratislava: SAP; 2015.
10. Brtáňová J. Paliatívna starostlivosť o pacienta v poslednom štádiu demencie. Paliatívna medicína a liečba bolesti. 2016;9(1e):5-10.
11. Mroček M. Základné princípy paliatívnej a hospicovej starostlivosti. Paliatívna medicína a liečba bolesti. 2017;10(1-2e):14-17.
12. Schuler M, Oster P. Geriatrie od A do Z. 1. vyd. Praha: GRADA; 2010.
13. Bartošovič I. Vybraná problematika gerontológie a geriatrickej. 1. časť. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety; 2014.
14. Andráš I, et al. Spirituálne potreby pacientov v paliatívnej starostlivosti. Martin: Osveta; 2015.
15. Kotradyová K. Možnosti rozvoja paliatívnej starostlivosti a jej vplyv na kvalitu života. Prohuman. 2016;8(6):1-5. Available from: <<https://www.prohuman.sk/zdravotnictvo/moznosti-rozvoja-paliativnej-starostlivosti-a-jej-vplyv-na-kvalitu-zivota>>.
16. Dobříková P. Hospicový tým a jeho úlohy z hľadiska ľudských potrieb. In: Andráš I, et al. Spirituálne potreby pacientov v paliatívnej starostlivosti. Martin: Osveta; 2015:70-89.

PhDr. Katarína Zrubáková, PhD.

Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita
Ružomberok
Nám. A. Hlinku 48, 034 01 Ružomberok
katarina.zrubakova@ku.sk

Detská paliatívna starostlivosť na Slovensku

MUDr. Ondrej Kysel, MUDr. Mária Jasenková

PLAMIENOK, n. o., Bratislava

Detská paliatívna starostlivosť (DPS) je aktívna celková starostlivosť o detské telo, ducha a dušu, ktorá zahŕňa aj podporu celej rodiny. Hlavným cieľom detskej paliatívnej liečby je zmierniť bolesť a iné obťažujúce symptómy detských pacientov so život limitujúcim ochorením. Život limitujúce ochorenia sú choroby, ktoré nemajú nádej na vyliečenie a v konečnom dôsledku sú fatálne. DPS začína v čase diagnózy ochorenia a pokračuje bez ohľadu na to či dieťa prijíma alebo neprijíma liečbu priamo zameranú na ochorenie. Vyžaduje široký multidisciplinárny prístup zahŕňajúci rodinu a profesionálov z viacerých odborov, môže byť poskytovaná v zdravotníckych zariadeniach, ale aj v domácom prostredí. V článku sme spracovali údaje o príčinách a výskyte život limitujúcich ochorení a ich mortalite, ktoré na Slovensku doteraz neboli dostupné. Z údajov vyplýva, že potreba rozvoja detskej paliatívnej starostlivosti na Slovensku v domácom aj nemocničnom prostredí je veľká.

Kľúčové slová: detská paliatívna starostlivosť, život limitujúce ochorenie, mortalita, domáci hospic

Pediatric palliative care in Slovakia

Pediatric palliative care is the active total care of the child's body, mind and spirit and also involves giving support to the family. The main aim of pediatric palliative care is to alleviate a child's pain and others distressing symptoms. Life-limiting diseases are diseases with no reasonable hope of cure that will ultimately be fatal. Pediatric palliative care begins when the illness is diagnosed and continues regardless of whether or not a child receives treatment directed at the disease. Effective palliative care requires a multidisciplinary approach that includes the family and it can be provided in health centers or in patient's home. A study presents information about reasons, incidence, prevalence and morality of life-limiting diseases in Slovakia. Our results indicate the significant need of development of pediatric palliative care in Slovakia.

Key words: pediatric palliative care, life-limiting disease, mortality, home hospice

Definícia detskej paliatívnej starostlivosti

Paliatívna starostlivosť (WHO, 2002) je prístup, ktorý zlepšuje kvalitu života pacientov a ich rodín zoči-voči život ohrozujúcemu ochoreniu tak, že včas identifikuje a neodkladne diagnostikuje a lieči bolesť a iné fyzické, psychosociálne a duchovné problémy a tým predchádza a zmiernuje utrpenie. Paliatívna starostlivosť zahŕňa zdravotnú starostlivosť poskytovanú lekárom (diagnostiku a liečbu), ošetrovateľskú starostlivosť, rehabilitáciu, psychologickú starostlivosť, liečebno-pedagogickú starostlivosť u detí, duchovnú starostlivosť a sociálne poradenstvo. Paliatívna starostlivosť sa zameriava na život, zlepšuje kvalitu života pacienta a celej rodiny, zmiernuje proces smútenia. Môže byť poskytovaná v rôznych prostrediach – doma, v nemocnici, v hospicioch a v iných ústavných zariadeniach v závislosti od potrieb pacienta a jeho rodiny.

Detská paliatívna starostlivosť je poskytovanie paliatívnej starostlivosti deťom so život limitujúcim a/alebo ohrozujúcim ochorením (angl. life-limiting disease, LLD).

Tabuľka 1. Život limitujúce a ohrozujúce ochorenia v detskom veku

Kategória	Charakteristiky	Popis	Priklady ochorení
I	Potenciálne liečiteľné choroby	Kuratívna liečba je dostupná, môže zlyhať	Nádorové choroby
	Choroba ohrozuje život, nemusí ho limitovať		Vrodené chyby srdca a iných orgánov
II	Choroba skracuje život, ale sú aj obdobia, keď život dieťaťa sa približuje normálu	Život predlžujúca liečba je dostupná	Cystická fibróza Svalové dystrofie
III	Choroba trvalo progreduje.	Kuratívna ani život predlžujúca liečba nie sú dostupné	Neurodegeneratívne a metabolické choroby
IV	Život dieťaťa je ohrozený komplikáciami základnej choroby	Prognóza dieťaťa nie je jednoznačná	DMO, poranenia mozgu

Základné princípy paliatívnej starostlivosti u detí a dospelých sú rovnaké, rozhodovací proces, liečba aj komunikácia majú svoje špecifiká. Detská paliatívna starostlivosť je celková starostlivosť o detské telo, ducha a dušu a zahŕňa aj podporu rodiny. Začína prvým dňom diagnózy život limitujúceho

ochorenia a pokračuje bez ohľadu na to, či je dieťaťu súčasne podávaná ďalšia lúnia potenciálne kuratívnej alebo život predlžujúcej liečby život limitujúcej či ohrozujúcej choroby. Vyžaduje multidisciplinárny prístup rôznych odborníkov a zahŕňa aj sprevádzanie (psychologickú podporu) celej rodiny (1, 2).

Domáca paliatívna starostlivosť o deti s život limitujúcim a/alebo ohrozujúcim ochorením doma naplňa základnú potrebu a pranie detí byť a žiť doma. Zameriava sa na život, komfort a podporu, aby dni doma boli radostnejšie. Domáce prostredie je najprirodzenejšie prostredie pre deti, ktoré najlepšie naplňa ich potreby. Zo štúdií, ktoré monitorovali prania a preferencie miesta úmrtia u rodičov detí s nevyliciteľnou formou nádorovej choroby vyplýva, že ak by špecializovaná domáca paliatívna starostlivosť bola dostupná a jej služby by boli kvalitné, približne 70 – 90 % detí a rodín by si zvolilo miesto úmrtia v domácom prostredí (3). Odhadujeme, že aj percento rodín detí s nenádorovými život limitujúcimi a ohrozujúcimi chorobami, ktoré by si zvolili domov ako miesto, kde by chceli s dieťaťom tráviť čas, je tiež vysoké (2).

Život limitujúce ochorenia

Život limitujúce ochorenia sú choroby, ktoré nie je možné kuratívne vyliečiť, alebo u ktorých liečba zlyhala a v konečnom dôsledku sú fatálne. Royal College of Paediatrics and Child Health v spolupráci s Association for Children's Palliative Care vo Veľkej Británii v roku 1997 prvýkrát definovali pojem život limitujúce choroby u detí a kategorizovali ich do 4 základných skupín (tabuľka 1) (4).

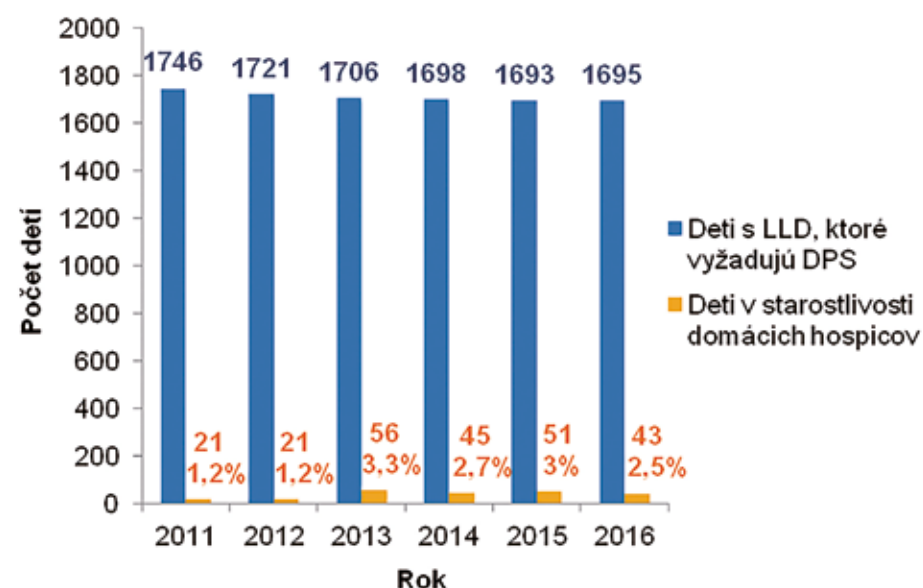
V roku 2013 R. Hain et al. prvýkrát v súlade s medzinárodnou klasifikáciou chorôb (International Classification of Diseases, 10. revízia, ICD-10) publikovali pilotnú štúdiu, ktorej výsledkom je vznik adresára život limitujúcich a ohrozujúcich chorôb v detskom veku. Adresár dnes zahrňuje 777 ochorení a dynamicky sa mení (5).

Incidencia LLD v detskom veku v európskych krajinách sa pohybuje v rozmedzí 1 – 3 deti na 10 000 detí v populácii, prevalencia je približne 10-krát vyššia, 10 – 30 detí na 10 000 detí v populácii. Odbornú paliatívnu starostlivosť potrebuje približne 50 % týchto detí, t. j. 5 – 15 detí na 10 000 detí v populácii. 30 % detí s LLD sú deti s neliečiteľnou formou nádorovej choroby (najmä nádory CNS, kostí, neuroblastóm) a 70 % tvoria deti s nenádorovými LLD, najmä s neurodegeneratívnymi, metabolickými

Obrázok 1. Umiestnenie detských mobilných hospicov v roku 2017



Graf 1. Poskytovanie detskej domácej paliatívnej starostlivosti



a vrodenými anomáliami a syndrómami. Viac ako 50 % detí s LLD sú deti do jedného roku života. Podľa literárnych údajov je mortalita detských úmrtí na LLD v Taliansku, Veľkej Británii a Írsku v uvedenom poradí 1,0 a 1,2 a 3,6/10 000 detí v populácii (3, 6, 7).

Poskytovanie detskej paliatívnej starostlivosti na Slovensku

Na Slovensku poskytujú domácu paliatívnu starostlivosť 4 detské mobilné hospice. V Bratislave PLAMIENOK, n. o. od roku 2002, Svetielko pomoci, n. o. v Košiciach od roku 2011, Svetielko nádeje, o. z. v Banskej Bystrici od roku 2015 a Pod krídlami Dominiky, n. o. v Nitre od roku 2017. Rozmiestnenie sídiel jednotli-

vých hospicov v Bratislave, Nitre, Banskej Bystrici a Košiciach s návštevnou službou do 2 hodín od sídla tak pokrýva územie celého Slovenska (obrázok 1) (2).

Kritériá prijatia do domácej starostlivosti: Do domácej paliatívnej starostlivosti môžu byť prijaté deti s akoukoľvek diagnózou, ktorú lekári jednoznačne označujú za neliečiteľnú, a ktorá zároveň ohrozuje a/alebo skracuje život dieťaťa. Ak diagnóza nie je jednoznačná, ale veľmi pravdepodobne ide o chorobu, ktorá ohrozuje alebo skracuje život, dieťa je prijaté na prechodný čas. Miesto poskytovania starostlivosti, resp. bydlisko dieťaťa musí byť do približne 2 hodín jazdy autom od sídla domáceho hospicu.

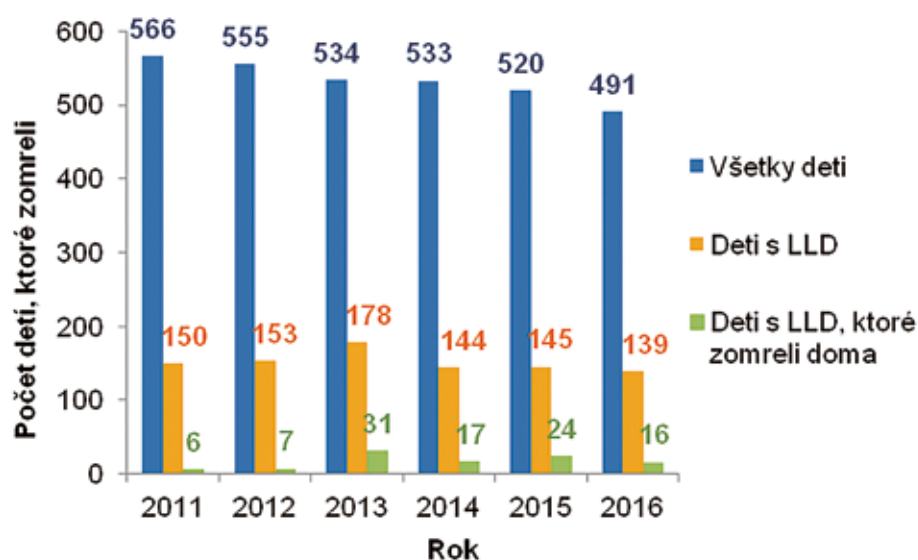
Trvanie starostlivosti: V závislosti od zdravotného stavu, môže byť dieťa

Tabuľka 2. Potreba paliatívnej starostlivosti u detí v roku 2016

Kraj	Počet obyvateľov	Počet detí	Počet detí s LLD	Počet detí s LLD vyžad. špecializovanú DPS	Počet detí v star. hospicov	Počet detí, ktoré zomreli	Počet detí, ktoré zomreli na LLD	% detí, ktoré zomreli na LLD	Počet detí s LLD, ktoré chcú zomrieť doma	Počet detí s LLD, ktoré zomreli doma
Banskobystrický kraj	651 509	121 156	388	194	-	44	11	25,0%	10	-
Bratislavský kraj	641 892	122 219	391	196	-	26	12	46,2%	11	-
Košický kraj	798 103	173 663	556	278	-	124	25	20,2%	23	-
Nitriansky kraj	680 779	116 920	374	187	-	60	18	30,0%	16	-
Prešovský kraj	822 310	187 605	600	300	-	143	37	25,9%	33	-
Trenčiansky kraj	588 816	100 489	322	161	-	34	13	38,2%	12	-
Trnavský kraj	561 156	99 820	319	160	-	30	9	30,0%	8	-
Žilinský kraj	690 778	137 566	440	220	-	30	14	46,7%	13	-
Západ	2 472 643	439 448	1 406	703	30	150	52	34,7%	47	6
Stred	1 342 287	258 722	828	414	7	74	25	33,8%	23	3
Východ	1 620 413	361 268	1 156	578	6	267	62	23,2%	56	3
Slovensko	5 435 343	1 059 438	3 390	1 695	43	491	139	28,3%	125	16

Tabuľka 3. Detská mortalita a úmrtia detí s LLD v domácom prostredí v rokoch 2011 – 2016

Rok	Počet detí	Počet všetkých detí, ktoré zomreli	Detská mortalita (na 10 000 detí)	Počet detí, ktoré zomreli na LLD	% detí, ktoré zomreli na LLD	Mortalita detí s LLD (na 10 000 detí)	Počet detí s LLD v DPS	% detí s LLD v DPS	Počet detí s LLD, ktoré zomreli v DPS	% detí s LLD, ktoré zomreli v DPS
2011	1 091 056	566	5,19	150	26,5%	1,37	21	1,20%	6	4,0%
2012	1 075 328	555	5,16	153	27,6%	1,42	21	1,22%	7	4,6%
2013	1 066 036	534	5,01	178	33,3%	1,67	56	3,28%	31	17,4%
2014	1 061 180	533	5,02	144	27,0%	1,36	45	2,65%	17	11,8%
2015	1 058 300	520	4,91	145	27,9%	1,37	51	3,01%	24	16,6%
2016	1 059 438	491	4,63	139	28,3%	1,31	43	2,54%	16	11,5%

Graf 2. Úmrtia detí v rokoch 2011 – 2016

prijaté bez obmedzenia dĺžky trvania starostlivosti alebo na prechodný čas 2 až 6 mesiacov. Deti s nevyliciteľnou, postupujúcou nádorovou chorobou sú prijaté bez obmedzenia dĺžky trvania starostlivosti. Zvyčajne prichádzajú domov vo vážnom stave, vyžadujú časté domáce

návštevy a kontroly hospicovým lekárom a zdravotnou sestrou. Na prechodný čas 2 – 6 mesiacov sú prijímané deti s chronickou nenádorovou chorobou, ktorých zdravotný stav je nestabilný a vážny alebo deti s nádorovou chorobou, ktorá je kontrolovaná onkologickou liečbou, ale

zdravotný stav dieťaťa je vážny pre nežiaduce účinky, či komplikácie onkologickej liečby. Dĺžku trvania starostlivosti určí lekár hospicu na začiatku domácej starostlivosti. Po jej uplynutí sa prehodnotí zdravotný stav dieťaťa a jeho vývoj v poslednom čase a spolu s rodičmi sa zvaží, či domáca hospicová starostlivosť bude pokračovať ďalej alebo bude dieťa prepustené do starostlivosti primárneho a odborných lekárov. V niektorých prípadoch sa zdravotný stav môže posúdiť len na základe vyšetrení v odborných ambulanciách či nemocnici. Ak sa zdravotný stav dieťaťa po prepustení opäť zhorší, môže rodina opätovne požiadať detský hospic o domácu starostlivosť (8).

Vyhodnotenie potreby detskej paliatívnej starostlivosti na Slovensku

Metódy

Potrebu detskej paliatívnej starostlivosti na Slovensku sme odhadovali

v dvoch odlišných štádiách života pacientov s LLD:

1. v pomaly progredujúcom štádiu – štádium život limitujúceho ochorenia okrem terminálneho štádia
2. v terminálnom štádiu – v štádiu bezprostredne blížiac sa smrti dieťaťa

DPS v pomaly progredujúcom štádiu LLD

Vychádzali sme s údajov zahraničnej literatúry o incidencii a prevalencii LLD (6, 7). Rozdiely v incidencii a prevalencii LLD v európskych krajinách nie sú veľké. Uvedené ukazovatele sme odvodzovali podľa demografických údajov o počte obyvateľov na Slovensku. Z interných údajov detských mobilných hospicov na Slovensku sme získali údaje o poskytnutej domácej paliatívnej starostlivosti pacientom v pomaly progredujúcom štádiu LLD.

DPS v terminálnom štádiu

Zo Štatistického úradu Slovenskej republiky sme získali demografické údaje a presnú príčinu pediatrických úmrtí v rokoch 2011 – 2016. Diagnózy sú kódované použitím 4 ciferného kódu Medzinárodnej klasifikácie chorôb, 10. revízia (ICD-10) (9). Zo všetkých pediatrických úmrtí v rokoch 2011 – 2016 sme extrahovali úmrtia, ktoré sa nachádzali v Adresári život limitujúcich ochorení (5). Z interných údajov detských mobilných hospicov na Slovensku sme získali údaje o poskytnutej terminálnej DPS.

Výsledky

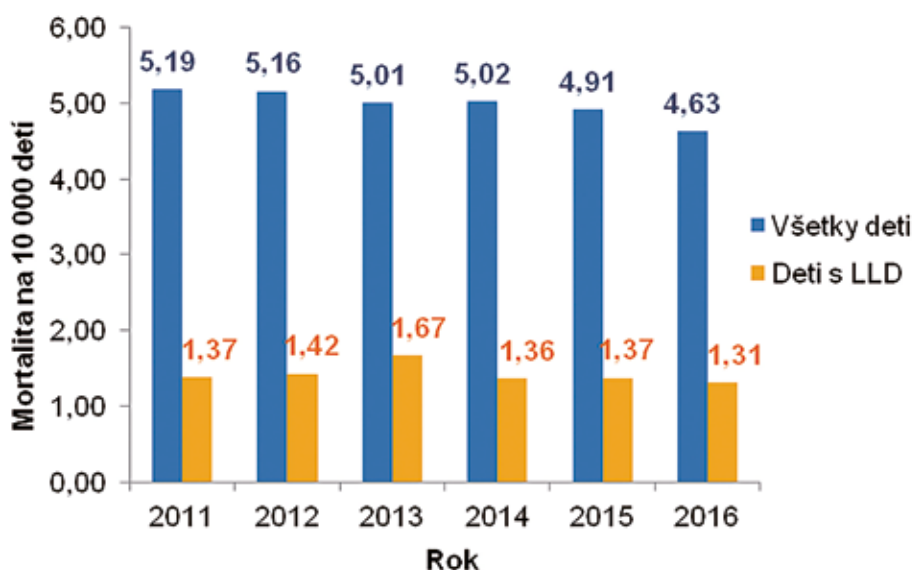
DPS v pomaly progredujúcom štádiu LLD

Na Slovensku v roku 2016 žilo 1 059 438 detí, z ktorých bolo 3 390 detí so život limitujúcou a/alebo ohrozujúcou chorobou a z nich približne 1 695 detí vyžadovalo špecializovanú paliatívnu starostlivosť. 43 (2,54 %) deťom bola poskytnutá špecializovaná domáca paliatívna starostlivosť (tabuľka 2, graf 1). Údaje o poskytnutej nemocničnej (ústavnej) paliatívnej starostlivosti nie sú dostupné (10).

