


# ZBORNÍK

# ZO XIV. VEDECKEJ KONFERENCIE S MEDZINÁRODNOU ÚČASŤOU „STABILITA A DLHODOBÁ UDRŽATEĽNOSŤ PRE POSKYTOVATEĽOV PALIATÍVNEJ STAROSTLIVOSTI V KONTEXTE NOVÝCH OPATRENÍ“

**Bardejov 2025**




**Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek**
**Regionálna komora sestier a pôrodných asistentiek Prešovského kraja**
**Arcidiecézna charita Košice**
**Hospic Matky Terezy v Bardejovskej Novej Vsi**
**Občianske združenie Hospic Matky Terezy**
**pod záštitou primátora mesta Bardejov, MUDr. Borisa Hanuščaka**
**v spolupráci**
**Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov**
**Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave**
**Karlova univerzita v Prahe, Fakulta sociálnych vied**
**Teologická fakulta Katolíckej univerzity v Ružomberku**

# ZBORNÍK

**zo XIV. Vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou**
**„Stabilita a dlhodobá udržateľnosť**
**pre poskytovateľov paliatívnej starostlivosti v kontexte nových opatrení“**

**Bardejov 2025**

Zborník príspevkov zo XIV. Vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou: **„Stabilita a dlhodobá udržateľnosť pre poskytovateľov paliatívnej starostlivosti v kontexte nových opatrení“**

**Editori**
PhDr. Anna Hudáková, PhD., MBA
PhDr. Dagmar Magurová, PhD., MPH

**Recenzenti:**
PhDr. Lukáš Kober, PhD., MPH
PhDr. Gabriela Kuriplachová, PhD.
Doc. PhDr. Ľudmila Majerníková, PhD., MBA
prof. doc. PhDr. Anna Murgová, PhD.
PhDr. Andrea Obročníková, PhD., MPH
Dr. h. c. Prof. ThDr. Peter Vansač, PhD.

.

**Vydavateľ:** A-print s.r.o. Lipovce pri Prešove

**Rok vydania:** 2025
**Počet strán:** 204
**Náklad:** 100 ks
**ISBN:** 978-80-89721-62-7
**EAN:** 9788089721627

Zborník neprešiel jazykovou úpravou.
Autori príspevkov v plnom rozsahu zodpovedajú za obsahovú a jazykovú správnosť textov.

# OBSAH

**I. PRÍHOVORY ..... 7**
**II. VEDECKÉ PRÍSPEVKY: NEKONFERENČNÉ ..... 27**
PRÍPADOVÁ ŠTÚDIA PACIENTKY S PALIATÍVNYM OCHORENÍM ..... 28
VÝZNAM HYPODERMOKLÝZY V PALIATÍVNEJ OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI ..... 41
PERSPEKTÍVY, STABILIZÁCIA, PREORIENTÁCIA A ÚČINNOSŤ ..... 47
INTERVENCIÍ HOSPICOVEJ STAROSTLIVOSTI ..... 47
BAZÁLNA STIMULÁCIA V OŠETROVATEĽSTVE ..... 61
ZMYSEL ŽIVOTA V ČASE UTRPENIA ..... 68
PACIENT S PERGAMENOVOU RANOU V PALIATÍVNEJ STAROSTLIVOSTI ..... 75
NEFROLOGICKÍ PACIENTI S PORUCHOU KALCIOFOSFÁTOVÉHO METABOLIZMU 89
VÝZNAM VYBRANÝCH FENOMÉNOV FILOZOFIE ..... 100
V PALIATÍVNEJ OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI ..... 100
KOLOREKTÁLNY KARCINÓM U STARŠÍCH PACIENTOV–KLINICKÉ A SYSTÉMOVÉ SÚVISLOSTI V ÉRE PERSONALIZOVANEJ A UDRŽATEĽNEJ MEDICÍNY ..... 107
**III. VEDECKÉ PRÍSPEVKY: KONFERENČNÉ ..... 119**
UPLATŇOVANIE TERAPEUTICKEJ KOMUNIKÁCIE- SÚČASŤ OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI O PALIATÍVNEHO PACIENTA. ..... 120
EMOCIONÁLNE ASPEKTY U SESTIER V PALIATÍVNEJ STAROSTLIVOSTI ..... 129
TROMBÓZA U ONKOLOGICKÝCH PACIENTOV ..... 142
VZŤAHOVOSŤ AKO SOCIÁLNA ZODPOVEDNOSŤ V PALIATÍVNEJ STAROSTLIVOSTI ..... 150
KULTURA FUNERÁLNÍ ..... 157
REŠPEKTOVANIE VÔLE PACIENTA V HOSPICOVÝCH ZARIADENIACH ..... 163
PALIATÍVNA A HOSPICOVÁ STAROSTLIVOSŤ VO SVETLE BIBLIE A MAGISTÉRIA CIRKVI ..... 167
PALIATÍVNA MEDICÍNA - POHĽAD DERMATOLÓGA ..... 185
**PRÍLOHY ..... 197**

## Predhovor

Paliatívna a hospicová starostlivosť predstavuje jednu z najnáročnejších a zároveň najľudskejších oblastí zdravotníckej praxe. Jej cieľom nie je len zmiernenie fyzického utrpenia, ale aj komplexná podpora psychickej, sociálnej či spirituálnej dimenzie života pacienta a jeho blízkych. V období rýchlo sa meniacich spoločenských, ekonomických a zdravotníckych podmienok nadobúda táto starostlivosť ešte väčší význam. Práve preto sa uskutočnila XIV. Medzinárodná vedecká konferencia s názvom ***„Stabilita a dlhodobá udržateľnosť pre poskytovateľov paliatívnej starostlivosti v kontexte nových opatrení“,*** ktorej výsledkom je aj tento zborník vedeckých a odborných príspevkov.

Paliatívne tímy, organizácie a profesionáli sa dnes stretávajú s mnohými výzvami, od legislatívnych zmien, cez nedostatok personálu, až po narastajúce požiadavky na kvalitu, dostupnosť a koordináciu služieb. Nové opatrenia, prijímané na úrovni zdravotníckej politiky, financovania či organizácie starostlivosti, predstavujú pre poskytovateľov nevyhnutnú, no často náročnú adaptáciu. Diskusia o stabilite a udržateľnosti preto nie je len odbornou témou, ale stáva sa priam podmienkou zachovania kontinuity a bezpečnosti starostlivosti o najzraniteľnejších pacientov.

Cieľom tohto zborníka je ponúknuť priestor pre prezentáciu najnovších poznatkov, skúseností, výskumných zistení a praktických odporúčaní, ktoré môžu prispieť k zlepšeniu kvality paliatívnej starostlivosti. Predkladané príspevky reflektujú aktuálne potreby praxe a zároveň poukazujú na trendy, ktoré ovplyvňujú budúci vývoj systému. Autori sa venujú širokému spektru tém, od klinických aspektov paliatívnej a hospicovej starostlivosti, cez manažment a organizáciu služieb, až po vzdelávanie, komunikáciu, interdisciplinárnu spoluprácu či etické otázky.

Mimoriadne dôležitou súčasťou zborníka sú aj príspevky analyzujúce dopady nových opatrení na každodennú prácu poskytovateľov. Zaznievajú v nich skúsenosti z nemocničnej, ambulantnej aj komunitnej paliatívnej a hospicovej starostlivosti, ktoré spoločne tvoria komplexný obraz o tom, ako zmeny v systéme ovplyvňujú dostupnosť, efektivitu a kontinuitu služieb. Ide o podnety, ktoré môžu byť cenným základom pre odbornú diskusiu aj pre tvorcov zdravotníckej politiky.

Významnou hodnotou konferencie bola aj medzinárodná výmena skúseností. Účastníci zo Slovenska i zahraničia prispeli k hlbšiemu pochopeniu toho, ako sa jednotlivé krajiny vyrovnávajú s podobnými problémami a aké riešenia sa ukazujú ako dlhodobo funkčné. Učenie sa z príkladov

dobrej praxe a overených modelov poskytovania paliatívnej a hospicovej starostlivosti napomáha identifikovať možnosti, ktoré sú realizovateľné aj v našich podmienkach.

Tento zborník je preto výsledkom spoločného úsilia odborníkov z rôznych profesií, ktorí pracujú v oblasti paliatívnej a hospicovej starostlivosti s odhodlaním, odbornou kompetenciou a hlbokým ľudským rozmerom. Každý z príspevkov predstavuje dôležitý kamienok v mozaike súčasného poznania a zároveň motiváciu hľadať nové, efektívne a udržateľné riešenia v prospech pacientov a ich rodín.

Veríme, že publikované príspevky budú prínosom pre všetkých, ktorí sa podieľajú na poskytovaní paliatívnej a hospicovej starostlivosti a to, pre zdravotníckych pracovníkov, manažérov, študentov, výskumníkov, ako aj pre tých, ktorí sa aktívne zaujímajú o rozvoj zdravotníckych služieb na Slovensku. Nech je tento zborník inšpiráciou, zdrojom poznania a súčasne impulzom k ďalšiemu rozvoju odboru, ktorého význam sa bude v nasledujúcich rokoch ešte zvyšovať.

Ďakujeme všetkým autorom, recenzentom a účastníkom konferencie za ich odborný príspevok, podporu a ochotu podieľať sa na spoločnej diskusii o budúcnosti paliatívnej a hospicovej starostlivosti. Vážime si ich prácu a nasadenie, ktoré pomáhajú budovať stabilný, kvalitný a udržateľný systém starostlivosti pre tých, ktorí to najviac potrebujú.

*PhDr. Dagmar Magurová, PhD., MPH*

*PhDr. Anna Hudáková, PhD., MBA*

*FZO PU v Prešove*

# I. PRÍHOVORY

***Ing. Ján Basa***

***Vážené dámy, vážení páni, milí priatelia, kolegovia a hostia,***

dovoľte mi, aby som vás v mene Občianskeho združenia Hospic Matky Terezy srdečne privítal na tejto významnej medzinárodnej konferencii, ktorú organizuje Arcidiecézna charita Košice a náš Hospic Matky Terezy v Bardejove spolu s našim občianskym združením.

Je nám cťou, že sme súčasťou hospicovej rodiny pri prvom hospici na Slovensku a tak sa môžeme spoločne zamýšľať nad otázkou, ktorá sa nás všetkých bytostne dotýka: Ako zabezpečiť stabilitu a dlhodobú udržateľnosť poskytovateľov paliatívnej starostlivosti v kontexte nových opatrení?

**Paliatívna starostlivosť ako služba ľudskej dôstojnosti**

Naša práca stojí na hlbokom presvedčení, že každý človek má právo prežiť posledné dni svojho života dôstojne, v pokoji a s pocitom prijatia. Hospic nie je len zdravotnícke zariadenie – je to domov nádeje a zmierenia, miesto, kde sa spája odborná starostlivosť s ľudskou nehou a duchovnou oporou.

Už viac ako dvadsať rokov je Hospic Matky Terezy v Bardejove symbolom toho, že aj v ťažkých chvíľach možno človeku ponúknuť spoločnosť, úctu a lásku. Ako občianske združenie stojíme pri tejto inštitúcii od jej vzniku, s hlavnym cieľom: udržať ju pri živote pre všetkých, ktorí ju budú potrebovať.

**Výzvy stability a udržateľnosti**

No dobre vieme, že takéto poslanie nie je možné napĺňať bez stability a dlhodobej finančnej udržateľnosti. Naše združenie stálo a stále stojí pred veľkou úlohou – zabezpečiť zdroje, ktoré aspoň čiastočne preklenú rozdiel medzi tým, čo štát uhradí a čo je reálna potreba hospicu.

Činnosť nášho občianskeho združenia je často odkázaná na dobrovoľnosť, ochotu a možnosť jednotlivca, alebo organizácie pomáhať.

Dlhé roky bola kľúčovým pilierom podpora cez darovanie 2% a 3% dane. Tento mechanizmus nie je len technickou možnosťou – je to symbol solidarity a dôvery ľudí voči organizáciám, ktoré slúžia verejnému dobru

**Nová legislatíva – nové obavy, ale aj príležitosť**

Od budúceho roka však vstupuje do platnosti nová legislatíva o darovaní 2%/3% z dane, ktorá zásadným spôsobom mení pravidlá pre občianske združenia.

Ako podporovatelia paliatívnej starostlivosti cítime obavy, či tieto zmeny neohrozia stabilitu našich hospicov.

- Budú mať ľudia stále motiváciu darovať časť svojej dane?
- Nebudú prísnejšie podmienky bariérou pre mnohé združenia?
- Nedôjde k oslabeniu podpory práve v čase, keď potreba paliatívnej starostlivosti rastie?

Tieto otázky si kladieme nie zo strachu o seba, ale zo zodpovednosti voči pacientom a ich rodinám. Pretože každý výpadok podpory znamená menej rúk pri lôžkach, menej služieb pre chorých, menej nádeje pre rodiny.

Zároveň však veríme, že nová legislatíva môže byť aj príležitosťou – príležitosťou ukázať, že spoločnosť si vie vážiť a systematicky podporovať tých, ktorí slúžia najzraniteľnejším. Ak dokážeme, že hospic je hodnotou, ktorú nemožno opomenúť, môže sa práve teraz posilniť naše miesto v povedomí spoločnosti.

**Naša vízia do budúcnosti**

V našom občianskom združení sme presvedčení, že stabilita a udržateľnosť spočívajú v troch pilieroch:

A. Spolupráca so štátom a samosprávou – aby financovanie paliatívnej starostlivosti nebolo vnímané ako okrajová téma, ale ako nevyhnutná súčasť zdravotného a sociálneho systému.
B. Podpora zo strany darcov a verejnosti – aby sme dokázali udržať dôveru ľudí a ukazovali im, že každý ich dar má konkrétny zmysel a dosah.
C. Profesionalita a ľudskosť personálu – pretože žiadne peniaze nenahradia lásku a odbornosť, ktorú do svojej práce vkladajú naši lekári, sestry, opatrovatelia a dobrovoľníci.

**Výzva na spoločné úsilie**

Vážené dámy, vážení páni,

na prahu novej legislatívy stojíme pred otázkou: Dokážeme zabezpečiť, aby hospicová starostlivosť ostala stabilná a udržateľná aj pre budúce generácie?

Naša odpoveď je jednoznačná: Áno, ale iba ak spojíme sily v troch oblastiach:

- ak štát na trvalo uzná hospic za neoddeliteľnú súčasť zdravotníckeho systému,
- ak darcovia nestratia dôveru v mechanizmus možnosti darovať 2% alebo 3% z dani,
- ak poskytovatelia paliatívnej starostlivosti budú aj naďalej svedomití, transparentní a verní poslaniu.

Hospic Matky Terezy vznikol ako prvý na Slovensku. Vďaka obetavosti, viere a podpore ľudí prežil až dodnes. Dnes stojí ako svedectvo, že aj na konci života môže byť prítomná nádej a dôstojnosť.

Naše občianske združenie bude aj naďalej stáť pevne pri hospici – ako jeho výhradný podporovateľ, ako hlas, ktorý bude presadzovať potrebu stability a udržateľnosti, a ako svedok toho, že pomoc najzraniteľnejším je vždy najväčším dobrom.

Ďakujem Vám za pozornosť, za spoluprácu a za každú snahu, ktorou spoločne prispievame k tomu, aby paliatívna starostlivosť na Slovensku mala budúcnosť.

Ing. Ján Basa
Prezident Občianskeho združenia
Hospic Matky Terezy

***Mons. Bernard Bober***

***Pozdravný príhovor Mons. Bernard Bobera, košického arcibiskupa - metropolitu, predsedu Konferencie biskupov Slovenska***

Srdečne pozdravuje účastníkov konferencie o paliatívnej starostlivosti v hospicoch na Slovensku. Som rád, že sa s novými skúsenosťami pozrieme na konkrétne riešenia otázok o skvalitnení služieb ľudom v poslednom štádiu života.

Nech z tohto miesta zaznie jasný apel k zodpovedným v našom štáte, aby túto našu snahu a službu adekvátne ocenili a našli prostriedky na činnosť, ako aj na ďalší rozvoj starostlivosti o chorých a zomierajúcich.

Ospravedlňujem sa z neúčasti. S vašimi vzácnymi príspevkami sa rád oboznámim v sumarizačnom zborníku.

Pozdravujem všetkých a žehnám celému podujatiu!

✠ Mons. Bernard Bober
arcibiskup Košickej diecézy
metropolita,
predseda Konferencie biskupov
Slovenska

***PhDr. Bohuš Čepiga, PhD.***

***Vážené dámy, vážení páni, milí kolegovia***

Dovoľte mi, aby som vás srdečne privítal na konferencii, ambíciou ktorej je spájať ľudí s jedným spoločným poslaním – poskytnúť dôstojnú, kvalitnú a ľudskú starostlivosť tým, ktorí sa nachádzajú v najnáročnejšom období života.

**Hospice čelili problémom s dôstojnosťou na konci ľudského života!**

Zástupcovia hospicov, Asociácia hospicovej a paliatívnej starostlivosti Slovenska, Slovenská spoločnosť paliatívnej medicíny, Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou a iní odborníci dlhodobo upozorňovali, že podmienky pre hospice sú výrazne nevyrovnané a mnohé zariadenia fungujú na hranici prežitia. Okrem iného pripomenuli, že Slovensko sa v pláne obnovy zaviazalo k vytvoreniu aspoň 270 nových lôžok paliatívnej starostlivosti. „Ak však neudržíme už existujúce zariadenia, tento záväzok sa stane nesplniteľným," spresnili. Požadované bolo tiež zabezpečiť podmienky na dodržiavanie zákonných povinností, ako sú personálne normatívy a mzdové nároky. Nevyhnutným krokom pre zachovanie existencie hospicov je navýšenie úhrady za lôžkodeň na 230 eur a zrušenie zmluvných limitov zo strany poisťovní.

Daný stav bol vyústením toho, že sme akosi vytesnili smrť zo životov a medicína nám priniesla pocit, že zvíťazíme nad všetkým. Myslíme si, že zomierame až v nemocnici po tom, ako zlyhá všetko ostatné. Nezamýšľame sa však nad kvalitou času v závere nášho života.

Akoby ani poisťovne nevnímali, že je paliatívna starostlivosť súčasťou zdravotníctva. V nemocniciach totiž fungujete na výkon: dávate hadičky, výkony, operujete.

V paliatívnej starostlivosti všetko ukončujeme, z výkonov uberáme a spoločnosť sa domnieva, že nič nerobíme. No všetko, čo robíme, je nevyhnutným procesom, aby situáciu rodiny aj pacienti zvládali.

Uzavretie dohody so zástupcami Asociácie hospicovej a paliatívnej starostlivosti Slovenska nie je len technickým výsledkom rokovaní – je to prejav rešpektu voči práci, ktorú vykonávame s obrovským nasadením, ľudskosťou a odbornosťou. Rok 2025 je rokom, kedy sa opravil dlhodobo nerovnovážny systém financovania hospicovej starostlivosti. Tieto zmeny znamenajú navýšenie úhrad a predstavujú zásadný posun v zohľadnení skutočných nákladov na paliatívnu starostlivosť. Zmeny v úhradách znamenajú, že úhrada za jeden lôžkodeň v hospici sa zvýšila zo 100 na 230 eur a úhrada za výjazd mobilného hospicu vzrástla zo 61 na 95 eur.

Nové opatrenia prinášajú príležitosti, ale aj výzvy. Na jednej strane ponúkajú väčšiu systémovú oporu a možnosti financovania, na druhej strane kladú dôraz na efektivitu, koordináciu a preukázateľné výsledky. Pre nás, poskytovateľov, to znamená hľadať rovnováhu medzi kvalitou starostlivosti a jej dlhodobou udržateľnosťou.

Nakoľko populácia starne, odhaduje sa, že v najbližších rokoch sa nárast počtu paliatívnych pacientov zrýchli. Pre dlhodobú udržateľnosť financovania tejto formy zdravotnej starostlivosti bude nevyhnutné zabezpečenie dostatočného krytia v rámci rozpočtu verejného zdravotného poistenia,

Rozhodnutie o navýšení úhrad je riešením na zlepšenie v zabezpečení dôstojnej paliatívnej starostlivosti na Slovensku.

Táto dohoda, verím, nie je koncom cesty, ale začiatkom nového, stabilnejšieho obdobia fungovania hospicovej a paliatívnej starostlivosti.

Vážené kolegyne, kolegovia,

stabilita a dlhodobá udržateľnosť nie sú len technické pojmy. Sú to hodnoty. Predstavujú záväzok spoločnosti voči ľuďom, ktorí sa blížia ku koncu života.

Táto konferencia je príležitosťou hľadať spoločné riešenia – ako nové opatrenia uchopiť tak, aby nám pomohli, nie uškodili. Ako sa navzájom inšpirovať, podporiť a posilniť.

Dovoľte mi poďakovať vám všetkým – za vašu každodennú prácu, za odvahu a nasadenie. To, čo robíte, je službou nielen pacientom a rodinám, ale celej spoločnosti.

Prajem nám všetkým inšpiratívne diskusie, konkrétne výsledky a najmä pocit, že kráčame správnym smerom – smerom k stabilnej a udržateľnej paliatívnej starostlivosti.

Ďakujem za pozornosť.

PhDr. Bohuš Čepiga, PhD.
vedúci Hospicu Matky Terezy

***PhDr. Jozef Guliga***

***Vážené dámy, vážení páni, milí účastníci konferencie,***

dovoľte mi, aby som sa v mene Okresného úradu v Bardejove, poďakoval organizátorom vedeckej konferencie na tému „Stabilita a dlhodobá udržateľnosť pre poskytovateľov paliatívnej starostlivosti v kontexte nových opatrení“.

Téma dnešnej konferencie je nesmierne aktuálna. Spoločnosť stojí pred výzvami, ktoré sa dotýkajú udržateľnosti a stability zdravotníckych aj sociálnych služieb. O to väčšiu hodnotu má, že sa odborníci stretávajú, hľadajú riešenia a zdieľajú skúsenosti, ktoré môžu prispieť k lepšej budúcnosti poskytovania paliatívnej starostlivosti.

Hospic Matky Terezy v Bardejovskej Novej Vsi je už viac ako dve desaťročia symbolom ľudskosti, služby a nezištnej pomoci tým, ktorí sa ocitli na konci svojej životnej cesty. Vaša obetavá práca je dôkazom toho, že aj v ťažkých chvíľach môže byť prítomná láskavosť, súcit a profesionálna starostlivosť. To všetko má nevyčísliteľný význam nielen pre pacientov, ale aj pre ich rodiny, ktoré nachádzajú v hospici oporu a pochopenie.

Dovoľte mi preto vyjadriť úprimné uznanie všetkým, ktorí sa zaslúžili o organizáciu tejto konferencie, ako aj všetkým zamestnancom a dobrovoľníkom Hospicu Matky Terezy. Vaša práca je svedectvom o tom, že ľudskosť a solidarita sú stále pevnou súčasťou nášho regiónu.

Prajem vám úspešný priebeh konferencie, veľa podnetných diskusií a zároveň veľa síl do ďalšej služby, ktorú konáte pre našich občanov s obdivuhodnou oddanosťou.

S úctou

PhDr. Jozef Guliga
prednosta Okresného úradu v Bardejove

***MUDr. Boris Hanuščak***

***Vážení účastníci konferencie, ctení hostia, milí čitatelia,***

s nesmiernou radosťou a istým zadosťučinením sa na vás obraciam týmito slovami s blahoželaním organizátorom a účastníkom XIV. vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou, ktorej ústrednou témou je „Stabilita a dlhodobá udržateľnosť pre poskytovateľov paliatívnej starostlivosti v kontexte nových opatrení“.

Ako primátor mesta som rád, že takéto cyklické podujatie sa koná práve v Bardejove a Bardejovských Kúpeľoch: svedčí to totiž nielen o dobrom vkuse organizátorov, ale aj o tom, že tejto téme samospráva Bardejova venuje patričnú pozornosť.

Paliatívna starostlivosť je tým, čo najmä v posledných rokoch získava na vážnosti, spoločenskom statuse i záujme so strany relevantných inštitúcií a štátnych ustanovizní. Prevádzkovatelia, zamestnanci i klienti zariadení paliatívnej starostlivosti – kam patrí aj Hospic Matky Terezy v Bardejovskej Novej Vsi – veľmi dobre vedia, aká dôležitá je ich práca. Dôležitá, a dovolím si tvrdiť, že aj nenahraditeľná: tlmiť útrapy, pomáhať dôstojne zavŕšiť svoje dni na tejto zemi, častokrát sa vyrovnať s bolesťou a zachovať tak ľudskú dôstojnosť je poslaním, nielen povolaním. Vyjadrujem preto svoj obdiv, úctu a uznanie všetkým, ktorí sa na tejto činnosti podieľajú, pretože tým vyjadrujú nielen svoj postoj k utrpeniu blížneho svojho, ale aj svoje životné hodnoty, ktoré formovali ich nositeľov i tých, ktorí vo svojom srdci a duši našli dostatok miesta pre všetkých...
Želám Vašej konferencii množstvo inšpiratívnych príbehov, veľa cenných a nových poznatkov a najmä vedomie a utvrdenie sa v tom, že vec, ktorú robíte je vecou správnou a výsostne potrebnou, najmä v terajšej uponáhľanej a v mnohom nepochopiteľnej dobe.

S úctou

MUDr. Boris Hanuščak
primátor mesta Bardejov

***Ing. Eduard Heger***

***Vážení ctení hostia, vážené dámy, vážení páni,***

dovoľte mi, aby som Vás v úvode srdečne pozdravil.
Tento dôležitý deň, kedy s koná konferencia, ktorá sa venuje práve, by som povedal tomu obdobiu na konci života každého jedného z nás. Vašu prácu často krát nevnímame, až do momentu, kedy či už mi alebo niekto z našich blízkych sa ocitne práve v tej poslednej etape. A vtedy môžem povedať, že sme vďační, za vašu prácu, za vašu službu, lásku, ale vôbec za všetky tie skúsenosti, ktoré nadobúdate počas svojej kariéry a prinášate do tejto oblasti. Zato, že sa staráte o to, aby ten odchod z tohto sveta bol naozaj dôstojný. Aj preto Vám chcem popriať, aby ste mali veľmi plodnú diskusiu, aby ste našli riešenia, ako ešte viacej napredovať a priniesť, dovolím si povedať, aj prevratné poznatky práve do tejto oblasti, obzvlášť na Slovensku. Zároveň však chcem sa poďakovať Vedúcemu Hospicu Matky Terezy p. Čepigovi za pozvanie na túto konferenciu, a zároveň aj ospravedlniť.
Je mi veľmi ľúto, že sa nemôžem dnes zúčastniť tejto krásnej a skvelej konferencie, pretože moje pracovné povinnosti mi to nedovoľujú. Pozdravujem vás zo Švédska, kde práve strávim tieto najbližšie dni. Chcem srdečne pogratulovať vedeniu Hospicu Matky Terezy a zamestnancom zdravotníckeho zariadenia k cene primátora, a zároveň ďakujem za skvelú prácu a službu, ktorú odvádzate. Ja sám som Váš hospic osobne navštívil a musím povedať, že to bola skvelá skúsenosť. Bolo vidieť, s akou láskou sa staráte o svojich pacientov, čo je naozaj inšpirujúce pre každého z nás, pozerať sa na svojich blízkych, tak ako sa pozeráte na nich Vy. Veľká vďaka a gratulujem, myslím, že si túto cenu právom zaslúžite.

Dámy a páni Vám všetkým ostatným prajem, aby tento deň bol plodným a veľmi osožným pre Vašu prácu, ale aj pre všetkých na Slovensku.

Srdečne pozdravujem.