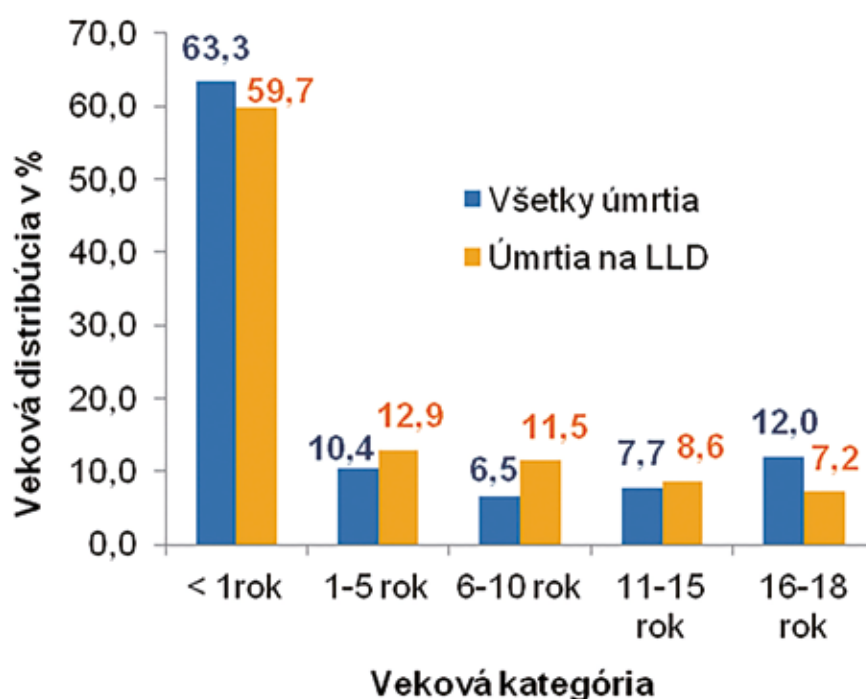
DPS v terminálnom štádiu

V roku 2016 na Slovensku zomrelo 491 detí, z nich 139 zomrelo na LLD, ostatné deti zomreli na neočakávané úmrtia (úrazy, akútne choroby, vraždy, samovraždy).

Graf 3. Detská mortalita v rokoch 2011 – 2016



Graf 4. Veková distribúcia všetkých detských úmrtí v roku 2016 v %



Terminálna DPS bola v tomto roku poskytnutá 16 (11,5 %) deťom (graf 2). Mortalita na LLD bola v rokoch 2011 – 2016 v rozpätí 1,31 – 1,67 : 10 000 (graf 3). Podrobnejšie údaje za roky 2011 – 2016 sú uvedené v tabuľke 3. Takmer 60 % všetkých detí, ale aj detí so život limitujúcimi chorobami zomiera do 1 roku života, t. j. detská paliatívna starostlivosť je prevažne starostlivosť o deti v novorodeneckom a dojčenskom veku (graf 4) (10).

Diskusia

Podiel detí, ktoré zomierajú na LLD, tvorí viac ako 25 % zomierajúcich detí. Zo všetkých detí s LLD v roku 2016

bola paliatívna starostlivosť poskytnutá len 2,54 % detí v pomaly progredujúcom štádiu ochorenia LLD a len 11,5 % detí v terminálnom štádiu. Mortalita na LLD na Slovensku je porovnateľná s údajmi v európskych krajinách.

Záver

Detská paliatívna medicína je v súčasnosti vo svete rýchlo sa rozvíjajúcou subšpecializáciou pediatrie, ktorej cieľom je zlepšenie kvality života detí s život limitujúcim a/alebo ohrozujúcim ochorením a ich rodín. Celkový počet detí na Slovensku, ktorým by špecia-

lizovaná paliatívna starostlivosť mohla pomôcť zlepšiť kvalitu života, nie je malý. Paliatívna starostlivosť v domácom prostredí bola v roku 2016 poskytnutá len 2,54 % deťom v pomaly progredujúcom štádiu ochorenia LLD a len 11,5 % deťom v terminálnom štádiu, hoci výskumy zo zahraničia poukazujú na to, že 90 % detí a ich rodín si želá, aby zomreli doma. Zlepšenie je v rukách primárnych pediatrov a ambulantných a nemocničných pediatrov a špecialistov, ktorí ako prví posudzujú prognózu ochorenia a indikujú domácu paliatívnu liečbu a starostlivosť.

Detské domáce hospice dnes na Slovensku poskytujú limitované služby v rámci tretieho sektora, bojujú s nedostatkom kvalifikovaného personálu a ich odborné služby nie sú financované štátom.

Literatúra

1. World Health Organization. WHO Definition of Palliative Care. <http://www.who.int>. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. Accessed November 21, 2017.
2. Jasenková M, Kysel O, Fedorková J, Bachoríková D, Kolibiarová H, Maťová K. Detská paliatívna starostlivosť na Slovensku. PLAMIENOK, n. o., 2017.
3. National Institute for Health and Care Excellence. End of Life Care for Infants, Children and Young People with Life-Limiting Conditions: Planning and Management. NICE Guideline, No. 61. London, UK: 2016;187-194.
4. Chambers L, Dadd W, McCulloch R, McNamara-Goodger K, Thompson A, Widdas D, et al. Guide to the Development of Children's Palliative Care Services. England: ACT, 2009.
5. Hain R, Devins M, Hastings R, Noyes J. Paediatric palliative care: development and pilot study of a 'Directory' of life-limiting conditions. BMC palliative care. 2013;12:43.
6. Fraser LK, Miller M, Hain R, et al. Rising national prevalence of life-limiting conditions in children in England. Pediatrics. 2012;129.4:e923-e929.
7. Huijter HAS, Benini F, Ferraris PC, et al. EAPC Task Force for Palliative Care in Children „Palliative care for infants, children and young people“ Fondazione Maruzza Lefebvre D'Ovidio Onlus. 2009:14-16.

8. PLAMIENOK, n. o. Kritéria prijatia. www.plamienok.sk. <http://www.plamienok.sk/domaca-paliativna-starostlivost/kriteria-prijatia>. Accessed November 21, 2017.

9. World Health organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2015/en>. Accessed November 21, 2017.

10. Štatistický úrad Slovenskej republiky. Datacube. <http://datacube.statistics.sk/>. Accessed August 10, 2017.

Článok je prevzatý z:
Pediatr. prax, 2018;19(1):22-26

MUDr. Ondrej Kysel

PLAMIENOK, n. o.
Zadunajská 6/A, 851 01 Bratislava
kysel@plamienok.sk



Paliatívni péče v gynekologické onkologii – komentované kazuistiky

MUDr. Monika Náležinská¹, MUDr. Ondřej Sláma, Ph.D.², MUDr. Josef Chovanec, Ph.D.¹

¹Klinika operační onkologie, Oddělení gynekologické onkologie Masarykova onkologického ústavu a LF MU v Brně

²Klinika komplexní onkologické péče, Ambulance pro paliativní medicínu Masarykova onkologického ústavu a LF MU v Brně

Prezentace specifických symptomů pacientek s pokročilým neléčitelným gynekologickým maligním onemocněním formou komentovaných kazuistik. V práci je stručně formulována soudobá znalost o etiopatogenezi, diagnostice a obvyklá léčebná strategie pro jednotlivé gynekologické malignity, důraz je však kladen na symptomatickou a podpůrnou péči, která mnohdy probíhá současně s onkologickou léčbou. Uvedené postupy jsou popsány tak, aby byly srozumitelné i pro lékaře ne-gynekology. V níže uvedeném sdělení je zmíněna problematika maligních výpotků a algického syndromu malé pánve, které patří do symptomatologie i jiných zhoubných a nezhooubných onemocnění.

Klíčová slova: gynekologická onkologie, paliativní medicína, chronický maligní ileus, ascites, fluidothorax, metrorrhagie, enterovaginální píštěl

Palliative care in gynecological oncology – commented case reports

The aim of this study is to present specific symptoms of the patients suffering from advanced gynecologic malignancies using case reports. We briefly summarize the current knowledge, diagnostic and therapeutic algorithm for each diagnosis, but first of all, we accent supportive and paliative type of care (which in some cases co-incidents with oncological therapy). Our recommendation of treating procedures is demonstrated in a way acceptable and understandable for physicians non-gynecologists. We do not discuss accumulation of malignant fluids and problematics of pelvic pain, which are symptoms of other malignant and non-malignant diseases.

Key words: gynecologic oncology, paliative medicine, chronic malignant bowel obstruction, ascites, fluidothorax, metrorrhagia, enterovaginal fistula

Úvod

Pacientky s pokročilými inkurabilními gynekologickými malignitami trpí specifickými symptomy, které svojí intenzitou mohou být až potenciálně letální. Stejně jako u jiných zhoubných i nezhooubných závažných onemocnění a stavů setkáváme se u našich pacientek se silnou bolestí, obvykle lokalizovanou v oblasti pánve a břicha. Častým komplikujícím symptomem bývá akumulace maligních výpotků v oblasti dutiny peritoneální a pleurální a lymfedémy pánve a končetin. Predilekčně pacientky s pokročilým karcinomem vaječníků obtěžuje různě vážná forma maligní střevní obstrukce. Prorůstání do kostí pánve resp. kostní metastázy nejsou výjimečné. Gynekologickým specifikem je silné krvácení z rodidel a fistulace mezi pochvou a vývodnými cestami močovými a/nebo střevem. Obě tyto komplikace mohou v závislosti na intenzitě být vlastní příčinou úmrtí (u fistulace se o život-ohrožující stav jedná až v případě rozvoje septických zánětlivých komplikací nebo při prolapsu střevních klíčků pochvou). Jmenované stavy představují vážný problém, který je medicínsky kauzálně řešitelný pouze

chirurgicky. Velmi nepříjemným symptomem bývá odchod nekrotických hmot z rozpadajících se nádorů primárních a sekundárních v oblasti zevního genitálu a pochvy, často v kombinaci s přítomnými fistulacemi. Považujeme za vhodné, přiměřeným způsobem možné eventuality vývoje stavu pacientce nastínit a vysvětlit dostupné strategie zvládnání těchto stavů. Z naší zkušenosti víme, jak složité bývá připravit předem pacientku a rodinné příslušníky na možné nepříjemné důsledky onemocnění, aniž by tyto komplikace ještě nastaly, a to především vzhledem k lokalizaci potíží v intimních partiích nemocné ženy. Diferenciálně-diagnosticky je třeba ještě uvést další gynekologické problémy žen vyššího věku. Jsou to pokles a výhrzezy poševních stěn a dělohy a to až před introitus, vulvovaginální dyskomfort, vulvodynie a pruritus zevního genitálu, komplikace spojené s inkontinencí moči a stolice a užíváním kompenzačních pomůcek pro záchyt exkrementů.

Zhoubné nádory vulvy

Maligní onemocnění zevního genitálu postihuje ženy vyššího věku. Průměrný věk bývá uváděn kolem 69.

roku života. Zároveň patří mezi méně časté malignity s incidencí asi 3 případy na 100 tis. žen ročně, což odpovídá přibližně záchytu 170–200 nových případů ročně, z nichž ročně umírá 70–100 žen v důsledku komplikací při pozdním záchytu onemocnění. Nejčastějšími maligními nádory (90 %) jsou nádory z dlaždicového epitelu (karcinomy), méně početné jsou mesenchymální nádory včetně maligního melanomu. U karcinomů rozlišujeme dva etiopatogenetické typy: typ I související s HPV infekcí a typ II vznikající v terénu chronických dystrofických změn (tzv. itchy-scratchy syndrom). Obecně jsou zhoubné nádory na vulvě dobře preventabilní, při dobré osvětě, kdy pacientka pravidelně dochází na gynekologické vyšetření, by se mohla zachytit již přednádorová stadia. Počáteční stadia bývají bezpříznaková, později se přidružuje silné svědění, suchost, pálení, krvácení z tumoru, zapáchající sekrece. Tumory rostou exofyticky nebo tvoří ulcerózní defekty. V pozdějších stadiích klinické projevy souvisejí s lokalizací, kam se nádor šíří: bolestivě zvětšené lymfatické uzliny zejména v tříselech, které mohou exulcerovat, bolesti v pánvi, tenezmy,

hematurická moč a dysurie, obstipace, kožní metastázy, lymfedémy končetin. Základní léčebnou modalitou je chirurgický výkon, jehož rozsah závisí na velikosti léze. Radikální vulvektomie s oboustrannou inkuinofemorální lymfadenektomií je výkon mutilující a technicky náročný. Operační rána se často špatně hojí jednak vzhledem k lokalizaci a jednak vzhledem k již uvedenému: starší obvykle polymorbidní a obézní pacientka. U pokročilých onemocnění a inoperabilních nálezů je indikována radioterapie, obvykle v kombinaci brachyterapie a teleterapie. Chemoterapie nepatří k základním léčebným modalitám. Využívá se k potenciaci účinku radioterapie nebo u pacientek s lokálně pokročilým onemocněním za účelem zmenšení nádoru.

Kazuistika 1

Pacientka 75 let, byla přijata na oddělení gynekologické onkologie s pokročilým tumorem v oblasti zevního genitálu. V době přijetí byly CT vyšetřením detekovány osteolytické metastázy pánevních kostí a metastatické postižení plic. Histologicky se jednalo o špatně diferencovaný spinocelulární karcinom. Postižení vulvy mělo charakter exofyticky rostoucího tumoru, který vyplňoval pochvu, zcela obrůstal zevní meatus uretry, oblast čípku děložního pro nádorové masy nebyla přehledná. Dle CT vyšetření osteolytické postižení pánve bylo nejvýraznější v oblasti levé lopaty kosti kyčelní, kde navíc směrem do pánve byla přítomná objemná měkkotkáňová složka. Při přijetí pacientka téměř nemluvila, odpovídala s latencí a jednoslovně, během rozhovoru několikrát „vypadla“. Tím budila dojem pacientky s poruchou kvality vědomí nebo s manifestní demencí. Jednalo se však o neléčený algický syndrom při metastatickém postižení pánve v kombinaci s dehydratací. Pacientka se pohybovala velmi obtížně s pomocí obou francouzských holí a změna polohy ze sedu do lehu pro ni znamenala velké utrpení. Mikce byla bolestivá, spojená s krvácením. Z tohoto důvodu pacientka omezovala příjem tekutin, zároveň byla přítomna retence moči (kombinované etiologie: částečně obstrukční, částečně volným zadržováním mikce pro bolest) a paradoxní ischurie z přeplněného močového měchýře. V laboratorním nálezu

Tab. 1. Lokální léčba symptomů při inkurabilním pokročilém maligním nádoru vulvy

1. Bolest zevního genitálu a/nebo dysurie	• Zavedení permanentního močového katétru • Dobrá hygiena zevního genitálu, pravidelně sprcha, prevence intertrigo, ošetření suché atrofické kůže • Oplachy chladnějšími dezinfekčními roztoky: slabě růžový roztok hypermanganu, 10% roztok Betadiny, Octenisept, Rosalgin®, Clogin®, Ginexid®
2. Krvácení z exofyticky rostoucího tumoru	• Zavedení perm. močového katétru • Sterilní krytí a komprese krvácející plochy • Spongostan® • Adrenalinová obložka a komprese
3. Krvácení z endofyticky rostoucího tumoru	• Zavedení perm. močového katétru • Spongostan® na spodinu nádorového vředu a obložka nebo tamponáda poševní
4. Zápach a odlučování nekrotických hmot	• Oplachy zevního genitálu resp. výplachy při endofytickém růstu roztoky uvedenými v bodě 1

byla zjevná dehydratace, iontová dysbalance a anémie. Pro silné bolesti pacientka téměř vůbec nejedla několik dnů. Obě dolní končety byly postižené lymfedémem z obstrukce lymfatických cév v tříslých nádorovými hmotami.

Do léčebné strategie, kromě účinného nastavení analgetické terapie, hydratace, úpravy anémie a iontové dysbalance, patřilo také zavedení permanentního močového katétru a péče o zevní genitál. V případě, kdy není zevní ústí uretry dobře přehledné, je částečně obturované nádorovými masami, které kontaktně krvácejí, je vhodnější napolohovat pacientku na lůžku tak, jako na gynekologické vyšetření (tedy v polosedě na míse nebo na kraji lůžka), použít přídavného světla a genitál opláchnout. V případech, kdy to je možné, je vždy lepší úkon provádět na gynekologickém vyšetřovacím stole s opěrkami pro nohy. U zmiňované pacientky tato možnost byla vyloučena pro nemožnost abdukce v kyčlích. Derivace moči představovala úlevu od dysurií, ale zejména pacientka mohla setrvat v tělesném klidu na lůžku.

Oddílování nekrotických nádorových hmot z oblasti zevního genitálu obvykle nebývá doprovázené významným krvácením a nevyžaduje zvláštních opatření. V případě silnějšího krvácení z pochvy je možné zavést krátkodobou (tj. maximálně 24hod.) tamponádu poševní. Tamponáda by měla být z gázy, může být mírně navlhčená dezinfekčním roztokem (např. Octenisept), aby se tkanina nenalepila na nádor a vyjmutí nebylo doprovázeno dalším krvácením ze stržení. Stejně tak je možné kompresi nalepit přímo na krvácející exofyt na genitálu, nebo přiložit

na několik minut adrenalinovou obložku. Nalepení textilie také účinně brání zavedení Spongostanu do pochvy, který zde má dvojitý účinek: hemostyptický a protiadhezivní. Důležitou součástí péče jsou oplachy genitálu a výplachy pochvy, které působí dezinfekčně, chladivě, analgeticky a napomáhají zmírnit zápach. Provádějí se obvykle alespoň 2x denně. Pro výplach pochvy je vhodné na injekční stříkačku 66 ml napojit plastovou uretrální cévku na jedno použití, takto provedený výplach je účinný a dobře tolerovaný. Použit lze např. 10% roztok Betadiny, Octenisept, slabě růžový roztok hypermanganu. Z komerčních, volně prodejných preparátů, je možné aplikovat Rosalgin, Clogin, Ginexid. Poslední dva jmenované jsou vhodné zejména pro užití v domácím prostředí, jsou konstruovány jako výplachy, tj. k plastové lahvi je připojena plastová cévka.

Na základě jednotného názoru klinického onkologa a radioterapeuta nebyla indikována onkologická léčba, a to vzhledem k rozsahu onemocnění a celkovému stavu křehké pacientky. Bolest se podařilo natolik zmírnit, že se pacientka začala pohybovat po místnosti, s dopomocí vykonala osobní hygienu, dobře jedla a nabyla psychické pohody, začala lépe komunikovat. Stav umožňoval dimisi na základě přání pacientky a byla zajištěna péče v domácím prostředí, s kontrolami stavu v ambulanci pro paliativní medicínu. Na první kontrolu přivezl manžel pacientku na vozíku, paní byla povídavá, usměvavá, předváděla, jak chodí bez opory holí. Močový katétr tolerovala dobře a ambulanci opouštěla s minimálními úpravami v nastavené medikaci. V domácí péči byl extrahován močový katétr, balance teku-

tin ani nebyly prováděny. Za dva týdny od této kontroly byla přivezena rodinou akutně a byla přijata na oddělení gynekologické onkologie pro oligurii až anurii, v alterovaném stavu vědomí, který rychle progredoval do komatu. Močový katétr při přijetí nebyl zavedený. Za deset hodin od příjmu pacientka zemřela v důsledku ireverzibilního renálního selhání (dle labor. parametrů při přijetí).

Diskuze

Pro karcinomy zevního genitálu je typický pomalý růst, obvykle minimálně několik měsíců až let do stadia popisovaného v uvedené kazuistice. Pro zachycení časných stadií je obvykle dostatečná pravidelná jednorozhodná gynekologická prohlídka. Rozvoji karcinomu předchází dobře patrné prekancerózy vulvy. Pacientka z kazuistiky o svém onemocnění věděla, příznaky bagatelizovala, krvácení z genitálu pozorovala několik měsíců. Měla však starosti o svého manžela s kardiovaskulárním a onkologickým onemocněním (v remisi) a nechtěla se od něj odloučit. Na gynekologickém vyšetření nebyla od posledního porodu před 40 lety. Bolesti snášela dlouho a k vyšetření se odhodlala až při nesnesitelných dysuriích a vulvodyniích. Díky disimulaci na straně pacientky, manžel a celá rodina dlouho nemohla akceptovat, že onemocnění bylo diagnostikováno teprve před měsícem a pacientka mu z pohledu rodiny velmi rychle podlehla.

Maligní nádory čípku děložního

Analogicky s karcinomem vulvy, je i v oblasti čípku nejčastějším histopatologickým typem karcinom. Až na výjimečně agresivní typy dobře je také dobře preventabilní. Pravidelnými ročními gynekologickými prohlídkami je vyhodnocen kolposkopický obraz epitelu děložního čípku, odebrán stěr z exo- a endocervixu, tzv. onkologická cytologie, a proveden vaginální ultrazvuk. Mnoho onemocnění je možno díky uvedeným preventivním vyšetřením zachytit ve fázi prekancerózy či mikrokarcinomu. Epidemiologicky má tato malignita dvě maxima výskytu: kolem 30. roku věku a potom po 70. roce věku. Incidence se pohybuje okolo 20 případů na 100 000 žen za rok, v absolutních číslech to znamená 1 021 nových případů ročně.