Ing. Eduard Heger
bývalý predseda vlády SR

***MUDr. Juraj Holtman***

***Milí priatelia, pracovníci a podporovatelia hospicovej a paliatívnej starostlivosti.***

Aká bude stabilizácia, rozvoj a smerovanie hospicovej a paliatívnej starostlivosti ?
Žijeme v turbulentnej dobe, ktorá je charakterizovaná v zahraničí vojnovými konfliktmi, ktoré sa nedarí riešiť, v našej republike snahou o konsolidáciu verejných financií a šetrením na všetkých úsekoch národného hospodárstva. A samozrejme aj v rezorte zdravotníctva. Teda týka sa to aj nás, pracovníkov a zamestnancov v hospicoch. V tejto oblasti došlo k istým dohodám so zdravotnými poisťovňami už na začiatku roka 2025 o navýšení verejných zdrojov a z týchto dohôd budú musieť vychádzať aj poskytovatelia zdravotnej starostlivosti. Nie je to ľahké obdobie, ale je to možno začiatok stabilizačnej fázy a náznak možného lepšieho pochopenia toho, čo potrebujú a budú aj do budúcna potrebovať na svoju prácu, udržanie a nutný rozvoj hospice. Aj zo svojej skúsenosti lekára pracujúceho v hospici viem, že práca sa neustále zlepšuje, to čo bolo pred desiatimi, alebo dvadsiatimi rokmi je už zastaralé, máme nové liečebné možnosti, nové lieky a čo je najpodstatnejšie, viacej zdravotníckeho a ošetrovateľského personálu. A to je to, čo nám dáva nádej do budúcna, že postupnými krokmi aj v spolupráci so samosprávou , charitou a občianskymi združeniami sa podarí udržať úroveň starostlivosti a že o našich klientov bude postarané tak, ako si to my a aj oni želajú.

MUDr. Juraj Holtman
vedúci lekár Hospicu matky Terezy

***Daniela Klimová***

***Vážené dámy, vážení páni,***

Dovoľte mi aby som Vás všetkých srdečne pozdravila v mene Regionálneho úradu verejného zdravotníctva so sídlom Bardejove a poďakovala za pozvanie na túto konferenciu.
Epidemiológia nás učí chápať život v jeho celku – od prevencie po koniec životnej cesty. Ako epidemiológ si hlboko uvedomujem, že za číslami, štatistikami, s ktorými denne pracujeme, sú konkrétni ľudia – ich životné príbehy, dôstojnosť a potreba ľudskej blízkosti až do posledných chvíľ.

Hospicová starostlivosť je dôkazom, že aj v čase, keď medicína už všetky možnosti liečby, má stále zmysel – liečiť prítomnosťou, slovom, dotykom....
Som rada, že môžem byť súčasťou tohto priestoru, kde sa spája ľudskosť a veda.
Prajem nám všetkým, aby táto konferencia priniesla nové poznanie, ale aj tiché uvedomenie, že ľudskosť je najväčšou silou, ktorú v zdravotníctve máme.
Nech je tiež miestom inšpirácie, zdieľania skúseností a posilnenia spolupráce medzi odborníkmi i inštitúciami, ktoré spoločne tvoria sieť podpory pre pacientov a ich rodiny.

Mgr. Daniela Klimová, MPH
vedúca oddelenia
Oddelenie epidemiológie
RÚVZ so sídlom v Bardejove

***MUDr. Alena Kollárová***

***Vážení kolegovia, kolegyne, všetci, ktorým leží na srdci osud paliatívnej starostlivosti.***

Stabilita a dlhodobá udržateľnosť – tieto slová sú pre nás všetkých mantrou. Sú kľúčové pre pacientov, ktorí potrebujú istotu, že ich neopustíme. Sú životne dôležité pre našich zamestnancov, ktorí v tejto náročnej práci hľadajú zmysel a, samozrejme, aj pevnú pôdu pod nohami.
Stojíme na prahu, alebo už aj priamo v kontexte, nových regulácií a opatrení, ktoré majú potenciál zásadne zmeniť spôsob, akým poskytujeme starostlivosť. Či už ide o zmeny v financovaní, personálnych normách alebo integrácii služieb, každá takáto zmena prináša so sebou nielen byrokratickú záťaž, ale aj príležitosť.
Táto príležitosť spočíva v tom, že nás nové podmienky nútia premýšľať inovatívne. Už nemôžeme "len tak" pokračovať v tom, čo sme robili doteraz. Musíme sa pýtať:

- Ako môžeme byť efektívnejší bez toho, aby sme obetovali kvalitu?
- Ako môžeme zabezpečiť spravodlivé odmeňovanie a zároveň udržať finančnú stabilitu?
- A predovšetkým, ako môžeme udržať ľudskú tvár našej práce uprostred stále prísnejších požiadaviek?

Žiadny systém, ani ten najlepšie financovaný, nemôže byť udržateľný bez ľudí. Naši lekári, sestry, opatrovatelia, psychológovia, dobrovoľníci, sociálni pracovníci – sú srdcom a dušou paliatívnej starostlivosti. Sú to oni, ktorí prinášajú úľavu a dôstojnosť v najťažších chvíľach.
Ak hovoríme o udržateľnosti, musíme hovoriť o podpore zamestnancov: o prevencii syndrómu vyhorenia a zabezpečení psychohygieny. Paliatívna starostlivosť je emocionálne vyčerpávajúca a musíme investovať do tých, ktorí investujú do našich pacientov. V záujme vzdelávania a kvalifikácie musíme zabezpečiť, aby naši ľudia boli nielen profesionálni, ale aby mali aj kontinuálny prístup k najnovším poznatkom a technikám. Nové opatrenia nesmú byť len prekážkou, ale akýmsi katalyzátorom, ktorý nás prinúti definovať optimálny a efektívny model poskytovania paliatívnej starostlivosti pre 21. storočie.

Našou spoločnou misiou nie je len prežiť nové regulácie, ale prosperovať vďaka nim. Stabilita, ktorú hľadáme, nie je len ekonomická. Je to stabilita, ktorá zaručuje, že každý človek na konci života dostane kvalitnú, komplexnú a ľudskú starostlivosť, ktorú si zaslúži.

Verím, že výsledkom konferencie nebudú len záznamy a prednášky. Verím, že odídeme s konkrétnymi návrhmi, riešeniami a, predovšetkým, s novou energiou a odhodlaním. Poďme sa spoločne venovať tomu, ako premeniť výzvy nových opatrení na pilier dlhodobej udržateľnosti a excelentnosti slovenskej paliatívnej starostlivosti.

Ďakujem za Vašu prácu. Nech je táto konferencia inšpiratívna a plodná.

MUDr. Alena Kollárová
Prezidentka AHAPS
Riaditeľka Hospicu sv. Františka z Assisi v Palárikove

***Ing. Cyril Korpesio***

***Vážení a milí hostia,***

chcel by som vás srdečne privítať na XIV. medzinárodnej hospicovej a paliatívnej konferencii. V poslednom čase sa nám poradilo veľa dobrých vecí v paliatívnej starostlivosti. Bolo to úsilie mnohých a mnohých ľudí, ktorí sú v tom zaangažovaní už dlhé roky. Môžeme sa opýtať prečo sa už 14. krát schádzame a prečo to má význam?

Myslím si, že ľudia, ktorí asistujú našim blízkym pri odchode do večnosti, potrebujú sa s týmito ťažkými skúsenosťami zdieľať, potrebujú sa stretnúť a o týchto veciach medzi sebou rozprávať, lebo sú to ťažké veci, ktoré každého jedného človeka sa istým spôsobom dotknú a porozprávať sa o tom, vymeniť si tie skúsenosti a povedať aj také hlboké veci, ktoré pri tom človek prežije, má veľký význam a myslím si, že pomáha každému jednému z nás.

Každý z nás raz bude odchádzať z tohto sveta, každý z nás si to musí prežiť a zažiť a je veľmi dôležité, aby pri tom odchode, mohla byť, ak je to možné, aj naši blízky, aby sme sa mohli aj v tých chvíľach, ktoré prichádzajú, porozprávať, odpustiť si, zdieľať, obetovať svoje trápenia za našich blížnych a možno sa aj pomodliť spolu s nimi. Je to v živote dôležité a si to ocení ten, kto si takéto chvíle zažije v našich hospicoch po celom Slovensku. Preto to má význam.

Ing. Cyril Korpesio
Arcidiecézna charita Košice
adch-ke@charita-ke.sk

***Mgr. Ľuboš Mikula***

***Vážené dámy, páni, vážení účastníci vedeckej, medzinárodnej konferencie.***

Pre mesto Bardejov je veľkým požehnaním, že vďaka ľuďom veľkého srdca máme v našom regióne takéto vyspelé zdravotnícke zariadenie akým je Hospic Matky Terezy. Vôbec ako prvé zariadenie tohto typu na Slovensku, ktoré už dvadsaťdva rokov presahuje svojou pôsobnosťou nielen okres Bardejov, ale aj územie Slovenska. Dôkazom toho je aj pravidelné konanie vedeckej, medzinárodnej hospicovej konferencie. Pre občanov mesta Bardejov je táto služba veľmi prínosná a v ťažkých životných situáciách pomáha zvládnuť chvíle, ktoré neoddeliteľne patria k životu. Pomáhajú ľuďom, ktorí sú na to odkázaní a potrebujú odbornú opatrovateľskú a ošetrovateľskú starostlivosť.

Okrem toho svojou odbornou starostlivosťou pomáhajú nielen klientom, ale aj ich príbuzným na čo netreba zabúdať. Takýchto zariadení je na Slovensku málo a pri tom dopyt po paliatívnej starostlivosti a tým spojených zdravotníckych službách je veľký. Často ich preto musia zastúpiť zariadenia pre seniorov, kde klientom je poskytnutá sociálna služba, ktorá je v takýchto prípadoch často nedostačujúca. Mestský úrad Bardejov spolupracuje s hospicom Matky Terezy a snaží sa s ním čo v najväčšej miere komunikovať a spolupracovať. Spolupráca prebieha najčastejšie pri umiestňovaní našich občanov na základe ťažkého zdravotného stavu alebo v prípadoch, kedy pre klientov v zariadení pre seniorov alebo klientov terénnej opatrovateľskej služby je už opatrovateľská služba nedostačujúca. Máme ale aj prípady kedy pomáhame klientom hospicu umiestniť sa v zariadení pre seniorov.

Tak ako pre Matku Terezu boli prirodzené nie slová, ale činy, tak pre hospic nesúci jej meno je prirodzená nielen obetavá práca, ale hlavne to, že práca je viac poslaním.

Dovoľte mi, Vám všetkým poďakovať za to, že ste.

S úctou

Mgr. Ľuboš Mikula
vedúci oddelenia sociálneho
Mestský úrad Bardejov

***MUDr. Marek Pytliak, PhD., MPH, MBA, MSc.***

***Vážené dámy a páni, milí kolegovia a priatelia hospicovej starostlivosti,***

Dovoľte mi v mene našej nemocnice srdečne pozdraviť a poďakovať vám za vaše poslanie. Práca so zomierajúcimi je mimoriadne náročná – odborne, ľudsky aj emočne – a Vy ju každý deň nesiete s tichou odvahou a pokorou. Váš prístup spája profesionalitu s hlbokou úctou k dôstojnosti človeka, a to v chvíľach, keď je podpora najpotrebnejšia. Naša spolupráca s hospicom nám pripomína, že zdravotná starostlivosť nekončí diagnózou ani liečbou, ale pokračuje v sprievode, úľave a prítomnosti. Vážime si, ako citlivo pomáhate pacientom aj ich rodinám nachádzať istotu, zmysel a pokoj. Táto konferencia je príležitosťou zdieľať skúsenosti, posilniť interdisciplinárnu spoluprácu a hľadať nové cesty k ešte kvalitnejšej paliatívnej starostlivosti.
Ďakujem Vám za Vašu oddanosť a ľudskosť; uisťujem vás, že naša nemocnica zostáva pevným partnerom vo vašom úsilí.

Prajem vám inšpiratívne stretnutie, nové podnety a veľa síl do ďalších dní.

S úctou a podporou,

MUDr. Marek Pytliak, PhD., MPH, MBA, MSc.
Riaditeľ Nemocnice Arm. Generála L. Svobodu Svidník, a.s.
Ul. MUDr. Pribulu 412/4
089 01 Svidník

***Ing. Tamara Šatanková***

***Vážené dámy a páni, milí priatelia hospicovej starostlivosti,***

Veľmi ma teší, že práve arcidiecézna charita Košice a Hospic Matky Terezy v Bardejove a OZ Hospic Matky Terezy organizuje svoju výročnú schôdzu v Bardejovských Kúpeľoch. Myslím, že naša spolupráca je vo všetkých oblastiach na vysokej profesionálnej úrovni a pomáhame si ako sa dá. Rada by som predovšetkým vyzdvihla prácu všetkých zamestnancov, ktorí sa s láskou a pokorou starajú o svojich klientov. Nikdy im ani v ťažkých chvíľach nechýba úsmev na tvári a sú odhodlaní vždy a každému pomáhať.

Chcem preto zaželať tejto organizácii vždy lojálnych a ústretových zamestnancov, aby vždy pretrvávala spokojnosť príbuzných, že je o ich najbližších postarané čo najlepšie a nech sú nám príkladom aj do nášho života, lebo toto uznanie si naozaj zaslúži každý jeden zamestnanec.

Prajem všetko len to najlepšie

Ing. Tamara Šatanková
Ekonomicko - obchodná riaditeľka
Bardejovské Kúpele a.s.

***MUDr. Leona Šóthová***

***Vážené kolegyne a kolegovia.***

Dovolím si Vás srdečne pozdraviť ku príležitosti XIV. Medzinárodnej vedeckej konferencie ktorá sa koná v krásnom prostredí Bardejovských kúpeľov a.s.
Témou tohtoročnej konferencie je Stabilita a dlhodobá udržateľnosť pre poskytovateľov paliatívnej starostlivosti v kontexte nových opatrení. Téma je v súčasnej dobe viac ako aktuálna a rezonuje v spoločnosti už od jesene minulého roka. Tieto udalosti odštartovali novú kapitolu rozvoja paliatívnej starostlivosti na Slovensku. Zriaďovatelia hospicov upozornili na kritickú situáciu vo financovaní tohto segmentu zdravotnej starostlivosti, hlavne hospicov a aj naďalej podnikajú kroky ktoré vedú k systémovej zmene týchto zdravotníckych zariadení. Položme si otázku, na čo potrebujú hospice peniaze. Za formálnou odpoveďou smejúcou k nutnosti pokrytia personálnych a prevádzkových nákladov sa skrýva svet paliatívnej starostlivosti. Nenechajte sa pomýliť prvým alebo druhým dojmom. Za múrmi udržiavaných budov zasadených do ešte udržiavanejších záhrad, s príjemne vybaveným interiérom a usmievavým a empatickým personálom, je funkčné zdravotnícke zariadenie spĺňajúce náročné podmienky ktoré predpisy požadujú. A áno. Hospice sú zdravotnícke zariadenia, rovnako ako nemocnice , polikliniky.
A personál? Personál tvorí jeden celok, jeden tím. Každý má svoje úlohy ale každý vie, že iba pri koordinovanej spolupráci je možné sa dobre postarať o pacienta a jeho príbuzných, ktorí sa nám v okamihu zmenia na pozostalých. Práca v paliatívnej starostlivosti je vysoko odborná a náročná a nekončí uzatvorením zdravotnej dokumentácie. Naša práca presahuje diagnózy uvedené v chorobopise pacienta.

Ďakujem organizátorom za bohatý odborný program a za príležitosť sa stretnúť a nadviazať alebo rozvíjať nové kontakty. Vysoko si vážim Vašej energie a času, ktorý ste venovali príprave tejto krásnej akcie.

MUDr. Leona Šóthová
Prezidentka SSPM

***Ing. et Bc. Jaroslav Živčák, PhD., DrPH.***

***Vážené dámy a páni, milí priatelia hospicovej starostlivosti,***

Vedenie Sociálneho domu ANTIC n. o., Bardejov praje všetkým účastníkom, aby XIV. Vedecká konferencia bola pre každého z prítomných inšpiratívnym zážitkom. Nech každé slovo, každá prezentácia a každá diskusia posunie pohľady a nápady vpred k stabilite a dlhodobej udržateľnosti.

Prajeme vám, aby sa spojením myšlienok a skúseností dosiahli nové výšky a otvorili dvere k ďalším možnostiam. Nezabúdajme, že každý je dôležitou súčasťou tejto cesty.

Všetkým prajeme hladký priebeh XIV. Vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou spojenú s obohacujúcou energiou a efektívnou dynamikou.

S úctou a prianím dobrého

Ing. et Bc. Jaroslav Živčák, PhD., DrPH.
generálny riaditeľ
sociálneho zariadenia ANTIK n.o. v Bardejove

# II. VEDECKÉ PRÍSPEVKY: NEKONFERENČNÉ

# PRÍPADOVÁ ŠTÚDIA PACIENTKY S PALIATÍVNYM OCHORENÍM
# CASE STUDY OF A PATIENT WITH PALLIATIVE DISEASE

PhDr. Mgr. Jana Cinová, PhD., PhDr. Iveta Ondriová, PhD.,
PhDr. Andrea Šuličová, PhD., PhDr. Marcela Hudáková

*Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, Katedra ošetrovateľstva*

**Abstrakt**

Úvod: Počas profesionálnej kariéry sú zdravotnícki pracovníci mnohokrát konfrontovaní poskytovaním paliatívnej starostlivosti. Očakáva sa, že pri uplatňovaní jej filozofie budú rešpektovať jej ciele a princípy. **Cieľ:** Cieľom práce bolo prostredníctvom kazuistiky interpretovať, ako nevyliečiteľné ochorenie ovplyvňuje psycho – sociálnu dimenziu kvality života pacienta. Metóda a súbor: Realizovali sme prípadovú štúdiu u pacientky v paliatívnej liečbe. Výsledky: Na základe kvalitatívnej analýzy výsledkov prípadovej štúdie konštatujeme, že zvládať paliatívne ochorenie a žiť čo najkvalitnejší život je veľmi náročné, tak pre samotného pacienta, ako aj pre jeho rodinu a blízkych. Zároveň je to náročné aj pre celý multidisciplinárny tím, ktorého členovia sa mnohokrát dostávajú do situácie, kedy nevedia adekvátne odborne a prakticky reagovať. Záver: Záverom práce navrhujeme odporúčania smerujúce ku kvalitnejšiemu uplatňovaniu princípov paliatívnej starostlivosti v klinickej praxi, ktoré významne ovplyvňujú jednotlivé dimenzie kvality života pacienta s nevyliečiteľným ochorením, nevynímajúc jeho najbližších.

Kľúčové slová: Paliatívna starostlivosť. Paliatívny pacient. Dimenzie kvality života. Ošetrovateľstvo. Kazuistika.

**Abstract**

**Introduction:** Healthcare professionals are often involved in the provision of palliative care during professional careers. They are expected to respect its aims and principles when implementing its philosophy. **Goal:** The aim of the work was to interpret, through case studies, how an incurable disease affects the psycho-social dimension of the patient's quality of life.

**Method and respondent:** We conducted a case study of a patient in palliative care. **Results:** Based on a qualitative analysis of the case study results, we conclude that managing a palliative illness and living the best possible quality of life is very challenging, both for the patient himself, as well as for his family and loved ones. At the same time, it is also challenging for the entire multidisciplinary team, whose members often find themselves in situations where they are unable to respond adequately professionally and practically. **Conclusion:** We propose recommendations aimed at improving the application of palliative care principles in clinical practice, which significantly affect individual dimensions of the quality of life of a patient with an incurable disease, including their loved ones.

**Keywords:** Palliative care. Palliative patient. Dimensions of quality of life. Nursing. Case study.

## ÚVOD

O smrti a umieraní možno uvažovať z rôznych hľadísk, tak z hľadiska filozofického, psychologického, teologického či sociálneho. Čas umierania môže byť v ideálnom prípade časom duchovného uzmierenia a vnútorného spojenia so svetom. Avšak môže byť pre umierajúceho pacienta aj obdobím, v ktorom dominujú obťažujúce príznaky choroby a strachu z toho čo príde. Často vyvoláva aj väčšie obavy, ako samotná smrť. Je to spôsobené strachom z utrpenia a bolesti (Ondriová a kol. 2015). Počas profesionálnej kariéry sa zdravotnícky pracovník stretne asi s 2000 umierajúcimi pacientmi. Napriek tomu sa často dostáva do situácie, že nevie alebo nedokáže adekvátne odborne a prakticky reagovať (Németh 2012, In: Cinová, Ondriová 2002). Cinová a Ondriová (2012) konštatujú, že umierajúci pacient je z ošetrovateľského pohľadu najnáročnejším pacientom. Zároveň apelujú aj na fakt, že neoddeliteľnou súčasťou paliatívnej starostlivosti je zachovanie úcty ku každému človeku. Umieranie paliatívneho pacienta prináša strach z utrpenia, strach z toho čo príde. Paliatívny pacient trpí rôznymi obťažujúcimi príznakmi, predovšetkým bolesťou. Mnohokrát nevie prijať skutočnosť smrti a žiada pokračovať v kauzálnej liečbe, aj keď už možnosti tejto liečby sú vyčerpané. Je dôležité uviesť do pozornosti, že paliatívny pacient má výsostné právo na dôstojnú smrť, slobodnú voľbu miesta, kde zomrie a kvalitnú starostlivosť. Zároveň sa vedome alebo nevedome vyrovnáva s tým, že je na konci života. Je často závislý na starostlivosti, má biologické, psychické, sociálne a spirituálne problémy, stráca perspektívu, zmysel života a silu bojovať. Tento proces umierania si teda v plnej miere žiada uplatnenie filozofie paliatívnej starostlivosti, ktorá je aplikovateľná v akomkoľvek prostredí. Táto starostlivosť by mala byť poskytnutá súčasne s ostatnou potenciálne liečebnou alebo život predlžujúcou liečbou kedykoľvek v priebehu akéhokoľvek závažného ochorenia. Viaceré štúdie

uvádzajú, že pacienti zaradení do paliatívnej starostlivosti majú omnoho lepšiu kvalitu života oproti pacientom dostávajúcim štandardnú liečbu bez podpory paliatológa (Mrocek, 2017).

# 1 KAZUISTIKA PACIENTKY S PALIATÍVNYM OCHORENÍM

## 1.1 Cieľ, výber metodiky a prípadu kazuistiky

Hlavným cieľom kazuistiky bolo interpretovať a kvalitatívne analyzovať, akým spôsobom vplýva nevyliečiteľné ochorenie na psycho – sociálnu dimenziu pacientky s onkologickým ochorením v období paliatívnej liečbv. Realizovali sme zámerný výber prípadu kazuistiky, ktorým bola 55 ročná pacientka s diagnózou karcinóm prsníka po 4. recidíve a v 3. línií paliatívnej liečby. K získaniu údajov sme realizovali pološtrukturovaný rozhovor v priebehu dvoch osobných stretnutí. Získali sme aj súhlas na použitie záznamov zo zdravotnej dokumentácie, ktoré nám boli sprístupnené so súhlasom respondentky. Zároveň so súhlasom respondentky sme realizovali audiozáznam jednotlivých rozhovorov.

## 1.2 Štruktúra kazuistiky

*Anamnéza*

*Osobná anamnéza:* Prípadom kazuistiky je 55 ročná pacientka s karcinóm prsníka po 4. recidíve a v 3. línií paliatívnej liečby. Pacientka v detstve prekonala bežné ochorenia. Prekonala 2x COVID-19, očkovaná nie je. V roku 2020 vo veku 50. rokov prekonala trombózu a pľúcnu embóliu. V roku 2023 jej z dôvodu komplikácie chemoterapeutickej liečby diagnostikovali srdcové zlyhanie. *Rodinná anamnéza:* Otec respondentky zomrel na leukémiu vo veku 32 – rokov, 1,5 roka po diagnostike onkologického ochorenia. Respondentke nebola skríningom potvrdená predispozícia na vznik onkologického ochorenia. *Sociálna anamnéza:* Respondentka je vydatá, žije s manželom v spoločnej domácnosti. Má dve dospelé deti, ktoré žijú v samostatných domácnostiach. Rodinné vzťahy sú stabilné. Respondentka toho času pracuje na mestskej polícií, zároveň je členkou neziskových organizácií orientovaných sa onkologických pacientov. *Životný štýl:* Momentálne je nefajčiarka, avšak pred ochorením bola aktívnou fajčiarkou. Venuje sa turistike, bicyklovaniu a dlhým prechádzkam. Spánok má nekvalitný, nakoľko ho často krát ovplyvňujú vedľajšie účinky chemoterapie. *Gynekologická anamnéza:* Respondentka bola 2x tehotná, pričom tehotenstvá boli v oboch prípadoch ukončené pôrodom. V roku 2008 podstúpila

hysterektómiu. *Lieková anamnéza:* Aktuálne má nastavenú biologickú liečbu s dávkou paliatívnej chemoterapie; užíva Gopten; každý deň si aplikuje Fraxiparine.