Na toto onemocnění ročně zemře přibližně 400 žen. Hlavním etiopatogenetickým činitelem je infekce tzv. high risk typy HPV. Není stanovena žádná spodní hranice, kdy by žena již neměla docházet na pravidelné roční prohlídky. Při selhání na straně pacientky, vyšetřujícího gynekologa, specializované cytologické laboratoře a/nebo při obzvlášť agresivním růstu nádoru se setkáváme s pokročilými stadii, u kterých bývá závažné život ohrožující krvácení z tumoru, stenózy ureterů až hydronefrot a hydronefrot s různě vážným stupněm renální insuficience obstrukční etiologie a kostní metastázy. Pokročilá stadia stejně tak stavy po kurativní radioterapii s brachyterapií mívají v symptomatologii fistulace. Charakteristický bývá zápach z rozpadajících se nádorových hmot odcházejících pochvou. Základními léčebnými modalitami jsou chirurgický výkon a radioterapie. Chirurgický výkon je omezen pouze na časná stadia onemocnění tj. do klinického stadia IIa včetně. Pokročilejší stadia se léčí primární radioterapií. Rozsah operačního výkonu se odvíjí od velikosti tumoru a požadavku na zachování fertility. Fertilitu zachovávající výkony jsou konizace a radikální trachelektomie, jejíž součástí je provedení pánevní lymfadenektomie. Nejradikálnějším výkonem je hysterektomie s parametrektomií a pánevní lymfadenektomií. Pánevní exenterace je výkon rezervovaný pro lokoregionální recidivy v pánvi po předchozí radioterapii. Základní podmínkou pro exenterační výkon je centrální lokalizace recidivy a vyloučení vzdálených metastáz. Chemoterapie se podává buď neadjuvantně za účelem redukce volumu tumoru, konkomitantně s radioterapií nebo v paliativním záměru u recidiv.

Kazuistika 2

Pacientka, 36 let, nuligravida, byla přijata akutně na oddělení gynekologické onkologie pro silné krvácení z rodidel, těžkou anémii, dle aktuálního vyšetření byly přítomny známky rozvíjející se diseminované koagulopatie. Ihned při přijetí byla zavedena tamponáda poševní, která však byla vzápětí prokrvácená, a proto byla organizována embolizace vnitřních ilických tepen akutně z vitální indikace za účelem zástavy krvácení z nádoru (výkon se obvykle provádí v analosedaci, realizuje ho

intervenční radiolog obvykle z přístupu a. femoralis, po výkonu je indikován 24 hodin klid na lůžku a komprese v oblasti intervenčního vstupu: a. femoralis bilat.). Embolizace byla provedena úspěšně, krvácení ustalo, krevní ztráty uhrazeny převody krve a plazmy, upravena koagulopatie. Ze zdravotní dokumentace pacientky vyplynulo, že karcinom děložního čípku byl diagnostikován na jiném pracovišti již dva roky před popisovanou dramatickou událostí, a to ve stadiu časném: IA1.

Pacientce bylo navrženo operační řešení. V tomto stadiu tzv. mikrokarcinomu je adekvátním řešením konizace čípku děložního (fertilitu zachovávající operace), v případě ukončených reprodukčních plánů doporučujeme prostou hysterektomii (obvykle prováděnou z kombinovaného přístupu jako laparoskopicky asistovanou vaginální hysterektomií). Pacientka se z ne zcela objasněných důvodů rozhodla operační řešení nepodstoupit a přiklonila se k alternativním způsobům terapie. Absolvovala terapii tradiční čínské medicíny, pěstovala, intravenózně aplikaci vitamínu C, připravovala si zeleninové šťávy, hlídala pH moči a podobně. Ve všech těchto postupech ji manžel bezmezně podporoval. V době masivního krvácení byl rozsah onemocnění stanoven dle provedených stagingových vyšetření na stadium IIB. Dle guidelines operační výkon není indikován, hlavní léčebnou metodou je kurativní chemo-radioterapie. Pacientka tuto léčbu odmítla, protože si chtěla zachovat fertilitu. Žádnými použitými způsoby edukace nebylo možné pacientce osvětlit závažnost onemocnění (pacientka vysoce školsky vzdělaná, vybudovala vlastní firmu, zaměstnávala cca 15–20 lidí), jehož rozsah vylučuje možnost realizovat úspěšně graviditu. Po dimisi opět intenzivně podstupovala různé způsoby alternativní medicíny, avšak zůstala v dispenzární péči našeho pracoviště, léčbu opakovaně odmítala. V průběhu dalších dvou let nádor dospěl do stadia, kdy byly obturovány oba uretery ve svém pánevním průběhu, začala se rozvíjet obstrukční hydronefrot, pacientka měla silné bolesti, vlivem pokročilého maligního onemocnění a léčebných půstů její hmotnost klesla na 36 kg při výšce 169 cm. Prakticky nebyla schopna samostatného pohybu, na toaletu ji manžel nosil, dny trávila na lůžku v bolestech

Tab. 2. Výpis z analgetické terapie v uvedené kazuistice 2

Medikace při příjmu	Medikace po nástupu efektu paliativní RT	Medikace při přijetí pro algický syndrom	Medikace při překladi do hospice
- Fentanyl® 25 µg/den navýšen postupně na 100 µg/den - Ketonal® 100 mg á 12 h i.v. postupně 1. volba dle potřeby - Novalgin 1 g i.v. á 8 hod i.v., postupně 2. volba dle potřeby - Fortecortin 4 mg 1-0-0 tbl p.o., dlouhodobě ½-0-0 tbl p.o.	- Fentanyl® 50 µg/den - Diclofenac Duo 75 mg 1-0-1 tbl p.o. - Novalgin 500 mg 1 tbl. max á 4 hod. p.o. dle potřeby, pac. neužívala - Megace 10 ml susp. p.o. denně - Degan 10 mg 1-1-1 tbl p.o.	- Morphin 1 % 40 ml ve 40 ml FR i.v. kontinuálně rychlostí 6 ml/h - Novalgin 2,5 g i.v. á 12 hod. - Ketonal 100 mg i.v. á 12 hod. - Paracetamol 1 g i.v. á 6 hod.	- Morphin 1 % 10 ml s.c. á 4 hod - Novalgin 1 g i.v. á 8 hod. - Paracetamol 1 g i.v. á 6 hod. dle potřeby

a v depresivním ladění. Při poslední dispenzární prohlídce souhlasila s hospitalizací a eventuální paliativní analgetickou radioterapií. Několik dnů před plánovaným přijetím začala opět silně krvácet z rodidel, byla přivezena v noci rychlou záchrannou službou, ihned vaginálně tamponována, úspěšně bez nutnosti opakované embolizace. V laboratorním nálezu kromě obrazu těžké anémie byly přítomny i známky počínající renální insuficience s retencí N látek. Po optimalizaci klinického stavu krevními převody byly v celkové anestezii urologem inzerovány bilaterálně ureterální JJ stenty s dobrým derivačním efektem, zahájena intenzivní analgetická terapie (Fentanyl® 25 µg/den, Ketonal® 100 mg i.v. á 12h, Novalgin® 1g i.v. á 8 h., postupně navýšen transdermální fentanyl na dávku 100 µg/den, koanalgetika mohla být ponechána v režimu dle potřeby), podána antidepresiva (Mirzaten® 30 mg na noc) a kortikoterapie (Dexamed® 8 mg i.v. denně po dobu 3 dnů, pro očekávaný efekt na podporu chuti k jídlu ponechán v medikaci jako Fortecortin® 4 mg ½-0-0 tbl p.o. dlouhodobě). Pacientka se cítila mnohem lépe, dobře jedla, byla schopna provádět osobní hygienu, znormalizoval se spánkový režim a především pacientka souhlasila se zahájením paliativní hemostyptické a analgetické radioterapie. Před vlastní aplikací první frakce záření ještě pacientka diskutovala s indikující lékařkou možnost vykrutí vaječníků za účelem pozdějšího využití pro metody asistované reprodukce. Trpělivě byly znovu vysvětleny všechny okolnosti stávajícího stadia pokročilého maligního onemocnění, pacientka na reprodukci rezignovala. Během hospitalizace a aplikace radioterapie byly s pacientkou opakovaně prohovoreny všechny kroky, které ji dovedly až do této situace. Pacientka se mnohokrát vrátila ke své nenaplněné touze po dětech a zdůvodnila všechny postupy ohledně léčby

onemocnění právě obavami ze ztráty fertility. Domníváme se, že ve stadiu mikrokarcinomu nebylo dostatečně ověřeno, zda pacientka správně rozumí charakteru operačního výkonu. Konizace je fertilitu zachovávající výkon, může být spojena s vyšším rizikem potratu či předčasného porodu z důvodů inkompetence děložního hrdla, avšak gravidita je v režimu tzv. rizikového těhotenství zcela běžně realizovatelná. Po ukončení paliativní radioterapie (15×3 Gy na oblast pánve) byla pacientka propuštěna domů a navštěvovala gynekologickou ambulanci v režimu á 3 týdny s postupným prodlužováním intervalu návštěv až na 6 týdnů (terapie: Fentanyl® 50 µg/den, Diclofenac Duo® 75 mg 1-0-1 tbl p.o., Megace® 10 ml denně, Degan® 10 mg 3× 1tbl p.o., Ortanol® 20 mg 1× denně, dle potřeby Novalgin® 500 mg max á 4 hod. p.o., Mirzaten® 30 mg na noc). Analgetický efekt paliativní radioterapie na oblast pánve pominul po čtyřech měsících od jejího ukončení. Pacientka začala mít kruté bolesti charakteru bolestivého nucení na stolicí.

Pacientka byla znovu přijata, postupně byla nastavena analgetická léčba (Morphin 1% 40 mg ve 40 ml FR i.v. kontinuálně rychlostí 6 ml/h, Novalgin 2,5 g á 12 h i.v., paracetamol 1 g á 6 hod. i.v., Ketonal 100 mg á 12 hod. i.v.), avšak za cenu ovlivnění vědomí (sopor) pacientky. Společnou mezioborovou komisí byl indikován operační vstup s cílem maximálního možného debulkingu v rozsahu exenteračního výkonu. Technicky tento výkon nebyl proveditelný, jak se ukázalo během operace. Byla založena derivační kolostomie. Tento výkon přinesl pacientce obrovskou úlevu od tenezmů, které ji týdny před operací trápily. Bylo možno převést pacientku z kontinuálního podávání morfinu na bolusy 10 mg s.c. á 4 hod. Transdermální systémy pacientka odmítala. Avšak kolostomie přinesla i nový stresující jev: přítomnost krve

ve stomickém sáčku (retrográdně z tumoru prorůstajícího do střeva), což pacientku velmi znepokojovalo. Vzhledem k inoperabilnímu nálezu, vyčerpaným možnostem radioterapie na oblast pánve a celkovému stavu pacientky (Karnofsky index max. 30 %), který znemožňoval zahájit paliativní chemoterapii, byla ukončena onkologická léčba. Pacientka byla v souladu se svým přáním přeložena do hospice, kde za šest týdnů zemřela (3 roky od stanovení diagnózy) v souvislosti s komplikacemi (masivní enterorrhagie a metrorrhagie) základního onemocnění.

Diskuze

Masivním krvácením z rodidel se může manifestovat i exofyticky rostoucí metastáza jakéhokoliv nádoru v oblasti poševního pahýlu po hysterektomii a v pochvě. Jak již bylo zmíněno v úvodu, řešení krvácení se odvíjí od aktuálního celkového stavu pacientky, přidružených komorbidit, odhadované prognózy pokročilého onemocnění a v neposlední řadě od přání pacientky. Z ekonomického hlediska embolizace pánevních arterií je spíše výkon finančně náročný a není široce dostupný vzhledem k tomu, že ho provádí specialista intervenční radiolog. Teoreticky druhou možností operačního zastavení krvácení z nádoru by byla otevřená břišní operace, preparace retroperitonea a ligace vnitřních ilických arterií bilaterálně. Jako první pomoc při silném krvácení z rodidel doporučujeme zavedení mulové tamponády do pochvy. Pokud to je v možnostech pracoviště, je lepší, aby byl volán gynekolog, aspekcí v zrcadlech se pokusil ozřejmit zdroj krvácení. Pokud je vizualizován zdroj, například erodovaná tepna či žíla, lze naložením stehu elegantně krvácení vyřešit ihned. Obvykle však v terénu pokročilého nádorového onemocnění není zdroj zřejmý, krvácení bývá difúzní. Tamponáda se nejlépe zavádí v gynekologické poloze na

Tab. 2. Možnosti terapeutických postupů při masivním krvácení z rodidel nádorového původu – postup dle orientačního posouzení celkového stavu pacientky pomocí indexu Karnofsky v %

Karnofsky index min. 50 %	Karnofsky index 20–30 %
• Uložení do gynekologické polohy • Zavedení permanentního močového katétru • Analgetika (např. Novalgin 1 g i.v. á 8 hod.) • Laboratorní vyšetření a zajištění krevních převodů • Kontakt na nejbližší pracoviště intervenční radiologie a zajištění embolizace vnitřních ilických arterií u hemodynamicky stabilní pacientky • Zavedení tamponády poševní a sledování krvácení a eventuální výměny tamponád až do realizace embolizace, interkurentně hrazení krevního volumu včetně krevních převodů • Po úspěšné embolizaci extrakce poslední poševní tamponády nejpozději za 24 hod. od jejího zavedení • Monitoring efektu embolizace	• Uložení do gynekologické polohy • Zavedení permanentního močového katétru • Analgetika • Laboratorní vyšetření a zajištění krevních převodů • Zavedení tamponády poševní a sledování krvácení, výměna tamponád nejpozději á 24 hod. • Dicynone® 500 mg i.v. á 4 hod. bolusově • Krátkodobě (max 1 hodina) zátěž na podbřišek (např. chladný infuzní roztok obalený v textilií: pokus o kompresi pánevních cév + analgetický efekt chladu) • Adekvátní hrazení krevního volumu včetně krevních převodů

zádech se zavedenou zadní lžící poševních zrcadel a vkládá se pinzetou tak, že se střídavě vystylá levá a pravá strana pochvy a tamponáda se zatlačí hluboko. Někdy je nutné navázat dvě nebo i tři tamponády za sebe, v tomto případě by uzlení mělo být před rodidly. Při masivní tamponádě je třeba zavést permanentní močový katétr, spontánní mikce pro tlak tamponády není zpravidla možná, pacientka musí obdržet adekvátní analgetika. Tamponáda se vyměňuje za 24 maximálně za 36 hodin z důvodů rizika stafylokokové sepse, při prokrvácení se mění dříve a ihned se přetamponovává. Zároveň probíhá adekvátní hrazení ztrát s nutnou monitorací koagulačních parametrů pro riziko rozvoje diseminované intravaskulární koagulopatie (DIC). Setkali jsme se i s chronickým DIC u pacientek s opakovanými významnými krevními ztrátami.

Za krvácení z rodidel může být považováno krvácení z uretrální karunkuly. Jedná se o benigní křehký vaskulární nádorek postihující zadní okraj zevního meatu močové trubice, nejčastěji ho vidáme v senu. Nešetrnou hygienou či výměnou inkontinečních plen může dojít k vyvolání uretrorrhagie, která je pak mylně považována za krvácení z rodidel. V terapii se osvědčuje adrenalinová obložka na několik minut, event. vlhčená komprese na několik minut.

Závažnou komplikací pokročilých stadií karcinomu vulvy, čípku děložního, rekta, při stavech po radioterapii nebo po opakovaných operačních výkonech v páni zejména pooperačně infikovaných, jsou patologické komunikace: píštěle mezi pochvou, vývodními cestami močovými a střevem. Fistulující klička střevní mů-

že být i tenká, pokud adhezuje do oblasti poševního pahýlu např. po operačním výkonu.

Kazuistika 3

Na oddělení gynekologické onkologie byla v období mezi vánočními svátky přijata pacientka, 55 let, s recidivou karcinomu děložního čípku. V minulosti prodělala radikální operační výkon a kurativní chemo-radioterapii. Po dvou letech remise došlo k recidivě v oblasti poševního pahýlu, na CT břicha byla popsána paraaortální lymfadenopatie a dle RTG hrudníku bylo evidentní metastatické postižení plic. Při přijetí bylo provedeno gynekologické vyšetření a ozřejmen odchod střevního obsahu pochvou. Sekret byl světlý, řídký, typického zápachu a bylo vyjádřeno podezření na fistulaci mezi tenkou střevní kličkou a poševní metastázou. Pacientka si stěžovala na výtok a pálivou bolest genitálu (kyselý obsah střeva). Pacientka netrpěla žádnými komorbiditami, byla v dobré tělesné kondici, z anesteziologického hlediska bez významného rizika pro výkon v celkové anestezii. Ve spolupráci s chirurgem bylo naplánováno provedení derivační jejunostomie, zavedena infuzní terapie, parenterální výživa, výplachy pochvy 3x denně roztokem 10% Betadiny. Výkon proběhl bez komplikací, pooperační průběh taktéž, pacientka a manžel byli edukováni v péči o stomii a 18. pooperační den byla pacientka propuštěna do domácího ošetření ve spolupráci s pečovatelskou službou. Při dimisi přetrvával odchod hlenovitýho výtoky z pochvy, který pacientku neobtěžoval. Pacientka byla zajištěna v paliativní ambulanci, postupně kachektizovala (péče nutričním specialistou byla za-

vedena) při diseminovaném onemocnění. Po roce od diagnostikování recidivy byla vzhledem k narůstající slabosti a dušnosti přijata do lůžkového hospice, kde za tři měsíce zemřela.

Zhoubné nádory těla děložního

Maligní nádory těla děložního jsou nejčastější gynekologickou malignitou. Incidence má v posledních letech v České republice stoupající tendenci. Ročně onemocní asi 34 žen na 100 000 žen, tj. více než 1800 případů ročně. Tento trend souvisí s prodlužující se délkou života a aktivního hormonálního období ženy a dále s faktory, které označujeme jako faktory tzv. západního životního stylu (obezita a s ní související metabolický syndrom, stres, výživa s převahou živočišných tuků apod.). Obecně se jedná o heterogenní skupinu onemocnění, nejčastější jsou epitelální nádory respektive adenokarcinomy sliznice děložní. Druhou skupinou jsou malignity z hladké svaloviny děložní: sarkomy s převážně nepříznivou prognózou. Nejobvyklejším příznakem je krvácení z rodidel, což je příznak varovný a vede ženu k vyhledání ošetření. Díky tomu je převážná část těchto nádorů zachycena v časném stadiu a je dobře kurabilní. Obecně v odborné i laické populaci je toto onemocnění vnímáno jako potenciálně dobře léčitelné na rozdíl od obecného vnímání rakoviny vaječníků.

V terapii se zásadně uplatňuje chirurgický výkon a radioterapie. Do léčebných postupů patří i chemoterapie a hormonální léčba. Léčebná strategie závisí na rozsahu a lokalizaci onemocnění, to samé platí pro recidivy onemocnění. Nutný je individuální postup s využitím monoterapeutických postupů nebo jejich kombinací. Bez ohledu na rozsah onemocnění je vždy vhodné odstranit postiženou dělohu (pokud to celkový stav pacientky umožňuje) a to z důvodů prevence silného obtížně konzervativně řešitelného krvácení. Primární radioterapie je metodou volby při kontraindikaci operačního řešení, odmítnutí operace nebo v případě inoperability.

Kazuistika 4

V následujícím klinickém případě popisujeme možnost využití transbukálního fentanylů v konziliární gynekolo-

gické ambulanci za účelem rýchle úlevy od bolesti, ktorá by umožnila pacientke tolerovať gynekologické vyšetrenie, teda nikoliv primárne za účelom liečby príušnicovej bolesti.

Pacientka, 76 let, bola privezena ke konziliárnemu vyšetreniu do onkogynekologického ambulancie z nemocnice okresného typu, kde bola do té doby cca 3 týždne hospitalizovaná pro otok ľavej dolnej končatiny trvajúci cca tri mesiace. Subjektívne pacientku najviac trápiť kruté bolesti v oblasti ľavého kyčelného kĺbu. V posledných dňoch začala krvácať z pochvy tmavou krví. Na pôvodnom pracovisku bolo provedeno gynekologické vyšetrenie a odebrána biopsie z oblasti hrdla dŕoŕného a dle výsledku stanovená diagnóza karcinomu dŕoŕhy. Dále byla doplněna stagingová vyšetření, ze kterých byl objasněn rozsah nádorového postižení: zvětšená objemná dŕoŕha s tumorem prorůstajícím do močového měchýře, objemné pakety patologických uzlin v pánvi a v retroperitoneu, vlevo acetabulum vyplněno měkkotkáňovou formací min. 5 cm v podélném rozměru charakteru a vzhledu metastázy. Pacientka byla ležící, neschopna pohybu pro bolesti, fyziologické funkce popisovala jako přiměřené, váhově v posledních třech měsících byla stabilní. Před vyšetřením byla pacientce podána tableta transbukálního fentanylu Effentora® 200 µg ke zmírnění bolesti a k zamýšlenému pokusu o gynekologické vyšetření. Pacientka pocítila ústup bolesti v klidu, avšak ani za pomoci 3 osob nebylo možno pacientku vertikalizovat a polohovat do gynekologického křesla. Improvizovaně na lůžku bylo možno provést orientačně vaginální ultrazvukové vyšetření, které zobrazilo neostře konturovanou dŕoŕhu s kolekcemi volné tekutiny v pánvi. Následnou konzultací v komisi pro gynekologické malignity bylo navrženo zahájit paliativní hormonální terapii (Provera® 100 mg 1-0-0 tbl. p.o.), zároveň v rámci komplexní léčby bolesti (Fentanyl 50 µg/den, Aulin 100 mg á 12 hod 1 tbl p.o., Sevredol 10 mg při bolesti max á 4 hod.) byla doporučena jednorázová zevní radioterapie na oblast postiženého kyčelního kĺbu. Pacientka za 3 týdny udávala podstatné zlepšení obtíží v klidu, avšak mobility již nenabývala. Zemřela za pět měsíců od popisované první náv-

števý v důsledku progresu onemocnění v pánvi při manifestním imobilizačním syndromu.

Karcinom vaječníku

Na rozdíl od výše uvedených karcinomů vulvy a čípku dŕoŕního není pro karcinom vaječníku dosud známá žádná screeningová vyšetřovací metoda a časná stadia jsou obvykle zachycena spíše akcidentálně. Onemocnění se typicky vyskytuje v postmenopauze. Obvykle se jedná o obězní pacientky. Rakovina vaječníku bývá zachycena v 75 % v pokročilém stadiu (nejčastěji stadium III a IV, kdy je přítomen různě objemný pánevní tumor, masivně postižená dutina břišní růstem nádorových metastáz na serózech orgánů dutiny břišní a peritoneu, omentum bývá přeměněno v tvrdý vysoký plastrón – tzv. omental cake, typická je přítomnost maligních výpotků v peritoneální a pleurální dutině, velmi častá je retroperitoneální lymfadenopatie. U stadia IV jsou navíc přítomny metastázy vzdálených orgánů, nejčastěji v plicích a v jaterním parenchymu. Stále častěji se setkáváme s agresivními dediferencovanými karcinomy vaječníků u mladých patientek mezi 30. a 40. rokem věku, tyto obvykle bývají zcela refrakterní na chemoterapii a svým rozsevem v dutině břišní chirurgicky inoperabilní.

Kazuistika 5

Pacientka, 39 let, byla referována na pracoviště gynekologické onkologie z nemocnice okresného typu, kde byl původně indikován laparoskopický výkon pro symptomatickou ovariální cystu při zavedeném nitrodŕoŕním tělísku. Při výkonu bylo vysloveno podezření na zhoubný proces vaječníku, byla provedena laváž dutiny břišní, jednostranná adnexektomie

a biopsie omenta. Histologické vyšetření potvrdilo high grade ovariální serózní karcinom stadia III. Na našem pracovišti byla zahájena neoadjuvantní chemoterapie ve standardním režimu paklitaxel/karboplatina. Podávání chemoterapie se komplikovalo, po 1. sérii nastala těžká neutropenie, po 2. sérii ileózní stav s nutností chirurgické intervence. Při operační revizi bylo zjištěno prorůstání nádoru stěnou břišní přes svaly až do fascie břišních svalů, v dutině peritoneální vzhledem k rozsahu postižení byl chirurgem konstatován status inoperabilis a zkonstruována kolostomie. Rekonvalescence proběhla nekomplikovaně a 12. pooperační den byla podána 1. série II. linie chemoterapie v monoterapii topotekanem.

Pacientka byla propuštěna domů, za deset dnů se vracela pro velice silnou nádorovou bolest, kterou lokalizovala do pánve, beder a dolních končetin. Pacientka zaujímala polohu vleže na zádech s rukama připaženými a pro bolest neprovedla ani minimální pohyb, hlasitě nařikala. Dle provedených zobrazovacích vyšetření nebylo prokázáno metastatické postižení mozku, skeletu páteře, hrudníku ani končetin, dle CT břicha byla zjištěna další progresu nádoru v pánvi, stěně břišní a nově v jaterním parenchymu. Konziliární neurologické a algeziologické vyšetření stav uzavřelo jako algický syndrom při progresi tumoru malé pánve. Parenterální aplikace analgetik, kortikoterapie, antikonvulziva, vše bez efektu. Pro nesmírné strádání pacientky byl zaveden epidurální katétr (podáván marcaín a morfin) současně s kontinuální aplikací morfinu i.v. Při takto zavedené léčbě pacientka popisovala bolest za částečně zvládnutou a byla schopná pohybu v lůžku, nikoliv mimo něj. Pravděpodobně se zde jednalo o tzv. total pain s podstat-

Tab. 3. Výpis z medikační karty pacientky s algickým syndromem při inkurabilním rychle progresujícím karcinomu vaječníku. Psychologická intervence 20. 8.–25. 8. 2015 zároveň s převáděním pacientky na analgetickou terapii v domácím prostředí

Medikace 12. 8.–20. 8. 2017	Medikace 25. 8.–2. 9. 2017: dimise
• Epidurální katétr 20 ml 0,5 % Marcain + 1 % morfin 10 ml + 29 ml FR kontinuálně rychlostí 5–1 ml/h postupně ponižován • Morfin 1 % 40 mg ve 40 ml FR i.v. kontinuálně rychlostí 6–1 ml/h postupně snižován • Ketonal 100 mg i.v. á 12 hod. • Novalgin 1 g i.v. á 8 hod. • Perfalgan 1 g i.v. á 6 hod. • Lyrica 150 mg 1-0-1 tbl p.o. • Rivotril 0,5 mg 0-0-2 tbl p.o.	• Fentanyl 150 µg/den drm • Effentora 200 µg denně max á 4 hod. při průlomové bolesti • Diclofenac Duo 75 mg 1-0-1 tbl p.o. • Lyrica 150 mg 1-0-1 • Rivotril 0,5 mg 0-0-2 • Fortecortin 4 mg 1-0-0 tbl p.o. • Ortanol 20 mg 0-0-1 cps p.o. • Mirzaten 30 mg 0-0-1 tbl p.o.

nou složkou ataky panické úzkosti (dle konzultujúciho psychologa). Do této doby spadá rozhodnutí o ukončení neefektivní onkologické léčby při progredujícím inkurabilním onemocnění a intervence klinického psychologa. Pacientka rozhodnutí přijala klidně a velmi si přála propuštění za rodinou (synové 8 a 10 let). Postupně byla převedena na transdermální a perorální analgetickou léčbu, později byla schopna pohybu mimo lůžko a byla částečně sebeobslužná. Dávky podávaných analgetik u této pacientky před sdělením o ukončení onkologické léčby a po něm uvádíme v tabulce. Za 3 týdny od popisované ataky bolesti byla propuštěna do péče domácího hospice. Zemřela za 12 týdnů od dimise, respektive za 7 měsíců od stanovení diagnózy.

Kazuistika 6

Pacientka 64 let, obézní (BMI 45), s manifestním metabolickým syndromem, byla přijata na oddělení gynekologické onkologie pro ascites, fluidothorax a suspekt ní nádorovou masu v pánvi dle CT břicha. V popředí klinických symptomů dominovala klidová dušnost, pacientka nebyla schopna pro dušnost mluvit. Ve spolupráci s intervenčními radiology byl do maximálního depa ascitu v dutině břišní zaveden drén pod UZ kontrolou (jednorázová paracentéza by byla technicky obtížně proveditelná, dle UZ výška podkoží min. 8 cm), obdobně byl inzerován drén do dutiny pleurální. Frakcionované úhrnem bylo derivováno cca 16 litrů maligního výpotku z obou dutin v horizontu 3 dnů. Dušnost ustoupila, pacientka se cítila dobře, dle provedeného interního vyšetření nebyly shledány kontraindikace k zahájení chemoterapie.

Cytologicky z ascitu a fluidothoraxu byl diagnostikován maligní karcinom kompatibilní s původem v ovariu. Byla podána 1. série neoadjuvantní chemoterapie v režimu paklitaxel/karboplatina bez

komplikací, pacientka byla propuštěna. Za deset dnů byla pacientka plánovaně přijata k zavedení centrálního venózního portu. Na chirurgickém sále již po aplikaci lokální anestezie náhle pacientka udávala prudké zhoršení dušnosti a úzkost, nebyla schopna tolerovat polohu vleže. Ihned byl volán internista, indikován překlad na ARO/JIP. Dle provedených vyšetření nebyla nalezena objektivní příčina tak prudkého zhoršení dušnosti, na angio CT bez známek embolizace do větví a. pulmonalis, plicní parenchym bez patologické infiltrace, fluidothorax minimální bazálně bilaterálně, konec hrudního drénu zřetelně správně lokalizovaný v pohrudniční dutině, bez známek pneumotoraxu. Depo ascitu max. 10×10 cm v levém hypochondriu, v místě depa je konec břišního drénu. Nebyly nalezeny známky kardiální insuficience. Terapeutickými postupy na ARO/JIP nedošlo k významnému zlepšení stavu. Pacientka s nutností trvalé oxygenoterapie byla přeložena na standardní lůžko gynekologického oddělení. Opakovanými konziliárními vyšetřeními nebyla nalezena jednoznačná příčina nezvladatelné dušnosti, pacientka bez úlevy při kontinuálním podávání opiátů, terapií viz níže byla navozena negativní bilance tekutin, avšak subjektivně bez úlevy od dušnosti.

Pro dušnost smíšené etiologie a celkové zhoršení stavu polymorbidní obézní pacientky, která prakticky 80% dne trávila na lůžku, byla ukončena onkologická léčba. Pacientka, manžel a oba synové s rodinami byli informováni o průběhu onemocnění a společně se rozhodli pečovat o pacientku v domácím prostředí s asistencí pečovatelské služby, zároveň pacientka podala žádost o umístění v lůžkovém zařízení následné péče. Časový rámec této kazuistiky představuje období 5 týdnů. V tomto uvedeném případě bylo nesmírně náročné citlivě, ale jednoznačně otevřít témata týkající se ukončení onkologické léčby (2 týdny po jejím zahájení, 4 týdny po stanovení diagnózy a 7 týdnů od začátku dušnosti, která pacientku přivedla poprvé k lékaři), prohodit s nejbližšími příbuznými možné varianty (scénáře) průběhu onemocnění a vyřešit praktické otázky týkající se péče o pacientku v domácím prostředí (zapůjčení polohovacího lůžka, oxygenátoru atd.).

Diferenciální diagnostika: výhrěz dělohy a poševních stěn

Vlivem gravidit, vaginálních porodů, obezity, vrozené insuficience pojivové tkáně, těžké fyzické práce a jistě i dalších faktorů dochází věkem k sestupu dělohy a poševních stěn k poševnímu vchodu a postupně i před něj. Pacientky tento stav vnímají jako pocit cizího tělesa v oblasti genitálu. Prolabující kýlní vak upomíná na nádor genitálu, viz obrázek 1. Mikce a defekace se stává obtížnou, část pacientek musí použít tlak ruky za sponu stydkou k vyprázdnění močového měchýře, protože vlivem vyhrézávající přední stěny poševní se uretra a uretrovezikální junkce dostává do jiné lokalizace. U zanedbaných sestupů může být na vyhrézávající poševní stěně nebo čípku děložním různě pokročilý dekubitus (vzniká tlakem na atrofickou tkáň při sezení), který lze snadno považovat za maligní onemocnění. Sliznice v postmenopauzálním období jsou atrofické, neboť se jedná o estrogen-dependentní tkáň, atrofická sliznice je fragilní, prosvítají jí kapilární kličky, které můžeme pozorovat jako puntíčkování. Tyto sliznice i při minimálním inzultu, například nevhodnou hygienou, nevhodným spodním prádlem či intimními vložkami mohou být snadno poraněny, vznikají drobné eroze až mělké vředy, což vede ke špinění až krvácení. Terapeuticky se používá nejprve krém s estrogenem (obvykle 3 týdny), po této kůře pak stačí promazávání krémy s vitamínem E či Calcium pantothenicum. Část žen provádí několikrát denně repozici vyhrézávajícího vaku zpět do introitu.

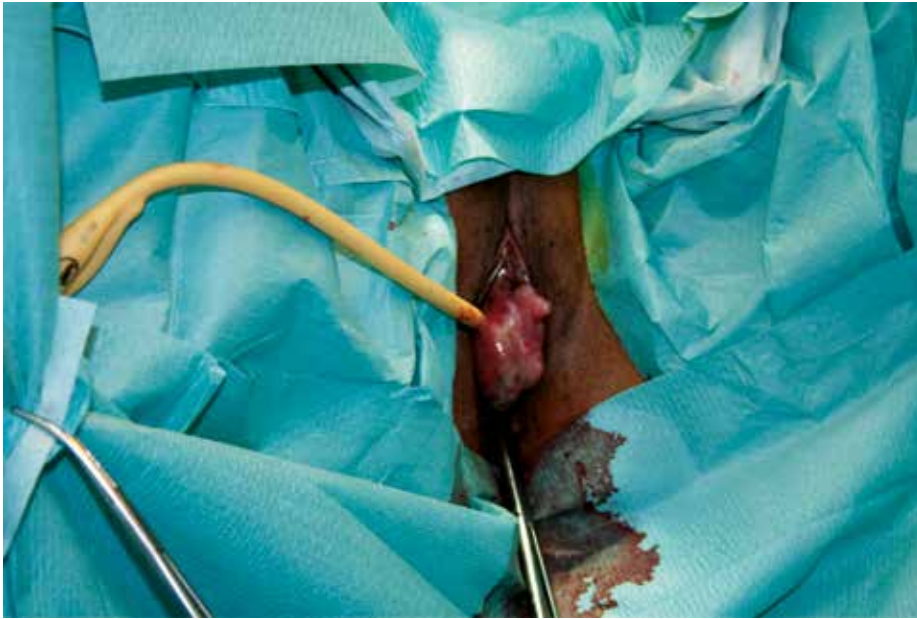
Kazuistika 7

Pacientka, 84 let, byla referována z domova pro seniory pro podezření na maligní onemocnění rodidel. Pacientka nebyla mnoho let gynekologicky vyšetřena. Subjektivně udávala pocit tlaku až bolesti v oblasti rodidel, inkontinenci moči přiznávala, více ji trápila nykturie. Při gynekologickém vyšetření byl zřejmý totální prolaps dělohy a poševních stěn před rodidla, na elongovaném čípku děložním byl zřetelný dekubitus s naválitými krvácivými okraji (byla odebrána biopsie z více míst, histopatologicky byl verifikován dekubitus, bez nálezu onko-

Tab. 4. Výpis z medikační karty pacientky při nezvladatelné dušnosti

Morphin 1 % 40 mg ve 40 ml FR kontinuálně 1–4 ml/h dle dušnosti pac.
Verospiron 100 mg 1-1-1/2 tbl p.o.
Furon 40 mg 1-1-0 tbl p.o.
Fortecortin 4 mg 1-0-0 tbl p.o.
Ortanol 20 mg 0-0-1 cps p.o.

Obr. 1. Vyhřezávající myomatózní děloha před rodidla, může upomínat i na nádor zevního genitálu (archív MUDr. Ferance R., Ph.D.)



logicky suspektních buněk). Pacientka byla obézní, špatně se pohybovala, na gynekologické vyšetřovací křeslo byla polohována s pomocí tří osob, trpěla metabolickým syndromem. Před čtyřmi měsíci prodělala ischemickou cévní mozkovou příhodu s levostrannou hemiparézou. S přihlédnutím ke všem těmto klinickým skutečnostem byl zvolen konzervativní postup: aplikace Ovestinu (vaginální krém s obsahem estradiolu k regeneraci sliznice zevního genitálu a pochvy) na sliznici poševní a oblast čípku děložního, repozice kýlního vaku a byl zvolen vhodný průměr pesaru, který se po vložení do pochvy zapře horním okrajem o sponu stydkou, a tím brání expulzi pochvy a čípku před rodidla. Pacientka byla zvána nejprve 2× týdně na kontroly: vždy vyjmutí pesaru, omytí, dezinfekce, aplikace Ovestin krému do pochvy a na hojící se dekubitus. Po vyhojení dekubitu bylo doporučeno aplikovat Ovestin krém do pochvy 2× týdně ošetřovatelkou, gynekologické kontroly dosud probíhají 1× za 3 měsíce, při kontrole se aplikuje krém do pochvy, pootočí se s pesarem a prohlédnou se sliznice poševní, zda tlakem pesaru nevznikají dekubity na jiných místech pochvy. Pesaro-terapie u pacientky probíhá asi půl roku, pacientka je spokojená. V případě, kdy se jedná o mladší pacientku

s méně interkurencemi, je možné volit operační postup. Operuje se vždy z vaginálního přístupu, výkon lze provést i ve spinální anestezii. Mezi typy operací, které řeší sestup a prolaps rodidel u pacientek vyššího věku patří vaginální hysterektomie a poševní plastiky, nebo operační uzávěr pochvy – tzv. kleiza.

Vzácně může být příčinou špinění či krvácení v postmenopauze nezhoubný polyp hrdla děložního či pochvy, výjimečně může až prominovat před rodidla a svým vzhledem upomínat na maligní nález. Terapeutický postup závisí na věku pacientky a klinickém stavu. Optimálně je vhodné v celkové anestezii provést separovanou abrazi hrdla a těla dutiny děložní spolu s aborzi polypu. U geriatrické křehké pacientky bychom výjimečně mohli provést prostou aborzi polypu při vyšetření bez anestezie a histopatologické vyšetření získané tkáně za podmínek následné observace a monitoringu krvácení.

V léčbě postiradiační vulvovaginitidy se uplatňuje nejlépe Calcium pantothenicum®, Bepanthen®, případně Vagisan® krém. Krátkodobě lze aplikovat i mastové základy s kortikoidy a to tehdy, pokud převažuje silné svědění (triamcynolonum). Nežádoucím účinkem mastí s kortikoidy je další ztenčování již atrofických tkání zevního genitálu při

dlouhodobém aplikování. Termín vulvodynie označuje bolestivost v oblasti zevního genitálu, obvykle jsou vulvodynie idiopatického charakteru, naopak typická sekundární vulvodynie bývá při postižení herpes viry. Léčba idiopatické vulvodynie je svízelná a patří do péče odborné ambulance. Lokálně užití kortikoidy, testosteron či antimykotika nepřinášejí očekávaný efekt, často se podávají systémově antidepresiva, doporučují se metody biofeedback a rehabilitace pánevního dna. Při úporných bolestech jako ultimum refugium lze užít i chirurgický výkon: např. denervace zevního genitálu dle Horna či vestibulektomie.

Závěr

Pacientky s pokročilým gynekologickým zhoubným onemocněním, jehož průběh již nelze účinně zvrátit, se dožívají komplikací, které jsou pro tato onemocnění specifické. V prezentovaném sdělení byly uvedeny jednak zajímavé klinické průběhy u jednotlivých gynekologických malignit a dále nastíněny postupy lokální péče zvládnutelné i bez větší erudice v ženském lékařství. Domníváme se, že znalosti a dovednosti v tomto úzkém spektru pacientek představují pro celkový stav konkrétní pacientky v pokročilé fázi inkurabilního onemocnění nesmírný benefit.

Tato práce byla podporována MZ ČR RVO (MOÚ, 00209805) a MŠMT -NPU I -LO1413.

Literatura

1. Cibula D, et al. Onkogynéologie. 1. vydání. Praha: Grada; 2009.
2. Sláma O, et al. Paliativní medicína pro praxi. 1. vydání. Praha: Mladá fronta; 2011.
3. Špaček J, et al. Vulvovaginální dyskomfort a poruchy poševního prostředí. 1. vydání. Praha: Grada; 2013.
4. Kawaci I, et al. Urologie. 1. vydání. Praha: H+H; 1997.

Článek je prevzatý z:
Onkologie 2017; 11(5): 236–243

MUDr. Monika Náležinská

Klinika operační onkologie, Oddělení gynekologické onkologie Masarykova onkologického ústavu a LF MU v Brně Žlutý kopec 7, 656 63 Brno monika.nalezinska@mou.cz

Domáca parenterálna výživa u onkologických pacientov

MUDr. Mária Voleková, MUDr. Júlia Popálená

Interná klinika, Nemocnica s poliklinikou F. D. Roosevelta, Banská Bystrica
Oddelenie vnútorného lekárstva, Všeobecná nemocnica Rimavská Sobota

Domáca parenterálna výživa (DPV) a hydratácia u onkologických pacientov je indikovaná pri redukcii vstrebávacej plochy po rozsiahlych resekciách tenkého čreva, pri jeho poškodení chemoterapiou alebo radiačnou terapiou a pri nepriechodnosti čriev infiltráciou a obštrukciou tumorom. Indikuje sa pri stavoch, kde sa predpokladá aspoň 2-mesačné prežitie. Zásadnou podmienkou zaradenia do programu DPV je dobrý fyzický stav potvrdený Karnofsky skórovacím systémom hodnotou ≥ 50 %.

V práci sme vyhodnotili 29 onkologických pacientov zaradených do programu DPV. U 5 pacientov bola indikovaná DPV ako predoperačná príprava, priemerný čas podávania bol 5,2 mesiaca. Štyria pacienti po radikálnej resekcii tumoru so vznikom sy krátkeho čreva na DPV prežili priemerne 38 mesiacov. Jedenásť pacientov s nepriechodnosťou čriev pri malignite GIT na DPV prežilo priemerne štyri mesiace. Pacienti s nepriechodnosťou čriev pri ostatných malignitách na DPV prežívali priemerne 5,1 mesiaca. Pacienti si udržali dobrý fyzický stav a zvyšok života prežili v domácom prostredí.

Kľúčové slová: domáca parenterálna výživa, malignity, Karnofského skórovací systém

Home parenteral nutrition in cancer patients

Home parenteral nutrition and hydration in cancer patients is indicated in case of reduction of the absorptive area of intestine after extensive small intestine resection, in chemotherapy or radiotherapy induced intestinal damage and in case of malignant bowel obstruction. It is indicated in patients with minimal life expectancy of 2 months. A substantial inclusion criteria for home parenteral nutrition is good physical condition with Karnofsky performance scale index of no less than 50 %.

In our article we evaluate 29 cancer patients included to the program of home parenteral nutrition. 5 of the patients were enrolled in the program as part of the preparation for surgery with average survival time of 5.2 months. 4 patients after radical tumor resection with subsequent short bowel syndrome survived on average 38 months. 11 patients with malignant bowel obstruction due to the gastrointestinal malignancy survived on home parenteral nutrition 4 months on average. Patients with bowel obstruction due to other malignancies survived on home parenteral nutrition on average 5.1 months. The patients stayed in good physical condition and spent the rest of their lives at home.