*Katamnéza, analýza a interpretácia*

Ochorenie sa u respondentky začalo v roku 2009. Počas samovyšetrovania prsníka si nahmatala neznámy útvar, ktorý sa niekoľko dní objavoval a opätovne mizol. Respondentka uvádza: „Keď som si hrčku opäť nahmatala, okamžite som navštívila ambulanciu gynekológie a odvtedy to už malo rýchly priebeh.“ Gynekologička pacientku odoslala na ultrazvuk prsníka a mamografiu, neskôr jej bola realizovaná biopsia. Respondentka sa po 3 týždňoch dožadovala výsledkov z histológie. V rámci konzultácie s lekárom prežila hrôzu. Lekár na pracovný stôl v ambulancii položil hárok s názvom „onkologická ambulancia“. Respondentka bola o svojom ochorení oboznámená takýmto nepriaznivým a zarážajúcim spôsobom. Uvádza: „začali mi lietať oči z lekára na sestričku a pýtala som sa, že čo teraz? Ja som to vtedy takto nepoznala, keď niekto spomenul onkológiu, vtedy to bolo ešte také tabu, málo ľudí o tom rozprávalo a nevedela som, na ktorú onkológiu mám ísť, kde to je. Lekár bol rázny a len mi povedal, že to si musím vybrať ja“. Gulášová (2009) konštatuje, že človek, ktorému bolo diagnostikované nevyliečiteľné alebo onkologické ochorenie sa náhle ocitá v role pacienta, kedy sa stáva citlivejší a psychicky labilnejší. Prioritou lekára je diagnostikovať problémy pacienta, ako aj ďalšie významné anamnestické údaje. Lekár často nemá čas zisťovať, ako sa pacient cíti z psychického hľadiska. Dané konštatovanie sa v nami realizovanej kazuistike potvrdilo. Pacientke bola veľmi nápomocná pri oznámení nepriaznivej diagnózy práve sestra v ambulancii, ktorá ju náležite usmerňovala a prejavila empatické správanie, ktoré je v profesii zdravotníckeho pracovníka dôležité. Respondentka uvádza, že je sestre povďačná, nakoľko vďaka jej pomoci si našla úžasného onkológa, u ktorého je už 16 rokov dispenzarizovaná. V dobe diagnostiky jej lekári stanovili prognózu maximálne 2 rokov života. Pri otázke, čo jej napadlo, ako prvé odpovedá: „rakovina = smrť! Pamätám si, že keď som vychádzala z ambulancie, čupla som si a len som plakala a plakala. Potom som sa postavila a hovorím si, že čo budem dnes variť? Vtedy to bol naozajstný šok“. Respondentka ten prvotný moment oznámenia nepriaznivej diagnózy vnímala intenzívne aj kvôli prítomnosti manžela, ktorý to znášal ešte horšie, ako ona sama. Onkologické alebo chronické ochorenia zásadne ovplyvňujú život jednotlivca a predstavujú výrazný stresor, na ktorý každý človek reaguje iným spôsobom. Takéto ochorenie má veľmi veľký vplyv na bio – psycho – sociálnu stránku každého jednotlivca. Predstavuje dynamický proces pozostávajúci z určitých fáz, kedy jednotlivec začne vnímať a pozorovať symptómy ochorenia, pokračuje diagnostikou ochorenia a liečbou. Reakcie jednotlivca na ochorenie závisia od závažnosti ochorenia, postupov zvládania náročných

situácií a od prítomnosti alebo neprítomnosti sociálnej opory. Morse a Johnson (1991) vypracovali model fáz reakcií jednotlivca, ktorý hovorí o neistote, kedy sa človek snaží pochopiť symptómom, ktoré prežíva a tomu, akú závažnosť predstavujú. Model ďalej spomína fázu rozrušenia, v ktorej jednotlivec zisťuje závažnosť situácie, prežíva stres, zdôveruje sa blízkym osobám a môže vyhľadávať zdravotníkov. Nasleduje fáza snahy o zotavenie, v ktorej sa jednotlivec rôznymi spôsobmi snaží prevziať kontrolu nad ochorením. Poslednou fázou je obnovenie pohody, ktorá je charakteristická dosahovaním emočnej rovnováhy jednotlivca, a teda je to fáza, kedy pacient prijíma ochorenie a vyrovnáva sa s vplyvom ochorenia na jeho život (Dankulincová a kol. 2023). Na základe analýzy predkladanej kazuistiky konštatujeme, že respondentka po stanovení diagnózy prežila prvotný šok, keď spracovávala prežitú situáciu. Utvrdzovala sa a verila v mylnú diagnózu lekára. Prvou myšlienkou respondentky po oznámení závažného stavu bol koniec jej života a smrť, nakoľko lekárska prognóza bola stanovená pacientke na 2 roky života. Intenzívnu reakciu na diagnózu prežívala aj kvôli prítomnosti manžela, ktorý to znášal výrazne traumatizujúco, omnoho intenzívnejšie, ako ona samotná. Najbližšie obdobie v trvaní 2 mesiacov respondentka často pociťovala hnev a reagovala podráždene na väčšinu situácií, pričom dôvod jej hnevu si nevedela obhájiť. Fáza vyjednávania sa u respondentky nevyskytla, no je vďačná, že ochorenie výrazne neovplyvnilo správanie a prežívanie jej deti, toho času ešte neplnoleté. Respondentka v období po oznámení diagnózy pociťovala aj smútok, ktorý ale neprerástol vo fázu depresie. Nemala potrebu vyhľadať psychologickú pomoc a podporu, ktorá jej však nebola zo strany lekára ani len navrhnutá. V tomto období sa často uzatvárala sama do seba a nechcela svojimi problémami zaťažovať okolie. Po potvrdení diagnózy invazívneho duktálneho karcinómu ľavého prsníka veľkosti 5 cm na onkológií nasledovalo množstvo vyšetrení a chemoterapia. Prvá chemoterapia trvala do roku 2010 a pacientka ju absolvovala v 8. cykloch. Liečba mala pozitívny účinok a nádor sa zmenši, kedy bolo indikované jeho operačné odstránenie. Pacientke odobrali 18 lymfatických uzlín - 14 metastatických, a teda nasledovala ďalšia chemoterapia. Neskôr absolvovala rádioterapiu (28 ožiarení), biologickú liečbu až do roku 2016. Prvá hospitalizácia respondentky bola veľmi rýchla a trvala 3 dni, počas ktorých si prešla operáciou zameranej na odstránenie karcinómu prsníka. Počas hospitalizácie jej najviac pomohla podpora a starostlivosť zdravotníckeho personálu. Všetko sa udialo príliš rýchlo a respondentka nemala čas na zamýšľanie nad tým, čo sa vlastne deje. Rýchlosť prvotného procesu jej uľahčila prekonanie prvotného šoku. V prvých dňoch po oznámení diagnózy bolo pre respondentku veľmi ťažké situáciu spracovať. Pred prvou chemoterapiou nebola dostatočne informovaná o možných vplyvoch liečby a jej dĺžke. Podľa slov respondentky: „nikto mi nepovedal, že ak mi bude aplikovaná červeno sfarbená chemoterapia, budem močiť červený moč, prípadne, ktorý liek páli, a ktorý nie. Ja som si myslela,

že to je niečo zle so mnou, že liečba má negatívne účinky“. Podľa respondentky zdravotnícky personál jej nebol v tej dobe veľmi nápomocný z hľadiska precíznej informovanosti. Dožadovala sa neustále nových informácií, ktoré jej však boli poskytnuté iba útržkovite. Respondentka chápe záťaž zdravotníckych pracovníkov, ale je presvedčená, že ak pacient prechádza chemoterapiou po prvýkrát je nevyhnutné o týchto záležitostiach informovať a precízne pacienta edukovať. Gulášová (2009) uvádza, že edukácia a informovanosť pacienta pred zahájením chemoterapeutickej alebo akejkoľvek liečby je dôležitým aspektom celkového liečebného procesu. Chemoterapeutická aj iná liečba je sprevádzaná rôznymi vedľajšími a nežiaducimi účinkami, ktoré pacienta ovplyvňujú v biologickej, psychickej a aj sociálnej rovine. Je dôležité, aby sestry boli erudované v oblasti vedľajších nežiadúcich účinkov Nakoľko je dôležité o nich podať presné a precízne informácie pacientom. Často krát nastáva situácia, kedy pacienti nepoznajú vplyvy a vedľajšie účinky chemoterapie, prípadne inej liečby, pretože o nich boli nedostatočne alebo okrajovo informovaní. Neskôr si môžu títo pacienti myslieť, že u nich dochádza k rozvoju nového ochorenia. Pacient, ktorý sa po prvýkrát dostáva do onkologickej ambulancie, často býva znepokojený, vystrašený a dezorientovaný. Prístup k takémuto pacientovi by mal byť trpezlivý, ohľaduplný a citlivý, nutné je pravidelné opakovanie pokynov, prípadne aj písomných pokynov. Pociťuje strach a stres, pretože nevie, čo ho čaká, a preto je úlohou sestry pacienta informovať o potrebných okolnostiach a vplyvoch liečby a snažiť sa v čo najvyššej miere uspokojiť psychické, terapeutické, sociálne a iné potreby pacienta. Veľmi dôležitá je komunikácia s pacientom a psychologický prístup sestry k pacientovi. Nutné je, aby si sestra pacienta vypočula, vytvorila mu priestor pre vzájomnú interakciu a v prípade potreby mu znova zopakovala plán liečby a jej vplyvy. Respondentka sa domnieva, že skvelou voľbou v rámci dostupnej formy každému pacientovi by boli informačné letáky pre edukačné účely. Spomína si, ako veľmi sa potrebovala porozprávať s lekárom o svojom ochorení, pre zistenie množstva informácií, no lekári častokrát na svojich pacientov nemali dostatok času. Z tohto dôvodu si požičiavala knihy z knižnice, čo najviac informácií sa dozvedala cez internet, či od známych. Respondentka uviedla, že sa vždy snažila byť pozitívne naladená, avšak v najnáročnejších psychických chvíľach sa uzatvárala do seba. Nechcela svojimi problémami zaťažovať okolie. Psychiatrická ani psychologická pomoc jej nebola navrhnutá. Pacientka uvádza: „ja som ani nechcela počuť slovo psychológ alebo psychiater, povedala by som, že ja som sama sebe robila psychológa“. Dva mesiace po stanovení diagnózy boli pre respondentku príliš náročné, kedy ju trápil intenzívny smútok, často reagovala podráždene, nahnevane. No napriek tomu sa usilovala pôsobiť vyrovnane, najmä pred svojím onkológom. S lekárom si po ľudskej stránke veľmi rozumeli a čím častejšie ho navštevovala, tým viac sa rozprávali a budovala si k nemu dôveru. Konštatuje: „vtedy mi povedal, že každý človek raz zomrie, niekto skôr a niekto

neskôr, ale, že ak mám svoju púť, ktorá bude ukončená skôr, a ak mám deti, ktoré nadovšetko milujem, či nie je lepšie prežiť s deťmi niečo veselé, aby si pamätali veselú mamu“. Po tejto návšteve lekára si uvedomila, že lekár má pravdu. Nemôže sa neustále utápať v bolesti a prenášať negatívne emócie na svoje okolie, obzvlášť nie na deti. Podľa jej slov: „cez noc som sa dala dokopy a ráno som už bola usmiata a týmto štýlom idem až doteraz“. Určila si priority, pretože predtým pre ňu bola prioritou hlavne práca a neustále dokazovanie si niečoho. Po diagnostike nevyliečiteľného ochorenia dospela k uvedomeniu, že rodina je nadovšetko. Uvádza, že niekedy prídu dni, kedy nevládze, je vyčerpaná, ale vždy sa s tým dokáže popasovať sama. Domnieva sa, že vďaka tomuto pozitívnemu prístupu sa cíti vynikajúco a zvláda niekedy až nemožné. V krátkej dobe po diagnostike ochorenia sa rozhodla, že chce svoj príbeh a pozitívny prístup k životu posúvať ďalej, a tak publikovala aj článok a pracuje pre neziskové organizácie orientované na onkologické pacientky. Práve v tej dobe zistila, ktorí ľudia pri nej úprimne stoja. Niektorí ju začali obviňovať z potreby ľútosti iných ľudí, iní jej ponúkali na predaj rôzne produkty, ktoré mali zaručiť vyliečenie. Ona však dôveruje výlučne lekárom. Takýmto spôsobom prišla o veľa priateľov, no napriek tomu našla aj mnohé iné, nové a vzácne priateľstvá. Tvrdí: „niektorí ľudia sa mi vyselektovali zo života možno aj preto, pretože častokrát ani nevedeli, ako sa ku mne majú správať. Mnohí z nich tvrdili, že ma nechcú otravovať a podobne“. Nepociťuje voči ním hnev a chápe ich rozhodnutie, no niekedy by sa len stačilo opýtať „ako sa cítiš?“ alebo trochu podpory, hlavne človeka nebrzdiť v tom, čo chce. Mnohí priatelia sú jej podporou a útechou neustále. Najväčšou podporou je však manžel, deti a najbližšia rodina. Manžel ju veľmi podporuje, nikdy ju neodsúdil a prijal ju takú, aká je. Stratu prsníka manželky prijal veľmi prirodzene a nikdy jej nedal pocítiť, že by ju vnímal inak. Respondentka nikdy v manželstve nepocítila pochybenie alebo pocit, že by sa manžel chcel rozviesť. Práve aj vďaka manželovi sa nikdy necítila menejcenná, necítila potrebu podstúpiť rekonštrukciu prsníka. Často krát manžel aj deti znášajú ochorenie oveľa horším spôsobom, ako ona samotná. Nikdy nemali problém si spolu aj poplakať, no aj napriek tomu sú pre ňu veľkou oporou. V prvých mesiacoch po diagnostike ochorenia sa respondentka snažila chrániť svoje deti pred jeho negatívnymi vplyvmi, aby sa to neprenieslo na ich výsledky v škole alebo mimoškolských aktivitách. Deti ešte neboli plnoleté, a tak pre nich nebolo jednoduché porozumieť aktuálnej situácií. Podľa slov respondentky je kľúčové o tom hovoriť s deťmi už od samotného začiatku, pričom je potrebné prispôsobiť komunikáciu o ochorení veku dieťaťa.

Dva mesiace pred diagnostikou ochorenia si našla prácu na pozícií prevádzkarky reštaurácie. Zamestnávateľa informovala o jej zdravotnom stave a on to plne rešpektoval. Vzhľadom na jej zdravotný stav požiadala aj o invalidný dôchodok, ktorý jej bol následne priznaný. Po definitívnom

zatvorení reštaurácie pracovala na poste manažéra v nebankovej spoločnosti. Po likvidácií nebankových spoločností nastúpila, ako predavačka do supermarketu, keďže absolvovala strednú školu zameranú práve na tento odbor. Pri oznámení svojej diagnózy kompetentnej osobe na pohovore ju do práce nechceli prijať. Uvádza: „povedala som im, že robia chybu, pretože viac mi uškodia tým, že ma na pracovnú pozíciu neprijmú. Nakoniec ma zamestnali“. Na poste predavačky pracovala 5 rokov, počas ktorých došlo k prvej recidíve v roku 2017 vo vaječníku, ktorý jej po hysterektómií ponechali. Vo vaječníku boli prítomné metastázy veľkosti 8 cm, ktoré neskôr odstránili a opäť pacientke bola začatá chemoterapia. Prvú recidívu respondentka zvládala relatívne v poriadku, avšak mala pocit, že sa vracia v čase, pretože tento proces operácie a chemoterapie už raz zvládla. Sústredila sa prevažne na liečbu a zotavenie. Respondentka absolvovala chemoterapiu do mája 2018, kedy bolo všetko v poriadku. Avšak v septembri 2018 znovu nastala recidíva, ktorá zasiahla obojstranne pľúca a pleuru. Recidíva na pľúcach jej po fyzickej stránke sťažila prácu, a teda post predavačky musela opustiť. Druhú recidívu pacientka už vnímala s omnoho väčšími obavami, pretože si uvedomovala, že ochorenie sa stále vracia. Začala viac premýšľať nad tým, čo ju čaká. V dobe po dvoch recidívach nastal prechod pacientky do paliatívnej starostlivosti. Uvádza, že paliatívna liečba jej pomáha počas celého priebehu ochorenia zmierňovať príznaky, akými sú bolesť, únava, či dýchavičnosť. Poskytuje jej podporu po fyzickej, ale aj psychickej stránke a udržiava kvalitu jej života, a preto pacientka nestrácala chuť pracovať. Ako hovorí: „ja nie som ten typ, ktorý bude sedieť, musím stále niečo robiť“. O preradení do paliatívnej liečby ju nikto neinformoval a dozvedela sa to prečítaním si svojej zdravotnej správy. Uvádza, že pri prechode do paliatívnej liečby strach nemala, pretože vedela, čo je paliatívna liečba a vnímala to, ako ďalšiu fázu liečby, ktorá jej má pomôcť udržať čo najlepšiu kvalitu jej života. Rodina respondentky vnímala recidívy veľmi ťažko. Respondentka pozorovala u nich obavy, bezmocnosť a strach o ňu, ale aj napriek všetkému sa zomkli, nakoľko iná možnosť neexistovala. Uvádza: „každá ďalšia recidíva priniesla nové výzvy, ale zároveň aj silu nevzdávať sa. Už viem, že život s rakovinou nie je len o liečbe, ale aj o tom, ako sa s ňou naučiť žiť a nájsť v tomto ťažkom období aj krásne chvíle“. Pri druhej recidíve v roku 2018, kedy sa metastázy objavili v pľúcach, podstúpila biopsiu pľúc a následne ďalšiu chemoterapeutickú liečbu. V tomto období bola taktiež svojim onkologickým lekárom odporúčaná komisii, ktorá mala rozhodnúť o nasledujúcej liečbe. Lekári jej nedávali ani pol roka života. Na komisii sa lekára opýtala, či je možnosť, že si ešte v júni zatancuje na dcérinej svadbe, lekár odpovedal: „no neviem, či sa Vianoc dožijete“. Respondentka uvádza: „ja veľa znesiem, ale ak by tu bola nejaká iná pacientka a on jej to takto povie. Pamätám si, ako som vyšla von z dverí a rozplakala som sa, pretože mi prišlo ľúto všetkých ľudí, keďže človek tak vzhliada k lekári a jeho správanie bolo necitlivé, až neľudské.

Časom rovnakú otázku položila aj inému lekárovi, ktorý konštatoval: „záleží to od Vás“. Uvádza: „ešte stále žijem, mám vydatú dcéru a ženatého syna a tiež už mám aj vnuka“. Abrahámová a kol. (2019) uvádzajú, že v kompetencii lekára je citlivo, zrozumiteľne a pravdivo pacienta informovať o jeho diagnóze. Oznámenie diagnózy je psychicky náročná situácia, kedy sa lekár musí k takejto situácií postaviť profesionálne. Podobné situácie sú pre väčšinu skúsených lekárov každodennou, ale stále náročnou rutinou, no pre pacienta to je moment, ktorý si bude pamätať už navždy. Kavarníková (2021) poukazuje na fakt, že je veľmi dôležité ako, kedy a za akých okolností sú pacientom poskytnuté informácie o ich zdravotnom stave, aj keď sú to nepriaznivé či závažné správy. V súčasnosti existuje viacero spôsobov, ako s rešpektom a taktnosťou oznamovať závažné informácie pacientom a ich príbuzným. Jednou z nich je napríklad SPIKES protokol. Postupy z neho je však možné použiť pri každej komunikácii lekára/zdravotníckeho pracovníka s pacientom. Hegyi a kol. (2000) delia práva nevyliečiteľne chorých a umierajúcich do troch dominantných skupín s dôrazom na právo komplexnej paliatívnej starostlivosti, právo na sebaurčenie a slobodné rozhodovanie, nevynímajúc ani právo na život a ochranu proti úmyselnému usmrteniu. V praxi to konkrétne predstavuje rešpektovanie práva pacienta smerujúceho k tomu, aby sa s ním až do smrti jednalo ako s ľudskou bytosťou. Ďalej zdôrazňujú, že umierajúci pacient má právo na nádej a nezáleží na tom, že sa mení jeho životná perspektíva. Má právo vyjadriť svoje city a emócie týkajúce sa starostlivosti o neho, ako aj právo na stálu starostlivosť i napriek tomu, že sa cieľ „uzdravenie“ z jeho choroby mení na „zachovanie pohodlia a kvality života“. Základné práva odvodené z dôstojnosti smrteľne chorých a umierajúcich sú však neustále ohrozené mnohými faktormi. Medzi tieto faktory Munzarová (2005) zaraďuje nedostatočnú dostupnosť paliatívnej starostlivosti a kontroly bolesti, zanedbávanie starostlivosti o telesné utrpenie a nedostatočný ohľad na psychosociálne a spirituálne potreby, umelé predlžovanie procesu umierania, nedostatočnú vzdelanostnú úroveň tých, ktorí poskytujú paliatívnu starostlivosť, obmedzenú alebo žiadnu starostlivosť a podporu blízkym umierajúceho pacienta, obavy pacienta zo straty autonómie, úplnej závislosti, chýbajúce alebo nevhodné sociálne inštitucionálne prostredie, ktoré umožňuje pokojnú rozlúčku pacienta s príbuznými a priateľmi. Tieto faktory následne dopĺňa o nedostatočné zdroje, prostriedky na starostlivosť o umierajúcich a sociálnu diskrimináciu. V období od roku 2018 až do roku 2023 bola pacientka našej kazuistiky po onkologickej stránke v poriadku, kedy sa nevyskytli nové metastázy a onkologické markery vykazovali optimálne hodnoty. Avšak u pacientky sa prejavili klinické prejavy srdcového zlyhania, a tak chemoterapeutická liečba bola pozastavená. Tiež mala negatívny dopad, spôsobila pľúcnu embóliu. V októbri v roku 2023 opätovne pacientke začali stúpať onkomarkery a metastázy sa rozšírili. Nasledovala ďalšia chemoterapia, ktorá trvala do februára 2025. Začiatkom februára bola

pacientka hospitalizovaná v nemocnici z dôvodu prítomnosti výpotku v pľúcach, kedy mala 5 dňovú drenáž. Koncom februára 2025 dostala prvú dávku novej chemoterapie, aktuálne sa nachádza v 3. línií paliatívnej liečby po 4. recidíve ochorenia. Po chemoterapiách najčastejšie pociťuje brnenie v rukách, bolesť kosti a kĺbov, malátnosť a krvácanie ďasien. Psychickou úľavou je pre respondentku turistika, bicyklovanie a dlhé prechádzky. Ochorenie ju neobmedzilo vo vykonávaní robiť veci, ktoré mala rada aj predtým. Pri náročnejších aktivitách sa niekedy musí prispôsobiť svojmu zdraviu, ale stále sa venuje tomu, čo ju baví. Rakovinu vníma, už ako svoju súčasť, kedy raz vyhráva rakovina a raz ona. Nedokáže si predstaviť život bez svojich najbližších a priateľov, ktorí sú pre ňu nenahraditeľnou podporou. Určuje si ciele, ktoré jej robia radosť, a ktoré chce dosiahnuť, čo ju posúva každým dňom vpred. Nikdy netrpela depresiou, vždy sa dokáže pozitívne nastaviť. Konštatuje: „psychika je veľmi dôležitá a dokáže zmobilizovať celé telo. Tiež si poplačem, predsa človek musí aj plakať, aby sa čistila duša“. Tvrdí, že nutnosťou je mať pozitívnu myseľ. Ochorenie ju predovšetkým naučilo pokore a tomu, že nemôže súdiť ľudí hneď na prvý pohľad. Je vďačná, že ochorela v tejto dobe, kedy medicína neustále napreduje a vyvíjajú sa nové lieky, teda pribúdajú možnosti a nádej na predĺženie kvalitného života aj s onkologickým ochorením. Domnieva sa, že ak by nemala tento pozitívny prístup, už by sa pravdepodobne vzdala aj samotného žitia. Konštatuje: „som vďačná, že tým, čím som si prešla počas ochorenia, jeho liečby, všetkým pozitívnym aj tým negatívnym, môžem odovzdávať ďalej a pomáhať ľuďom v rovnakej situácií. Mám krásny život“.  Křivohlavý (2001) uvádza, že pacient môže uspokojiť svoje sociálne potreby len vtedy, ak má určitú sociálnu oporu. Na makroúrovni ju pacientovi garantuje štát a na mikroúrovni ju poskytuje chorému človeku osoba, ktorá mu je najbližšia (Dobríková – Porubčanová a kol., 2005).

*Diskusia a odporúčania pre prax*

Cieľom prípadovej štúdie bolo interpretovať, ako vplýva nevyliečiteľné ochorenie na psycho – sociálnu dimenziu 55 -ročnej pacientky s onkologickým ochorením  v 3. línií paliatívnej liečbv. Na základe spracovania kazuistiky konštatujeme, že pacienti v paliatívnej liečbe prechádzajú jednotlivými fázami procesu umierania a ich správanie a prežívanie veľmi úzko súvisí s oznámením diagnózy neliečiteľného ochorenia a poskytnutím všetkých dôležitých informácií týkajúcich sa manažovania paliatívnej liečby so zameraním sa na zmierňovanie obťažujúcich symptómov, predovšetkým bolesti. Je dôležité poukázať na skutočnosť, že v zdravotníckom prostredí sa očakáva humanistický a empatický prístup všetkých členov multidisciplinárneho tímu poskytujúcich paliatívnu. starostlivosť. Na základe analýzy prípadu kazuistiky konštatujeme

negatívne zistenie, nakoľko respondentka našej kazuistiky bola práve v zdravotníckom prostredí konfrontovaná s neadekvátnym a nekompetentným prístupom viacerých zdravotníckych pracovníkov, ktorých správanie nezohľadňovalo etickú stránku zdravotníckej profesie a bolo necitlivé. Zároveň edukácia pacientov v súvislosti s nevyliečiteľným ochorením predstavuje významný pilier liečby, nevynímajúc ani paliatívnej. Na základe analýzy prípadu našej kazuistiky opäť konštatujeme negatívne zistenie, nakoľko edukácia pacientky bola nekompletná, iba okrajová a celkovo narušila proces liečby a vnímania ochorenia. Na základe parciálnych výsledkov analýzy kazuistiky navrhujeme odporúčania pre prax, ktoré majú predstavovať základný aspekt poskytovania kvalitnej a bezpečnej zdravotnej starostlivosti všetkým pacientom nevynímajúc kategóriu paliatívnych pacientov. Je dôležité zo strany zdravotníckych pracovníkov uplatňovať empatický prístup a individuálny prístup, byť si vedomý a náležite v klinickej praxi uplatňovať svoje profesijné kompetencie. Tiež je potrebné, aby zdravotnícki pracovníci uplatňovali v klinickej praxi odporúčané princípy efektívnej komunikácie vo vzťahu k pacientom. Dôležité je aj venovať pozornosť dostatočnej informovanosti pacienta v paliatívnej starostlivosti vo všetkých oblastiach jeho života, nevynímajúc sféru liečby, psycho – sociálnej podpory, možné spôsoby respitnej starostlivosti pre príbuzných. Určite by bolo vhodným odporúčaním vytvoriť edukačné materiály k chemoterapeutickej paliatívnej liečbe, ktoré by boli sprístupnené každému pacientovi po oznámení diagnózy a pred začatím chemoterapeutickej liečby. Zároveň navrhujeme, aby zdravotnícki pracovníci, ako aj študenti nelekárskych študijných programov boli erudovaní v pojmovej terminológií a významu tzv. všeobecnej paliatívnej starostlivosti, nakoľko častokrát je poskytovaná paliatívna starostlivosť paliatívnym a terminálne chorým pacientom na štandardných oddeleniach a klinikách. Všeobecná paliatívna starostlivosť je dobrá klinická prax v situáciách pokročilého ochorenia poskytovaná zdravotníckymi pracovníkmi v rámci ich jednotlivých odborností. Zahrňuje rozpoznanie, sledovanie a ovplyvňovanie toho, čo je významné pre kvalitu pacientovho života - tú by mali vedieť poskytnúť všetci zdravotnícki pracovníci s ohľadom na špecifiká svojej odbornosti. Zároveň dávame do pozornosti klinickej praxe Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta v paliatívnej starostlivosti o dospelého a samostatne o dieťa, ktorý predstavuje súbor definovaných postupov komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti a je určený predovšetkým pre oblasť paliatívnej starostlivosti o dospelého v dlhodobej inštitucionálnej a tiež domácej ošetrovateľskej starostlivosti. Je zároveň rámcový podklad či východisko aj pre kvalitnú ošetrovateľskú prax poskytovanú formou ambulantnej alebo ústavnej zdravotnej starostlivosti na ostatných pracoviskách, všade kde v ošetrovateľskej praxi dochádza k stretnutiu sestry s umierajúcim dospelým pacientom. Všetky definované prístupy sú koncipované tak, že predstavujú zároveň požiadavku, ktorej plnenie je indikátorom štandardu v praxi.

## ZÁVER

V súčasnosti je paliatívnym pacientom poskytovaná profesionálna zdravotná starostlivosť najmodernejšou technikou, vysoko erudovanými zdravotníckymi pracovníkmi/ špecialistami, avšak mnohokrát pri jej poskytovaní absentuje aspekt blízkosti. Zároveň je nespochybniteľnou aj skutočnosť, že kvalita paliatívnej starostlivosti bude narastať iba za predpokladu, ak kvalita života terminálne chorých a umierajúcich pacientov nadobudne prednosť pred ekonomickým faktorom. Zároveň pri realizácií každej intervencie orientovanej na pacienta bude v klinickej praxi rešpektované aj ľudské hľadisko.

### Použitá literatúra


1. ABRAHÁMOVÁ, J. 2019. Co by ste měli vědět o rakovine prsu. 2. vydání. Praha: Grada Publishing, 176 s. ISBN 978-80-271-2055-0.
2. CINOVÁ, J., ONDRIOVÁ, I. 2012. Hodnotenie paliatívnej starostlivosti. Košice: Viliam Ščavnický, 128 s. ISBN 978-80-971061-0-2.
3. DANKULINCOVÁ, Z. a kol. 2023. Psychológia zdravia. [online]. Košice: Vydavateľstvo ŠafárikPress [cit. 2025-03-26]. ISBN 978-80-574-0241-1.
4. DOBRÍKOVÁ - PORUBČANOVÁ, P. a kol. 2005. *Nevyliečiteľne chorí v súčasnosti.* 1. vyd. Trnava: Spolok svätého Vojtecha, 2005. 280 s. ISBN 80-162-581-7.
5. GULÁŠOVÁ, I. 2009. Telesné, psychické, sociálne a duchovné aspekty onkologických ochorení. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 99 s. ISBN 978-80-8063-305-9.í v pediatrii. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-3684-1.
6. HEGYI, L. a kol. 2000. *Práva pacientov v Slovenskej republike*. 1. vyd. Bratislava: MZ SR, 2000. 47 s. ISBN 80-968465-0-7.
7. KAVARNIKOVA. L. 2021. Ako oznámiť pacientom zlé správy?. [online]. Dostupné na internete: https://www.medipravnik.sk/pravne-clanky/ako-oznamit-pacientom-zle-spravy-protokol-spikes-prinasa-lekarom-cenne-a-prakticke-odporucania-1035
8. MROCEK.M. 2017. Základné princípy paliatívnej a hospicovej starostlivosti.2017. Dostupné na internete: https://www.solen.sk/storage/file/article/ffd6111905bb36d5efb0235d948d46ed.pdf.
9. MUNZAROVÁ, M. 2005. *Eutanázie, nebo paliativní péče?* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 108 s. ISBN 80-247-1025-0.

10. ONDRIOVÁ, I. a kol. 2015. Vybrané kapitoly zo zdravotníckej etiky. Vydavateľstvo Prešovskej univerzity v Prešove. ISBN 978-80-555-1507-6.