Key words: home parenteral nutrition, malignancies, Karnofsky performance status scale

Úvod

Parenterálna výživa predstavuje náhradný spôsob výživy u pacientov, u ktorých zlyhalo vstrebávanie živín v tenkom čreve. Najčastejšou príčinou je redukcia vstrebávacej plochy po rozsiahlej resekcii tenkého čreva alebo jej poškodenie radiáciou, alebo zlyhanie pasáže pri útlaku alebo obštrukcii tumorom. Ide o dlhodobú až doživotnú liečbu, preto sa posunula do domáceho prostredia. Domáca parenterálna výživa (DPV) sa vo svete začala používať od roku 1970, najčastejšou indikáciou bol sy krátkeho čreva pre m. Crohn. Vývoj účinnej imunosupresívnej a biologickej liečby Crohnovej choroby viedol k poklesu potreby chirurgickej intervencie, v poslednom období je najčastejšou indikáciou porucha pasáže spôsobená pokročilou malignitou.

Na Slovensku sa program DPV začal v roku 1991 v Banskej Bystrici. Boli

vypracované indikačné kritériá liečby, tréningové protokoly, schválená potrebná legislatíva, vzniklo 7 stredísk pre DPV, liečbu od začiatku hradia zdravotné poisťovne. Do programu DPV boli vždy zaradovaní aj onkologickí pacienti podľa vypracovaných nasledovných kritérií (tabuľka 1 – 4) (1):

DPV zlepšuje kvalitu zostávajúceho života korekciou dehydratácie a prevenciou vývoja autokanibalizmu pri zhoršení až zastavení perorálneho prívodu výživy a tekutín. Je indikovaná u pacientov, u ktorých sa predpokladajú aspoň dva mesiace života a ich klinický stav nevyžaduje inú nemocničnú liečbu (2). Nie je indikovaná u pacientov moribundných, trpiacich neútlakovou bolesťou, s poruchami vedomia, absolútne odkázaných na ošetrovateľskú starostlivosť, u ktorých DPV by predlžovala utrpenie (3).

Medicínske kritériá

Tabuľka 1. Algoritmus posudzovania medicínskych kritérií u onkologických pacientov – prvá časť

Predpokladom je stabilizovaný klinický stav

- pacient je pri plnom vedomí, spolupracuje
- rozsah sebestačnosti je hodnotený na > 50 bodov Karnofského skóre
- predpokladané obdobie prežitia je viac ako mesiac

Tabuľka 2. Algoritmus posudzovania medicínskych kritérií u onkologických pacientov – druhá časť

Základným medicínskym kritériom je zlyhanie prívodu tekutín a výživy cez gastrointestinálny trakt, kde najčastejšou príčinou je:

Zlyhanie pasáže GIT-u

- obštrukcia tumorom
- útlak zvonka – karcinóza peritonea
- stenózy, striktúry pri postradiačnej enterokolitíde

Zlyhanie resorpcie v tenkom čreve

- postradiačná enteritída
- krátke črevo

Centrálne podmienená nádorová anorexia

Nutričné kritériá

Tabuľka 3. Algoritmus posudzovania nutričných kritérií u onkologických pacientov

Základným kritériom je zlyhanie možnosti zabezpečiť prívod tekutín a výživu perorálnou alebo enterálnou cestou

Nutričné požiadavky

- výpočet dennej potreby živín, elektrolytov, vody
- výber vaku
- potvrdenie tolerancie výživy

Psychosociálne a organizačné kritériá

Tabuľka 4. Algoritmus posudzovania psychosociálnych kritérií u onkologických pacientov

Psychosociálny stav pacienta a rodiny

Pacient je informovaný o svojom zdravotnom stave a o pokročilosti onkologického ochorenia

- má záujem o liečbu
- zvyšok života chce stráviť doma v kruhu rodiny
- má dobré rodinné zázemie

Rodina je informovaná o časovej, technickej a ošetrovateľskej náročnosti liečby a chce ju zabezpečiť

- je schopná osvojiť si zásady asepsy, pochopiť mechanizmy možných technických problémov a spôsobilosť ich riešiť
- je schopná rozpoznať príznaky komplikácií a urobiť nevyhnutné stabilizačné opatrenia

Hygienické prostredie

- štandardné vybavenie domácnosti s teplou a studenou vodou, s vhodným priestorom na skladovanie roztokov, primeraná osobná hygiena

Pacienti

V práci sme sa zamerali na vyhodnotenie onkologických pacientov zaradených do programu DPV na strediskách DPV v Banskej Bystrici a Rimavskej Sobote. Hodnotili sme čas prežívania a kvalitu života. Pre rozsiahlosť problematiky sme hodnotenie výskytu komplikácií vypustili, budú publikované v samostatnom článku.

Do programu DPV sme podľa vypracovaných indikačných kritérií zaradili 29 onkologických pacientov. Najčastejšou indikáciou DPV bola nepriechodnosť distálnej časti GIT-u pri karcinóze peritonea (tabuľka 5). Pacientov odoslali onkológovia, išlo o chodiach pacientov v uspokojivom alebo dobrom fyzickom stave. Mali výborné rodinné zázemie, rodina bola schopná a ochotná absolvovať tréning a zabezpečiť podávanie DPV.

U niektorých pacientov resekcia malignity bola komplikovaná trombózou a. mesent. superior s parciálnou resekciou tenkého a hrubého čreva so vznikom syndrómu krátkeho čreva, u niektorých pacientov DPV tvorila prekľutie obdobia pooperačných alebo radiačných

Tabuľka 5. Indikácie DPV pri onkologických ochoreniach – nepriechodnosť distálnej časti GIT-u

Onkologické ochorenie	Chirurgický výkon	Počet	Indikácia DPV
Ca žalúdka	stav po totálnej gastrektómii	5	karcinóza peritonea
Ca ezofágu	esofagektómia a gastrektómia	1	karcinóza peritonea
Ca sigmy	ľavostranná hemikolektómia	2	karcinóza peritonea
Ca rekta	ľavostranná hemikolektómia	1	karcinóza peritonea
Ca pankreasu	pankreatektómia	4	karcinóza peritonea
Ca ovárií	hysterektómia, ovariectómia	4	karcinóza peritonea
Karcinoid mezenteria	inoperabilný	1	karcinóza peritonea
Ca céka	subtotálna kolektómia	1	karcinóza peritonea
Cholangiokarcinóm	resekcia tumoru	1	karcinóza peritonea

Tabuľka 6. Indikácie DPV pri onkologických ochoreniach – sy krátkeho čreva, predoperačná príprava

Ochorenie	Chirurgický výkon	Počet	Indikácia DPV
Ca hypofaryngu	gastrostómia	1	predoperačná príprava
	rozpad gastrostómie, peritonitída		
Ca žalúdka	gastrokolicá fistula	1	predoperačná príprava
Ca ezofágu	esofagektómia, gastrektómia poruchy pasáže pre zrásky		
Leiomyosarkóm	hysterektómia, ovariectómia	1	predoperačná príprava
Ca rekta	postradiačné stenózy	1	predoperačná príprava
Ca sigmy	ľavostranná hemikolektómia	3	sy krátkeho čreva
	trombóza a. mesent. sup		
	parciálna resekcia tenkého a hrubého čreva		
Leiomyosarkóm retroperitonea	resekcia tumoru	1	sy krátkeho čreva
	trombóza a. mesent. sup		
	parciálna resekcia tenkého a hrubého čreva		
	ruptúra duodena		

komplikácií, prípravy na ďalší korekčný chirurgický výkon (tabuľka 6).

Pacienti pri zaradení do programu DPV boli v dobrom fyzickom stave, rodina bola schopná a ochotná DPV aplikovať. U všetkých išlo o pokročilé onkologické ochorenie, čas prežívania na DPV bol kratší v porovnaní s inými diagnostickými skupinami, ale vyskytovali sa i prípady, kedy pacient s pokročilým onkologickým ochorením na DPV prežíval dlhšie, ako sa očakávalo. Dokumentované výsledky potvrdzujú, že z hľadiska symptomatickej liečby je nevyhnutné odlišiť zlý klinický stav, ktorý je dôsledkom terminálnej malignity, od stavu, ktorý je spôsobený energetickým a vodnosolným deficitom pri nespôsobilosti sa živiť perorálnou cestou.

Výsledky

Čas prežívania

Súbor onkologických pacientov z hľadiska primárnych diagnóz i dôvodov zaradenia do programu DPV bol rôznorodý, s rozdielnym časom prežívania.

V tabuľke 7 sú dokumentovaní onkologickí pacienti, u ktorých vznikli

komplikácie, ktoré viedli k obmedzeniu možnosti prirodzenej výživy s vývojom malnutície. Boli pripravovaní na korekčný chirurgický výkon, ktorý mohli podstúpiť až po zlepšení stavu výživy. V prípade pacienta s gastrokolicou fistulou išlo o komplikáciu malignity, u ostatných pacientov išlo o komplikácie liečby. Pacienti boli niekoľko mesiacov živí parenterálne, po zmiernení malnutície a zlepšení fyzickej kondície podstúpili korekčný operačný výkon, po ktorom bola obnovená prirodzená výživa. Priemerný čas podávania parenterálnej výživy bol 5,2 mesiaca.

V tabuľke 8 sú dokumentovaní pacienti s malignitami GIT-u po komplexnej onkologickej liečbe, ktorá spočívala v chirurgickom odstránení nádoru, s následnou radiačnou terapiou a chemoterapiou. Po určitom čase došlo ku generalizovanému MTS rozsevu po peritoneu s progredujúcimi poruchami pasáže, pacienti dávali i tekutiny a boli ohrození aspiráciou. Išlo o pacientov pri plnom vedomí, mobilných, odkázaných na parenterálnu hydratáciu a výživu, ktorá sa dala zabezpečiť iba prostredníctvom hospitalizácie. Po zaradení do programu DPV mohli byť prepustení do

Tabuľka 7. DPV indikovaná pri onkologických ochoreniach ako predoperačná príprava

Dg	Vek*	DPV/mes.	Výkon
Ca hypofaryngu	72	4	rozpadnutá gastrotómia, peritonitída, predoperačná príprava
Ca ezofágu	52	7	rozpadnutá gastrotómia, peritonitída, zrasty, predoperačná príprava
Ca rekta	68	6	benígna stenóza kolon descendens, výživa pred zavedením stentu
Leiomyosarkóm	54	5	radiačná enteritída, stenózy, zrasty, predoperačná príprava
Ca žalúdka	21	4	gastrokolickej fistula, predoperačná príprava

Vek * – pri začatí DPV

Tabuľka 8. Prežívanie na DPV pacientov s malignitami GIT-u pri karcinóze peritonea

Dg	Vek*	DPV/mes.	Príčina exitu
Ca ezofágu	62	3	hepatálne zlyhanie
Ca žalúdka	62	3	masívne krvácanie do GIT-u
Ca žalúdka	44	5	masívne krvácanie do GIT-u
Ca žalúdka	35	3	masívne krvácanie do GIT-u
Ca žalúdka	63	5	masívne krvácanie do GIT-u
Ca žalúdka	32	5	masívna pľúcna embólia
Ca sigmy	51	4	hepatálne zlyhanie
Ca sigmy	53	3	aspiračná pneumónia, sepsa
Ca rekta	68	6	urosepsa
Ca radix mesent	55	2	v.s. aspirácia, sepsa, klebsiela, candida
Ca céka	65	4	masívne krvácanie do GIT-u

Vek * – pri začatí DPV

Tabuľka 9. Prežívanie na DPV pacientov s pankreatobiliárnymi a ovariálnymi malignitami

Dg	Vek*	DPV/mes.	Príčina exitu
Ca pankreasu	72	2	obštrukčný ikterus, cholangiosepsa
Ca pankreasu	65	4	hepatálne koma
Ca pankreasu	54	6	masívne krvácanie do GIT-u
Ca pankreasu	34	10	masívne krvácanie do GIT-u
Ca ovarií	55	4	hyperkalcémia, vyskočila z okna, fractura femuru
Ca ovarií	60	3	masívne gynekologické krvácanie
Ca ovarií	60	3	masívne gynekologické krvácanie
Ca ovarií	65	3	náhla smrť vs embolia do a. pulmonalis
Cholangiocarcinóm	55	9	masívne hemoptoe

Vek * – pri začatí DPV

Tabuľka 10. Prežívanie na DPV pacientov s onkologickými ochoreniami, so vznikom sy krátkeho čreva

Dg	Vek*	DPV/mes.	Ukončenie DPV
Ca sigmy	59	40	hepatálne zlyhanie
Ca sigmy	51	39	prechod na enterálnu výživu
Casigmy	51	35	hepatálne zlyhanie
Leiomyosarkóm retroperitonea	23	38	masívne krvácanie do GIT-u

Vek * – pri začatí DPV

domácej starostlivosti (4). Pacienti boli na DPV priemerne 4 mesiace. Dvaja pacienti exitovali pri rozšírení MTS do pečene, dvaja po aspirácii s následnou pneumóniou a sepsou, jeden pacient exitoval na urosepsu pri MTS útlaku močovodov, u ostatných došlo k akútne nezvládnuteľnému krvácaniu.

V ďalšej skupine sú pacienti s pankreatobiliárnymi a ovariálnymi malignitami po vyčerpaní komplexnej liečby, s poruchou pasáže v dôsledku útlaku alebo infiltrácie GIT-u metastázami na peritoneu. Na DPV prežili priemerne 4,8 mesiaca (tabuľka 9).

V poslednej skupine sú pacienti, u ktorých resekcia malignity bola komplikovaná trombózou a. mesent. sup, so vznikom rozsiahleho infarktu čriev, so subtotálnou resekciiu tenkého čreva a indikáciou DPV, bol sy krátkeho čreva. Títo pacienti prekvapivo preživali na DPV dlhšie ako pacienti so sy krátkeho čreva po ischemickej nekroze čreva (tabuľka 10).

Kvalita života

Základným predpokladom kvalitného života je účinná výživa, ktorou si pacient udržiava fyzickú kondíciu potreb-

nú na zabezpečenie životných potrieb, záujmov a cieľov. Hlavným dôvodom na zaradenie pacientov do programu DPV bolo zlyhanie účinnej výživy prirodzenou cestou s progresívnym klesaním fyzickej kondície, so zvyšujúcou sa závislosťou od pomoci pri sebaobslužke a s rýchlym vývojom dehydratácie, ktorá bola hlavným dôvodom opakovaných hospitalizácií. Preto pri hodnotení kvality života sme sa zamerali na hodnotenie účinnosti parenterálnej výživy na obnovu a udržanie fyzickej a mentálnej samostatnosti. Vo svete existujú rôzne skórovacie systémy, nám sa osvedčilo hodnotenie pomocou Karnofského skóre výkonnosti. Vyhodnotili sme skóre pri zaradení pacientov do programu DPV (Karnofsky 1) a po 3 mesiacoch liečby (Karnofsky 3).

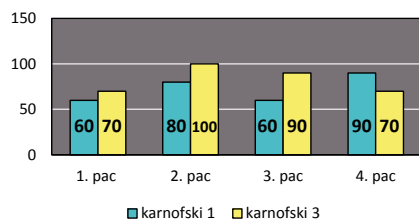
Fyzická kondícia po troch mesiacoch u pacientov po operácii malignity s príznakmi sy krátkeho čreva bola zlepšená, u jedného pacienta sme zachytili prechodné zhoršenie spôsobené pooperačnými komplikáciami (graf 1a). Pacienti boli mobilní, sebestační, na DPV prežili tri roky, exitovali na akútnu komplikáciu (graf 1b).

Graf 2a dokumentuje vývoj Karnofského skóre u 5 pacientov, ktorí boli ťažko malnutriční, po opakovaných abdominálnych operačných výkonoch s komplikáciami, ktoré si vyžiadali pozastavenie perorálneho príjmu. Korekcia malnutrie a zlepšenie fyzického stavu pacientov si vyžiadali podávanie kompletnej parenterálnej výživy 4 – 7 mesiacov (graf 2b).

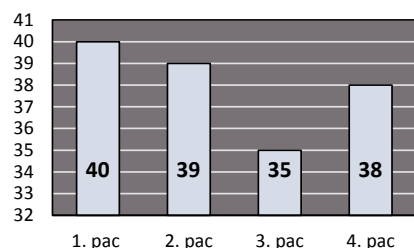
Pacienti s pokročilými malignitami s nepriechodnosťou GIT-u boli úplne odkázaní na príjem živín a tekutín parenterálnou cestou. Pri vstupe do programu boli lucidní, mobilní, sebestační v sebaobslužke, s najnižším vstupným Karnofského skóre 60 (graf 3a). Čas prežitia na DPV bola 3 – 6 mesiacov (graf 3b). Po troch mesiacoch DPV u 7 pacientoch došlo k zvýšeniu alebo udržaniu vstupnej fyzickej kondície, u troch pacientov došlo k poklesu vstupnej fyzickej kondície, ale iba u jedného pokles znamenal stratu sebestačnosti, pacient potreboval ošetrovateľskú starostlivosť. Výška dosiahnutého Karnofského skóre po troch mesiacoch DPV korelovala s časom prežívania (5).

U ostatných malignít (graf 4b) čas prežitia na DPV bol 2 – 10 mesiacov. Polovica pacientov po troch mesiacoch

Graf 1a. Výška Karnofského skóre pri prijatí a po 3 mesiacoch DPV u pacientov so sy krátkého čreva

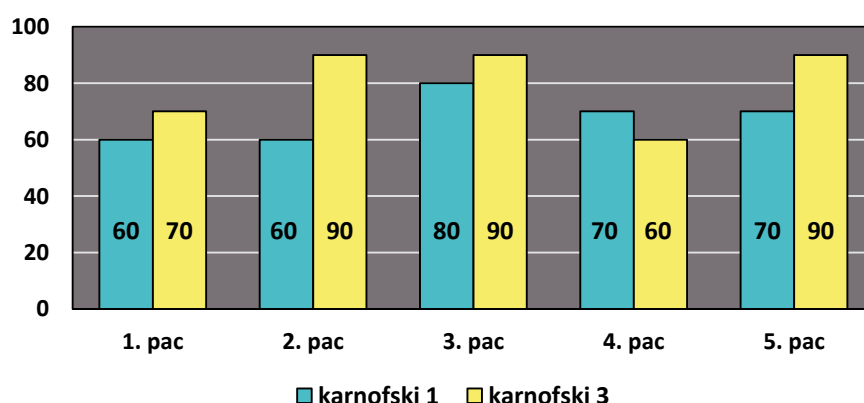


Graf 1b. DPV v mesiacoch u hodnotených pacientov so sy krátkého čreva



DPV si udržala mobilitu a sebestačnosť v sebaobslužbe, z nich traja pacienti si udržali vstupnú fyzickú kondíciu a u dvoch bol čas prežitia na DPV 9 a 10 mesiacov. U ďalších troch pacientov bola potrebná asistancia pri všetkých výkonoch, pacienti boli schopní prejsť sa po byte s pomocou druhej osoby a u jedného pacienta došlo k zhoršeniu fyzickej kondície natoľko, že sa stal imobilný a potreboval kompletnú ošetrovateľskú starostlivosť

Graf 2a. Výška Karnofského skóre pri prijatí a po 3 mesiacoch DPV u pacientov v predoperačnej príprave



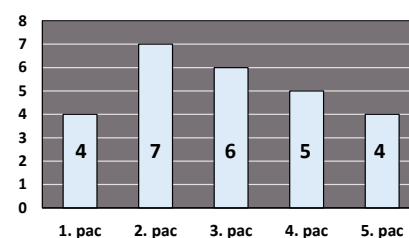
(graf 4a). DPV prispela k spomaleniu vývoja zlého fyzického stavu pri terminálnom štádiu malignity.

Diskusia

Program DPV nie je indikovaný u pacientov infaustných, s progredujúcou demenciou, encefalopatiou, bez racionálneho kontaktu, na predlžovanie utrpenia. Je indikovaný ako paliatívna liečba u pacientov v dobrej kondícii, ktorí si okrem parenterálnej hydratácie a výživy nevyžadujú inú nemocničnú ZS (6).

Odborná literatúra dokumentuje nejednotnosť názorov odborníkov na zaraďovanie onkologických pacientov

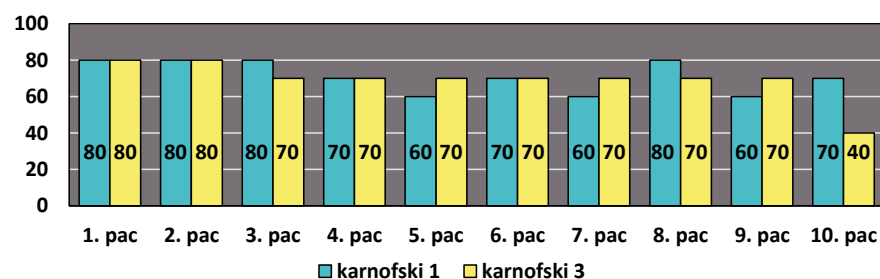
Graf 2b. DPV v mesiacoch u hodnotených pacientov so sy krátkého čreva



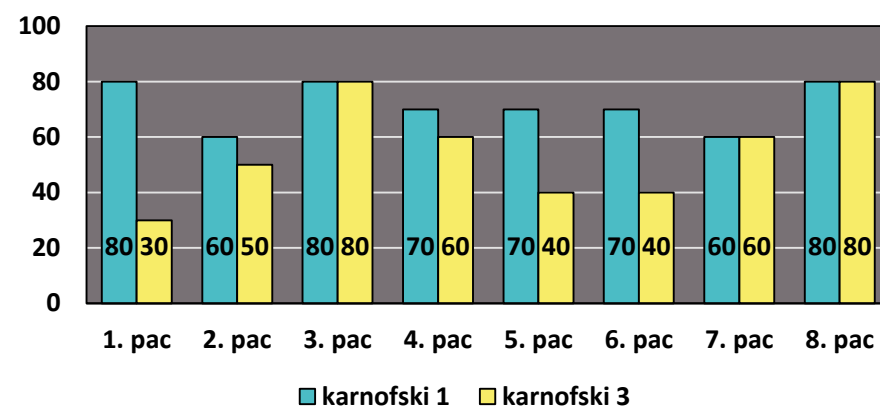
do programu DPV s odôvodnením, že DPV je finančne náročná liečba, počet onkologických ochorení sa zvyšuje, nádorová anorexia a kachexia sa vyskytuje pri väčšine pokročilých onkologických ochorení a parenterálna výživa nevedie k zlepšeniu prežívania (7).