*PhDr., Mgr.Jana Cínová, PhD.*
*Prešovská univerzita v Prešove*
*Fakulta zdravotníckych odborov*
*Katedra ošetrovateľstva*
jana.cinova@unipo.sk

# VÝZNAM HYPODERMOKLÝZY V PALIATÍVNEJ OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI

# THE SIGNIFICANCE OF HYPODERMOCLYSIS IN PALLIATIVE NURSING CARE

[1] PhDr. Jana Cuperová, PhD., MPH

[2] Doc., PhDr. Ľubomíra Tkáčová, PhD., MPH

[3] PhDr. Dagmar Magurová, PhD., MPH

[1-3] Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, Katedra ošetrovateľstva

## Abstrakt

Subkutánna aplikácia tekutín (hypodermoklýza) predstavuje praktickú a bezpečnú formu parenterálnej hydratácie, ktorá je vhodná najmä pre paliatívnych pacientov s obmedzenou možnosťou perorálneho príjmu a ťažkosťami pri zabezpečení venózneho prístupu. V roku 2020 bol na Slovensku schválený štandardný postup, ktorý definuje indikácie, kontraindikácie, kompetencie zdravotníckeho personálu a technické aspekty výkonu. Hypodermoklýza je indikovaná pri miernej až stredne ťažkej dehydratácii, najmä v domácej, hospicovej a dlhodobej starostlivosti. Využíva sa aj pri podávaní liekov, ako sú opioidy či imunoglobulíny. Význam tejto metódy rastie s pribúdajúcim počtom polymorbidných pacientov a vyčerpaním venózneho prístupu. Napriek jej výhodám, ako sú jednoduchosť, nižšie riziko komplikácií a nižšia invazivita, zostáva v praxi nedostatočne využívaná. Cieľom príspevku je poukázať na potenciál hypodermoklýzy ako štandardnej súčasti klinickej praxe a potrebu jej širšej implementácie do vzdelávania zdravotníckych pracovníkov.

## Abstract

Subcutaneous fluid administration (hypodermoclysis) is a practical and safe form of parenteral hydration, particularly suitable for palliative patients with limited oral intake and difficult venous access. In 2020, the Ministry of Health of the Slovak Republic approved the national clinical guideline, which defines indications, contraindications, healthcare professionals' competencies, and technical aspects of the procedure. Hypodermoclysis is indicated in cases of mild to moderate dehydration, especially in home, hospice, and long-term care settings. It is also used for the

administration of medications such as opioids or immunoglobulins. Its relevance is increasing due to the growing number of polymorbid patients and the exhaustion of venous access. Despite its advantages, such as simplicity, lower risk of complications, and reduced invasiveness, hypodermoclysis remains underutilized in clinical practice. This paper aims to highlight the potential of hypodermoclysis as a standard component of care and the need for its broader implementation in healthcare education and practice.

## Úvod

Subkutánna (s.c.) aplikácia tekutín je v medicíne dlhodobo známa forma parenterálnej formy liečby. Štandard *Hypodermoklýza – subkutánna aplikácia tekutín* schválený MZ SR v decembri 2020 sa zameriava na subkutánnu aplikáciu tekutín pacientom v geriatrickej a paliatívnej medicínskej starostlivosti, ktorí nie sú schopní vôbec alebo dostatočne prijímať stravu a najmä tekutiny prirodzeným spôsobom.

Paliatívna starostlivosť je špecializovaný prístup v zdravotnej starostlivosti, ktorý sa zameriava na zlepšenie kvality života pacientov s nevyliečiteľnými, pokročilými a život ohrozujúcimi ochoreniami. Jej cieľom nie je vyliečiť ochorenie, ale zmierniť utrpenie, kontrolovať bolesť a iné symptómy, a poskytovať psychologickú, sociálnu a duchovnú podporu pacientovi aj jeho rodine. U paliatívnych pacientov je niekedy potrebné pokryť bazálnu hydratáciu alebo nadmerné straty tekutín parenterálne. Ak venózny prístup nie je možné vytvoriť a/alebo udržať, metódou voľby môže byť s.c. prístup a hypodermoklýza, ktorá umožňuje nahradiť perorálne a intravenózne podávanie tekutín (Hoozová 2020). U pacientov v paliatívnej a hospicovej starostlivosti sa môže vyskytnúť vyčerpanie žíl. Problémy s vyčerpaním žíl sú ešte zhoršené zbytočnou periférnou venepunkciou, ktorá prispieva k fyzickej a psychickej traume pacienta, ohrozuje výsledky súvisiace s intravenóznym podávaním, vedie k neoptimálnemu využívaniu zdrojov zdravotnej starostlivosti a zvyšuje náklady. Infúzna terapia sa presúva z akútnej starostlivosti do domácej starostlivosti, hospicov a zariadení dlhodobej starostlivosti (Duems-Noriega 2015). Štandardy praxe infúznej terapie odporúčajú zvážiť subkutánny prístup pre podávanie izotonických roztokov a pre kontinuálnu opioidnú a inú infúznu medikáciu (napr. imunoglobulínovú terapiu). Subkutánny prístup sa dosahuje umiestnením malého katétra do podkožného tkaniva, pričom infúzna tekutina sa z tohto priestoru absorbuje do obehového systému. V usmernení pre klinickú prax Asociácie urgentných sestier sa odporúča subkutánna rehydratácia ako alternatíva k vloženiu periférneho i.v. pre mierne až stredne dehydrovaných pacientov, ak bola orálna hydratácia neúspešná (ENA 2011).

V prostredí paliatívnej starostlivosti sú subkutánne infúzie bežnou praxou, najmä na konci života, keď lekári používajú subkutánnu cestu ako alternatívu k iným trasám, ktoré nie sú vhodné alebo prijateľné (Dickman 2016).

**Indikácie a kontraindikácie hypodermoklýzy**

Hypodermoklýza je metódou voľby pri riziku dehydratácie alebo už pri rozvinutej dehydratácii ľahkého a stredne ťažkého stupňa rôznej etiológie (samostatne alebo v kombinácii) pri neschopnosti prirodzeného príjmu potravy per os ako následku starobných zmien a nezvratných patologických stavov a ochorení v pokročilom stave. Pri prítomnosti symptómov ako je výrazná slabosť, dysfágia, nauzea, vracanie, hnačka, febrility, obštrukcia tráviaceho traktu, potenie, straty tekutín fistulami/drénmi, odmietanie per os príjmu a aj terminálnom štádiu. Hypodermoklýza je indikovaná pri nepriaznivých podmienkach na vytvorenie a udržiavanie venózneho vstupu, u pacientov s fragilnými, alebo inak poškodenými vénami s fragilnou kožou (dermatoporóza) a pri intolerancii intravenóznych vstupov najmä u pacientov trpiacich demenciou a agitovaných pacientov (Arinzon 2004; Sláma 2008; Caccialanza 2018; PCF6; Forbat 2016 In Hoozová 2020). Sumarizácia dát zo štúdií o hypodermoklýze bola publikovaná v auguste 2020 (Broadhurst D. 2020), kde sú uvedené silné odporúčania pre využitie subkutánnej hydratácie v populácii starších dospelých a v paliatívnej starostlivosti pre jej bezpečnosť, efektivitu, účelnosť a vykonateľnosť. V hospicovej starostlivosti (ústavnej aj mobilnej) je s.c. aplikácia tekutín ako bazálna hydratácia metódou voľby u väčšiny pacientov v období aktívneho zomierania s cieľom predísť delíriu z dehydratácie alebo diskomfortu pacienta, ak by pociťoval smäd. Rovnako môže byť využitá v čase prechodného zhoršenia stavu pri tzv. odstrániteľnej príčine aj u pacienta s expektanciou dožitia týždne a mesiace (Sláma 2008; Hoozová 2018). Rozhodovanie o vhodnosti hypodermoklýzy u konkrétneho pacienta je podmienené rozhodovaním na základe komplexného klinického posúdenia. Kontraindikáciou hypodermoklýzy sú závažná koagulopatia alebo trombocytopénia a zjavné prejavy krvácania. U pacientov s generalizovaným opuchom sa subkutánne podávané roztoky nebudú vstrebávať a problematické je to aj u výrazne kachektických pacientov bez podkožného tuku. Subkutánna hydratácia nie je indikovaná u pacientov s dobrou prognózou pri akútnych ťažkostiach, ani u starších kognitívne zdatných a doteraz zdravých alebo liečbou stabilizovaných seniorov s ťažkou dehydratáciou (šok, hypovolémia), alebo závažnou iónovou dysbalanciou. V týchto situáciách je aplikačnou cestou žilový prístup. Subkutánnym prístupom nemožno podávať plnohodnotnú parenterálnu výživu (Hoozová 2020).

Vo všeobecnosti má s.c. kanylácia menej komplikácií a menej závažných komplikácií ako venózna. Medzi subjektívne pociťované komplikácie patrí bolesť, svrbenie a napätie kože.

Objektívne komplikácie sú začervenanie v mieste aplikácie, presakovanie infúzneho roztoku napríklad pri rýchlom podávaní, edém, hematóm, prítomnosť krvi v aplikačnom systéme prerušenie toku infúzie. Pri nesprávnej manipulácii môže dôjsť k vytiahnutiu kanyly. 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.

**Usmernenia k vykonávaniu hypodermoklýzy**

Na Slovensku v decembri 2020 bol MZ SR schválený štandardný postup *Hypodermoklýza – subkutánna aplikácia tekutín*. Tento štandard reflektuje medzinárodne platné odporúčania pre subkutánne podávanie infúzii. V štandarde sú vymedzené kompetencie lekára a sestry pre indikáciu a vykonanie výkonu, takisto materiálno technické zabezpečenie, podrobný popis postupu a takisto aj podrobné vedecké zdôvodnenie výkonu. Ako je uvedené v štandarde prvý medzinárodný konsenzus publikovala Deborah Broadhurst v roku 2020. Tá istá autorka v roku 2023 vykonala štúdiu e-Delphi, ktorá priniesla medzinárodné odporúčania založené na konsenze odborníkov z 11 krajín pre bezpečné a účinné podávanie subkutánnych infúzií tekutín a liekov. Vytvorený model ABC subkutánnej infúznej terapie predstavuje systematický prístup k starostlivosti o dospelých pacientov, ktorí dostávajú subkutánne infúzie tekutín a liekov v akomkoľvek prostredí zdravotnej starostlivosti. Tento model sa zaoberá hodnotením a umiestnením aplikačného systému, osvedčenými postupmi pri riadení infúzie a hodnotením kompetencií v rámci programu kvality. Tento rámec ponúka usmernenia pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, organizácie a tvorcov politík v oblasti bezpečného podávania infúznej terapie subkutánnou cestou.

**Benefity hypodermoklýzy**

Prínosy hypodermoklýzy popisujú viacerí autori, najmä pre jej praktickosť, bezpečnosť, vykonateľnosť, menšiu technickú náročnosť. V prípade podávania infúzie pacient nemusí byť pod neustálou kontrolou sestry alebo lekára. Medzi tieto prínosy patrí:

1. Redukcia hospitalizácií, výjazdov RZP a vyšetrení na oddeleniach urgentných príjmov. Dehydratácia pacienta sa dá zvládnuť v indikovaných prípadoch bez nutnosti využitia akútnej zdravotnej starostlivosti.
2. Redukcia iatrogenicity a iných komplikácií. S.c. kanylácia a hypodermoklýza je pre pacienta menej invazívny a obťažujúci parenterálny prístup, odpadá častý problém s hľadaním vhodnej žily pre zavedenie i.v. kanyly a udržanie toho vstupu vo fragilných alebo

inak poškodených žilách. Komplikácie sú v porovnaní s i.v. kanyláciou menej časté a menej závažné. Vstrebávanie subkutánne podávaných tekutín je pomalé a rovnomerné, takže ani u starších pacientov s nedostatočnou funkciou obličiek alebo srdca nie je riziko preťaženia systémového obehu, pokiaľ je zvolené primerané množstvo roztoku a rýchlosť infúzie. Zavedenie kanyly do s.c. priestoru je takmer nebolestivé, pri dodržaní správneho postupu je táto metóda bezpečná, účinná a pacientami dobre tolerovaná. Navyše zlepšuje kvalitu života, keďže seniori, umierajúci a krehkí pacienti nie sú traumatizovaní hospitalizáciou alebo bolestivou kanyláciou žily, ktorá sa dokonca aj v období aktívneho zomierania vykonáva často a v krátkom čase po sebe pre insuficienciu vén .

3. Zabezpečenie starostlivosti o paliatívneho pacienta a klientov v sociálnych zariadeniach, hospicoch počas mimoriadnej situácie a v stave núdze. V tejto situácii je hypodermoklýza jednoduchým, dostupným a lacným nástrojom na zabezpečenie bazálnych potrieb (hydratácie) paliatívnych pacientov, klientov sociálnych zariadení, ktorý po telefonickej konzultácii s lekárom môže indikovať aj sestra sociálneho zariadenia s pokročilou praxou (Hoozová 2020; Hoozová 2018; Cabañero-Martínez 2019).

**Záver**

Subkutánna aplikácia tekutín a elektrolytov je ideálnym spôsobom podávania liečby pre pacientov, u ktorých je p.o. príjem tekutín z rôznych dôvodov obmedzený alebo nemožný, venózny prístup nie je možné zabezpečiť a udržať a zdravotný stav pacienta po komplexnom zhodnotení všetkých faktorov nevyžaduje invazívne postupy. Už v súčasnosti je hypodermoklýza rutinne využívaná geriatrami a lekármi paliatívnej medicíny, aj u niektorých pacientov v starostlivosti ADOS a mobilných paliatívnych tímov. Hypodermoklýza však stále nie je medzi zdravotníkmi a laickou verejnosťou všeobecne známa, a preto nemusí byť indikovaná. Konštatujeme, že pre realizáciu tohto výkonu máme na Slovenskú vytvorený dostatočný legislatívny rámec čo vytvára dostatočný priestor pre etablovanie hypodermoklýzy v ošetrovateľskom vzdelávaní a v praxi.

**ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV**

BROADHURST, D., COOKE, M., SRIRAM, D. et al. 2023. International Consensus Recommendation Guidelines for Subcutaneous Infusions of Hydration and Medication in Adults: An e-Delphi Consensus Study. *J Infus Nurs*. 2023;46(4):199-209. doi:10.1097/NAN.0000000000000511

BROADHURST, D., COOKE, M., SRIRAM, D., GRAY, B. 2020 Subcutaneous hydration and medications infusions (effectiveness, safety, acceptability): A systematic review of systematic reviews. *PLoS ONE* 15(8): e0237572. doi.org/10.1371/journal.pone.0237572

CABAÑERO-MARTÍNEZ, M. J. et al. 2019. Availability and perceived usefulness of guidelines and protocols for subcutaneous hydration in palliative care settings. *J Clin Nurs*. 2019; 28: 4012–4020. https://doi.org/10.1111/jocn.15036

DICKMAN A, SCHNEIDER J. *The Syringe Driver: Continuous Subcutaneous Infusions In Palliative Care*. Oxford University Press; 2016. ISBN 9780198733720.

DUEMS-NORIEGA, O., ARIÑO-BLASCO, S. 2015. Subcutaneous fluid and drug delivery: safe, efficient, and inexpensive. *Reviews in Clinical Gerontology*. 2015;25(2):117-146. doi:10.1017/S095925981500012X

ENA, EMERGENCY NURSING RESOURCES DEVELOPMENT COMMITTEE (Crowley, M., Brim, C., Proehl, J., Barnason, S., Leviner, S., Lindauer, C., Naccarato, M., Storer, A., Williams, J., & Papa, A.), 2012. Emergency Nursing Resource: difficult intravenous access. *Journal of Emergency Nursing,* 38(4), 335–343. https://doi.org/10.1016/j.jen.2012.05.010

HOOZOVÁ J., 2018. Subkutánna aplikácia tekutín a liečiv (možnosti využitia v geriatrii a v paliatívnej medicíne). *Paliat. Med. liec. boles.,* 2018;11(1 - 2e):6 – 11.

HOOZOVÁ J., 2020. *Hypodermoklýza – subkutánna aplikácia tekutín*. Dostupné na internete: https://share.google/XxkN7RloMCTBWrM3I

SLÁMA, O. 2008. Podkožní aplikace léků a tekutin v paliativní medicíně. Paliat.med. liec. boles. 2008;1(2):64 – 66.

*PhDr. Jana Cuperová, PhD., MPH*
*Prešovská univerzita v Prešove*
*Fakulta zdravotníckych odborov*
*Katedra ošetrovateľstva*
jana.cinova@unipo.sk

# PERSPEKTÍVY, STABILIZÁCIA, PREORIENTÁCIA A ÚČINNOSŤ INTERVENCIÍ HOSPICOVEJ STAROSTLIVOSTI

# PROSPECTS, STABILIZATION, REORIENTATION AND EFFECTIVENESS OF INTERVENTIONS IN HOSPICE CARE

PhDr. Marcela Hudáková, doc. PhDr. Maroš Šip, PhD.,
PhDr. Jana Cinová, PhD., PhDr. Zuzana Novotná, PhD.

*Prešovská univerzita v Prešove, Pravoslávna bohoslovecká fakulta,*
*Katedra kresťanskej antropológie a sociálnej práce*

**Abstrakt**

**Úvod:** Hospicová starostlivosť na Slovensku prechádza obdobím postupnej stabilizácie po reformách a zvýšenom financovaní z verejných zdrojov. Účinnosť intervencie sa považuje za kľúčový nástroj na zabezpečenie kvality a udržateľnosti starostlivosti. **Ciele:** Cieľom tohto článku je analyzovať teoretické základy účinnosti intervencie a definovať princípy, ktoré podporujú stabilizáciu a reorientáciu systému. Riešené témy zahŕňajú optimalizáciu využívania zdrojov, kvalitu života pacienta, psychosociálnu a duchovnú podporu a posilnenie multidisciplinárneho prístupu. **Metóda a súbor:** Analýza je založená na systematickom prehľade literatúry, komparatívnej analýze teoretických modelov hospicovej starostlivosti a syntéze multidisciplinárnych prístupov. **Výsledky:** Z teoretickej syntézy vyplýva, že cieľavedome formulované a systematicky organizované intervencie prispievajú k posilňovaniu stability hospicového systému, zlepšovaniu kvality života pacientov a vytváraniu rámca pre inovatívne metodické prístupy. **Záver:** Udržateľný rast hospicovej starostlivosti závisí od teoreticky podložených intervencií, ktoré uľahčujú systematické hodnotenie a umožňujú dôkladný a dobre koordinovaný prístup k pacientom a ich rodinám.

**Kľúčové slová:** Hospicová starostlivosť. Intervencie. Stabilizácia systému. Kvalita života. Multidisciplinárny prístup.

**Abstract**

**Introduction:** Hospice care in Slovakia is undergoing a period of gradual stabilization following recent reforms and increased public funding. The effectiveness of interventions is regarded as a

key mechanism for ensuring both the quality and sustainability of care. **Objectives:** This article aims to analyze the theoretical foundations of intervention effectiveness and to define principles that support the stabilization and reorientation of the hospice system. The discussion addresses the optimization of resource use, enhancement of patient quality of life, provision of psychosocial and spiritual support, and the reinforcement of a multidisciplinary approach. **Methods and Data:** The analysis is based on a systematic review of the literature, a comparative examination of theoretical models of hospice care, and a synthesis of multidisciplinary perspectives. **Results:** The theoretical synthesis indicates that purposefully designed and systematically implemented interventions strengthen the stability of the hospice system, improve patients' quality of life, and provide a framework for innovative methodological approaches. **Conclusion:** The sustainable development of hospice care depends on theoretically grounded interventions that enable systematic evaluation and foster a coordinated, comprehensive approach to patients and their families.

**Keywords:** Hospice care; interventions; system stabilization; quality of life; multidisciplinary approach

## ÚVOD

Hospicová starostlivosť, jedinečná oblasť zdravotnej a sociálnej starostlivosti, je navrhnutá tak, aby pomohla pacientom žiť dôstojný život v neskorších štádiách ich choroby. Okrem lekárskej terapie tento multidisciplinárny prístup zahŕňa psychosociálne, duchovné a rodinné aspekty starostlivosti. Najmä vzhľadom na prebiehajúce iniciatívy reformy zdravotníctva a zvýšenie verejného financovania v roku 2025 sa hospicová starostlivosť stáva na Slovensku horúcou témou (Reform and Investment Task Force 2025).

Účinnosť hospicových intervencií je kľúčovou témou, ktorá integruje systémové, etické a profesionálne aspekty. Hospicová starostlivosť kladie dôraz na znižovanie utrpenia a maximalizáciu kvality zostávajúceho času, hoci medicínsky pokrok môže predĺžiť život pacientov (Škripeková et al., 2022). Hodnotenia spokojnosti pacientov a ich rodín, kvality života a udržateľnosti systému sú teda pri určovaní účinnosti intervencií spojené s klinickými výsledkami (Liu et al., 2024). Cieľom tohto príspevku je z teoretického hľadiska analyzovať problematiku efektivity intervencií v hospicovej starostlivosti a zasadiť ju do kontextu súčasnej stabilizačnej fázy a nového smerovania na Slovensku.

# 1 TEORETICKÉ VÝCHODISKÁ HOSPICOVEJ A PALIATÍVNEJ STAROSTLIVOSTI

Hospicová starostlivosť predstavuje osobitný druh paliatívnej medicíny, ktorý sa sústreďuje na zlepšenie kvality života jedinca v konečnom štádiu nevyliečiteľnej choroby a na pomoc jeho rodine. Vychádza z holistického prístupu, ktorý berie do úvahy telesné, psychické, sociálne a duchovné potreby pacienta. Idea hospicovej starostlivosti sa rozvinula v priebehu 20. storočia, predovšetkým vďaka práci Cicely Saundersovej, ktorá vytvorila teóriu „celkovej bolesti" chápanie bolesti ako komplexu telesného utrpenia, psychických ťažkostí, sociálnych problémov a duchovných otázok.

## 1.1 Fundamentálne zásady hospicovej starostlivosti

Medzi fundamentálne zásady hospicovej starostlivosti patria:

- Úcta a sebaurčenie. Pacient má právo rozhodovať o spôsobe poskytovanej starostlivosti a mieste, kde zomrie.
- Tímová spolupráca odborníkov. Koordinácia lekára, zdravotnej sestry, psychológa, sociálneho pracovníka, duchovného a dobrovoľníkov.
- Pomoc rodine a podpora počas trvania choroby a v procese vyrovnávania sa so stratou blízkeho.
- Nepretržitá starostlivosť a zabezpečenie nadväznosti medzi nemocničnou, komunitnou a domácou opaterou.
- Teoretickým východiskom hospicu je presvedčenie, že prvoradým cieľom nie je za každú cenu predlžovať život, ale udržať jeho kvalitu, zmierniť utrpenie a rešpektovať prirodzený proces umierania.

Štandardné princípy hospicovej starostlivosti zahŕňajú:

- zdôrazňovanie úcty k pacientovi,
- poskytovanie individuálnej starostlivosti s ohľadom na hodnotový systém pacienta,
- uplatňovanie modelu multidisciplinárneho tímu,
- zapojenie rodiny do procesu starostlivosti,
- neustále posudzovanie potrieb pacienta a jeho rodiny (Bertaud et al., 2025).

## 1.2 Multidisciplinárny prístup

Hospicová starostlivosť je najúčinnejšia, keď spolupracujú lekári, zdravotné sestry, psychológovia, sociálni pracovníci, duchovní a dobrovoľníci. Tento tímový prístup je veľmi

dôležitý pre dosahovanie dobrých výsledkov, pretože spája odbornú lekársku starostlivosť s psychologickou, sociálnou a duchovnou podporou (Sadovska 1997).

Súhrnné štúdie ukazujú, že tento rozsiahly prístup znižuje výskyt príznakov depresie, zlepšuje zvládanie bolesti a zvyšuje spokojnosť rodinných príslušníkov (Demuro et al., 2024). Na Slovensku vzniká otázka, ako tento systém udržať a zlepšiť v období stabilizácie a zmien v zdravotníctve (Reform and Investment Task Force 2025).

Ako už bolo uvedené, tímová spolupráca v rámci multidisciplinárneho tímu predstavuje kľúčový a nevyhnutný prvok hospicovej starostlivosti. Účasť jednotlivých členov tímu na starostlivosti o pacienta a jeho rodinu možno chápať ako istú formu spoluprežívania ich životnej situácie. Multidisciplinárny tím sa počas sprevádzania pacienta v terminálnom štádiu ochorenia stáva na určitý čas súčasťou jeho najbližšieho sociálneho prostredia, akousi rozšírenou súčasťou rodiny, ktorá vstupuje do procesu s cieľom poskytnúť odbornú, ale aj ľudskú a emocionálnu podporu. Ako zdôrazňuje Šip (2019; 2020) v prípadoch, keď členovia tímu pristupujú k starostlivosti s hlbokým rešpektom k ľudskej dôstojnosti a so silným hodnotovým ukotvením, ich prístup sa vyznačuje vyššou mierou empatického a emocionálneho nasadenia. Základné hodnoty ako súcit, úcta a ľudskosť sú v ich praxi prítomné nielen ako súčasť profesionálneho správania, ale aj ako prirodzený prejav osobného presvedčenia. Takto orientovaná starostlivosť presahuje rámec bežnej klinickej intervencie a výrazne prispieva ku kvalite vzťahu medzi pacientom, jeho rodinou a multidisciplinárnym tímom.

V tomto kontexte nadobúda multidisciplinárny prístup v hospicovej starostlivosti ešte väčší význam. Jeho cieľom je zabezpečiť komplexnú, koordinovanú a individualizovanú starostlivosť o pacienta v terminálnom štádiu ochorenia. Spojením odborníkov z rôznych oblastí sa systematicky riešia všetky dimenzie utrpenia, čo vedie k efektívnejšej kontrole symptómov a dôstojnému prežívaniu záverečnej fázy života. Tento model zároveň ponúka oporu aj rodinám pacientov, čím sa posilňuje jeho význam pre spoločnosť ako celok. Udržateľnosť tohto prístupu si však vyžaduje jasné systémové riešenia, podporu tímovej spolupráce a dostatočné kapacity v praxi (Liu et al., 2024).

### 1.3 Výzvy a etické aspekty

Hospicová starostlivosť ako súčasť paliatívnej medicíny prináša nielen klinické a systémové výzvy, ale zároveň otvára významné etické otázky, ktoré vyžadujú dôkladné zváženie. Medzi najdôležitejšie etické aspekty patrí rešpektovanie autonómie pacienta, rozhodovanie o rozsahu a forme intervencií či pravdivé a citlivé informovanie o zdravotnom stave. V praxi je často potrebné balansovať medzi právom pacienta rozhodovať o ukončení alebo obmedzení liečby a situáciami,

keď stratí schopnosť tieto rozhodnutia prijímať. V takých prípadoch zodpovednosť prechádza na rodinných príslušníkov, zástupcov alebo ošetrujúcich lekárov, čo prináša psychologické výzvy nielen pre rodinu, ale aj pre zdravotnícky personál (Bertaud et al., 2025; Akdeniz et al., 2021).
Proces rozhodovania v terminálnom štádiu ochorenia môže byť komplikovaný neistotou ohľadom pacientových preferencií, čo často vedie k zvýšenému napätiu a konfliktom medzi členmi rodiny. Rozdielne postoje rodinných príslušníkov môžu vytvárať dilemy, ktoré lekárom kladú náročné etické a profesionálne požiadavky. Ako zdôrazňujú Bertaud et al. (2025), základom etickej dimenzie hospicovej starostlivosti je vytváranie vzťahu založeného na vzájomnej dôvere a zodpovednosti medzi pacientom a poskytovateľom starostlivosti, čo je kľúčové pre poskytovanie dôstojnej a komplexnej starostlivosti (Akdeniz et al., 2021)
Okrem etických otázok predstavujú významné výzvy aj systémové problémy, medzi ktoré patrí nerovnomerná dostupnosť hospicovej starostlivosti v jednotlivých regiónoch, nedostatok kvalifikovaného personálu, nedostatočné financovanie a potreba kontinuálneho vzdelávania odborníkov. Tieto okolnosti poukazujú na nutnosť vypracovania a implementácie systémových riešení, ktoré zabezpečia rovnomerný prístup k hospicovej starostlivosti a jej udržateľnosť v budúcnosti (Sítima et al., 2024).

# 2 INTERVENCIE A ICH EFEKTIVITA V HOSPICOVEJ STAROSTLIVOSTI

Hospicová starostlivosť zahŕňa systematicky plánované a vykonávané odborné činnosti. Ich hlavným cieľom je poskytnúť rozsiahlu pomoc pacientovi v konečnom štádiu choroby a jeho blízkym. Tieto činnosti sa nezameriavajú na vyliečenie, ale na znižovanie bolesti a utrpenia, zachovanie úrovne života a podporu dôstojného prežitia posledných chvíľ. Všetky tieto prístupy sú efektívne iba vtedy, ak sú aplikované integrovaným spôsobom prostredníctvom multidisciplinárneho tímu.

Účinnosť zásahov v hospicovej starostlivosti sa posudzuje z viacerých hľadísk:

- všeobecná kvalita života pacienta, ktorá sa zameranie na zvýšenie telesného komfortu, zmiernenie bolesti a potlačenie sprievodných príznakov ochorenia,
- všeobecná psychická pohoda, sledovanie zníženia výskytu depresií, úzkosti a pocitov existenčného ohrozenia,
- všeobecná spokojnosť rodiny a blízkych. Hodnotenie ich pozitívnej skúsenosti so starostlivosťou, vnímanie podpory a istoty, a tiež schopnosť zvládať proces smútenia,

- zníženie potreby akútnej nemocničnej starostlivosti, efektívna hospicová starostlivosť často vedie k menšiemu počtu hospitalizácií a náročných lekárskych zákrokov v konečnej fáze života,
- všeobecné ekonomické aspekty. Hospicová starostlivosť preukázateľne znižuje náklady na zdravotnú starostlivosť tým, že obmedzuje zbytočné liečebné a invazívne postupy, ktoré v terminálnom štádiu neprinášajú úžitok.

Zásadným faktorom pre dosiahnutie účinnosti je tímová spolupráca odborníkov z rôznych oblastí, pravidelné vzdelávanie personálu a osobný prístup, ktorý berie do úvahy potreby a hodnoty pacienta a jeho rodiny. Účinnosť sa tak neposudzuje len podľa medicínskych ukazovateľov, ale aj v oblasti duševnej, sociálnej a duchovnej, ktoré neodmysliteľne patria k hospicovej starostlivosti.

### 2.1 Koncepcia hodnotenia efektívnosti intervencií z teoretického charakteru

Posudzovanie toho, ako dobre fungujú zásahy v hospicovej starostlivosti, je dôležitá téma vo výskume a v praxi v oblasti paliatívnej medicíny. Teoretický základ pre hodnotenie efektívnosti vychádza z celostného prístupu, ktorý kladie dôraz na komplexné chápanie zdravia a kvality života. Preto by sa efektívnosť hospicových zásahov nemala obmedzovať len na biologické ukazovatele, ale mala by zahŕňať aj psychologické, sociálne a duchovné faktory. Z pohľadu teórie sa posudzovanie úspešnosti dá chápať ako systematický postup na určenie, ako dobre aktivity dosahujú určené zámery v poskytovanej starostlivosti. Tento postup je ovplyvnený:

- výberom ukazovateľov úspešnosti, ktoré zohľadňujú rozsiahle potreby osoby, ktorej sa starostlivosť venuje, a jej blízkych,
- použitím vhodných metodologických postupov, spájajúcich číselné a opisné metódy,
- dodržiavaním etických zásad hodnotenia, ktoré berú ohľad na úctu a samostatnosť osoby, ktorej sa starostlivosť venuje.

Teoretické rámce pre hodnotenie vychádzajú zo všeobecného chápania zdravia, ktoré zahŕňa biologické, psychologické, sociálne a duchovné aspekty. Tento prístup predpokladá, že úspešnosť intervencií sa neobmedzuje len na zmiernenie prejavov choroby, ale zahŕňa aj podporu psychického prispôsobenia sa, sociálnej podpory a duchovného naplnenia. Dôležitým teoretickým základom je taktiež chápanie kvality života v situácii, keď choroba dosiahla konečné štádium. Kvalita života v tomto kontexte predstavuje ukazovateľ, ktorý komplexne zohľadňuje efektivitu paliatívnej starostlivosti. Z hľadiska teórie hodnotenia je hodnotiaci proces komplexná činnosť, ktorá spája rôzne odbory, ako sú medicína, psychológia, spoločenské vedy a etika. Jeho výsledky

slúžia nielen ako informácia pre zlepšenie praxe, ale aj ako základ pre ďalší prieskum a zlepšovanie hospicovej starostlivosti (Michal Mrocek Dom Rafael 2017).

### 2.2 Súčasný stav a výzvy hospicovej starostlivosti na Slovensku

Starostlivosť o nevyliečiteľne chorých pacientov (hospicová starostlivosť) zaznamenala na Slovensku v posledných desiatich rokoch značný pokrok. Napriek tomu pretrvávajú systémové problémy, ktoré negatívne ovplyvňujú jej prístupnosť, úroveň a plynulosť. Očakáva sa, že rok 2025 prinesie zlepšenie vďaka stabilizácii financovania a čiastočnej úprave legislatívy. Aj napriek týmto pozitívnym zmenám zostáva otvorených niekoľko zásadných otázok. Jeden z najväčších problémov hospicovej starostlivosti predstavuje nedostatočné financovanie. Platby od zdravotných poisťovní boli v minulosti nízke a nepostačujúce na pokrytie reálnych výdavkov spojených s poskytovaním rozsiahlej starostlivosti. Až v nedávnom období, konkrétne v roku 2025, došlo k nárastu platieb za dennú starostlivosť a podporu mobilných hospicov (TASR 2024). Hoci len niektoré výdavky sú uhrádzané poisťovňami, zvyšok pochádza z dotácií, darov a príspevkov. Tento spôsob financovania je dlhodobo neudržateľný a závisí od vonkajších zdrojov, čo spomaľuje rozvoj a plánovanie poskytovaných služieb. Nedostatok stálych finančných prostriedkov ohrozuje nepretržitosť starostlivosti, možnosti plánovania personálu a investícií do vybavenia. Finančné ťažkosti môžu viesť k zhoršeniu kvality služieb, zníženiu počtu miest a obmedzeniu dostupnosti terénnej starostlivosti.

Starostlivosť v hospicoch predstavuje veľkú záťaž pre kvalifikovaný personál, vrátane lekárov, zdravotných sestier, psychológov, sociálnych pracovníkov a duchovných. Na Slovensku sa hospicové zariadenia bežne stretávajú s nedostatkom odborných pracovníkov a vysokou mierou ich obmeny. Dôvodom sú často nízke finančné ohodnotenia v pomere k náročnosti práce, psychická záťaž spojená so starostlivosťou o pacientov v terminálnom štádiu ochorenia, ktorá môže viesť k vyhoreniu, a tiež obmedzené možnosti vzdelávania a profesijného rastu v odbore paliatívnej medicíny. Tieto aspekty negatívne ovplyvňujú úroveň prispôsobenej starostlivosti poskytovanej pacientom a ich blízkym a bránia rozvoju komplexných intervencií a psychologickej a duchovnej podpory.

Slovenská legislatíva v oblasti hospicovej starostlivosti je neucelená a málo prispôsobivá, čo komplikuje spoluprácu medzi zdravotníctvom a sociálnymi službami. Ďalšie prekážky v systéme predstavujú náročné administratívne postupy spojené so žiadosťami o preplatenie a financovanie, absencia zjednotených štandardov kvality pre rôzne formy hospicov (ústavné, mobilné, domáce) a obmedzené začlenenie rôznorodých odborníkov (psychológ, sociálny pracovník, duchovný).

# 3 KOMPARATÍVNA ANALÝZA PROBLÉMOV A ODPORÚČANÍ SLOVENSKO, POĽSKO A ČESKÁ REPUBLIKA

Nižšie uvedená tabuľka 1 poskytuje prehľad, ktorý tvorí základ pre systematické zlepšovanie hospicovej starostlivosti a umožňuje presne identifikovať oblasti, kde je potrebné cielene zasiahnuť najmä na Slovensku, ktoré v tejto oblasti zaostáva za ostatnými krajinami V4.

**Tabuľka 1** Prehľad problémov a odporúčané zmeny pre Slovensko

| **Oblasť** | **Slovensko** | **Poľsko** | **Česko** | **Odporúčané zmeny pre Slovensko** |
|---|---|---|---|---|
| **Počet hospicov a lôžok** | 12 stacionárnych hospicov, 220 lôžok; mobilné hospicové služby obmedzené | 500 poskytovateľov hospicovej a paliatívnej starostlivosti; väčšina nezisková; stacionárne aj mobilné služby | 100 hospicov; rozvinuté stacionárne a mobilné služby; lepšia regionálna dostupnosť | Zvýšiť počet hospicov a mobilných služieb v nepokrytých regiónoch |
| **Financovanie** | Kombinované: verejné zdroje, zdravotné poisťovne, dary a poplatky pacientov; podfinancované | Kombinované: verejné zdroje, poisťovne, neziskové organizácie; stabilnejšie financovanie | Kombinované: verejné zdroje a poisťovne; relatívne stabilné | Zaviesť mechanizmus úhrad pokrývajúci 80–90 % nákladov; stabilné financovanie |
| **Personál a vzdelávanie** | Nedostatok kvalifikovaného personálu; nízke mzdy; vysoká fluktuácia; obmedzené vzdelávanie | Nedostatok špecialistov, ale projekty rozvoja personálu a integrácie do domácich tímov | Dostatočný personál; lepšia podpora vzdelávania; nižšia fluktuácia | Zvýšiť mzdy a pracovné podmienky; zaviesť kontinuálne vzdelávanie a programy prevencie vyhorenia |
| **Regionálna dostupnosť** | Výrazné regionálne rozdiely; mnohé oblasti nepokryté | Väčšie mestá pokryté; vidiek menej; projekty rozvoja mobilnej starostlivosti | Rozšírená sieť hospicov; regionálne rozdiely medzi | Vybudovať nové hospicové zariadenia v nepokrytých regiónoch; rozvoj |

| Oblasť | Slovensko | Poľsko | Česko | Odporúčané zmeny pre Slovensko |
|---|---|---|---|---|
| | | | mestami a vidiekom | mobilných hospicov |
| **Legislatíva a koordinácia** | Fragmentovaná legislatíva; zložité administratívne procesy; obmedzená integrácia zdravotnej a sociálnej starostlivosti | Čiastočne regulovaná; koordinácia medzi zdravotnou a sociálnou starostlivosťou obmedzená | Jasnejšie pravidlá; lepšia integrácia zdravotnej a sociálnej starostlivosti | Reforma legislatívy; zjednodušenie administratívy; integrácia zdravotnej a sociálnej starostlivosti |
| **Kvalita a multidisciplinárna starostlivosť** | Oslabená kvalita služieb kvôli nedostatku personálu a financovania; obmedzený psychospirituálny rozmer | Stredná kvalita; psychospirituálna podpora závislá od neziskového sektora | Dobrá kvalita; multidisciplinárny prístup; psychologická a duchovná podpora | Posilniť multidisciplinárny prístup vrátane psychologickej, sociálnej a duchovnej starostlivosti |

### 3.1 Slovensko v porovnaní s Poľskom a Českou republikou

Nižšie uvedená tabuľka 2 uvádza porovnanie dôležitých ukazovateľov v oblasti hospicovej starostlivosti na Slovensku, v Poľsku a v Českej republike. Z porovnania je zrejmé, že Slovensko má stále priestor na zlepšenie v dostupnosti služieb a počte lôžok, zatiaľ čo Poľsko a Česko preukazujú vyššiu úroveň rozvoja a systematickej podpory hospicovej starostlivosti.

**Tabuľka 2** Porovnanie hospicov v krajinách V4

| Oblasť | Slovensko | Poľsko | Česko |
|---|---|---|---|
| **Počet hospicov** | 12 stacionárnych, 220 lôžok; mobilné služby obmedzené | 200 hospicov, z toho 40 stacionárnych; silná sieť mobilných hospicov | 100 hospicov, väčšina stacionárnych; mobilné služby rozvíjané |
| **Financovanie** | Kombinované: verejné zdroje, zdravotné | Kombinované: verejné zdroje, poisťovne, | Kombinované: verejné zdroje, poisťovne; stabilné financovanie |

| Oblasť | Slovensko | Poľsko | Česko |
|---|---|---|---|
| | poisťovne, dary a poplatky pacientov | neziskové organizácie; regionálne rozdiely | |
| **Personál a vzdelávanie** | Nedostatok kvalifikovaného personálu; nízke mzdy; vysoká fluktuácia; obmedzené odborné vzdelávanie | Nedostatok špecialistov; menej podpora vzdelávania | Dostatočný personál; lepšia podpora vzdelávania; nižšia fluktuácia |
| **Regionálna dostupnosť** | Výrazné regionálne rozdiely; mnohé oblasti nepokryté; mobilné hospicové služby nedostatočné | Väčšie mestá pokryté; periférie menej; mobilné hospicové služby rozvíjané | Rozšírená sieť hospicov; regionálne rozdiely medzi mestami a vidiekom |
| **Legislatíva a koordinácia** | Fragmentovaná legislatíva; zložité administratívne procesy; obmedzená integrácia zdravotnej a sociálnej starostlivosti | Čiastočne regulovaná; koordinácia medzi zdravotnou a sociálnou starostlivosťou obmedzená | Jasnejšie pravidlá; lepšia integrácia zdravotnej a sociálnej starostlivosti |
| **Kvalita a multidisciplinárna starostlivosť** | Oslabená kvalita služieb kvôli nedostatku personálu a financovania; obmedzený psychospirituálny rozmer | Stredná kvalita; psychospirituálna podpora závislá od neziskového sektora | Dobrá kvalita; multidisciplinárny prístup; psychologická a duchovná podpora |

**Diskusia**

Všeobecná hospicová a paliatívna starostlivosť je komplexný model starostlivosti, ktorý zahŕňa rôzne odbory a zameriava sa na uľahčenie prejavov choroby, zlepšenie kvality života pacientov v pokročilom štádiu ochorenia a zároveň poskytuje psychologickú, sociálnu a duchovnú pomoc ich rodinám. Medzinárodné porovnanie poukazuje na to, že Slovenská republika, v porovnaní s Poľskom a Českou republikou, stále naráža na podstatné systémové, legislatívne a kapacitné nedostatky. Na Slovensku funguje približne 12 kamenných hospicov s celkovou kapacitou 220 lôžok, pričom dostupnosť mobilných hospicových služieb v regiónoch je obmedzená. V porovnaní s Poľskom, kde pôsobí vyše 500 poskytovateľov hospicovej starostlivosti

a existuje rozsiahla sieť mobilných služieb, a s Českou republikou, ktorá má okolo 100 hospicov s lepšie prepojenou sieťou kamenných a mobilných služieb, systém na Slovensku vykazuje značné rozdiely v dostupnosti a usporiadaní služieb. Finančná situácia slovenských hospicov je sčasti ovplyvnená darmi, dotáciami a nedostatočnými platbami od zdravotných poisťovní, čo obmedzuje ich dlhodobú udržateľnosť a rozvoj tímov so širokým odborným zameraním. Oproti tomu, v Poľsku a Českej republike bol zavedený systém kombinovaného financovania (štátne prostriedky a poisťovne), ktorý umožňuje stabilné fungovanie a strategické plánovanie v oblasti rozvoja hospicovej starostlivosti (Czech Society for Palliative Medicine 2013).

Zabezpečenie zamestnancov predstavuje ďalšiu podstatnú oblasť, ktorá vplýva na úroveň poskytovanej starostlivosti. Na Slovensku sa prejavuje nedostatok vzdelaných pracovníkov, nízke finančné ohodnotenie a častá obmena zamestnancov, čo znižuje možnosti poskytovať rozsiahlu, komplexnú starostlivosť. V Poľsku a Českej republike je personálne obsadenie v lepšom stave, s pravidelným prehlbovaním kvalifikácie a programami zameranými na predchádzanie syndrómu vyhorenia, čo prispieva k vyššej kvalite a plynulosti poskytovanej starostlivosti. Právne predpisy týkajúce sa hospicovej starostlivosti sú na Slovensku roztrieštené, administratíva je náročná a prepojenie zdravotnej a sociálnej starostlivosti je obmedzené. Táto situácia sťažuje koordináciu poskytovaných služieb a znižuje prispôsobivosť pri poskytovaní starostlivosti. Oproti tomu, právne prostredie v Poľsku a Českej republike je prehľadnejšie, čo prispieva k efektívnemu prepájaniu služieb, stanoveným štandardom kvality a lepšej súčinnosti medzi jednotlivými oblasťami. Úroveň multidisciplinárnej starostlivosti o pacientov je na Slovensku obmedzená. Psychologická a spirituálna pomoc pacientom a ich blízkym často nie je adekvátna, čo je v rozpore so situáciou v Poľsku a Českej republike. Tam sú tieto aspekty systematicky integrované do zdravotnej starostlivosti, čo prispieva k zlepšeniu celkovej pohody pacientov a poskytuje ucelenú podporu rodinám. Slovenský systém hospicovej starostlivosti čelí závažným problémom a vyžaduje si zásadné a komplexné zmeny. Je nevyhnutné prioritne riešiť stabilné financovanie, zvyšovať kvalifikáciu personálu, zosúladiť legislatívu, zlepšiť dostupnosť služieb v rôznych regiónoch a zaviesť ucelený, multidisciplinárny prístup zohľadňujúci aj psychologické a duchovné potreby pacientov. Uvedené kroky sú kľúčové pre vybudovanie trvalo udržateľného, efektívneho a kvalitného systému hospicovej starostlivosti, ktorý zabezpečí dôstojnú a komplexnú starostlivosť o pacientov, porovnateľnú s úrovňou v rozvinutých krajinách strednej Európy (Nieszporska 2022).

## Záver a odporúčania

Slovenská hospicová starostlivosť zápasí so zásadnými problémami v oblasti financovania, personálu, právneho rámca a dostupnosti služieb v rôznych regiónoch. V porovnaní s Poľskom a Českou republikou je sieť hospicov na Slovensku obmedzená, komplexná starostlivosť poskytovaná rôznymi odborníkmi má isté medzery a psychologická a duchovná podpora pre pacientov a ich rodiny nie je poskytovaná systematicky.

Odporúčania:

1. Zaviesť stabilný a transparentný mechanizmus financovania, pokrývajúci väčšinu nákladov hospicov.
2. Posilniť personál, zaviesť kontinuálne odborné vzdelávanie a programy prevencie vyhorenia.
3. Rozšíriť regionálnu dostupnosť stacionárnych a mobilných hospicov, integrovať služby do komunitných sietí.
4. Harmonizovať legislatívu a zjednodušiť administratívne procesy s cieľom efektívnej integrácie zdravotnej a sociálnej starostlivosti.
5. Zabezpečiť systematickú multidisciplinárnu starostlivosť vrátane psychologickej, sociálnej a duchovnej podpory.

Zavedenie týchto krokov prispeje k vytvoreniu dlhodobo udržateľného, výkonného a v medzinárodnom kontexte porovnateľného systému hospicovej starostlivosti, ktorý zabezpečí pacientom adekvátnu a rozsiahlu pomoc (Škripeková et al. 2022).

## Literatúra

AKDENIZ, M., B. YARDIMCI & E. KAVUKCU, 2021. Ethical considerations at the end-of-life care. In: *SAGE Open Med*. Vol. 9, pp. 1-9.

ANDREA ŠKRIPEKOVÁ, MUDr, MUDr PETER STACHURA, Ing EVA RYBÁROVÁ, Mgr ERIKA RUSNÁKOVÁ, JUDr IVANA ŠARLINOVÁ a Ing LUCIA KLEŠČÍKOVÁ, 2022. Stav paliatívnej starostlivosti na Slovensku v roku 2022 [online]. 2022 [cit. 24.9.2025]. Dostupné na: www.solen.sk

BERTAUD, Sophie, Dominic WILKINSON a Maureen KELLEY, 2025. The heart of palliative care is relational: a scoping review of the ethics of care in palliative medicine. *BMC Palliative Care* [online]. 2025, roč. 24, č. 1, s. 1–12 [cit. 24.9.2025]. ISSN 1472684X. Dostupné na: doi:10.1186/S12904-025-01784-5/TABLES/2

CZECH SOCIETY FOR PALLIATIVE MEDICINE, 2013. *Palliative care in the Czech Republic in 2013 - ehospice* [online] [cit. 24.9.2025]. Dostupné na: https://ehospice.com/international_posts/palliative-care-in-the-czech-republic-in-2013/?utm_source=chatgpt.com

DEMURO, Mauro, Elisa BRATZU, Stefano LORRAI a Antonio PRETI, 2024. Quality of Life in Palliative Care: A Systematic Meta-Review of Reviews and Meta-Analyses. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health : CP & EMH* [online]. 2024, roč. 20, č. Suppl-1, s. e17450179183857 [cit. 24.9.2025]. ISSN 1745-0179. Dostupné na: doi:10.2174/0117450179183857240226094258

LIU, X., J. KANG, J. LV, S. DING, 2024. A controlled study: Evaluating the clinical impact of a nurse-centred multidisciplinary hospice care model on anxiety, depression, and quality of life in patients with advanced malignant tumours. In: Journal of Evaluation in Clinical Practice. Vol. 31, no. 5, pp. 1-7.

LIU, X ;, Y.-C ; CHANG, W.-Y HU, Systematic REVIEW, Xuan LIU, Yun-Chen CHANG a Wen-Yu HU, 2024. The Effectiveness of Palliative Care Interventions in Long-Term Care Facilities: A Systematic Review. *Journal of Personalized Medicine 2024, Vol. 14, Page 700* [online]. 2024, roč. 14, č. 7, s. 700 [cit. 24.9.2025]. ISSN 2075-4426. Dostupné na: doi:10.3390/JPM14070700

MICHAL MROCEK DOM RAFAEL, MUDr, 2017. Základné princípy paliatívnej a hospicovej starostlivosti [online]. 2017, roč. 12, č. 6 [cit. 24.9.2025]. Dostupné na: www.solen.skHlavnátéma

NIESZPORSKA, Sylwia, 2022. Grey systems in the management of demand for palliative care services in Poland. *Health Economics Review* [online]. 2022, roč. 12, č. 1, s. 3 [cit. 25.9.2025]. ISSN 21911991. Dostupné na: doi:10.1186/S13561-021-00349-5

REFORM AND INVESTMENT TASK FORCE, 2025. *Start up guide for general practi-tioners and primary paediatricians* [online]. [cit. 24.9.2025]. Dostupné na: https://reform-support.ec.europa.eu/document/download/0bceee60-ca12-47a1-9985-60b354b1d12d_en?filename=Primary care component_ Guide_GP_practice.pdf

SADOVSKA, O., 1997. Department of Palliative Care in Bratislava and the development of the palliative care movement in Slovakia. *Supportive Care in Cancer* [online]. 1997, roč. 5, č. 6, s. 430–434 [cit. 24.9.2025]. ISSN 09414355. Dostupné na: doi:10.1007/S005200050109/METRICS

SÍTIMA, Gonçalo, Carlos GALHARDO-BRANCO a Paulo REIS-PINA, 2024. Equity of access to palliative care: a scoping review. *International Journal for Equity in Health* [online]. 2024, roč. 23, č. 1, s. 1–18 [cit. 24.9.2025]. ISSN 14759276. Dostupné na: doi:10.1186/S12939-024-02321-1/FIGURES/2

ŠIP, M., 2019. *Sociálna práca v zdravotníctve.* Prešov : Vydavateľstvo Prešovskej univerzity. ISBN 978-80-555-2301-9.
ŠIP, M., 2020. *Spirituálna dimenzia v paliatívnej starostlivosti : terapeutické kontexty.* Prešov : Vydavateľstvo Prešovskej univerzity. ISBN 978-80-555-2600-3.
TASR, SITA, 2024. Hospice na Slovensku čelia pre zlú finančnú situáciu zatváraniu - SME. *TASR* [online] [cit. 25.9.2025]. Dostupné na: https://domov.sme.sk/c/23418978/hospice-na-slovensku-celia-pre-zlu-financnu-situaciu-zatvaraniu.html?utm_source=chatgpt.com

PhDr. Marcela Hudáková
Prešovská univerzita v Prešove/University of Presov in Presov
Fakulta zdravotníckych odborov/Faculty of Health Care
Partizánska, 1; 080 01 Prešov
mail: Marcela.Hudakova@unipo.sk
tel.: +421 51 7562 440
web: http://www.unipo.sk/fakulta-zdravotnictva

# BAZÁLNA STIMULÁCIA V OŠETROVATEĽSTVE
# BASAL STIMULATION IN NURSING

**PhDr. Mária Kaščáková, PhD**
**Prešovská univerzita v Prešove. Fakulta zdravotníckych odborov.**
**Katedra ošetrovateľstva**

**Abstrakt**

Bazálna stimulácia sa hodnotí ako účinná metóda poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti u pacientov s poruchami vedomia, zmyslového vnímania a vnímania vlastného tela, orientácie, komunikácie a motoriky. Somatické, zmyslové, vibračné, vestibulárne, taktilno-haptické a komunikačné stimulácie sú kľúčové činnosti sestry. Metóda umožňuje vnímať pacientovi vlastnú identitu, napomáha zlepšiť komunikáciu s okolím a zvládnuť orientáciu v priestore.
**Kľúčové slová**: Bazálna stimulácia. Ošetrovateľstvo. Sestra. Pacient.

**Abstract**

Basal stimulation is evaluated as an effective method of providing nursing care for patients with disorders of consciousness, sensory perception and perception of one's own body, orientation, communication and motor skills. Somatic, sensory, vibratory, vestibular, tactile-haptic and communication stimulation are key activities of the nurse. The method allows the patient to perceive his own identity, helps to improve communication with the environment and manage orientation in space.
**Key words:** Basal stimulation. Nursing. Nurse. Self-management. Patient.

## Úvod

V súčasnosti sme svedkami nárastu ochorení a zdravotných postihnutí s prejavmi porúch bazálneho a zmyslového vnímania. Pri starostlivosti o týchto pacientov má sestra jedinečné možnosti v rámci selfmanažmentu a kompetencií implementovať prvky bazálnej stimulácie. Terapia BS dnes patrí k uznávaným konceptom v oblasti ošetrovateľstva a špeciálnej pedagogiky vo väčšine krajín Európskej únie. Má široké využitie u telesne a duševne postihnutých jedincov s

kvantitatívnou poruchou vedomia alebo poruchou vnímania vlastného tela. Komunikácia a stimulačné činnosti BS na úrovni somatickej, vestibulárnej, vibračnej a zmyslovej sú základom pre ošetrovateľskú starostlivosť sestry (Bóriková, Lepiešová 2021).

**Cieľ**

Zvýšiť povedomie o význame špecifických činností sestry v riadení terapie bazálnej stimulácie pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti.

**Metodika**

Príspevok bol spracovaný metódou cieleného literárneho a časopiseckého prehľadu o význame špecifických činnosti sestry pri ošetrovaní pacientov pomocou bazálnej stimulácie. Vyhľadávanie prebiehalo v september – október 2025 na báze dostupných relevantných internetových a knižných publikácií.