V indikačných kritériách, ktoré používa naše pracovisko, nádorová anorexia a kachexia sa neuvádza. Jediným indikačným kritériom je zlyhanie pasáže tenkým a hrubým črevom alebo sy krátkého čreva po rozsiahlej resekcii tenkého čreva, kedy absencia prívodu

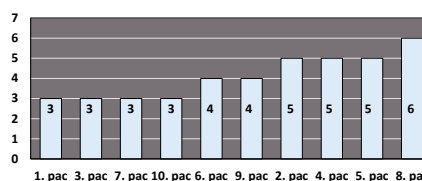
Graf 3a. Výška Karnofského skóre pri prijatí a po 3 mesiacoch DPV u malignít s nepriechodnosťou GIT-u



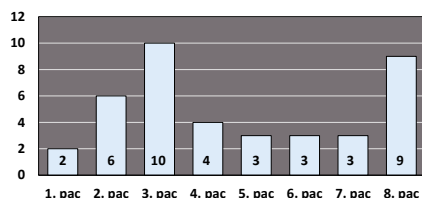
Graf 4a. Výška Karnofského skóre pri prijatí a po 3 mesiacoch DPV pri ostatných malignitách



Graf 3b. DPV v mesiacoch pri malignitách s nepriechodnosťou GIT-u



Graf 4b. DPV v mesiacoch pri ostatných malignitách



Tabuľka 11. Čas prežívania pacientov s nepriechodnosťou čriev z torínskej štúdie a našich pacientov

Čas prežívania	Percento pacientov v torínskej štúdii	Percento našich pacientov
1 mesiac	82	100
2 mesiace	54	100
3 mesiace	34	100
6 mesiacov	10	10

vody a elektrolytov, následne i bazálnej dodávky živín vedie k vzniku akútneho dehydratačného syndrómu s rozvratom vnútorného prostredia, pacienti bez zabezpečenia hydratacie a výživy parenterálnou cestou by nemohli byť prepustení do domácej liečby (8).

V Torínskej multicentrickej prospektívnej štúdii bol odsledovaný čas prežívania na DPV u onkologických pacientov s nepriechodnosťou čriev (9). Pri porovnaní výsledkov štúdie s dosiahnutými výsledkami u našich pacientov s nepriechodnosťou čriev tabuľka 11 dokumentuje, že všetci naši pacienti na DPV prežívali 3 mesiace.

O zaraďovaní onkologických pacientov do programu DPV sa roky vedie diskusia. Onkologické pracoviská zaoberajúce sa účinnosťou DPV u onkologických pacientov odporúčajú zaraďovať do programu DPV pacientov s dosiahnutým Karnofského skóre viac ako 50, vtedy tri mesiace aplikovaná DPV zlepšuje fyzickú kondíciu i kvalitu života, nezávisle od celkového času prežívania (10). U deorientovaných pacientov s progredujúcou demenciou DPV nie je prínosom, potencieje a predlžuje utrpenie, zhoršuje kvalitu života (11).

Spektrum našich pacientov v programe DPV je porovnateľné s veľkými zahraničnými centrami. Vypracované indikačné kritériá sú postavené na báze EBM v súlade s medicínskymi možnosťami a etickými normami. Aby sa zvýšila dostupnosť DPV, indikácie DPV spolu s kritériami zaradenia pacientov do programu DPV musia byť zaradené medzi štandardné diagnostické a terapeutické postupy a musia si ich osvojiť pracoviská, na ktorých sa koncentrujú indikovaní pacienti.

Talianska multicentrická štúdia zo 6 onkologických centier vyhodnotila

69 pacientov na DPV s pokročilým onkologickým ochorením. Priemerný čas prežitia bola štyri mesiace, tretina pacientov prežila na DPV viac ako 7 mesiacov (12).

V našom súbore na DPV bolo 29 onkologických pacientov: 5 pacientov bolo na DPV v rámci predoperačnej prípravy, s ukončením liečby po 4 – 7 mesiacoch, priemerné trvanie DPV bolo 5,2 mesiaca. Ďalších 18 pacientov bolo do programu DPV zaradených s pokročilým onkologickým ochorením. V tejto skupine priemerný čas prežitia bola 4,5 mesiaca, z toho 22 % pacientov prežívalo viac ako 6 mesiacov. Ak k nim priradíme štyroch onkologických pacientov so sykrátkeho čreva, tak čas prežívania viac ako 7 mesiacov dosiahlo 36 % pacientov. Uvedené údaje dokazujú, že dosiahnuté výsledky u našich pacientov nie sú horšie ako v citovanej štúdii.

Do programu DPV sme zaraďovali onkologických pacientov lucidných, aspoň čiastočne mobilných, sebestačných v sebaobsluže, u ktorých progresia onkologického ochorenia spôsobila poruchy pasáže aborálnej časti GIT-u. Pacienti bez DPV boli odsúdení na časté hospitalizácie, živorenie s rýchlym koncom. So stresom rodiny, ktorá nevedela pacientovi pomôcť, neustále obiehala oddelenia, kde by ho mohli prijať. Zaradenie do programu DPV im umožnilo prežiť zvyšok života doma, v lepšej fyzickej kondícii, prinieslo upokojenie rodiny, ktorá zabezpečila ošetrovateľskú starostlivosť i aplikáciu infúzných roztokov (6, 13).

Čas prežitia na DPV 3 – 10 mesiacov pacientov s pokročilým onkologickým ochorením bola pre pacienta a jeho rodinu rovnako cenná ako čas prežitia 3 – 14 mesiacov pacientov so sykrátkeho čreva po cievnom ileu.

Tréning v obsluhu vždy okrem pacienta absolvoval i ďalší člen rodiny, aby bola zaistená kontinuita liečby v čase, keď pacient nie je spôsobilý si výživu aplikovať. U onkologických pacientov aplikáciu výživy zabezpečovali prevažne najbližší príbuzní alebo ADOS.

Záver

Domáca parenterálna výživa a hydratacia je štandardný paliatívny postup u pacientov s pokročilými malignitami, u ktorých zlyhala možnosť pe-

rorálnej výživy a hydratacie. Kritériom zaradenia pacientov do programu DPV je lucidný stav vedomia pacienta a dosahovaná úroveň fyzickej kondície vyjadrená Karnofského skóre ≥ 50 . Na začatie liečby sa vyžaduje súhlas rodiny, ktorá aplikáciu výživy musí zabezpečiť a tréningom potvrdená spôsobilosť bezchybne roztoky výživy aplikovať.

DPV zvyšuje kvalitu zostávajúceho života, ktorý pacient prežije doma, v kruhu rodiny. Odstraňuje predčasnú smrť navodenú dehydratáciou a energetickou insuficienciou pri zlyhaní príjmu živín a tekutín perorálnou cestou.

Literatúra

1. Ocón Bretón MJ, et al. Nutritional support and parenteral nutrition in cancer patients: An expert consensus report. *Endocrinol Diabetes Nutr.* 2018;65(Suppl. 1):17-23.
2. Cambor-Álvarez, M, et al. Nutritional support and parenteral nutrition in the oncological patient: an expert group consensus report. *Nutr Hosp.* 2018;35(1):224-233.
3. Bozzetti F, Cozzaglio L, Biganzoli E. Quality of life and length of survival in advanced cancer patients on home parenteral nutrition. *Clinical Nutrition.* 2002;21(4):281-288.
4. Virizuela JA, et al. Nutritional support and parenteral nutrition in cancer patients: an expert consensus report. *Clin Transl Oncol.* 2018;20(5):619-629.
5. Keane N, et al. Performance status, prognostic scoring, and parenteral nutrition requirements predict survival in patients with advanced cancer receiving home parenteral nutrition. *Nutr Cancer.* 2018;70(1):73-82.
6. Bozzetti F. Nutritional support in oncologic patients: where we are and where we are going. *Clinical Nutrition.* 2011;30(6):714-717.
7. Muscaritoli M, et al. Parenteral nutrition in advanced cancer patients. *Critical Reviews in Oncology / Hematology.* 2012;84(1):26-36.
8. Bridgestock H, et al. Home Parenteral Nutrition (HPN) in palliative oncology patients: A UK single centre case series. *Clinical nutrition.* 2017;22:127-128.
9. Finocchiaro E, et al. Home parenteral nutrition in advanced cancer patients: a four-years multicenter prospective observational study. *Nutritional Therapy Metabolism.* 2007;25(1):31-39.
10. Vashi PG, et al. A longitudinal study investigating quality of life and nutritional outcomes in advanced cancer patients receiving home parenteral nutrition. *BMC Cancer.* 2014;14:593-597.
11. Mirhosseini N, Fainsinger RL, Baracos V. Parenteral nutrition in advanced cancer: Indications and clinical practice guidelines. In *Journal Palliative Care.* 2005;8(5):914-918.
12. Bozzetti F, et al. Quality of life and length of survival in advanced cancer patients on home parenteral nutrition. In *Nutrition in Clinical Practice.* 2003;18(2):176-177.
13. Cotogni P, et al. Longitudinal study of quality of life in advanced cancer patients on home parenteral nutrition. In *Cancer Med.* 2017;6(7):1799-1806.

Článok je prevzatý z:

Onkológia (Bratisl.), 2018;13(4):240-244

MUDr. Mária Voleková

Interná klinika, NsP F. D. Roosevelta
Gen. L. Svobodu 1, 97517 Banská Bystrica
mvolekovabb@gmail.com

Potřeby onkologicky nemocných dětí z perspektivy dětí a rodičů

Mgr. Andrea Filová, PhDr. Lucie Sikorová, Ph.D.

Ústav ošetrovatelství a porodní asistence, Lékařská fakulta, Ostravská univerzita v Ostravě, Ostrava – Zábřeh

Onkologické onemocnění v dětském věku významně modifikuje potřeby dětí, preference jednotlivých potřeb a rovněž i jejich naplnění. Cílem našeho šetření byla identifikace potřeb onkologicky nemocných dětí včetně jejich saturace/naplnění a vnímání těchto potřeb rodiči dětí s onkologickým onemocněním.

Výzkumný soubor byl tvořen 50 dětmi a 70 rodiči, kteří byli hospitalizováni nebo přítomni na ambulanci ve vybraných zdravotnických zařízeních Olomouckého kraje bez uvedení konkretizace daného zařízení, a dále rodiči a dětmi sdružujícími se v nadačním fondu Šance onkoláčkům. Šetření probíhalo formou nestandardizovaného dotazníku, který mapoval biologické, psychosociální i spirituální potřeby. Pro statistické vyhodnocení byl použit mediánový test a dále neparametrické testy – chí-kvadrát test, Fisherův exaktní test a Wilcoxonův pořadový test pro dva výběry.

Byly nalezeny nedostatky v identifikaci a saturaci potřeb dětí s onkologickým onemocněním ve všech dílčích oblastech potřeb. Rodiče a děti mají odlišný pohled z hlediska preference i saturace jednotlivých potřeb. Výsledky by měly vést ke zkvalitnění ošetrovatelské péče a především k uspokojování nalezených deficitních potřeb onkologicky nemocných dětí.

Klíčová slova: děti, rodiče, onkologické onemocnění, potřeby

The needs of children with cancer – A view from the perspective of the children and the parents

Infantile oncological illnesses significantly modify the needs of children, the preference of the individual needs as well as their fulfillment. The aim of our analysis was the identification of the needs of ontological ill children including their saturation/fulfillment and the perception of these needs through the eyes of parents with ontological ill children.

The research group consisted of 50 children and 70 parents, who were hospitalized or present at the outpatients' department in selected health care institutions of the Olomouc region without a concretization of the given facility. In addition, the group consisted of parents and children, who are united in the fond Šance onkoláčkům (Give ontological ill children a chance). The survey was conducted with a non-standardized questionnaire, which mapped the biological, psychosocial and spiritual needs. For the statistical evaluation, we used a median text and paramedic tests – the Chi-squared test, Fischer's exact test and the Wilcoxon rank text for two selections.

In our research, we have found insufficiencies in the identification and saturation of the needs of children with ontological illnesses in all subdomains of needs. The parents and the children have different views from their perspective of preference and saturation of the particular needs. The results should lead to an improvement in the quality of the health care and mainly to the satisfaction of the needs of ontological children, which are according to our research lacking.

Key words: children, parents, cancer, needs

Úvod

Diagnóza onkologického onemocnění je traumatizující pro dítě i pro jeho rodinu. Každý rok je v České republice diagnostikováno 300–350 případů onkologického onemocnění u dětí (1).

Protinádorová terapie má významný vliv na uspokojování potřeb dítěte. Určité potřeby se dostávají do popředí, jiné naopak ustupují do pozadí.

McCaffrey (2) konstatuje, že onkologická léčba a především chemoterapie je velmi často dětmi i rodiči označována a považována za největší stresor (3).

Komplexní hodnocení potřeb dětí s onkologickým onemocněním je nedílnou součástí a prioritou ošetrovatelské péče. Kvalitní zhodnocení potřeb

následně vede k efektivitě jednotlivých ošetrovatelských intervencí a především k prevenci vzniku komplikací onkologické léčby. V klinické ošetrovatelské praxi by se dětská sestra měla zaměřit nejen na hodnocení biologických potřeb, ale také na oblast psycho-sociálních a spirituálních potřeb. Pakliže chceme poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči, potřeby dětí s onkologickým onemocněním by měly být posuzovány komplexně.

Na základě literární analýzy českých a zahraničních zdrojů, byly zjištěny značné nedostatky v identifikaci a adekvátní saturaci potřeb dětí s onkologickým onemocněním v české i zahraniční ošetrovatelské praxi. Cílem výzkumného šetření bylo identifikovat potřeby dětí s akcentem

na problematické oblasti potřeb v důsledku onkologické diagnózy a léčby a rovněž zmapovat saturaci/naplnění potřeb.

Soubor a metody

První výzkumný soubor tvořily děti s onkologickým onemocněním, které byly hospitalizovány, nebo přítomny na ambulanci ve vybraných zdravotnických zařízeních Olomouckého kraje, anebo se sdružovaly v nadačním fondu Šance onkoláčkům. Výzkumný soubor dětí tvořilo celkem 50 respondentů (25 respondentů ve věku 7–11 let, 25 respondentů ve věku 12–18 let), z toho 41 žáků základní školy a 9 středoškoláků.

Výzkumný soubor rodičů byl tvořen celkem 70 rodiči dětí s onkolo-

gickým onemocnením, z toho 64 matiek a 6 otců. Väčšina respondentů byla v manželském stave, se stredoškolským vzdeláním a pečovali ešte o ďalší zdravé dieťa.

Kvantitatívny výzkum se uskutečnil prostredníctvom dotazníkového šetrení. Byl použit nestandardizovaný dotazník, ktorý mapoval biologické, psychosociálne a spirituálne potreby (u detí nad 12 let). Z hľadiska vekových disproporcií by pro deti vytvorené 2 typy dotazníkov. Deti vo veku 7–11 let v dotazníku, ktorý tvorilo 24 potrieb (biologických, psychosociálnych), mali možnosť hodnotiť na Likertovej škále (dôležitá – nedôležitá) dôležitosť uvedenej potreby a rovněž saturáciu/naplnenie potreby (ano – ne).

Deti vo veku 12–18 let mali možnosť v dotazníku, ktorý tvorilo 30 potrieb (biologických, psychosociálnych, spirituálnych), označiť na Likertovej škále (velmi dôležitá – dôležitá – nedôležitá) dôležitosť potreby a saturáciu/naplnenie (ano – čiastočne – ne).

Dotazník pro rodičov tvorilo 24 potrieb (biologických, psychosociálnych) a ďalších 6 spirituálnych potrieb, pro rodičov u detí starších 12 let. I v tomto prípade byla využita Likertova škála (velmi dôležitá – dôležitá – nedôležitá) pro označenie dôležitosti potrieb a saturácie/naplnenie potrieb (ano – čiastočne – ne).

Výzkumné šetrenie se uskutečnilo po souhlasném stanovisku Etické komise a souhlasném stanovisku námestkyně pro ošetrovateľskú péču.

Pro popis souboru byla použita popisná statistika (medián, aritmetický průměr, směrodatná odchylka, minimální a maximální hodnota).

Pro srovnání rodičů a dětí bylo provedeno jednotné kódování v dôležitosti i naplnění:

Dôležitosť:

1 veľmi dôležitá, 2 dôležitá, 3 nedôležitá –

Převod:

1 – velmi dôležitá + dôležitá

2 – nedôležitá

Naplnění

1 ano, 2 čiastočne, 3 ne

1 – ano

2 – čiastočne + ne

Pro statistické vyhodnocení byly použity neparametrické testy – chí-

-kvadrát test, v případě nesplnění podmínek pro užití byl aplikován Fisherův exaktní test, dále byl použit Wilcoxonův pořadový test pro dva výběry.

Statistické testy byly hodnoceny na hladině významnosti 5 %. Pro zpracování byl použit program Stata verze 13.

Výsledky

Rodiče označili téměř všechny potřeby jako důležité, ovšem děti tyto uvedené potřeby nepovažovaly za důležité a nejnižší dôležitosť prikladali potrebám – **mít možnost se učit, mít možnost setkat se s dětmi s podobným onemocněním, mít informace o onemocnění prostřednictvím demonstrace na obrázcích, nemít svědění kůže**. Shodně největší dôležitosť obě skupiny respondentů prikladali potrebám **nemít bolest a mít pravdivé informace o svém zdravotním stavu**. Nejdôležitější potřeby pro děti a pro rodiče uvádí tabulka 1.

Z hľadiska preference potrieb vyjádřily děti menší dôležitosť potrieb než rodiče, signifikantně u potrieb **nemít potíže s průjmem** ($p = 0,028$), **nemít potíže se zácpou** ($p = 0,028$), **nemít svědění kůže** ($p = 0,004$), **necítit brnění těla** ($p = 0,020$) a **mít pozitivní pohled na život** ($p = 0,032$). Další rozdíly ukazuje tabulka 2.

V oblasti saturace/naplnění potrieb děti nejmenší naplnění pocitovaly u potrieb **nebýt unavený, mít vyváženou a chutnou stravu, být vyrovnaný s tím, jak mě vnímají ostatní**. Naopak rodiče uváděli nejmenší naplnění u potrieb **mít informace o onemocnění prostřednictvím demonstrace na obrázcích**. Shoda obou skupin nastala u potrieb **být v čistotě**, kdy děti i rodiče hodnotili tuto jako nejvíce saturovanou.

V interpretaci naplnění potrieb byl zjištěn statisticky významný rozdíl u potrieb **mít vyváženou a chutnou stravu**

($p = 0,034$), **mít dostatek informací o onemocnění a léčbě** ($p = 0,013$), **mít pocit, že má život smysl** ($p = 0,002$) – rodiče hodnotili potřeby jako více naplněné. Děti se naopak priklánely k potrebám – **být bez horečky** ($p = 0,027$), **mít soukromí** ($p = 0,028$), **mít možnost se učit** ($p = 0,001$), **mít možnost přístupu k internetu** ($p = 0,031$).

Téměř žádný rozdíl v preferenci potrieb nebyl nalezen u rodičů, kteří měli více dětí a rodičů pouze s jedním dítětem. Rodiče s více dětmi považovali potřebu **nemít potíže s průjmem** ($p = 0,026$) za méně dôležitou.

Dále bylo porovnávané vnímání potrieb dětmi dle jejich věku. V preferenci potrieb z hľadiska věku dětí byl zaznamenan signifikantní rozdíl u potrieb **nemít svědění kůže** ($p = 0,022$) a **necítit brnění těla** ($p = 0,022$) pričemž děti vo veku 7–11 let považovaly tyto jako dôležitější na rozdíl od detí starších (12–18 let). U psychosociálních potrieb – **mít u sebe rodiče** ($p = 0,029$), jsme také zaznamenali statisticky významný rozdíl, kdy mladší děti (7–11 let), hodnotili tuto potřebu jako více dôležitou.

Diskuze

Onkologická diagnóza a léčba modifikuje určitým způsobem potřeby dítěte. Nepříjemné vyšetřovací metody, chemoterapie, radioterapie, četné nežádoucí účinky, dlouhodobá hospitalizace a mnohdy odlučení od rodiny se často projeví v preferencích a v saturaci potrieb nemocného dítěte. Abychom dítěti poskytli komplexní a efektivní péči, měli bychom se zaměřit na hodnocení jeho potrieb a následně jejich saturaci.

Z tohoto důvodu bylo provedeno výzkumné šetrenie, ktoré se snažilo zmapovat preference a saturáciu/naplnenie potrieb z pohľadu detí s onkologickým onemocněním a jejich rodičů.