**Výsledky**

Autorom konceptu bazálnej stimulácie (BS) je prof. Dr. Andreas Fröhlich, špeciálny pedagóg, ktorý pracoval s ťažko postihnutými deťmi, pre ktorých bol určený. Do ošetrovateľskej praxe koncept zaviedla zdravotná sestra prof. Christel Biensteinová. V spolupráci s prof. Fröhlichom spoločne modifikovali a vypracovali koncept BS pre ošetrovateľskú prax. Praktickým prínosom spolupráce bolo vypracovanie systému vzdelávania lektorov, ktorí následne zabezpečovali špecifické vyškoľovanie lektorov/sestier a integráciu konceptu do ošetrovateľskej praxe (Friedlová, 2005). BS je rehabilitačný koncept, ktorý pracuje na princípe podpory vnímania, komunikácie a fyzických schopností osoby s akýmkoľvek postihnutím, bez ohľadu na typ a závažnosť (Potmesilová, Potmesil, Marecková, 2022). Cieľom terapie BS v ošetrovateľstve je stimulovať zmyslové orgány, telesné pocity a komunikáciu prostredníctvom personalizovaných a zmysluplných aktivít. Očakávaným výsledkom je zlepšenie vnímania, komunikácie, sebauvedomenia, uvedomenia svojho tela a orientácie (Lapčíková, 2007). Ošetrovateľské činností BS interpretujú snahu rozpoznať a uspokojiť potreby pacienta, zohľadňujúc individuálne a špecifické životné návyky pacienta s poskytnutím vhodných stimulov (pohybových, dotykových, polohovacích, zmyslových) (Pčolková, 2011). Význam terapie BS pre pacienta je mnohorozmerný. Ošetrovateľská starostlivosť je štruktúrovaná v čase, to znamená stále. Je poskytovaná činnosťami sestry, ktoré majú opakujúci charakter, pacient si nane zvykne a nachádza v nich pocit pohody, istoty, bezpečia, orientácie, lepšie vníma a spracuje nové zážitky a skúsenosti. Poskytuje zreteľné vnemy a skúsenosti, vzťahujúce sa na zážitky z vnímania vlastného tela a

okolia. Zameriava sa na uspokojovanie základných ľudských potrieb, prispôsobuje sa individuálnemu veku a zdravotnému stavu pacienta (Friedlová, 2007). Využitie BS v ošetrovateľstve je široko spektrálne. Uplatňuje sa v starostlivosti o deti a dospelých s ťažkosťami zmyslového vnímania, komunikácie, motoriky (poruchy autistického spektra, DMO), pri viac násobnom postihnutí a predčasne narodených detí. Široké uplatnenie má aj u pacientov v kóme a bdelej kóme, dezorientovaných, nepokojných, dlhodobo pripútaných na lôžku, v intenzívnej starostlivosti, seniorov s demenciou, geriatrických, umierajúcich, po náhlych mozgových príhodách a iných neurologických ochoreniach. K formám BS v ošetrovateľstve sa radia stimulácie somatická, vestibulárna, vibračná, optická, auditívna, orálna, olfaktorická, taktilno-haptická.

Somatická (celotelová) stimulácia, využíva sa povrch celého tela (koža) a jej účinnosť záleží na kvalite, lokalite a intenzite dotyku sestry (Bóriková, Lepiešová, 2021). Pomáha pacientovi precítiť vnímanie svojho tela sebauvedomením hranice svojho tela a schopnosti s ním komunikovať a vnímanie prostredia v okolí. Špecifické stimulačné činnosti BS pre sestru sú zamerané na masáž v poradí: 1) povzbudzujúca (len proti smeru rastu chlpov, oboma rukami, opakuje sa minimálne 3x po sebe), zvyšuje svalový tonus, srdcovú frekvenciu a celkovú aktivitu. 2) ukľudňujúca (len v smere rastu chlpov, oboma rukami, opakuje sa minimálne 3x po sebe, pomalým tempom), znižuje svalový tonus, srdcovú frekvenciu a celkovú aktivitu. Ďalšou možnosťou je masáž stimulujúca dýchanie s cieľom dosiahnuť kľudné prehĺbené a pravidelné dýchanie. Indikuje sa pri plytkom dýchaní (predčasne narodené deti, umierajúci, poruchy spánku, depresie, bolesť a stres), miestom masáže je chrbtová časť tela v polohe ľahu, alebo v sede. Ďalšou možnosťou je jemné polohovanie, ktoré môže sestra aplikovať v dvoch variáciách. 1. Poloha "hniezdo" v rámci BS je technika polohovania, ktorá vytvára pocit bezpečia a relaxácie prostredníctvom jemného tlaku a dotyku, napodobňujúc zabalenie do deky alebo periny. Cieľom je zlepšiť vnímanie vlastného tela, upokojiť pacienta a pomôcť mu lepšie sa zorientovať v priestore. Je obzvlášť užitočná pre pacientov s neurologickými ochoreniami, po úrazoch alebo tých, ktorí majú problémy s vnímaním tela. Ide o polohovanie, pri ktorom sa vytvára pocit „zabalenia“ a stability. Pocit „zabalenia“ zabezpečuje nepretržitý a jemný tlak, ktorý pomáha pacientovi precítiť svoje hranice, zlepšuje vnímanie tela, prináša pocit bezpečia a podporuje relaxáciu. 2. Poloha „múmia“ je forma polohovania BS, ktorá využíva balenie tela do deky alebo inej textílie, čím poskytuje pocit hraníc, stability, pevného objatia a istoty. Je vhodná pre pacientov s poruchami ADHD, autizmom, demenciou, obmedzenou pohyblivosťou, pretože im pomáha upokojiť sa a získať lepšie vnímanie vlastného tela. Pomáha aj pacientom s hyperkynézou (nadmernou pohyblivosťou), upokojením získať vnímanie hraníc svojho tela. Prináša pocit upokojenia a stabilizácie pre nepokojných,

dezorientovaných alebo agresívnych pacientov. Sestra využíva aj terapiu dotykom, ktorý je spojený s jemným pohladením (hlavy, ruky, predlaktia, lícnej časti tváre), vhodná je kombinácia s verbálnou komunikáciou. Považuje sa za vysoko účinnú činnosť sestry pri terapii BS. Vysoko významným prvkom BS je aj iniciálny dotyk v spojení s verbálnou komunikáciou s obsahom pozdravu a predstavenia sa sestry **(**Friedlová, 2007; Pasterňák, 2019).

Optická (zraková) stimulácia, ktorou sestra prispôsobujeme zorné pole pacienta s využitím jeho preferencií. Umiestnením farebných obľúbených predmetov, fotografií najbližších príbuzných blízko v okolí lôžka (tak aby boli videné). Zameriava sa aj na to, aby pacient vizuálne kontroloval svoje telo, čo pomáha obnoviť vnímanie a pohybovej funkcie, najmä po poruchách ako cievna mozgová príhoda alebo pri úrazoch.

Auditívna (sluchová) stimulácia je komplexný prístup, ktorý využíva zvuk na podporu vnímania, komunikácie a pohybu u pacientov. Cieľom je prostredníctvom zvukov, ako sú hudba, hovorené slovo alebo prírodné zvuky, aktivovať vnemové kanály a pomôcť pacientovi lepšie vnímať svoje telo a okolie, čím sa zlepší jeho celkové vnímanie a naplnia sa jeho komunikačné a pohybové potreby. Sestra môže využívať zvuky, ktoré sú pre klienta významné (napr. obľúbenú hudbu), ktoré môžu byť spojené s pohybom alebo dotykom. Pacient si tak môže prostredníctvom zvukov prepojiť svoje telo s okolitým svetom, čo mu pomáha lepšie vnímať jeho vlastné telo a jeho polohu.

Vestibulárna (pohybov) stimulácia prebieha zmenami polohy hlavy, ktoré sú po zaznamenaní daným zmyslovým orgánom spracované vestibulárnymi jadrami. Zabezpečuje vnímanie vlastného tela v priestore a rovnováhy pomocou pomalých, pravidelných pohybov. Sestra má možnosť využiť jemné, pomalé a plynulé pohyby otáčaním hlavy vpravo a vľavo (v polohe ležiacej a neskôr aj v sede).

Vibračná BS využíva vibrácie na podporu vnímania vlastného tela, zmyslových receptorov a okolitého sveta. Poskytuje dôležité hmatové a proprioceptívne podnety, uvoľňuje dýchacie cesty a môže viesť k lepšiemu uvedomeniu si seba samého. Terapia sestrou využíva vibračné prístroje alebo aj ruky pre kontakt s pacientom (napr. priložením ruky na hrudník) na stimuláciu receptorov vo svaloch a kĺboch, čím pacient lepšie vníma svoje telo. Obvyklé miesta aplikácie sú päta, vnútorná alebo vonkajšia strana kolena, panva, celá horná končatina, hlavne predlaktie a dlaň. Pomáha deťom s rôznymi poruchami ako detská mozgová obrna, autizmus, Downov syndróm alebo s poruchami senzorickej integrácie. Je vhodná aj u dospelých pacientov v bezvedomí, s umelou pľúcnou ventiláciou, s Alzheimerovou chorobou alebo inými ťažkými ochoreniami, ktorí

majú problém s vnímaním seba a okolia. Podporuje lepšie vnímanie vlastného tela a okolia, stimuluje vnímanie kože, kĺbov a kostí. Podporuje uvedomenie si seba samého a môže viesť k zlepšeniu lokomócie, komunikácie a celkového vnímania.

Orálna (chuťová) stimulácia je zameraná na stimuláciu ústnej dutiny, ktorá pomáha pri rozvoji funkcií ako je sanie, prehĺtanie a žutie. Cieľom je zlepšiť vnímanie chuti, vône a podporiť orofaciálne funkcie. Učí vzťahu ruka-ústa a pomáha identifikovať známe pre pacienta chute a vône. Ústa sa radia k vysoko citlivej zóne, preto je dôležité, aby boli často a pravidelne stimulované (masážou okolo pier, tyčinkou namočenou v obľúbenom nápoji, jedle). Pri NGS/PEG stimulujeme ústnu dutinu (vrecúškom z vhodného materiálu, ktoré je naplnené pre pacienta známou, obľúbenou a príjemnou chuťou). Sestra ju môže využívať u pacientov s neurologickými ochoreniami, ako je cievna mozgová príhoda. U seniorov s demenciou alebo Alzheimerovou chorobou a pacientov v bdelej kóme.

Olfaktorická (čuchová) stimulácia, pacienta stimulujeme známymi vôňami a pachmi hlavne v spojení s pozitívnymi skúsenosťami, využívame obľúbenú vôňu jedla, ovocia, parfumov a pach blízkej osoby.

Taktilno-haptická (úchopová) stimulácia je zameraná na oblasť rúk, rozvoj jemnej motoriky, schopnosť rozpoznávať predmety, získanie skúsenosti, ktoré sa ukladajú do pamäti. Do rúk vkladáme známe a osobné predmety (veci hygieny, kľúče, mobil...) (Bóriková, Lepiešová, 2021).
Základné aspekty sestry pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti BS:

A. Anamnéza. Všetky vyššie uvedené stimulačné intervencie sa odvíjajú od dokonalého poznania celkového zdravotného stavu pacienta a špecifického poznania jeho potrieb, súvisiacich s poskytovaním terapie BS. Takto špecificky cielená ošetrovateľská starostlivosť je možná len na základe kvalite získanej autobiografickej anamnézy pacienta a integrácie príbuzných do starostlivosti.
B. Špecifiká plánovania. Sestra v rámci selfmanažmentu plánuje a realizuje ošetrovateľskú starostlivosť BS u pacientov s plným rešpektovaním fyziologického režimu dňa a noci, zohľadňujúc pri tom aktuálny zdravotný stav. Riadi, plánuje a manažuje starostlivosť BS s pomocou celého ošetrovateľského tímu aj za aktívnej účasti rodiny. Vyhodnotením výsledkov ošetrovania BS, komplexne prehodnotí efekt jednotlivých stimulačných zložiek, pričom má možnosť modifikovať plán (čas, intervencie, výber najvhodnejšie stimulačnej intervencie vzhľadom vývoju zdravotného stavu pacienta).

C. Potreby pacienta. Ošetrovateľská starostlivosť je zameraná na potreby pacienta v plnom rozsahu a súlade s ošetrovateľskou starostlivosťou poskytovanou BS.

Manažment starostlivosti BS sestrou. Široké spektrum ošetrovateľských činnosti BS, umožňujú sestre v rámci kompetencií riadiť, plánovať a koordinovať ostatných členov ošetrovateľského tímu na základe ich kompetencií (Lapčiková, 2007; Bóriková; Lepiešová, 2021).

**Záver**

Koncept terapie BS pre ošetrovateľstvo a jeho zavedenie do klinickej praxe zabezpečuje kvalitu v dvoch kľúčových dimenziách:

1. Dimenzia kvality pre pacienta znamená, prežívanie života vyššej kvality (reálnom vnímaní vlastného tela, identity a okolitého sveta, komunikácie s okolím, zlepšenie funkcie organizmu a lokomočných schopností, podpora psychomotorického vývinu, orientácie v čase, priestore a osobe).
2. Dimenzia kvality pre ošetrovateľstvo znamená, zvýšenie kvality ošetrovateľskej starostlivosti.

Pre selfmanažment sestry, ktorá poskytuje starostlivosť BS musia byť naplnené tri požiadavky vedieť, môcť a chcieť. Vedieť predpokladá absolvovať akreditované kurzy BS so získaním certifikátu pre výkon činnosti. Môcť znamená vytvorenie podmienok pre výkon činnosti BS (štandardy, špecifické kompetencie, organizácia pracovných činnosti vzhľadom k času, schopnosť pracovať v tíme, výber pomôcok). Chcieť si od sestry vyžaduje vyššiu mieru sebareflexie, uvedomenia si svojho jedinečného poslania, byť dobrou sestrou. Staršia ale neustále aktuálna definícia ošetrovateľstva podľa Virginie Hendersonovej hovorí, že jedinečnou funkciou sestry je pomáhať jednotlivcovi, či už chorému alebo zdravému, v činnostiach prospievajúcich k zdraviu alebo k jeho zotaveniu**,** ktoré by vykonával sám, ak by mal potrebnú silu, vôľu a vedomosti. Hlavným cieľom sestry je podporiť nezávislosť jednotlivca tak, aby ju mohol dosiahnuť čo najskôr.

**Zoznam bibliografických odkazov**

Bóriková I. Lepiešová M. Vybrané prvky konceptu bazálnej stimulácie (BS). Ústav ošetrovateľstva JLF UK. [Online]. 2021. [2025-10-25]. Dostupné na: https://portal.jfmed.uniba.sk › download

Friedlová K. Bazální stimulace v základní ošetřovatelské péči. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.

Friedlová K. Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetřovatelství I. Frýdek-Místek: Institut Bazální stimulace, 2005. 50 s. ISBN80-239-6132-2.

Lapčíková. E. Přijmová ošetřovatelská dokumentace pro koncept Bazální stimulace v práci sester v geriatrické péči. Ostrava: Masarykova univerzita: Lékařska fakulta Ostrava. [Online]. 2007. [2025-09-09]. Dostupné na: https://is.muni.cz/th/btju8/d_i_p_l_o_m_o_v_a_p_r_a_c_e.pdf

Pasterňák P. Vplyv komprehenzívnej rehabilitácie s prvkami Bazálnej stimulácie na mieru sebestačnosti u pacientov po hemoragickej cievnej mozgovej príhode v subakutnom štádiu. Diplomová práca v obore fyzioterapie a léčebná rehabilitace. [Online]. 2019. [2025-09-25]. Dostupné na: https.//is.muni.cz › *DP_Pavel_Pastrnak_Archive//*

Pčolková M. Starostlivosť o pacientov s poruchou vedomia konceptom bazálnej stimulácie. Judičáková, M. Ištoňová, M. Chalupová, M. Súčinnosť podporných profesií pri starostlivosti o pacienta/klienta. Zborník zo 4. Slovenského chirurgického dňa Ľubovnianske kúpele v Starej Ľubovni 28.-29.04.2011. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, 2011. ISBN 978-80-555-0512-1, s.10-17. [2025-10-25]. Dostupné na: http://www.pulib.sk/web/kniznica/elpub/dokument/Istonova2//

Potměšilová P. Potměšil M. Marečková J. Bazální stimulace jako vývojová podpora u ohrožených novorozenců: přehled literatury. Děti 2023; 10 (2), 389: [2025-10-25]. Dostupné na: https://doi.org/10.3390/děti10020389//

PhDr. Mária Kaščáková, PhD.
Prešovská univerzita. Fakulta zdravotníckych odborov.
Katedra ošetrovateľstva.
emailová adresa: maria.kasckakova@unipo.sk

# ZMYSEL ŽIVOTA V ČASE UTRPENIA
# THE MEANING OF LIFE IN TIMES OF SUFFERING

**[1]PhDr. Dagmar Magurová, PhD., MPH., [1]doc. PhDr., Ľubomíra Tkáčová, PhD., MPH., [2]Darina Hrabovská**

**[1]Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov**

**[2] Nemocnica s poliklinikou Š. Kukuru Michalovce a.s.**

**Abstrakt.**

V príspevku poukazujeme na teoretické východiská problematiky zmyslu života v hraničných situáciách. **Úvod.** Otázku súvisiacu so zmyslom života si kladú s osobitou naliehavosťou nevyliečiteľne chorí. Zmysluplnosť života sa stáva jedným z faktorov ovplyvňujúcich kvalitu života. **Cieľ**. V širšom kontexte hľadať odpoveď na otázku, aký je zmysel života a ako vplýva onkologické ochorenie na zmysel života jedinca. **Záver.** Zmysel života je pre pacientov s diagnostikovaným závažným ochorením téma, ktorá núti pacienta zamyslieť sa nad svojim životom, prehodnotiť priority a ciele do budúcnosti. Zmysel života je ľahké stratiť, avšak o to ťažšie je ho nájsť v náročných situáciách.

**Kľúčové slová**: Zmysel života. Utrpenie. Pacient. Hodnoty.

**Abstract.**

In this paper, we point out the theoretical foundations of the issue of the meaning of life in extreme situations. **Introduction.** The question of the meaning of life is asked with particular urgency by the terminally ill. The meaningfulness of life becomes one of the factors influencing quality of life. **Objective.** In a broader context, to seek an answer to the question of what the meaning of life is and how cancer affects an individual's sense of meaning in life. **Conclusion.** For patients diagnosed with a serious illness, the meaning of life is a topic that forces them to reflect on their lives and reevaluate their priorities and goals for the future. The meaning of life is easy to lose, but it is even more difficult to find in difficult situations.

**Keywords**: Meaning of life. Suffering. Patient. Values.

## Úvod

Človek je jediná bytosť, ktorá si uvedomuje konečnosť svojho bytia. Nevyhnutnosť smrti sa často neprijíma ľuďmi ako niečo jednoduché a prirodzené, ale vyvoláva u nich veľké intelektuálne a

emocionálne napätie. Dotýka sa najintímnejších stránok jeho vnútorného sveta. V živote každého človeka skôr alebo neskôr príde chvíľa, keď sa spýta prečo vlastne žije a na čom v živote vôbec záleží, ak všetka naša činnosť, všetko naše úsilie sa konči smrťou (Remišová a kol., 2008). Zmysel života je ústrednou otázkou sveta a odpoveď na túto otázku určuje samotný život. Môžeme povedať, že sebauvedomenie je tvorené významom a mení sa v závislosti od toho, čo človek vidí a čaká od života. Otázka zmyslu života sprevádza ľudstvo po celú dobu jeho existencie. Hoci bola v histórií vyjadrená rôzne, podstata bola stále rovnaká. Zmysel života je provokatívnou otázkou, ktorá je pre človeka výzvou, no zároveň háklivou otázkou.

Prečo sa človek otázkou zmyslu života vôbec zaujíma? Väčšinou si ju človek nedáva permanentne, ale iba v situáciách, v ktorých má na to dôvod. Ale i napriek tomu sa často pýtame „Prečo?“ „Kvôli čomu?“ Obzvlášť sa náročnou otázkou stáva, ak má odpoveď obsahovať aj perspektívu „vyššieho“ cieľa. K zodpovedaniu je potrebné mať veľkú vieru sebavedomia alebo tzv. „životný elán“ (Tavel, 2004).

**Vlastný text**

Vymedzenie zmyslu života z viacerých hľadísk. Viktor Frankl je najvýznamnejší reprezentant zmyslu života. Frankl nazerá na človeka, ako na bytosť, ktorá hľadá zmysel vlastného života. Zmysel je nadprirodzený, osoba siaha po zmysle, zameriava sa na niečo viac, ako je človek sám. Zmysel života sa spája s pocitom byť nažive pre niekoho, či pre niečo. Podstatná charakteristika Franklovho chápania zmyslu je pohľad, že život nemôže existovať bez zmyslu. Za každých podmienok či okolností, v zložitých situáciách môžeme nájsť úlohu pre človeka, ktorú má splniť. Zmysel života je možné naplniť realizáciou hodnôt, ktoré podľa Franklovej koncepcie sú tvorivé, zážitkové a postojové. Práve postojové hodnoty, označované ako najvyššie, vyjadrujú postoj človeka k utrpeniu a k osudu, ktorý sa nedá zmeniť (5). (Horniaková, Dobríková, Dědová 2020).

Zmysel života vieme jasnejšie vymedziť pomocou pojmov ako sú cieľ, hodnoty, ale aj dôvody. E. Coreth (2008, s. 410. In Ondrášik, 2016) dáva do pozornosti spätosť životnej zmysluplnosti s pojmom cieľa. Zmysel života, ktorý je ohraničený ako cieľ odpovedá na otázku, kde sa uberáme alebo čo nás fascinuje, počom túžime a aké nástroje sú relevantné na jeho dosiahnutie. Zmysel života, ktorý je chápaný ako cieľ súvisí s konceptom hodnoty. Sú to hodnoty, ktoré motivujú konanie osoby. Jedinec si ich volí sám, niektoré preferuje, iné odmieta (Ondrášik, 2016). Taylor (1989, s. 11. In Ondrášik, 2016) definuje zmysel života následovne: *„Zmysel života je univerzálna hodnota, ktorá predstavuje najvyššie dobro pre náš život v jeho celku, napriek tomu, že existujú u jednotlivcov a takisto u rôznych kultúr rôzne chápania zmysluplnosti života. Najčastejšie si to uvedomíme, keď zmysel života strácame.“*

Maslow zaraďuje hľadanie zmyslu k abundačným motívom. Ide o pohnútky presahujúce rámec tolerovaného stavu uspokojenia. Maslow tvrdí, že u viacerých jedincov sa zmysel života delí na individuálny svetový názor. Zmysel života sa považuje za dôležitý pojem aj v psychológii. Vzťahuje sa na to, do akej miery jedinci chápu zmysel svojho života, hľadajú vlastné poslanie, či v širšom zmysle svoj cieľ.

Psychológ Gary T. Reker spolu s klinickým psychológom a profesorom Paulom T. P. Wongom videli zmysel života v troch častiach, ktoré sa vzájomne ovplyvňujú (Frankl, 2011):

- kognitívny komponent - týka sa životných postojov, presvedčení a interpretácií životných udalostí; obsahuje životnú schému, rámec, ktorý pripisuje význam jednotlivým činnostiam, udalostiam a životu ako celku; prejavom tejto schémy je vedomie zmyslu v živote;
- motivačný komponent- súvisí so snahou a úsilím o dosahovanie cieľov, realizácie zámerov a napĺňania hodnôt; je tvorený hodnotovým systémom a systémom životných cieľov, ktoré si človek v živote volí na základe svojich hodnôt; priamym dôsledkom tohto komponentu je prítomnosť hodnôt a cieľov v živote a koncentrovanie sa na ich dosahovanie;
- afektívny komponent - sa týka prežívania pocitov šťastia, spokojnosti a naplnenosti, ktoré súvisia s dosahovaním cieľov, realizáciou hodnôt, a tiež s vedomím zmysluplnosti svojho života (Frankl, 2011. In Tkáčová, 2022).

Pri neprítomnosti ktoréhokoľvek z uvedených komponentov dochádza k ohrozeniu prežívania zmyslu života. Gary T. Reker svoje bádanie o zmysle živote uzatvára tvrdením, že hlavnými psychologickými procesmi pri vytváraní zmysluplnosti života sú hľadanie zmysluplnosti života a jeho nachádzanie (Frankl, 2011).

Filozofia, svetonázor a logika môžu brať do úvahy zmysel života z troch hľadísk:

- Ako niečo za hranicami života (náboženské, metafyzické)- nad životom (transcendentný).
- Ako niečo, čo vytvoril subjekt sám (ateistický a existenciálny)- v rámci subjektu (imanentný).
- Ako niečo pôvodne obsiahnuté v živote, najhlbší základ- v živote samotnom (panteistický) (Tkáčová, 2022).

**Zdroje zmyslu života**

Frankl tvrdí, že zmysel si nemôže jedinec nájsť sám, ale ani mu ho nevie dať iný človek. Jednotliví ľudia objavujú, ale tiež napĺňajú svoj zmysel konkrétnymi cestami. Logoterapia a existenciálna terapia považuje za zmysel života tvorivé a zážitkové hodnoty, postojové hodnoty. Ku kreatívnym

hodnotám zaraďujeme prínos niečoho neznámeho do sveta. Môže sa jednať o vykonanie skutku či vytvorenie diela. Za zdroje životného zmyslu sa považujú ciele, ktoré vyústia do dojmov sebarealizácie. Sebarealizácia sa považuje za finálny výsledok naplnenia životného zmyslu. Voľný čas patrí k najsilnejším cestám, pomocou ktorých sa jednotlivec vie dostať k takýmto zdrojom zmyslu svojho života (Hernesniemi, Caspar, Dieser 2023). Terapeutické intervencie zamerané na zlepšenie zmyslu života, tvorby zmyslu a duchovnej pohody môžu byť potenciálne prospešné pre pacientov s onkologickým ochorením. Tieto terapie, implicitne alebo explicitne, podporujú prehodnotenie životných priorít, aby sa pacienti mohli prispôsobiť skúsenosti so závažným ochorení. Taktiež môžu vo všeobecnosti byť úspešné v pozitívnom ovplyvňovaní oblastí súvisiacich s kvalitou života, duchovnou pohodou, zmyslom života a pocitom dôstojnosti, pričom znižujú markery psychopatológie, ako je depresia, úzkosť a túžba urýchliť smrť (Carreno, Eisenbeck 2022).

**Zmysel života v čase utrpenia**

Každý človek, ktorý sa dozvedel informáciu, že trpí onkologickým ochorením prechádza jedným z najzložitejších období vo svojom živote. Nie je dôležité, či sa túto skutočnosť dozvedel neočakávane, alebo po dlhom období podozrení v súvislosti s tým, že voľačo nie je tak, ako by malo byť. Na takúto negatívnu správu je náročné sa vopred pripraviť (Gulášová, 2008. In Gulášová, Breza ml, Breza, 2013). Diagnostikovanie onkologického ochorenia ohrozuje zmysel života. Človeka zaplavia často pocity zúfalstva. Kladný pocit životnej zmysluplnosti u onkologicky chorých znižuje úzkosť nie len ako takú, ale aj úzkosť z úmrtia a tým zlepší spokojnosť v živote onkologicky chorých. Zmysel života u pacientov so závažným ochorením im berie spirituálnu núdzu, ale aj zmenší ich strach z možnej smrti. V konečnom dôsledku je u onkologických pacientov menej pravdepodobné prežívanie obáv zo smrti, pretože si životný zmysel budú užívať. Títo jedinci si vybudujú pevné spirituálne presvedčenie, vďaka ktorému sa budú vedieť lepšie vyrovnať so smrťou. Keď onkologicky chorý pacient bude chápať svoj životný zmysel, tak bude vedieť čeliť smrti, ale bude sa aj oveľa viac snažiť s onkologickým ochorením bojovať.

Strata zmyslu života môže mať súvislosť s mnohými neželanými výsledkami ako uvádza napr. Carreno a Eisenbeck (2022) približne 17% onkologických pacientov vyhlásilo túžbu ukončiť vlastný život nie kvôli intenzite bolesti, ale kvôli bezvýznamnosti, strate nádeje a depresii.

Zmysel života v utrpení nespočíva v samotnej bolesti, ale v tom, ako na utrpenie zareagujeme, či sa v ňom zlomíme, alebo v ňom nájdeme príležitosť k rastu a nájdeniu hlbšieho životného

poslania. Môžeme si položiť otázku ako nájsť zmysel života v utrpení. Zmyslom môže byť hľadanie hlbšieho významu kedy v utrpení môžeme objaviť skryté otázky o živote a smrti, čo nás môže povzbudiť k hľadaniu hlbších odpovedí a zmyslu života. Rozvoj osobnosti kedy utrpenie nám umožní lepšie poznať samých seba, kriticky zhodnotiť naše konanie a stať sa zodpovednejšími v našich rozhodnutiach. Odloženie seba a služba iným kedy zmyslom života namiesto zamerania sa len na vlastné utrpenie, môžeme hľadať zmysel v odložení vlastných záujmov a v službe iným ľuďom. Podľa psychológa V. Frankla je umením nájsť zmysel aj v samotnom utrpení, pretože to je jedna z možností, ktorá nám ostáva aj v extrémnych situáciách. V neposlednom rade je to pohľad duchovný kedy utrpenie môže byť vnímané cez prizmu viery, kde ľudia hľadajú zmysel vo vzťahu k „Bohu“, vnímajú ho ako milujúceho, nie trestajúceho.

Potreba posilňovania životnej zmysluplnosti u jedincov s onkologickým ochorením sa spája s viacerými pozitívnymi výsledkami. K intervenciám, ktoré vedia prispieť k posilneniu zmyslu života patrí vzdelávanie, ktoré je založené na duchovne. Ciele edukačných intervencií, ktoré sú založené na duchovne u jedincov s onkologickým ochorením obsahujú šťastie, nádej, ale aj pozitivitu, zvýšenú sebamotiváciu či vitalitu, zmenu nevhodných motivácií, vytvorenie pocitu, že je videný „Bohom“, ale aj redukujú citové problémy spolu so stresom, taktiež zlepšujú vytrvalosť súvisiacu s problémami v živote pacienta. Implementácia spirituálnej výchovy pre jedincov s onkologickým ochorením zlepší ich telesné zdravie, taktiež sa zníži miera ich telesnej bolesti, to môže dopomôcť k podpore ich spirituálneho zdravia (Hamidi et al. 2023).

Život človeka má svoje smerovanie a vedie k istému zmyslu. Zmyslom nie je bolesť ani smrť, zmyslom nie je ani utrpenie. Záleží na tom, aký postoj človek zaujme k nezmeniteľnému osudu. Každý človek až do konca svojho života nesie zodpovednosť za hodnoty. Len ak človek chápe život ako hodnotu, len vtedy bude schopný dať mu obsah a nájsť jeho cieľ. Utrpenie, ktoré nie je nevyhnutné, by malo byť odstránené. Najmä vo chvíľach veľkého utrpenia a bolesti môže človek zaujať postoj, kedy zúročí všetko, čo od života dostal a ukáže, kým v skutočnosti je. Veľkosť a hĺbka utrpenia človeka nezávisí len od objektívnych škôd, ale aj od ich poznania a zhodnotenia významu pre život. Človek sa dokáže vyrovnávať s problémami ľahšie, ak má jeho utrpenie zmysel (Dobríková, Pčolková,2012).

**Záver**

Môžeme povedať, že otázka týkajúca sa zmyslu života u pacientov čeliacim závažným onkologickým ochoreniam vstupuje do popredia viac, ako u zdravých dospelých. Zmysel života

je subjektívny a v priebehu života sa môže meniť v závislosti od situácie, v ktorej sa človek nachádza. Človek nespozná vlastné limity dovtedy, kým ho život „nedonúti“ čeliť im.

**Zoznam bibliografických odkazov**


CARRENO, D.F., EISENBECK, N. 2022. Existential Insights in Cancer: Meaning in Life Adaptability. [Online]. 2022. [2024-09-04]. Dostupné na: https://www.mdpi.com/1648-9144/58/4/461

DOBRÍKOVÁ, P., PČOLKOVÁ,D. 2012. Zmysel života z pohľadu zomierajúcich pacientov. In: *Paliatívna medicína a liečba bolesti*. 2012, 5(3): 99–101. ISSN 1339-4193.

GULÁŠOVÁ, I., BREZA, J. ml., BREZA, J. 2013. Nevyslovené otázky pacientov s onkologickým ochorením. [Online]. 2013. [2025-08-02]. Dostupné na: https://bibliotekanauki.pl/articles/2158736.pdf.

HAMIDI, S. et al. 2023. The effect of spirituality-based education on the meaning of life in cancer patient: a quasi-experimental study. In: Oncology in Clinical Practice. 2023. 9, 5: 323–330. ISSN 2450–1654.

HERNESNIEMI, M., CASPAR, S., DIESER R. B. 2023. „The Seach for Meaning“ in Therapeutic Recreation. [Online]. 2023. [2025-07-06]. Dostupné na: https://js.sagamorepub.com/index.php/trj/article/view/11759

HORNIAKOVÁ, D., DOBRÍKOVÁ, P., DĚDOVÁ, M. 2020. Hodnoty a prežívaná zmysluplnosť života u zomierajúcich pacientov. In: *Paliatívna medicína a liečba bolesti* 2020;13(1-2). ISSN 1339-4193.

ONDRÁŠIK, I. 2016. *Problém a tajomstvo zmyslu života*. Ružomberok: Tlačiareň Ján Šindléry – TESFO, Ružomberok. 2016. 154s. ISBN 978-80-89253-72-2.

TAVEL,P. 2004. *Zmysel života podľa V.E. Frankla*. Bratislava: Tlačiareň IRIS. 2004. 270s. ISBN 80-89018-5.

FRANKL, V. E. 2011. *Hľadanie zmyslu života*. Napriek všetkému povedať životu áno. Bratislava: Eastone Books, 2011. 131 s. ISBN 978-80-8109-159-9

REMIŠOVA., A. a kol. 2008. *Filozofia* 2.vyd. Bratislava: Vydavateľstvo EKÓNOM. 2008. ISBN 978-80-225-2480-3.

TKÁČOVÁ,Ľ. 2022. *Filozofia v ošetrovateľstve a vybrané humanistické konceptuálne modely.* DMC,s.r.o., Nové Zámky. Vydavateľ pre PU v Prešove, FZO.ISBN 2022. 85s. ISBN 978-80-555-2976-9.

PhDr. Dagmar Magurová, PhD., MPH
Prešovská univerzita v Prešove
Fakulta zdravotníckych odborov
Katedra ošetrovateľstva
e- mail: dagmar.magurova@unipo.sk

# PACIENT S PERGAMENOVOU RANOU V PALIATÍVNEJ STAROSTLIVOSTI
# PATIENT WITH SKIN THEAR IN PALLIATIVE CARE

**PhDr. Mgr. Zuzana Novotná, PhD., PhDr. Mgr. Jana Cinová, PhD.,**
**PhDr. Zuzana Šimová, PhD., PhDr. Andrea Šuličová, PhD.,**
**PhDr. Mgr. Tatiana Šantová, PhD.**

**Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, Katedra ošetrovateľstva**

## Abstrakt

*Úvod:* Pergamenová rana (skin tear) predstavuje špecifickú formu akútneho kožného poranenia, ktorá sa vyznačuje odlúpením alebo roztrhnutím epidermy od dermy. Vzniká predovšetkým u geriatrických a polymorbidných pacientov s atrofiou kože, zníženou elasticitou a oslabenou schopnosťou regenerácie. V prostredí paliatívnej starostlivosti je jej výskyt častý, pričom predstavuje významnú klinickú aj etickú výzvu vzhľadom na zvýšené riziko komplikácií, bolesti a zhoršenie kvality života pacienta. *Ciele:* Cieľom práce je analyzovať etiopatogenézu pergamenovej rany v kontexte paliatívnej starostlivosti, zdôrazniť dôležitosť preventívnych opatrení a popísať efektívne ošetrovateľské intervencie založené na princípoch holistického prístupu. *Metóda:* Metodologickým postupom bola systematická analýza dostupnej odbornej literatúry, klinických usmernení a výskumných štúdií publikovaných v databázach PubMed, Scopus a CINAHL. Vyhľadávanie bolo zamerané na problematiku skin tears, ich prevenciu a ošetrovateľský manažment v paliatívnej starostlivosti. *Výsledky:* Etiopatogenéza pergamenovej rany zahŕňa multifaktoriálne pôsobenie: involučné zmeny kože, malnutríciu, chronické ochorenia, kortikoterapiu a mechanické poškodenie pri manipulácii s pacientom. V paliatívnej starostlivosti je prevencia kľúčová – zahŕňa šetrnú manipuláciu, hydratáciu kože, používanie bariérových prípravkov a vhodného textilu. Ošetrovateľské intervencie sú orientované na atraumatické čistenie, aplikáciu moderných krycích materiálov, kontrolu bolesti a podporu celkového komfortu pacienta. Efektívne sa ukazuje využitie interprofesionálnej spolupráce a edukácie rodinných príslušníkov. *Záver:* Pergamenová rana je významným problémom v paliatívnej starostlivosti, ktorý si vyžaduje komplexný prístup a integráciu preventívnych a terapeutických stratégií. Cielené ošetrovateľské intervencie dokážu redukovať riziko komplikácií, zlepšiť hojenie, zmierniť bolesť

a zachovať dôstojnosť pacienta. Zdôrazňuje sa potreba ďalšieho výskumu s cieľom optimalizácie postupov a štandardizácie odporúčaní pre klinickú prax.
**Kľúčové slová:** pergamenová rana;  paliatívna starostlivosť; prevencia; ošetrovateľské intervencie

**Abstract**

*Introduction:* A skin tear represents a specific type of acute skin injury characterized by the separation or tearing of the epidermis from the dermis. It occurs predominantly in geriatric and polymorbid patients with skin atrophy, reduced elasticity, and impaired regenerative capacity. In the context of palliative care, its occurrence is frequent, posing a significant clinical and ethical challenge due to the increased risk of complications, pain, and deterioration of the patient's quality of life. *Objectives:* The aim of this paper is to analyze the etiopathogenesis of skin tears in the context of palliative care, to emphasize the importance of preventive measures, and to describe effective nursing interventions based on the principles of holistic care. *Methods:* The methodological approach consisted of a systematic analysis of available scientific literature, clinical guidelines, and research studies published in the PubMed, Scopus, and CINAHL databases. The search was focused on the issue of skin tears, their prevention, and nursing management in palliative care. *Results:* The etiopathogenesis of skin tears is multifactorial and includes involutional changes in the skin, malnutrition, chronic diseases, corticosteroid therapy, and mechanical trauma during patient handling. In palliative care, prevention is essential and involves gentle handling, skin hydration, the use of barrier products, and appropriate textiles. Nursing interventions are directed towards atraumatic wound cleansing, the application of modern dressings, pain management, and support of the patient's overall comfort. Interprofessional collaboration and education of family caregivers also prove to be effective. *Conclusion:* Skin tears represent a significant problem in palliative care, requiring a comprehensive approach and the integration of preventive and therapeutic strategies. Targeted nursing interventions can reduce the risk of complications, improve wound healing, alleviate pain, and help maintain the dignity of the patient. Further research is needed to optimize procedures and standardize recommendations for clinical practice.
**Keywords:** skin tear; palliative care; prevention; nursing interventions

# 1 Pergamenové rany a ich dopady na pacienta a rozsah ošetrovateľskej starostlivosti

S pribúdajúcim vekom a pôsobením viacerých faktorov je spojený pomalší proces regenerácie buniek a ich nedostatočná obranyschopnosť. Príčinou sú hlavne vnútorné faktory, ale významný vplyv na to, akým spôsobom bude proces starnutia organizmu, tkanív a buniek prebiehať má aj životný štýl a enviroment. K negatívnym faktorom, ktoré zásadne prispievajú k vonkajšiemu starnutiu kože patrí dlhodobý účinok opakovanej expozície ultrafialového svetla. Jedná sa o kumulatívny proces, ktorý závisí predovšetkým od fototypu kože a množstva slnečného žiarenia (tzv. photoaging). UV žiarenie vyvoláva komplexnú sekvenciu špecifických reakcií, ktoré spôsobujú poškodenie kožného tkaniva. Oblasti vystavené slnečnému žiareniu sú klinicky charakterizované jemným a hrubým zvrásnením kože, drsnosťou, suchosťou, stratou pevnosti, rozšírením drobných ciev a pigmentovými škvrnami Výrazne sa zvyšuje incidencia benígnych a malígnych novotvarov kože (Bednářová 2018). Samotné starnutie kože sa začína ukončením zmien na hormonálnej úrovni v období dospievania. S pribúdajúcim vekom sa pokožka mení a postupne sa zhoršuje jej elasticita a dostatočné vyživovanie. Koža sa stáva tenšou a tým aj viac náchylnou k mechanickému poraneniu (12). Osobitne u seniorov sa vyskytuje špecifický problém tzv. pergamenová koža. Poranenie takejto kože sa označuje ako pergamenová rana. Je definovaná ako akútna traumatická rana spôsobená pôsobením mechanických síl na krehkú kožu, ktorá sa podobá papieru alebo pergamenu (13).

Starnutie kože

V starobe prebiehajú v koži anatomické a fyziologické zmeny. Vplyv na tieto zmeny majú gény, ktoré sú dedičné a pôsobenie času, čo sa nazýva vnútorné starnutie. Tento typ starnutia je charakterizovaný spomalením metabolickej aktivity a atrofiou kože so stratou pružnosti. Povrchová vrstva kože (epidermis) sa stenčuje a postupne dochádza k jej atrofii, čo má za následok presvitanie ciev a ich dilatáciu. Nezávisle od vonkajších faktorov dochádza postupne k zníženiu seba obnovy a obranyschopnosti buniek, mení sa pigmentácia kože, kožné riasy ochabujú (1 ). Koža je často suchá a starnúci jedinec môže pociťovať zvýšené svrbenie, ktoré je často dôvodom na intenzívne škrabanie kože s následkom jej mechanického poškodenia. Znižuje sa tvorba a rozpustnosť kolagénu, ubúdajú kolagénové vlákna a koža stráca svoju elasticitu skracovaním a zhrubnutím elastických vlákien. Atrofiou väziva tukového podkožného tkaniva vznikajú hlboké kožné záhyby. Vekom sa koža stáva priepustnejšou pre rôzne chemické látky. Druhý typ starnutia kože je vonkajšie starnutie, ktoré dokáže človek čiastočne ovplyvniť. Znamená

to, že od útleho detstva je potrebné sa snažiť o dobrú životosprávu, t. z. eliminovať faktory ako sú: poruchy spánku, stres, fajčenie, alkohol, prach, emisie, nadmiera slnečného žiarenia, nevyvážená nezdravá strava, nevhodný pitný režim (12).

## 1.1 Prejavy a klasifikácia pergamenovej kože a pergamenových rán

Pergamenová koža je tiež označovaná ako papierová alebo krehká koža. Je charakterizovaná ako pokožka veľmi tenká a krehká, vysoko náchylná ku vzniku poranenia. Vyskytuje sa prevažne u seniorskej populácie, z dôvodu množstva telesných zmien, ktoré sa dejú v procese starnutia, ako napr.: stenčenie epidermis a redukcie podkožného tuku, čo spôsobuje zníženú elasticitu a suchosť kože (5). Na pergamenovej koži častejšie dochádza ku vzniku traumatických rán, ktoré sa označujú ako pergamenové rany tzv. „skin tears“. Pergamenové rany „skin tears“ sú definované ako rany spôsobené strihom, trením, tlakom alebo akoukoľvek traumou spôsobenou na koži, čo môže viesť až k oddeleniu jednotlivých vrstiev kože (13). Zvyčajne majú nepravidelný tvar, môžu mierne secernovať, alebo sú skôr suché. Sú bolestivé a majú sklony k pomalému hojeniu. Radia sa k akútnym traumatickým ranám, ale majú tendenciu k prechodu do chronických, zle sa hojacich rán, ktoré výrazne ovplyvňujú celkový zdravotný stav seniora. Lokalizované sú najčastejšie na horných končatinách v oblasti chrbta ruky, ramien alebo na dolných končatinách u pacientov s kŕčovými žilami a chronickou žilovou nedostatočnosťou. Rizikovou skupinou vzniku „skin tears“ sú najčastejšie krehký seniori s pergamenovou kožou, poruchami výživy, dehydratáciou a rôznymi ochoreniami ciev (5).

V súčasnej klinickej praxi sa diagnostika pergamenových rán stáva stále naliehavejším problémom, vzhľadom k tomu, že sa často zamieňajú s inými typmi rán, alebo sú podceňované a prehliadané. Vo väčšine zariadení sa nepoužíva žiadny klasifikačný systém, čo má za následok predlženie hojenia kožných lézii, infekcie a bolesti, čo predlžuje a predražuje hospitalizáciu pacienta. Pre zlepšenie kvality starostlivosti o pacientov a zároveň zníženie nákladov na ich hospitalizáciu je dôležité odborné a kompetentné zhodnotenie rozsahu a charakteru poškodenia kože.

K tomu účelu slúžia rôzne meracie nástroje a klasifikácie. K hodnoteniu „skin tears“ sa vytvoril a pôvodne používal klasifikačný systém Payne-Martin, ktorý bol založený na určovaní veľkosti straty tkaniva (udávané v %), pričom definoval a charakterizoval kožné lézie. Systém nebol nikdy validizovaný a klinicky overený. Modifikovanou verziou Payne-Martin skóre je klasifikačný systém Skin Tear Audit Research (STAR), ktorý je validovaný a overený, a využíva sa hlavne

v Austrálii a Japonsku (5 ). Je v ňom navyše zahrnuté rozlišovanie farieb t.z. posúdenie, či je koža bledá, tmavá alebo tmavnúca. Na základe potreby zjednodušenia a štandardizácie klasifikácie „skin tears“ bol vytvorený v roku 2011 medzinárodný panel pre pergamenovú kožu (International Skin tear Advisory Panel – ISTAP).

Klasifikačný systém ISTAP definuje pre „skin tears“ tri kategórie na základe závažnosti epidermálnej a dermálnej straty (13).

Riziko vzniku – pokožka je krehkejšia a náchylnejšia k poraneniu

Typ 1: Žiadna strata kože – lineárne alebo vrstvene strhnutá koža, ktorá môže byť premiestnená/vrátená tak, aby zakryla ložisko rany.

Typ 2: Čiastočná strata povrchovej vrstvy kože – čiastočná strata povrchovej rany kože, ktorú nemožno premiestniť tak, aby pokryla ložisko rany.

Typ 3: Úplná strata povrchovej vrstvy kože – celková strata povrchovej vrstvy kože, ktorá obnažuje celé ložisko rany (6).




Obr.1: Klasifikácia pergamenovej rany podľa ISTAP (14).

Po preukázaní dobrej validity tohto hodnotiaceho nástroja sa začala jeho implementácia do klinickej ošetrovateľskej praxe. Dôsledná klasifikácia a dokumentácia „skin tears“ je kľúčovou

pre dodržiavanie účinných liečebných postupov. Tento nástroj zaisťuje dodržiavanie štandardov použiteľných pre klinickú prax v zmysle hodnotenia, prevencie a liečby vzniku „skin tears“ (6).

## 1.2 Rizikové faktory vzniku pergamenovej kože a prevalencia pergamenových rán

Prevalencia pergamenových rán je v jednotlivých štátoch a inštitucionalizovanej starostlivosti rôzna, odlišné sú aj preventívne a liečebné postupy. Rozdiely sú dané odlišným vybavením zdravotníckych zariadení a absenciou jednotného meracieho nástroja na ich hodnotenie. Rôznorodosť je daná aj typom oddelenia, najvyššia je na oddeleniach poskytujúcich dlhodobú starostlivosť a na geriatrických a kardiologických oddeleniach. Bohužiaľ výskumy, ktoré sa venujú incidencii a prevalencii „skin tears“ sú zriedkavé, napriek tomu, že v klinickej praxi je výskyt tohto typu traumatických rán častý a vyžaduje si pozornosť(5).

K hlavným rizikovým faktorom patrí vek, podvýživa, dehydratácia, polyfarmácia, pády, zmyslové zmeny a mechanické vplyvy. Faktory, ktoré majú vplyv na poškodenie a liečbu už patologicky zmenenej kože možno rozdeliť na vnútorné a vonkajšie. K vnútorným patrí hlavne vek, stav prekrvenia kože, prítomnosť zápalu, nutričný stav a závažnosť štádia chronického ochorenia a polymorbidita. K vonkajším faktorom sa radí trenie a strižná sila, tlak na kožu a podkožie, expozícia moča a stolice, pôsobenie niektorých liekov, ako aj nevhodné ošetrenie už vzniknutých lézií (3,4 ).

*Vek* – zmeny na koži súvisiace s vekom sa najviac týkajú detí a seniorov. U predčasne narodených detí a novorodencov je príčinou poranenia najmä nedokonale vyvinutá pokožka. Zvýšené riziko je spojené s nedostatočnou rohovinovou vrstvou, zníženou epidermálnou kohéziou, nezrelou termoreguláciou a imunitným systémom. U starnúcej populácie sú vyšším rizikom pre vznik pergamenovej kože a rán zmeny spojené so starnutím kože, prítomnosť edémov, vyššie riziko tlakových poranení, ako aj kvalita starostlivosti o závislých a imobilných seniorov. Významným faktorom okrem už spomenutých príčin a rizík je aj tzv. Batemanova senilná purpura, ktorá podľa literatúry bola prítomná pri 40 % pergamenových rán (10).

*Nutričný stav* – adekvátna výživa a hydratácia pomáhajú udržiavať optimálnu funkciu tkanív a integritu kože. Predovšetkým optimálny príjem proteínov, vitamínov C, E, A, B, D, K, minerálov ako horčík, zinok, meď, vápnik a selén. Riziko „skin tears“ stúpa u pacientov , ktorí sú podvyživení a dehydratovaní. Vyšší výskyt vzniku alebo zhoršeného hojenia rán je u kachektických alebo obéznych pacientov. V prípade kachexie je problémom malnutrícia, ktorá ma negatívny dopad na hojenie rán (9). Pri obezite sa zvyšujú nároky na srdcovú aktivitu

a schopnosť srdca dostatočne okysličiť a vyživiť všetky bunky organizmu. Ak srdce nie je schopné zvýšené nároky pri obezite zaistiť, môže dôjsť k ischémii a tým aj k zhoršeniu procesu hojenia. Zmnožené tukové tkanivo pri obezite neochraňuje kožu proti okolitému tlaku, ale vytvára väčšie riziko traumatizácie v súvislosti s menším cievnym vybavením tukového tkaniva (11). Podpora výživy je dôležitá zvlášť u seniorov v rámci pooperačnej starostlivosti a u pacientov s chronickými ranami, alebo so spomaleným procesom hojenia rán. Jednoduchou a dostupnou možnosťou podpory nutrície u pacientov s viacerými rizikovými faktormi je indikácia výživových doplnkov, ktoré sú obohatené o bielkoviny, vitamíny a stopové prvky napr. formou sippingu (3).

*Stav prekrvenia tkanív a kože* – pri ochoreniach ciev a srdca môže dochádzať k nedostatočnému prietoku krvi tkanivami a ich zhoršenému vyživovaniu a okysličeniu. Pri zníženej perfúzii krvi tkanivami dochádza aj k hromadeniu metabolitov, ktoré prispievajú k vzniku rán a zhoršujú stav a priebeh hojenia už prítomných rán. Lokálne opuchy, ktoré často sprevádzajú ochorenia ciev a srdca spôsobujú zhoršenie stavu kože a prispievajú k vzniku infekcie.

*Infekcia v rane* – je častou komplikáciou liečby rán. Zápal v rane spôsobuje spomalenie a stagnáciu hojenia, predlžuje hospitalizáciu pacienta a zvyšuje ekonomické náklady. Dôležitým markerom zápalu je C-reaktívny proteín (CRP), ktorého referenčná hodnota je do 10 mg/l. Po 6-8 hodinách od aktivácie mikroorganizmov dochádza k miernemu vzostupu hodnôt, po 14-48 hodinách hodnoty dosahujú maximum (9).

*Polyfarmácia* – na hojenie rán môžu mať negatívny vplyv niektoré lieky. U seniorov je častým javom užívanie viacerých liekov súčasne, čo môže zvyšovať riziko pádu a vznik traumatických poranení, taktiež môže pacienta predisponovať k vzniku liekových interakcií. Seniori, ktorí sú ohrození vznikom pergamenových rán sú pomerne často liečení kortikosteroidmi, cytostatikami, rádioterapiou, antiflogistikami, imunosupresívami a antikoagulanciami. Ich dlhodobé užívanie má vplyv na spomalenie epidermálnej regenerácie a syntézu kolagénu (9,12).

*Mechanické a fyzikálne faktory* – medzi najčastejšie mechanické vplyvy, ktoré môžu poškodiť kožu a podkožie patria tlak, strihová sila a trenie. Sú často spojené s manipuláciou pacienta a jeho mobilitou. Nevhodné a neodborné postupy pri polohovaní a presúvaní pacienta, nadmerné používanie náplastí a neodborná starostlivosti o mechanicky, chemicky a fyzikálne zaťažovanú kožu môžu vytvoriť podmienky pre vznik traumatických poranení, zvlášť u pacientov s pergamenovou kožou (11). Osobitnou problematikou sú pády a poranenia, ktoré vznikajú pri neistej chôdzi, poruchách rovnováhy a senzorických či sluchových deficitoch, zhoršenom videní a nedostatku osvetlenia, polyfarmácii, zlej obuvi, nevhodnom vybavení priestorov, v ktorých sa pacient zdržiava, a pod. Častý výskyt pádov, znížená mobilita a závislosť pacienta v denných

aktivitách významne napomáha k vzniku pergamenových rán. Nežiadúcim faktorom môže byť aj dlhodobé pôsobenie tepla alebo chladu, náhle tepelné zmeny a radiačná terapia (10).

*Účinky vlhkosti, tekutín a chemikálií* – pre zachovanie funkčnej kožnej bariéry je dôležité jej pH, ktoré sa pohybuje na koži v rozmedzí 4-6. Pôsobením chemických vplyvov pH stúpa, a tým sa pokožka stáva priepustnejšou. Znižuje sa jej bariérová funkcia a narastá riziko bakteriálnej kolonizácie (11). Zásaditý povrch kože je jedným s faktorov, ktorý môže prispievať k vzniku „skin tears". Dlhodobá expozícia vlhkosti a tekutín (pot, moč, stolica, dezinfekčné prostriedky, mydlá) vyvoláva maceráciu alebo vysušovanie kože a tým redukciu mazovej vrstvy, ktorá kožu chráni. U pacientov s krehkou a citlivou kožou, ktorá je neustále mechanicky dráždená dvíhaním, presúvaním, polohovaním, trením, tlakom tak dochádza veľmi ľahko k vzniku kožných poranení. Problematické v klinickej praxi môže byť aj nadužívanie detergentných a dezinfekčných mydiel, antiseptických a dezinfekčných roztokov, ktoré sa často nechávajú na koži pôsobiť aj niekoľko hodín (11). Ich pôsobením dochádza ku kožným reakciám, vysušovaniu kože a následne k jej poškodeniu. Pri ich neprimeranom používaní v rámci ošetrenia rán môže dochádzať k vysychaniu spodiny rany, alebo spomaleniu až zastaveniu samotného hojenia (4).

### 1.3 Rizikové faktory a příčiny vzniku pergamenových rán v paliatívnej starostlivosti

U pacientov v terminálnom a paliatívnom štádiu ochorenia predstavujú pergamenové rany (skin tears) častý a závažný problém. Ich vznik je podmienený kombináciou intrinzických faktorov pacienta a extrinzických faktorov spojených so starostlivosťou a prostredím.

Intrinzické riziká:

- *Vekové zmeny kože* – senilná atrofia epidermy a dermy, zníženie obsahu kolagénu a elastínu, pokles tvorby mazových a potných žliaz vedú k zvýšenej krehkosti kože.
- *Malnutrícia a dehydratácia* – častá u pacientov s pokročilým ochorením, zhoršuje elasticitu kože a predlžuje proces hojenia.
- *Onkologické ochorenia a ich liečba* – chemoterapia, rádioterapia či kortikoterapia spôsobujú poškodenie kože, poruchy imunity a zvýšenú fragilitu tkanív.
- *Polymorbidita a syndróm krehkosti* – kardiovaskulárne, metabolické a chronické ochorenia znižujú prekrvenie a regeneráciu kože.
- *Imobilita a znížená sebestačnosť* – neschopnosť aktívne sa podieľať na starostlivosti o seba zvyšuje riziko pasívnych poranení.