Tab. 1. Rozdílnost nejdôležitějších potrieb u detí a rodičů

Preference potrieb detí	Preference potrieb rodičů
1. Nemít bolest	1. Mít pocit, že život má smysl
2. Necítit nevolnost	2. Mít pravdivé informace o zdravotním stavu
3. Nemít potíže se zvracením	3. Být vyrovnaný s nemocí
4. Mít pravdivé informace o zdravotním stavu	4. Mít pozitivní pohled na život
5. Mít dostatek informací o onemocnění a léčbě	5. Nemít bolest
6. Být vyrovnaný s tím, jak mě druzí vnímají	6. Být ošetrovaný milým personálem

Z hľadiska poradi preference potrieb detí na rozdiel od rodičov prikládali menšiu dôležitosť predovšetkým vybraným psychosociálnym potrebám. Shoda oboch skupín respondentů nastala u potrieb **nemít bolesť** a **mít pravdivé informácie o svojom zdravotnom stave**, kedy deti i rodičia hodnotili tieto ako najdôležitejšie. Také McCaffrey (2) ve svojej studii upozornil, že deti sa najviac obávajú invazívnych vyšetrení, ktoré sú spojené s bolesťou. Koutecký et al. (3) rovněž konštatuje, že pre deti je najviac traumatizujúci bolestivosť výkonu a také samotné nemocničné prostredie. Informačnými potrebami sa zaoberali Ellis a Leventhal (4), ktorí uvádzajú, že deti chcú byť vždy prioritne informované o všetkých aspektoch prognózy a liečby onkologického ochorenia. Na tieto potreby sa zameriava i Hooker (5) u cieľovej skupiny teenagerů. I pri týchto skutočnostiach majú informačné potreby stále ešte značné rezervy a mala by jim byť každodenne venovaná mnohým väčšiu pozornosť.

Dále byl nalezen signifikantní rozdíl v potřebách **nemít potíže s průjemem, nemít potíže se zácpou, nemít svědění kůže, necítit brnění těla a mít pozitivní pohled na život**, kdy děti vyjádřily nižší důležitost než rodiče. Jedná se především o biologické potřeby, které úzce souvisí s onkologickou léčbou, kdy rodiče na rozdíl od dětí při péči o své nemocné dítě, mohou tyto potřeby mnohem intenzivněji vnímat. Jakákoliv komplikace zdravotního stavu dítěte znamená pro rodiče podávání dalších léků, diskomfort dítěte, intenzivnější péči, další následná rizika například v podobě narušení kožní integrity, infekce..., ale také především obrovský stres a obavy z prognózy onemocnění.

Děti pocítovaly nejmenší naplnění převážně u vybraných biologických potřeb jako je např. spánek a výživa. Hockenberry et al. (6) ve své studii také detekovala vyšší intenzitu únavy u dětí po aplikaci chemoterapie. Děti velmi často neverbalizují, že jsou unavené, proto by tato potřeba měla být pravidelně monitorována a saturována. Vhodné by bylo například využití hodnotících škál Child Fatigue scale (CFS), Parent Fatigue Scale (PFS) a Staff Fatigue scale (SFS),

Tab. 2. Rozdílnost preference potřeb P1 – P30 (rodiče – děti)

Potřeba	Důležité – ano				p-hodnota
	Rodiče		Děti		
	počet	%	počet	%	
P1 Mít vyváženou a chutnou stravu	69	99 %	50	100 %	1.00
P2 Být v čistotě	70	100 %	50	100 %	-
P3 Nemít bolest	69	99 %	50	100 %	1.00
P4 Nebýt unavený	69	99 %	49	98 %	1.00
P5 Nemít potíže s močením	69	99 %	46	92 %	0.159
P6 Nemít potíže s průjemem	70	100 %	46	92 %	0.028
P7 Nemít potíže se zácpou	70	100 %	46	92 %	0.028
P8 Necítit nevolnost	70	100 %	50	100 %	-
P9 Nemít potíže se zvracením	70	100 %	50	100 %	-
P10 Nemít svědění kůže	70	100 %	44	88 %	0.004
P11 Necítit brnění těla	69	99 %	44	88 %	0.020
P12 Být bez horečky	70	100 %	50	100 %	-
P13 Nemít potíže se sliznicí DÚ	70	100 %	49	98 %	0.417
P14 Mít možnost si hrát	69	99 %	50	100 %	1.00
P15 Mít soukromí	68	97 %	50	100 %	0.510
P16 Být ošetřován milým personálem	70	100 %	49	98 %	0.417
P17 Mít u sebe rodiče	70	100 %	50	100 %	-
P18 Mít možnost se setkat s dětmi s podobným typem onemocnění	67	96 %	45	90 %	0.275
P19 Mít možnost se setkat se zdravými kamarády	67	96 %	49	98 %	0.640
P20 Mít dostatek informací o onemocnění a léčbě	66	94 %	48	96 %	1.00
P21 Mít informace o onemocnění prostřednictvím demonstrace na obrázcích	53	76 %	45	90 %	0.057
P22 Mít u sebe osobní předměty	69	99 %	48	96 %	0.570
P23 Mít možnost se učit	58	83 %	35	70 %	0.122
P24 Mít možnost přístupu k internetu	51	73 %	39	78 %	0.669
P25 Mít pocit že má život smysl	18	100 %	21	84 %	0.127
P26 Být vyrovnaný s nemocí	18	100 %	24	96 %	1.00
P27 Být vyrovnaný se změnami na těle	18	100 %	25	100 %	-
P28 Být vyrovnaný s tím, jak mě vnímají druzí	18	100 %	24	96 %	1.00
P29 Mít pozitivní pohled na život	18	100 %	19	76 %	0.032
P30 Mít pravdivé informace o zdravotním stavu	18	100 %	25	100 %	-

kteří prokázaly silnou validitu a reliabilitu.

Rodiče hodnotili nejmenší naplnění potřeb dětí u potrieb **mít informace o onemocnění prostřednictvím demonstrace na obrázcích**. I Mitchell et al. (7) ve svém výzkumu zdůrazňuje, že deti velmi často postrádají informace o onemocnění prostřednictvím demonstrace na obrázcích a také by uvítaly pomoc při vyhledávání informací o nemoci na internetu. V současné technicky vyspělé době stále více dětí dává přednost vyhledávání různých informací na internetu, jedná se nejen o obrázkovou formu u menších dětí, ale také validní informace v písemné podobě u dětí větších.

Elektronická forma takto přinášejících informací se stala pro většinu dětí velmi atraktivní. Také IT gramotnost již ve velmi útlém věku dítěte, vede k preferenci vyhledávání právě těchto elektronických informací. Mnozí rodiče možná ještě dávají přednost klasické obrázkové formě nebo demonstraci modelové situace prostřednictvím hraček, ovšem pro děti může být mnohem zajímavější forma elektronická.

V interpretaci naplnění jednotlivých potřeb byly rovněž nalezeny rozdíly mezi oběma skupinami, a to v biologických a psychosociálních potřebách. Otázka **vyvážené a především chutné stravy** v nemocnici je stále častěji

diskutována, rodiče mají pocit, že tato potřeba je dostatečně naplněna, ovšem děti zastávají opačný názor. Houlston et al. (8) identifikovala nedostatky v oblasti výživy u dětí s onkologickým onemocněním. Dětem nejvíce vadila vůně jídla na oddělení, nevhodné servírování potravin, nedostatečná nabídka a absence oblíbených jídel. Důsledný monitoring a včasná intervence v oblasti stravování v nemocnici by mohla tento problém vyřešit.

Porovnání odpovědí mezi rodiči, kteří mají více dětí a rodiči, kteří mají pouze jedno dítě přineslo statisticky významnou odchylku pouze u jedné biologické potřeby – **nemít potíže s příjmem**. Rodiče, kteří měli více dětí na rozdíl od rodičů pouze s jedním dítětem, považovali potřebu za méně důležitou. Je možné, že především matky/prvorodičky, péči o své první dítě mnohem více prožívají a vnímají, než matky, které mají více dětí.

Mladší děti na rozdíl od starších, označovaly za větší problém **svědění kůže** a **brnění těla**. Mladší děti patrně mnohem více vnímají tyto nepříjemné pocity, které často způsobují diskomfort. Většinou jsou také hospitalizovány s jedním z rodičů, který zdravotní stav dítěte pečlivě monitoruje.

Potřeba **mít u sebe rodiče**, je na rozdíl od středoškoláků, mnohem více preferována dětmi, které navštěvují základní školu. Björk et al. (9) ve svém výzkumu identifikovala skutečnosti zaměřené na potřeby emocionálního a fyzického kontaktu dítěte s rodičem, kdy v přítomnosti rodiče dítě pociťuje jistotu a bezpečí. Je možné, že středoškoláci se vzhledem ke svému věku již snaží odpoutat od rodičů a chtějí více času trávit se svými vrstevníky, proto pro ně tato potřeba není tolik důležitá.

Spirituální potřeby se jevíly důležité především rodičům. Konkrétní potřeby jako **mít pocit, že život má smysl, být vyrovnaný s nemocí** a **mít pozitivní pohled na život**, byly pro rodiče prioritní. Důvodem může být dle Firthové, Luffové a Oliviera (10) to, že vážně nemocné dítě představuje velkou zátěž především pro matky, které jsou z hlediska genderových rolí primárně nastaveny nést odpovědnost za emoční péči o rodinu.

Dětem se jevila jako nejdůležitější spirituální potřeba **být vyrovnaný s tím, jak mě druzí vnímají**. Především starší děti mají často obavy, že změnou svého vzhledu mohou ztratit některé své kamarády a vrstevníky. Jejich postavení v „partě“ už nebude takové, jako dřív. Mohou se stydět za svůj vzhled především v důsledku nežádoucích účinků onkologické léčby.

Hart a Schneider (11) publikovali literární review, jehož výstupem byla doporučení pro péči o onkologicky nemocné dítě. Zdůrazňují, že sestra si musí být vědoma různých ztrát, které děti zažívají ve spojení s onemocněním a léčbou. Na základě těchto by měly poskytovat intervence, které jsou zaměřeny na znovuzískání pocitu „normálnosti“ dítěte.

Závěr

Vzhledem k velkému množství nežádoucích účinků onkologické léčby byla zjištěna nedostatečná saturace ve všech dílčích oblastech potřeb.

Posouzení potřeb dětí s onkologickým onemocněním by se mělo stát každodenní, nedílnou součástí ošetrovatelské péče. Dětská sestra by měla hodnotit komplexně veškeré biologické, psychosociální a také spirituální potřeby dítěte. Ošetrovatelská péče by měla být více zaměřena na systematické, konti-

nuální a komplexní hodnocení potřeb dětí s onkologickým onemocněním čímž by se zefektivnila saturace deficitních potřeb.

Příspěvek je dedikován projektem SGS17/LE/2016 Potřeby dětí s onkologickým onemocněním.

Literatura

1. Vyhliďal T, Ješina O, et al. Pohybové aktivity v dětské onkologii. 1. vyd. Praha: Powerprint. 2014: 191 s.
2. McCaffrey CN. Major Stressors and Their Effects on the Well-Being of Children with Cancer. *Journal of pediatric Nursing* [online]. February 2006; 21(1): 59–66.
3. Koutecký J, Kabičková E, Starý J. Dětská onkologie pro praxi. 1. vyd. Praha: Triton, 2002: 179 s.
4. Ellis R, Leventhal B. Information needs and decision – making preferences of children with cancer. *Psycho – Oncology*. 1993; 2: 277–284.
5. Hooker L. Information needs of teenagers with cancer: developing a tool to explore the perceptions of patients and professionals. *Journal of cancer nursing*. 1997; 1(4): 160–168.
6. Hockenberry MJ. Three instruments to assess fatigue in children with cancer: The child, parent and staff perspectives. *Journal of pain and symptom management*. 2003; 25(4): 319–328.
7. Mitchell W, Clarke S, Sloper P. Care and support needs of children and young people with cancer and their parents. *Psycho – Oncology*. 2006; 15: 805–816.
8. Houlston A, et al. Cook to order: meeting the nutritional needs of children with cancer in hospital. *Paediatric Nursing*. 2009; 21(4): 25–27.
9. Björk M, Nordström B, Hallström B. Needs of young children with cancer during their initial hospitalization: An observational study. *Journal of pediatric oncology nursing*. 2006; 23(4): 210–219.
10. Firth P, Luff G, Oliviera D. Ztráta, změna a zármutek v kontextu paliativní péče. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007: 236 s.
11. Hart D, Schneider D. Spiritual care for children with cancer. *Seminars in oncology nursing*. 1997; 13(4): 263–270.

Článek je převzatý z: Pediatr. praxi. 2017; 18(1): 67–70

Mgr. Andrea Filová

Ústav ošetrovatelství a porodní asistence,
Lékařská fakulta, Ostravská univerzita v Ostravě
Sylabova 19, 703 00 Ostrava – Zábřeh
a.filova@email.cz

Úloha sestry v ošetrovateľskej péči o dieťa během chemoterapie

Bc. Eva Cimbálníková, doc. Ing. Iva Brabcová, Ph.D.

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče

Cílem předkládaného článku je popsat úlohu sestry v průběhu ošetrovateľské péče o dítě během chemoterapie. Článek se zaměřuje na stěžejní činnosti sestry, které jsou pro dětskou onkologii charakteristické a orientují se na ošetrovateľské problémy vzniklé v souvislosti s vedlejšími účinky chemoterapie. Studie je zpracována jako teoretická přehledová práce. K dosažení stanoveného cíle bylo použito kvalitativní výzkumné šetření s využitím techniky sekundární analýzy relevantních zdrojů. Obrazové přílohy byly získány na Klinice dětské onkologie ve Fakultní dětské nemocnici Brno. Dětská onkologie je obor, který se stal nedílnou součástí dnešní moderní medicíny, a díky výraznému pokroku v léčbě nádorového onemocnění se v dnešní době podaří vyléčit téměř 85 % dětských pacientů. V současnosti je ošetrovateľská i lékařská péče o děti s onkologickým onemocněním na špičkové úrovni a oproti minulosti mají pacienti podstatně vyšší šanci na vyléčení.

Klíčová slova: dítě, sestra, onkologie, chemoterapie, cytostatika

The nurse's role in caring for a child during chemotherapy

The aim of the present article is to describe the nurse's role in the nursing care of a child during chemotherapy. The article is aimed at crucial nursing activities that are characteristic for paediatric oncology and oriented at nursing issues arising in association with side effects of chemotherapy. The study is conducted as a theoretical review paper. To achieve the objectives set, the method of qualitative research was employed using the technique of secondary analysis of relevant sources. Pictorial supplements were obtained from the Department of Paediatric Oncology of the Brno University Hospital. Paediatric oncology is a field that has become an integral part of contemporary modern medicine and, owing to major progress in the treatment of tumour disease, nearly 85% of paediatric patients can be cured nowadays. Currently, both nursing and medical care of children with an oncological disease are at a top level and, unlike the past, the patients have a substantially higher chance of being cured.

Key words: child, nurse, oncology, chemotherapy, cytostatics

Úvod

Dětská onkologie je obor, který se v České republice začal rozvíjet v polovině 60. let minulého století, konkrétně od roku 1964, a to díky prof. MUDr. Kouteckému, DrSc., který je dnes považován za zakladatele tohoto oboru (1). Dětská onkologie je v současnosti nedílnou součástí moderní medicíny a od doby svého vzniku prodělala obrovský pokrok a vývoj v oblasti diagnostiky i léčby. Jedná se o multidisciplinární obor, který vyžaduje spolupráci s několika dalšími medicínskými obory. V době, kdy se dětská onkologie vyvíjela, byly léčebné výsledky dětských nádorů velmi špatné. Téměř 97% dětí s nádorovým onemocněním umíralo, podařilo se vyléčit pouze 3% pacientů (1). Díky výraznému pokroku a zvyšování zájmu lékařů o tuto problematiku se vyléčitelnost dětských nádorů v současnosti pohybuje kolem 85%, u akutní lymfoblastické leukemie (ALL) je vyléčitelnost přes 90 %, u akutní myeloidní leukemie

se pohybujeme zhruba kolem 70% vyléčitelnosti (2). Výrazný podíl na zlepšení léčebných výsledků dětských nádorů má i centralizace pacientů s potřebou onkologické péče. V České republice fungují dvě specializovaná centra, která se orientují na diagnostiku a léčbu dětských nádorů, a to centrum ve Fakultní nemocnici Praha Motol a ve Fakultní dětské nemocnici v Brně. Díky centralizaci pacientů do těchto specializovaných pracovišť se dětem může poskytnout komplexní, kvalitní a vysoce odborná lékařská i ošetrovateľská péče (3).

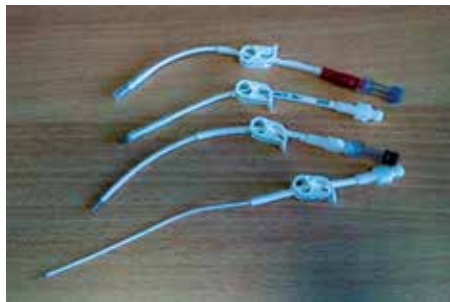
Cílem předkládaného příspěvku je charakteristika vedlejších účinků chemoterapie u dětí a popis stěžejních ošetrovateľských intervencí, které s těmito nežádoucími účinky souvisí. Další část příspěvku se věnuje popisu úlohy sestry při aplikaci cytostatik, základních pravidel manipulace s cytostatikou a uvedením zásad ošetrovateľské péče o centrální venózní katétry.

Metodika

Příspěvek je zpracován formou teoretické přehledové práce. K získání dat bylo použito kvalitativní výzkumné šetření pomocí techniky sekundární analýzy relevantních zdrojů. Některé poznatky byly získány absolvováním odborné stáže na Klinice dětské onkologie ve Fakultní dětské nemocnici v Brně.

Chemoterapie a její účinky

Chemoterapií rozumíme léčbu zhoubného onemocnění podáváním léků s cytotoxickým účinkem, tzv. cytostatik (5, 6). Zařazujeme ji pod medikamentózní neboli protinádorovou farmakologickou léčbu, kam patří i hormonální léčba nebo léčba biologická (4). Dávku cytostatika určíme dle vypočítaného povrchu těla pacienta stanoveného z jeho výšky a váhy, tyto hodnoty musí sestra pečlivě zaznamenávat do dokumentace (4). Cytostatika poškozují hlavně DNA nádorových buněk, bohužel však neroz-

Obr. 1. Box pro uložení cytostatik, zdroj: vlastní**Obr. 2.** Nádoba na cytostatický odpad, zdroj: vlastní**Obr. 3.** Jednocestné katétry, zdroj: vlastní**Obr. 4.** Dvojcestné katétry, zdroj: vlastní

poznají nádorovou buňku od normální, proto poškozují i zdravé rychle rostoucí buňky (5, 7). Z toho důvodu je chemoterapie doprovázena řadou nežádoucích účinků (6). Cytostatika poškozují i tkáň a orgány pacienta, proto se někdy hovoří o toxicitě cytostatické léčby, která vý-

razně zhoršuje kvalitu života pacienta (8). Toxicitu můžeme rozdělit na časnou, která se objevuje během dnů až týdnů a dále toxicitu pozdní, která může nastat v průběhu několika let po ukončení léčby (8).

Výskyt nežádoucích účinků závisí na typu cytostatika a na individuálním metabolismu pacienta. Cytostatika mohou poškodit i další orgány, jako například srdce, ledviny, plíce nebo nervový systém (6). Doba trvání nežádoucích účinků závisí na individualitě jedince, některé mohou vymizet po skončení chemoterapie, jiné odeznívají během měsíců až let (6).

Jedním z častých nežádoucích účinků chemoterapie je útlum krvetvorby, neboli myelosuprese, která závisí na dávce a mechanismu účinku cytostatika (9). Při myelosupresi dochází ke snížení počtu leukocytů (leukocytopenie), trombocytů (trombocytopenie) a erytrocytů (7). Pokles neutrofilů označujeme termínem neutropenie, jejímž následkem je snížená obranyschopnost vůči infekcím (5). Pacient je náchylnější pro vniknutí a následný rozvoj infekce, což může představovat až život ohrožující komplikaci (3). Nejčastější situací spojenou s protinádorovou léčbou je anémie (10). Pacienti mohou pociťovat únavu, dechové potíže, nevykonnost a nesoustředěnost (6). Sestra dle pokynů lékaře zajistí odběr krve na vyšetření krevního obrazu a případně pod dohledem lékaře aplikuje transfuzi (7).

Mezi další časté ošetrovatelské problémy v souvislosti s chemoterapií patří nevolnost a zvracení. Těmto problémům je třeba věnovat náležitou pozornost, protože mnohdy mívají negativní dopad na prospívání pacientů a kvalitu jejich života (11). Nausea či zvracení může nastat během aplikace chemoterapie nebo v průběhu následujících hodin až dní po chemoterapii a přetrvává několik dnů až týdnů (11). Výskyt nevolnosti a zvracení je třeba dopředu předvídat a včas je tlumit podáváním antiemetik, které podáváme již před první chemoterapií, s cílem předcházení negativních zkušeností a obav z další chemoterapie (3). Úlohou sestry je sledování a dokumentace účinku antiemetické léčby (3). Potíže vzniklé po aplikaci chemoterapie

léčíme pomocí prokinetik nebo setronových antiemetik, například Zofran-Zydis, Kytril nebo Navoban, ve formě perorálních léků či rozpustných tablet pod jazyk (3). Intenzivní a dlouhodobé zvracení představuje pro pacienta problémy s příjmem potravy a tekutin, poškození sliznice jícnu, riziko dehydratace a poruchu iontové rovnováhy (11). Pacienti ztrácí chuť k jídlu, nejsou schopni přijímat potravu, což má za následek úbytek na váze, který může během chemoterapie snížit její účinek (7, 10). Sestra pravidelně sleduje a zaznamenává celkový denní příjem potravy, zaznamenává hmotnost dítěte, sleduje bilanci tekutin, aplikuje léky ke zmírnění nevolnosti a zvracení dle ordinace lékaře, sleduje příznaky dehydratace a dbá na její prevenci (11, 12). Dále sestra monitoruje četnost zvracení, množství, charakter a příměsi, přítomnost bolesti břicha a horečky (11). V případě že pacient není schopen přijímat potravu, sestra zajistí konsilium s nutričním terapeutem, eventuálně konzultuje s lékařem možnost parenterální výživy (11).

Dalším velmi častým nežádoucím účinkem chemoterapie je mukozitida, neboli poškození sliznice zažívacího traktu vlivem cytostatické léčby (3). Epitel sliznice patří mezi rychle se obnovující tkáň, proto je mukóza zažívacího ústrojí výrazně citlivá na poškození cytostatiky (3). Mukozitida se projevuje nejčastěji bolestivostí sliznice úst a jícnu, zažívacími problémy (průjem, zácpa) nebo ileem (9). Poškození sliznice dutiny ústní způsobuje bolestivost zejména v oblasti měkkého patra a bukalní oblasti, která je příčinou odmítání potravy, hrozí riziko dehydratace, váhového úbytku a v horších případech je nutná hospitalizace s parenterální výživou (10, 13). Poškozená sliznice dutiny ústní může být vstupní bránou pro infekci, proto je nutné zahájit včasnou léčbu, která je symptomatická, doporučuje se zvýšená hygiena dutiny ústní, výplachy pomocí roztoků obsahujících lokální anestetika, aplikace viskózních gelů (např. Gelclair, Bioextra-Gel) či pastilek s anestetiky (10, 14). Důležitá je hlavně prevence, doporučuje se provádět výplachy fyziologickým roztokem už při prvním podání chemoterapie. Při orální mukozitidě je důleži-

té zahájení včasné léčby bolesti pomocí analgetik, případně slabších nebo silných opioidů (14).

Hlavní úlohou sestry je hodnocení stavu dutiny ústní, ošetřování defektů, sledování nežádoucích účinků analgetik a pečlivý záznam do dokumentace o průběhu ošetrovatelské péče a aktuálním stavu sliznic dutiny ústní (11). Sestra po domluvě s pacientem zajistí vhodnou úpravu stravy, například jídla mletá, kašovitá nebo tekutá (11). Sestra zajistí vhodnou péči o dutinu ústní, doporučí používat měkký zubní kartáček, výplachy dutiny ústní fyziologickým roztokem, ošetřuje defekty na rtech, u hospitalizovaných dětí připravuje roztok pro výplach dutiny ústní dle ordinace lékaře (12). Poškození sliznic vlivem cytostatik je pro děti velmi bolestivé, proto sestra zajistí pravidelné hodnocení bolesti a aplikaci analgetik či opioidů dle ordinace lékaře (11). O výskytu bolesti a aplikaci analgetik sestra provede záznam do dokumentace pacienta.

Dalším typickým a poměrně častým nežádoucím účinkem cytostatické léčby je alopecie, neboli vypadávání vlasů. Tento nežádoucí účinek je velmi nepříjemný a zvláště u mladých dívek i chlapců může vyvolávat psychologické problémy a ovlivnit i sociální život (10). Výskyt alopecie je závislý na dávce a druhu cytostatika, některé druhy léků, například fludarabin nebo cladribin, alopecii nezpůsobují (11). Alopecie nastává 2–3 týdny po zahájení léčby, regenerace nastává 1–2 měsíce po ukončení léčby (10). Kromě vlasů dochází také ke ztrátě řas, obočí, pubického ochlupení, ochlupení v podpaží nebo na dolních končetinách. Vlasy po ukončení léčby dorostou, často v lepší kvalitě než původní. Sestra doporučí ostrihání vlasů při počínající ztrátě, vhodné je nabídnutí poukazu na paruku (7).

Pozdní komplikace chemoterapie

Chemoterapie způsobuje kromě již výše zmíněných nežádoucích účinků také řadu pozdních komplikací, případně výskyt sekundárních nádorů, které vznikají v souvislosti s účinky protinádorové léčby. Chemoterapie může způsobit pozdní komplikace v oblasti kardiovas-

kulárního systému, plic, reprodukčních orgánů, anebo neurokognitivních funkcí (26). Nejčastějším poškozením kardio-vaskulárního systému je akutní nebo pozdní kardiotoxicita, která vzniká zejména po aplikaci cytostatik ze skupiny antracyklinů (26). Akutní kardiotoxicita nastane v průběhu léčby, pozdní vzniká jako pozdní následek mnoho let po ukončení léčby (9). U dětí jsou závažné především pozdní kardiální následky, dítě si po ukončení léčby odnáší do dalšího života subklinické poškození myokardu, které v pozdějším věku může vyústit v závažné klinické komplikace (5).

Další pozdní komplikací chemoterapie bývá pneumotoxicita. Léky, které působí na plicní parenchym většinou vyvolají intersticiální poškození, který se nejčastěji projevuje dráždivým kašlem (5, 9). Nejzávažnějším typem pneumotoxicity je tzv. intersticiální plicní fibróza, která může vzniknout následkem účinků cytostatik typu etoposid, bleomycin nebo metotrexát (27). Závažnou pozdní toxicitou je i periferní neuropatie, jejíž léčba je obtížná a dlouhodobá, vzniká zejména po cisplatině (10). Jednou ze závažných nežádoucích účinků chemoterapie je výskyt pozdních malignit, které vznikají většinou po alkylačních látkách a mohou se vyskytnout až za několik let (26). V souvislosti s chemoterapií může být zvýšené riziko pro vznik kostních sarkomů nebo plicních karcinomů (26). Významným faktorem pro výskyt sekundárních malignit jsou dědičné predispozice. Sekundární nádory vznikají kancerogenním účinkem chemoterapie nebo radioterapie (28). Mezi nejčastější sekundární malignity patří nádory centrálního nervového systému, prsu, štítné žlázy nebo sekundární leukemie (28).

Úloha sestry při aplikaci cytostatik dětem

Aplikace cytostatik je jednou z hlavních kompetencí sestry pracující na onkologickém oddělení. Sestry musí důkladně znát rizika a zásady podávání cytostatik, dodržovat ochranná pravidla při manipulaci s cytostatiky a řídit se dle standardů daného pracoviště (4). Mezi základní úkoly sestry při aplikaci chemoterapie patří péče o žilní vstupy, správná a bezpečná manipulace s cytostatiky,

správná aplikace chemoterapie a případné ošetření extravazátů, práce s dokumentací, znalost zásad likvidace cytotoxického odpadu, sledování nežádoucích vedlejších účinků chemoterapie a komunikace s pacientem (3). Kompetence k podávání cytostatik má všeobecná sestra, která je proškolená v oblasti chemoterapie (15). Sestra musí mít znalosti v oblasti manipulace s cytostatiky, musí znát mechanismy jejich účinku a princip působení, rizika, která souvisí s aplikací cytostatik, dále znalosti o komplexní péči o žilní vstupy, o správném vedení dokumentace, aplikaci chemoterapie u ambulantních i hospitalizovaných pacientů včetně sledování nežádoucích účinků léčby a o správném zacházení s cytotoxickým odpadem (15). Sestra dodržuje pravidla ochrany a bezpečnosti při transportu, skladování a aplikaci cytostatik, musí mít znalosti v oblasti aplikace léčiva do periferních a centrálních žilních vstupů nebo portů, sleduje výskyt komplikací v průběhu aplikace cytostatik (extravazace) a komunikuje s pacientem i jeho rodinou (15). Cytostatika se řadí mezi karcinogenní látky, proto je nutné dodržovat veškeré podmínky a opatření pro transport, manipulaci a přípravu. Příprava cytostatik probíhá v lékárnách, kde léčiva připravuje speciálně proškolený a kvalifikovaný personál, na základě lékařem vystavené žádanky. Připravené cytostatikum je poté opatřeno štítkem, na kterém musí být uvedeny veškeré potřebné údaje. Léky se transportují na oddělení ve speciálních boxech, které musí být opatřeny nápisem Nebezpečná cytostatická látka a označeny symbolem výstrahy (16). Sestra při převzetí cytostatické látky zkontroluje veškeré údaje uvedené na obalu, překontroluje i celistvost balení a uloží cytostatikum do boxu určeného pro chemoterapii (viz obrázek 1), který se uchovává při pokojové teplotě, nebo v lednici v případě zvláštních požadavků (17).

Sestra při manipulaci s cytostatiky musí používat speciální nitrilové rukavice s PPE certifikátem a ústní roušku (17). Cytostatika se připravují na stanoveném místě, k aplikaci se používají speciální uzavřené sety, tzv. Cyto-Set, které zvyšují bezpečnost při přípravě léčiv, a také při likvidaci prázdných obalů

(18). Veškerý materiál, který byl použit v souvislosti s aplikací cytostatik, se odkládá do pytlů či boxů k tomu určených s nápisem cytotoxický odpad – viz obr. 2 (19). Pokud dojde k nečekanému úniku cytostatika, sestra se řídí dle vypracovaného manuálu „Bezpečnostní zásady při havárii cytostatik“, který by měl být zpracován na každém pracovišti (19).

Cytostatika se nejčastěji aplikují intravenózně, v dětské onkologii se k tomuto účelu používají centrální venózní katétr (CVK) či venózní porty. Aplikace cytostatik pomocí periferního venózního katétru, tzv. flexily není příliš vhodná z důvodu vyššího rizika extravazace. Pokud pacient nemá CVK nebo port a je nutné cytostatikum aplikovat pomocí flexily, je nutné dbát na výběr vhodného místa vpichu (předloktí, hřbet ruky), pravidelně kontrolovat místo vpichu za účelem včasného odhalení extravazace. Sestra musí dodržovat předepsané pokyny pro ředění daného cytostatika a expiraci po naředění (13). Před každou aplikací cytostatika je nutné zkontrolovat funkčnost a průchodnost žilního vstupu pomocí proplachu 20 ml fyziologického roztoku (17). V průběhu aplikace sestra sleduje místo vpichu, aby závčas odhalila paravazaci, hodnotí celkový stav pacienta, monitoruje fyziologické funkce a po každé aplikaci cytostatika, i mezi jednotlivými cytostatiky, kanylu proplachuje 10–30 ml fyziologického roztoku (17). Důležité je informovat pacienta, aby upozornil na jakýkoliv pocit pálení, svědění, nebo bolestivosti v místě vpichu a okolí (3). Po ukončení aplikace cytostatika je vhodné provést proplach celé infuzní linky pomocí 100 ml fyziologického roztoku (3). O podání cytostatika je nutné učinit záznam do dokumentace pacienta.

Ošetrovateľská péče o centrální venózní katétr v dětské onkologii

Během onkologické léčby se pacientům podává celá řada léků, které je nutné aplikovat výhradně intravenózní cestou (3). Jedním z předpokladů onkologické péče je zajištění spolehlivého žilního přístupu, díky kterému lze pacientům podávat potřebné léky a doplňovat tekutiny (20).

V dětské onkologii se k aplikaci chemoterapie nejčastěji používají CVK nebo porty, protože periferní cévy se postupně oslabí vazivováním a trombotizací a aplikace periferních přístupů bývá obtížná (21). Centrální žilní vstup znamená vstup do centrálního žilního řečiště, kdy katétr ústí většinou na pomezí duté žíly a pravé srdeční síně (23). Nejčastějšími přístupy do centrálního řečiště je vena subclavia, vena jugularis nebo vena femoralis (11). U větších dětí lze provést periferní centrální kanylaci přes venu cubitalis (20). Venózní katétr lze využít také pro měření centrálního žilního tlaku nebo pro odběry krve, podávání antibiotik, parenterální výživu nebo k aplikaci transfuzí (22). Využití CVK je pohodlnější i pro pacienta, zejména v oblasti celkového komfortu a lepších možností pohybu (22). Nevýhodou CVK je náročnější zavádění, vyšší nároky na ošetrovateľskou péči a zvýšené riziko závažnějších komplikací (11). Díky využití CVK se snižuje riziko paravazace, u dětí však nemůžeme tohle riziko podceňovat, protože dětské pacienty je někdy vzhledem k věku obtížné edukovat, a tak je nutný zvýšený dohled ošetrující sestry během aplikace chemoterapie (4). Délka použití katétru může být měsíc až 1 rok, v závislosti na typu katétru (24). Katétr jsou kontrastní, dobře viditelné na rentgenových snímcích (21).

Pro pacienty s potřebou onkologické léčby se používají katétr ze speciálně upravených materiálů, které jsou antimikrobiálně impregnované a zabraňují tak osídlení katétru mikroorganismy (21). Mezi základní druhy CVK řadíme katétr jednolumenné nebo vícolumenné (viz obrázky 3 a 4), otevřené či uzavřené (24). Mezi otevřené systémy patří punkční CVK, které se zavádějí punkcí do centrální žíly a katétr je následně fixován stehy ke kůži, má spíše krátkodobé využití (21). Další skupinou katétrů, patřících mezi otevřené systémy, jsou tunelizované katétr, které se zavádějí přes podkožní tunel, kolem katétru se nachází tzv. dakronová manžeta umožňující prorůstání epitelu, a tím se vytvoří bariéra zabraňující vniknutí infekce z okolí místa zavedení (21). Doba použitelnosti tunelizovaných katétrů je několik měsíců až let (11). Mezi uzavřené systémy řadíme centrální venózní porty.

U dětí podstupující chemoterapii je nutné všeobecně pamatovat na to, že jsou vlivem léčby imunitně oslabeny, tudíž jsou více náchylnější na vniknutí a následný rozvoj infekce (3). Při ošetrovateľské péči sestra musí myslet na to, že CVK je považován za vstupní bránu infekce do těla pacienta, proto je nezbytně nutné klást zvýšený důraz na důkladnou ošetrovateľskou péči, která hraje důležitou roli v prevenci vzniku infekce. Před každou manipulací s CVK je nutné provést hygienu a dezinfekci rukou, vhodné je použití sterilních rukavic a ústenky (25). Pro dezinfekci jednotlivých lumen je vhodné použít dezinfekční prostředky na bázi chlorhexidinu, nedoporučuje se používat injekční stříkačky o menším objemu než 10 ml, při použití maloobjemových stříkaček hrozí riziko ruptury kanyly (11). Před každou aplikací sestra dezinfikuje vstup a nechá dezinfekci působit minimálně 15 vteřin, dezinfikovaných částí se dále nedotýkáme (21). Vždy před použitím CVK je nutné odsát původní heparinovou zátku, zkontrolovat krevní návrat a propláchnout katétr 10–20 ml fyziologického roztoku, po aplikaci léků provede sestra znovu proplach fyziologickým roztokem a aplikuje cca 3 ml heparinové zátky (24). Nejčastěji se po-

Obr. 5. Průkaz nositele CVK, zdroj vlastní



užívá heparin v poměru 100 IU/1 ml fyziologického roztoku (21). Proplachy heparinovou zátkou se u hospitalizovaných pacientů provádí pravidelně dle zvyklostí oddělení, dále při propuštění a pokud se nebude katétr používat v následujících 24 hodinách (24). Při každé manipulaci s katétre sestra hodnotí okolí vstupu, sleduje známky infekce a výskyt komplikací, jako je bolestivost v místě zavedení, zarudnutí okolí katétru nebo horečka bez zjevných příčin (25). Sestra vždy sleduje funkčnost a průchodnost kanyly, při neprůchodnosti se nedoporučuje postupovat násilím, sestra se jí snaží odtáhnout a informuje lékaře, hrozí zde riziko embolizace (24). Konce lumen katétru sestra kryje sterilním uzávěrem, u dětí je vhodné CVK uložit do sterilní látkové kapsy, která zabraňuje tahu za katétr (24). Manipulaci s katétre omezujeme na minimum, abychom snížili riziko vniknutí infekce (23).

Převazy katétru provádíme v pravidelných intervalech, sestra si vždy důkladně všimá okolí katétru, při výskytu jakýchkoli komplikací neprodleně informuje lékaře. Během převazu je nutné postupovat sterilně, sestra pracuje ve sterilních rukavicích nebo v nesterilních rukavicích s použitím sterilních nástrojů (23). Důležité je dbát na důkladnou očistu okolí místa vpichu pomocí sterilní vatové štětky, odstranění zaschlých krust, očištění křidélek katétru a v neposlední řadě očistu celé kanyly (24). Ke krytí katétru lze použít sterilní gázové krytí nebo transparentní krytí. Gázové krytí je vhodné vyměnit po 2 dnech, transparentní krytí lze ponechat až 7 dní (25). Pokud je krytí katétru znečištěné, vlhké nebo odlepené, provedeme převaz i dříve dle potřeby (23). Bezjehlové adaptéry měníme 1x za 1–7 dnů, infuzní sety s bezjehlovými adaptéry je nutné měnit po 96 hodinách, sety pro podání lipidových roztoků se doporučuje měnit do 24 hodin, u krevních derivátů a transfuzních

přípravků ihned po použití, u dětí s febrilní neutropenií se výměna infuzních setů provádí denně (24). Obvyčejné sety, spojovací hadičky, rampy a kohouty se vyměňují po 24 hodinách (24). Součástí ošetrovatelské péče o CVK je mimo jiné i pečlivé vedení dokumentace, do které sestra zaznamenává datum, hodinu zavedení katétru, typ katétru, záznamy o převazu (provedení, hodnocení, datum, typ krytí CVK), datum výměny systémů hadiček, kohoutů, ramp, bezjehlových adaptérů, aplikaci heparinové zátky, výskyt komplikací, hodnocení bolesti, informování lékaře a datum zrušení či výměny katétru (21). Údaje o ošetrovatelské péči sestra zaznamenává také do Průkazu nositele centrálního venózního katétru, který má každý pacient s CVK u sebe (viz obrázky 5).

Literatura

- Koutecký J. Život mezi bezradějí a úspěchem. Praha: Academia. 2008: 504 s.
- Starý J. Akutní leukémie u dětí. *Onkologie*. 2010; 4(2): 120–124.
- Vorlíček J, Abrahamová J, Vorlíčková H, et al. *Klinická onkologie pro sestry*. 2. vydání. Praha: Grada. 2012: 448 s.
- Petlachová M. Dětská onkologie z pohledu ošetřující sestry. *Onkologie*. 2011; 5(2): 110–111.
- Souček M. *Vnitřní lékařství*. 1. díl. Praha: Grada. 2011: 805 s.
- Vorlíček J, Adam Z, Šmardová L, et al. *Chemoterapie a vy. Rady pro nemocné léčené chemoterapií*. 2. vydání. Brno: Masarykův onkologický ústav. 2013: 35 s.
- Karešová J, et al. *Praktické rady pro onkologické pacienty, aneb, Jak překonat nesnáze při léčbě rakoviny*. Praha: Maxdorf. 2010: 143 s.
- Šiffnerová H. *Zásady cytostatické léčby* [online] 2007. Lékařské listy [cit. 2017–03–07]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/zasady-cytostaticke-lecby-304629>
- Adam Z, Krejčí M, Vorlíček J, et al. *Obecná onkologie*. Praha: Galén. 2011: 394 s.
- Mechl Z, Brančíková D. Nežádoucí účinky protinádorové léčby a jejich léčba. *Medicina pro praxi*. 2009; 6(6): 325–329.
- Vokurka S, et al. *Ošetrovatelské problémy a základy chemoterapie*. Praha: Galén. 2005: 140 s.
- Boledovičová M, et al. *Pediatrické ošetrovateľstvo*. 2. vydání. Martin: Osveta. 2006: 208 s.
- Hercová K. Mukozitida dutiny ústní při radioterapii v oblasti hlavy a krku. *Onkologie*. 2009; 3(2): 127–128.
- Vokurka S. Možnosti léčby bolesti při orofaryngeální mukozitidě a role transdermálních opioidů. *Onkologie*. 2009; 3(1): 44–47.
- Vorlíčková H, Sýkorová Z. Standardní postupy, protinádorová chemoterapie. *Onkologická péče*. 2007; 11(2): 17–18.
- Brabcová I, Bártlová S, Tóthová V, et al. Medikační pochybení z perspektivy managementu zdravotnického zařízení. *Onkologie*. 2014; 8(4): 178–181.
- Drápalová R, Petlachová M. *Aplikace chemoterapie (standardní ošetrovatelský postup)*. Brno: Klinika dětské onkologie, 2016: 9 s.
- Misař P. Bezpečnější příprava a podávání cytostatik [online] 2009. Braunoviny [cit. 2017–03–31]. Dostupné z: <http://braunoviny.bbraun.cz/bezpecnejsi-priprava-a-podavani-cytostatik>
- Šmídová I, Hadravová D, Neumanová R. Bezpečnostní a pracovní postupy při práci s cytostatiky [online] 2012. Linkos: Česká onkologická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně [cit. 2017–03–31]. Dostupné z: <http://www.linkos.cz/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/abstrakta/cislo/5224/>
- Štěrba J. Podpůrná péče v dětské onkologii. Brno: NCO NZO. 2008: 240 s.
- Petlachová M. Péče o centrální venózní katétry. *Pediatric pro praxi*. 2012; 13(1): 52–54.
- Rouzrokh M, Shamsian BS, Tabari AK, et al. Totally Implantable Subpectoral vs. Subcutaneous Port Systems in Children with Malignant Diseases. *Archives of Iranian Medicine*. 2009; 12(4): 389–394.
- Vytejšková R, Sedlářová P, Wirthová V, et al. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III., speciální část*. Praha: Grada. 2015: 308 s.
- Petlachová M. Péče o pacienta s centrálním venózním katétre (standardní ošetrovatelský postup). Brno: Klinika dětské onkologie. 2016: 5 s.
- Grady N, Alexander M, Burns A, et al. Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections [online] 2011. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention [cit. 2017–04–03]. Dostupné z: <https://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/bsi-guidelines-2011.pdf>
- Šiffnerová H. Pozdní vedlejší účinky onkologické léčby u dlouhodobě přežívajících pacientů. *Onkologie*. 2012; 6(1): 31–33.
- Klener P. *Základy klinické onkologie*. Praha: Galén. 2011: 96 s.
- Kepák T. Pozdní následky onkologické léčby v dětském věku – potřeba multidisciplinární spolupráce [online] 2009. Postgraduální medicína [cit. 2018–12–01]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgraduální-medicína/pozdni-nasledky-onkologicke-lecby-v-detskem-veku-potreba-multidisciplinarni-spoluprace>

Článok je prevzatý z:
Onkologie 2018; 12(1): 42–46

Bc. Eva Cimbálníková

Interní oddělení – jednotka intenzivní péče,
Nemocnice Český Krumlov, a.s.
Nemocniční 429, 381 01 Český Krumlov