Extrinzické riziká:

- *Manipulácia s pacientom* – nesprávne polohovanie, transfery a použitie pevne pripevnených obväzov alebo náplastí.
- *Nevhodné ošetrovateľské postupy* – používanie agresívnych dezinfekčných prostriedkov alebo materiálov so silnou adhezivitou.
- *Prostredie – kontakt s tvrdými povrchmi* (posteľové rámy, nábytok), neadekvátna posteľná bielizeň alebo oblečenie.

Špecifickú rizikovú skupinu tvoria onkologickí pacienti v terminálnom štádiu, ktorí sú často imobilní, trpia malnutríciou a podstupujú agresívnu liečbu. Ich koža je mimoriadne náchylná na mechanické poškodenie, pričom aj drobný traumatický podnet môže viesť k vzniku rozsiahlej pergamenovej rany. Preto je v paliatívnej starostlivosti nevyhnutné rizikové faktory cielene identifikovať a minimalizovať ich dopad. Kľúčovú úlohu zohráva prevencia, ktorá je rovnako dôležitá ako samotná liečba už vzniknutých rán.

Preventívne stratégie v paliatívnej starostlivosti

1. Ochrana kože
    - Používanie hydratačných krémov a emoliencií na udržanie elasticity pokožky.
    - Vyhýbanie sa agresívnym čistiacim prostriedkom a príliš častému umývaniu kože.
    - Aplikácia bariérových prípravkov (ochranné filmy, spreje) v rizikových oblastiach.
2. Šetrná manipulácia s pacientom
    - Využívanie zdvíhacích a polohovacích pomôcok.
    - Minimalizovanie trenia a ťahu pri transferoch a polohovaní.
    - Jemná technika pri hygienických úkonoch a výmene obväzov.
3. Bezpečné fixačné a obväzové materiály
    - Používanie netraumatických silikónových náplastí a atraumatických krytí.
    - Obmedzenie aplikácie silne adhezívnych náplastí priamo na kožu.
    - Fixácia obväzov pomocou pružných sietí alebo oblečenia namiesto lepiacich pások.
4. Úprava prostredia
    - Zabezpečenie vhodného lôžka s antidekubitnými pomôckami.
    - Odstránenie ostrých hrán a tvrdých predmetov v blízkosti pacienta.
    - Používanie mäkkej posteľnej bielizne a oblečenia z prírodných materiálov.
5. Výživa a hydratácia

- Podpora dostatočného príjmu tekutín a proteínov.
- Nutričné doplnky pri riziku malnutrície alebo pri nechutenstve.
- Konzultácia s nutričným terapeutom u onkologických a krehkých pacientov.

6. Vzdelávanie personálu a rodiny
    - Edukácia o rizikových faktoroch a správnych technikách manipulácie.
    - Praktické tréningy prevencie a včasného rozpoznania poškodenia kože.
    - Podpora rodinných príslušníkov pri domácej starostlivosti (6).

## 1.4 Ošetrovanie a liečba pergamenovej kože a rán

Základom starostlivosti o kožu krehkých seniorov sú preventívne intervencie, ktoré by mali smerovať k včasnému rozpoznaniu rizikového pacienta, pravidelnému a dôslednému hodnoteniu jeho kože a plánovaniu individuálnej starostlivosti (9 ). Dôležitou podmienkou pre kvalitnú ošetrovateľskú starostlivosť je edukovaný ošetrovateľský personál, ktorý dokáže zostaviť a dodržiavať plán starostlivosti o pacienta s pergamenovou kožou, prípadne informovať aj rodinných príslušníkov alebo opatrovateľov pacienta o potrebe prevencie pergamenových rán. Spôsob postupu ošetrenia by sa mal riadiť jednoduchým návodom, ktorý je v súlade so štandardizovanou škálou ISTAP (13). Prvým krokom je príprava na ošetrenie, ktorá zahŕňa kontrolu krvácania, vyčistenie rany a úprava polohy kožného laloku. Druhým krokom je zhodnotenie rany a jej klasifikácia. Odborné posúdenie je podmienkou výberu terapeutického krytia, ktoré obsahuje podľa potreby produkty na samotné krytie, antimikrobiálny zásah, sekundárne krytie a fixáciu. Ďalším krokom je správne aplikovanie vybraného krytia a posledným revízia a zhodnotenie účinnosti zvolenej liečby (8). Jedným z významných opatrení vzniku „skin tears“ by malo byť aj zavedenie preventívnych protokolov, v ktorých by mali byť zahrnuté kľúčové intervencie a stratégie:

- identifikovať a eliminovať zdroje poranení kože,
- zaistiť dostatok osvetlenia priestorov, v ktorých sa pacient pohybuje a celkovú bezpečnosť prostredia pacienta,
- zvážiť použitie ochranných chráničov na predkolenia u pacientov po opakovaných poraneniach v danej lokalite,
- zabezpečiť starostlivosť o nechty pacienta v zmysle pravidelného strihania a zmäkčovania nechtov a kože rúk a chodidiel,

- redukovať, alebo nepoužívať adherentné materiály, preferovať špeciálne prostriedky určené na pergamenovú kožu,
- zaistiť kvalitnú hygienickú starostlivosť, ktorá je založená na používaní pre kožu šetrných prostriedkov (napr.: s pH neutrálne mydlá, gély),
- zaradiť pravidelné používanie hydratačných zvlhčovačov kože (krémy, gély, telové mlieka), nanášanie 2x denne znižuje výskyt pergamenových rán o 50%,
- zabezpečiť optimálnu hydratáciu pacienta dostatočným príjmom vhodných tekutín, priebežne počas celého dňa,
- realizovať pravidelné a šetrné polohovanie imobilných pacientov s využívaním polohovacích zariadení a prostriedkov,
- nosiť ochranné pomôcky, obväzy, ponožky, dlhé rukávy, pančuchy, špeciálne upravené odevy a chrániče na zabránenie vzniku mechanického poškodenia kože,
- zaistiť šetrnú a bezpečnú manipuláciu s pacientom za použitia vhodných pomôcok, eliminovať používanie náplastí, dezinfekčných prostriedkov na báze alkoholu, nenosiť šperky, ktoré dráždia a odierajú pokožku (5, 6, 13 ).

V oblasti liečby pergamenových lézií a rán je primárne dôležitý ich podrobný opis a klasifikácia. Zdokumentovanie rany by malo zahŕňať lokalitu, rozsah straty kože alebo kožného laloka, prítomnosť infekcie a bolesti, stav okolitej kože a stupeň jej secernácie. Najvhodnejším spôsobom ošetrenia týchto rán je vlhké hojenie. Epitelové bunky si vyžadujú vlhkosť, aby mohli migrovať z okrajov rany do jej stredu a došlo tak k reepitelizácii a úplnému zhojeniu (3). Terapeutické krytia vlhkého hojenia sú navrhované tak, aby stimulovali proliferáciu buniek, chránili pred vstupom infekcie a vznikom sekundárnych infekcií, absorbovali prípadný exudát a umožnili atraumatický preväz. Výber vhodného krytia je podmienený správnym posúdením. Pochopenie princípu a zásad vlhkého hojenia rán a ovládanie jednotlivých fáz hojenia je základným predpokladom pre správne rozhodnutia personálu pri výbere vhodného krytia (4,15).

Vzhľadom k tomu, že v súčasnosti sú dostupné zdokonalené a vysoko účinné krytia, určené na fázové hojenie rán odporúčajú sa tieto typy:

*Hydrogely* – používajú sa najčastejšie pri rehydratácii spodiny rany. Jedná sa o gelové krytie na báze hydrofilných polymérov. Udržiavajú optimálnu vlhkosť, absorbujú prebytočný exudát, chránia ranu pred infekciou, odstraňujú nekrózu a povlaky. Množstvo použitého hydrogelu je rôzne, závisí od fázy hojenia rany. Podľa klasifikácie ISTAP sa odporúčajú pri 2 a 3 type „skin tears“. V klinickej praxi sa často využívajú napr.: Hemagel, Flamigel, GranuGel, Prontosan gel (7).

*Neadherentné (nepriľnavé) krytia* – sa odporúčajú na suché aj vlhké, secernujúce rany. Podľa ISTAP sú vhodné pre všetky typy „skin tears“. Vyrábajú sa z rôznych materiálov, základ tvorí silikónová alebo viskózová mriežka. Ich hlavným efektom je ochrana rany pred priľnutím a traumatizáciou rany pri snímaní sekundárneho krytia. Najčastejšie používané neadherentné krytia impregnované masťou sú napr.: Atrauman alebo Grassolind. K krytiam impregnovaným silikónom, ktoré sú výrazne drahšie, ale môžu byť používané až 7 dní patrí napr.: AskinaSilNet alebo Mepitel. Silflex (7, 15 ).

*Antiseptické krytia* – základom tohto krytia je textília, ktorá je impregnovaná antiseptickou látkou (napr.: jódom, striebrom, chlorhexidínom, bismutom a pod.). Vyrábajú sa v rôznych formách: gély, transparentné fólie, sieťky, peny. Používajú sa hlavne na infikované rany, na okolie invazívnych vstupov ako sú kanyly a drény. Môžu sa aplikovať profylakticky na drobné poranenia kože, akútne aj chronické rany. K známym produktom patrí: MepilexAG, AtraumanAg, AquacelAg (2, 7 ).

*Hydrokoloidné krytia* – urýchľuje proces hojenia rany, sú neadherentné, čím eliminujú bolesť pri preväze. Sú určené k liečbe povrchových neinfikovaných rán s menšou sekréciou, alebo bez sekrécie. Môžu sa využívať preventívne na zmenšenie tlaku na kožu (2,7, 15).

**Záver**

Pergamenová rana je významným problémom v paliatívnej starostlivosti, pretože sa spája nielen s fyzickým poškodením kože, ale aj s psychickou záťažou pacienta a jeho rodiny. V prostredí, kde je cieľom predovšetkým zlepšenie kvality života a zmiernenie utrpenia, môžu tieto rany predstavovať zdroj bolesti, infekčných komplikácií a zhoršenia celkového komfortu. U pacientov s pokročilými chronickými ochoreniami, onkologickými diagnózami či syndrómom krehkosti je koža extrémne náchylná na poranenie v dôsledku kombinácie malnutrície, dehydratácie, farmakoterapie (najmä kortikosteroidov a antikoagulancií) a zníženej mobility.

Komplexný prístup k pergamenovej rane v paliatívnej starostlivosti preto zahŕňa viacero aspektov:

- *Prevencia:* šetrná manipulácia pri presunoch, používanie neadhezívnych a atraumatických krycích materiálov, pravidelná hydratácia kože, vhodný výber odevu a posteľnej bielizne, minimalizácia používania lepiacich náplastí.
- *Liečba:* využívanie moderných krycích materiálov, ktoré podporujú vlhké prostredie rany a sú atraumatické pri výmene; dôsledná kontrola bolesti spojená s čistením a prekrytím rany; prevencia sekundárnych infekcií.

- *Psychosociálny aspekt*: edukácia rodiny a opatrovateľov o šetrnej starostlivosti o kožu, zapojenie pacienta do rozhodovania o výbere liečebných postupov, podpora dôstojnosti a autonómie pacienta.
- *Interdisciplinárna spolupráca*: lekári, sestry, fyzioterapeuti, nutriční terapeuti a psychológovia zohrávajú dôležitú úlohu pri nastavovaní individualizovanej starostlivosti.

Cielené ošetrovateľské intervencie tak dokážu redukovať riziko komplikácií, podporiť hojenie a výrazne zmierniť bolesť, čím sa zlepšuje celkový komfort a kvalita života pacienta. Vzhľadom na vysokú prevalenciu týchto rán u pacientov v paliatívnej starostlivosti je nevyhnutné systematicky zbierať klinické dáta, analyzovať účinnosť používaných postupov a smerovať k vytvoreniu štandardizovaných odporúčaní. Ďalší výskum by mal byť zameraný na hodnotenie efektivity jednotlivých preventívnych opatrení, optimalizáciu výberu krycích materiálov a integráciu špecifických protokolov do každodennej praxe paliatívnych tímov.

**Použitá literatúra**


1. BEDNÁŘOVÁ, A. *Specifika péče o zralou pleť – co může doporučit lékarník*. Praktické lekárenství. 2018, 14(4). s. 198-201. ISSN 1801-2434.
2. Hydrovlákna a algináty – vlhká terapie. https://www.osetreniran.cz/typ-osetreni/hydrovlakna-a-alginaty-vlhka-terapie
3. HLINKOVÁ, E., NEMCOVÁ, J., HUĽO, E. *Management chronických rán*. 1.vyd. Praha: Gradapublishing a.s., 2012. ISBN 978-80-271-0620-2.
4. KOUTNÁ, M., ULRYCH, O. et al. *Manuál hojení ran v intenzívní péči*. 1 vyd. Praha: Galén. 2015. ISBN 978-80-7492-190-2.
5. KOYANO, Y., NAKGAMI, G., IIZAKA, S. et al. *Exploring the prevalence of skin tears and skin properties related to skin tears in elderly patients at a long-term medical facility in Japan*. Int Wound J. 2014;13(2):189-197. doi:10.1111/iwj.12251.
6. LEBLANC, K., BARANOSKI, S., CHRISTENSEN, D. et al. *International Skin Tear Advisory Panel: A Tool Kit to Aid in the Prevention, Assessment, and Treatment of Skin Tears Using a Simplified Classification System*: ©. Adv Skin Wound Care. 2013;26(10):459-476. doi:10.1097/01.ASW.0000434056.04071.68
7. Ošetření ran – produkty Mölnlycke https://www.osetreniran.cz/produkty
8. Pergamenová kůže – léčba a informace. https://www.osetreniran.cz/typ-rany/pergamenova-kuze

9. POKORNÁ, A. *Úvod do wound managementu. Příručka pro hojení chronických ran pro studenty nelékařských oborů.* Brno: Masarykova univerzita, 2012. ISBN 978-80-210-6048-7.
10. POKORNÁ, A., MRÁZOVÁ, R. *Kompendium hojenia rán pro sestry*. 1. vyd. Praha: Gradapublishing a.s., 2012. ISBN 978-80-247-3371-5.
11.
12. POKORNÁ, A., SAIBERTOVÁ, S., VELICHOVÁ, S. *Sorrorigénní rány, jejich identifikace a průbieh péče*. Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie. Brno: Ambit Media, 2016, vol. 79, Supplement 1. ISSN 12-7859. doi: 10.14735/amcsnn2016S31.
13. RŮŽIČKOVÁ, JAREŠOVÁ, L. *Stárnutí kůže a péče o ni*. Medicína pro praxi. 2012, 9(6-7), s.293-296. ISSN 1214-8687.
14. VAN TIGGELEN, H., LEBLANC, K., CAMPBELL, K. et al. *Standardizing the classification of skin tears: validity and reliability testing of the International Skin Tear Advisory Panel Classification System in 44 countries*. Br J Dermatol. 2020;183(1):146-154. doi:10.1111/bjd.18604.
15. https://swrwoundcareprogram.ca/Uploads/ContentDocuments/ISTAP%20Skin%20Tear%20Classification.pdf
16. https://www.osetreniran.cz/typ-rany/pergamenova-kuze

PhDr. Mgr. Zuzana Novotná, PhD.
Prešovská univerzita v Prešove
Fakulta zdravotníckych odborov
Partzánska 1, 08001 Prešov
Tel.: +42191563430
email: zuzana.novotna@unipo.sk

# NEFROLOGICKÍ PACIENTI S PORUCHOU KALCIOFOSFÁTOVÉHO METABOLIZMU

# NEPHROLOGY PATIENTS WITH CALCIUM-PHOSPHATE METABOLISM DISORDERS

**MVDr. Bc. Anna Packová PhD., RNDr. Ivana Kočanová PhD., RNDr. Ján Tóth PhD.**
**Katedra medicínsko- technických odborov, Fakulta zdravotníckych odborov**

**Abstrakt**

Dysfunkcia obličiek vážne ovplyvňuje celý organizmus. Ak obličky nefungujú správne v tele sa kumulujú toxické látky. Akútne poškodenie obličiek u hospitalizovaných pacientov a to najmä u starších osôb predstavuje významný problém. V tele sa hromadia tekutiny a odpadové látky, ktoré sú inak vylučované močom. U pacientov s akútnym poškodením obličiek hrozí, že sa tento stav časom rozvinie do chronického ochorenia obličiek. Chronické ochorenie obličiek je pomerne bežné, no často neidentifikované. O chorobe hovoríme vtedy, ak poškodenie obličiek pretrváva najmenej tri mesiace, či už ide o zmeny v štruktúre obličky alebo jej funkcie. Poruchy minerálového a kostného metabolizmu sa začínajú objavovať už v ranných štádiách chronického ochorenia obličiek a postupne so znižujúcou sa funkciou obličiek sa zhoršujú. Tento stav má viaceré príčiny ako zadržiavanie fosfátov, hypokalcémiu, zníženej produkcie 1,25 (OH )2 vitamínu D a zníženej reakcie kostí na účinky parathormónu.

**Kľúčové slová:** Obličky. Vápnik. Fosfor. Metabolizmus.

**Abstract**

Kidney dysfunction seriously affects the entire body. If the kidneys do not function properly, toxic substances accumulate in the body. Acute kidney injury in hospitalized patients, especially in the elderly, is a significant problem. Fluids and waste products that are normally excreted in the urine accumulate in the body. Patients with acute kidney damage are at risk of developing chronic kidney disease over time. Chronic kidney disease is relatively common but often goes unidentified. We refer to it as a disease when kidney damage persists for at least three months, whether it involves changes in the structure or function of the kidney. Mineral and bone metabolism disorders begin to appear in the early stages of chronic

kidney disease and gradually worsen as kidney function declines. This condition has several causes, such as phosphate retention, hypocalcemia, reduced production of 1,25(OH)2 vitamin D, and reduced bone response to the effects of parathyroid hormone.
**Keywords:** Kidneys. Calcium. Phosphorus. Metabolism.

## 1. Úvod

Renálne ochorenia patria medzi závažné ochorenia s multisystémovými dôsledkami. Chronické obličkové ochorenie je zákerné v tom, že sa v počiatočných štádiách takmer neprejavuje, alebo len mierne, čo vedie k neskorému odhaleniu. Prvé príznaky bývajú nenápadné, pacienti často o svojom ochorení netušia, kým sa neobjavia vážnejšie komplikácie. Ak obličky nefungujú tak, ako by mali, v tele sa hromadia toxické látky, dochádza k zvýšenému krvnému tlaku, zadržiavaniu tekutín v organizme a zvyšuje sa aj riziko srdcového zlyhávania (Singh et al. 2020). Jedným z prvých systémov, ktoré bývajú chronickým ochorením obličiek ovplyvnené, je kostný a minerálny metabolizmus. Rovnováha medzi dôležitými látkami, ako sú vápnik a fosfor, je kľúčová pre správne fungovanie organizmu a jej narušenie môže viesť k širokému spektru problémov. Regulácia týchto minerálov je úzko prepojená s činnosťou obličiek, ako aj s pôsobením hormónov a vitamínov, najmä parathormónu (PTH) a vitamínu D. Hoci sa bežne sleduje celkový vápnik, čoraz viac sa poukazuje na význam ionizovaného vápnika, ktorý presnejšie odráža aktuálny stav organizmu.

### 1.1 Funkcie obličiek

Obličky majú kľúčovú úlohu v metabolických procesoch tela ako aj pri zabezpečovaní rovnováhy vnútorného prostredia. Túto úlohu plnia prostredníctvom troch hlavných funkcií: - Endogénne-exkrečná funkcia: vylučovanie vnútorne vzniknutých odpadových produktov metabolizmu, ako sú dusíkaté látky a riadenie homeostázy. Týmto spôsobom prispievajú k udržaniu stáleho zloženia a objemu extracelulárnej tekutiny.

- Exogénne-exkrečná funkcia: odstraňujú z tela cudzorodé látky, ktoré môžu narušiť vnútorné prostredie, napríklad metabolity liekov a toxických látok.
- Metabolicko-endokrinná funkcia: tvorba hormonálnych látok alebo metabolická premena látok na biologicky aktívne látky, ako je produkcia erytropoetínu alebo premena provitamínu D na jeho aktívnu formu pomocou hydroxylácie (Singh et al. 2020).

### 1.2 Akútne poškodenie obličiek

Tento stav je charakterizovaný náhlym znížením glomerulárnej filtrácie v priebehu niekoľkých dní alebo týždňov, čo vedie k hromadeniu tekutín a odpadových látok, ktoré sa bežne vylučujú močom ( Singh et al. 2021). Prognóza ochorenia závisí hlavne od jeho vyvolávajúcej príčiny a celkového zdravotného stavu pacienta. Aj po zlepšení zdravotného stavu by mali pacienti zostať pod dohľadom nefrológa, pretože existuje riziko, že akútny stav sa časom premení na chronické ochorenie obličiek (Singh et al.2021).

### 1.3 Chronické ochorenie obličiek

Chronické ochorenie obličiek (Chronic kidney disease - CKD) je časté, no veľa krát zostáva nerozpoznané, najmä v počiatočných štádiách. O chronickom ochorení obličiek hovoríme v prípade, že poškodenie renálnych štruktúr alebo funkcie pretrváva najmenej tri mesiace. Môže sa prejaviť zníženou glomerulárnou filtráciou (GFR), alebo bez nej. V počiatočných štádiách môže byť funkcia obličiek podľa GFR ešte v norme CKD ( $\geq$ 60 ml/minútu/ 1,73 m$^2$), no poškodenie sa dá zachytiť inými spôsobmi. V neskorších štádiách už GFR klesá pod túto hranicu ( pod 60 ml/minútu/1,73 m$^2$), čo signalizuje výraznejšie zhoršenie ( Singh et al.2020). Viklický ozrejmuje, že dĺžka trvania ochorenia viac ako 3 mesiace slúži na odlíšenie chronického ochorenia od akútneho. Ak sa funkcia obličiek počas tohto obdobia zlepší, išlo len o akútne ochorenie. V prípade, že problémy pretrvávajú, ide už o trvalé, nezvratné zmeny. V tomto prípade cieľom liečby je spomaliť ďalší postup ochorenia (Viklický et al. 2013).

### 1.4 Komplikácie chronického ochorenia obličiek

Progresívne chronické ochorenie obličiek je spojené s viacerými závažnými komplikáciami, ktoré prispievajú k vysokej miere chorobnosti, úmrtnosti a zníženej kvalite života pacientov. Hlavným cieľom starostlivosti o pacientov s CKD je minimalizovať tieto komplikácie, aj keď samotné ochorenie obličiek nie je možné úplne vyliečiť (Bello et al. 2017).

Medzi najčastejšie komplikácie patria:

- Kardiovaskulárne komplikácie: kardiovaskulárne ochorenia sú najčastejšou príčinou morbidity a mortality u pacientov s CKD. Podľa Viklického (2013) najrozšírenejšou kardiovaskulárnou komplikáciou je hypertenzia. Singh et al. (2020) uvádzajú, že k týmto komplikáciám patrí aj mŕtvica, náhla smrť, arytmie, infarkt myokardu, srdcové zlyhávanie a perikaditída.
- Renálna anémia: táto anémia je spôsobená predovšetkým nedostatkom erytropoetínu. Obvykle sa objavuje, keď GFR klesne pod 35 ml/m a zhoršuje sa s ďalším poklesom GFR. Singh et

al.( 2020) uvádzajú , že to nie je iba v dôsledku nedostatku erytropoetínu, ale aj skrátením prežívania červených krviniek v dôsledku urémie.

- Neurologické komplikácie: tieto komplikácie sa môžu vyskytnúť v ktoromkoľvek štádiu CKD a sú časté. Sú spôsobené viacerými faktormi. Medzi najhlavnejšie príčiny patria poruchy metabolizmu nervových vlákien, kde zohráva určitú úlohu PTH (Singh et al. 2020).
- Ďalšou vážnejšou komplikáciou pri CKD je kostná a minerálová porucha (Bello et al.2017).

## 2. Porucha minerálového a kostného metabolizmu

Poruchy minerálového a kostného metabolizmu sa začínajú objavovať už v ranných štádiách chronického ochorenia obličiek a postupne sa zhoršujú so znižujúcou sa funkciou obličiek. Tento stav má viaceré príčiny, vrátane hypokalcémie, zadržiavania fosfátov, zníženej produkcie 1,25 (OH )2 vitamínu D ( kalcitriolu ) a zníženej reakcie kostí na účinky parathormónu (Broulik 2017). Vzhľadom na komplexnosť tohto stavu bol pôvodný termín „ renálna osteodystrofia“ nahradený na návrh Moe et al. v roku 2005 novým názvom CKD – MBD ( Chronic Kidney Disease – Mineral Bone Disease). Tento stav zahŕňa poruchy v metabolizme minerálov a kostí spojené s chronickým ochorením obličiek (Shah et al. 2024). Rosenberger et al. (2015) vo svojej publikácii uvádzajú, že Celosvetová nefrologická organizácia, Kidney Disease Initiative for Global Outcomes (KDIGO), vydala v roku 2009 podrobné odporúčania na diagnostiku, hodnotenie, prevenciu a liečbu CKD-MBD.

CKD-MBD sa definuje ako : „systémová porucha minerálového a kostného metabolizmu spôsobená chronickým ochorením obličiek a manifestovaná jedným alebo kombináciou nasledujúcich komponentov“:

Laboratórne komponenty - abnormality v metabolizme Ca, P, PTH alebo vitamínu D,

Kostné komponenty - poruchy v obrate kosti, jej mineralizácie, objemu, rastu alebo sily,

Cievne komponenty - kalcifikácie v cievach a mäkkých tkanivách (Rosenberger et al. 2015).

### 2.1 Vápnik

Dospelý človek má približne 1,3 kg vápnika ,čo predstavuje približne 2 % telesnej hmotnosti. Prevažná väčšina- 99% celkového vápnika sa nachádza v kostiach a zuboch, kde plní svoju štrukturálnu funkciu. Vápnik je jedným z najdôležitejších minerálov v ľudskom tele. Zohráva zásadnú úlohu v činnosti rôznych tkanív, no ak ho je vo vnútri buniek priveľa, môže to viesť k smrti buniek. Pre správne fungovanie buniek je potrebné dostatočné množstvo vápnika v jeho aktívnej- ionizovanej forme. Telo si musí udržovať stálu hladinu extracelulárnej koncentrácie

vápnika, pretože je potrebný pre množstvo dôležitých procesov- napríklad pre prenos nervových vzruchov, činnosť svalov, adhéziu doštičiek, krvné zrážanie a funkciu bunkových membrán. Okrem toho má štrukturálnu úlohu v kostiach a zuboch, dáva im pevnosť a tvar (Frank et al. 2018).

U pacientov trpiacich s CKD môže byť celkový vápnik ovplyvnený hladinami albumínu alebo pH, čo môže viesť k nepresným výsledkom. Ionizovaný vápnik nie je ovplyvnený hladinami albumínu a pH, a preto poskytuje presnejší obraz o hladine biologicky aktívneho vápnika. To je veľmi dôležité pri hodnotení minerálového a kostného metabolizmu u pacientov s chronickým ochorením obličiek, u ktorých sa môže vyskytnúť porucha kalciofosfátového metabolizmu (Pekar et al. 2020). Odporúčaná denná dávka vápnika v strave sa pohybuje od 1000 do 1500 mg, v závislosti od veku. Potreba vápnika je ovplyvnená celkovým stavom jeho metabolizmu, ktorý je regulovaný viacerými orgánmi - prištítnymi telieskami, obličkami, kosťami a črevami. Kľúčovú úlohu v udržiavaní vápnikovej rovnováhy majú aj hormóny ako PTH, aktívna forma vitamínu D3 - 1,25-dihydroxyvitamín D3 a kalcitonín (Cormick a Belizán 2019). Parathormón je vylučovaný prištítnymi telieskami ako reakcia na pokles vápnika v krvi. Jeho úloha sa prejavuje v obličkách, kde zvyšuje spätné vstrebávanie vápnika v Henleho slučke, distálnom tubule a zbernom kanáliku a zároveň stimuluje tvorbu aktívneho vitamínu D3, ktorý následne podporuje vstrebávanie vápnika v črevách. PTH tiež stimuluje osteoklasty v kostiach, ktoré sa podieľajú na vstrebávaní kostí a uvoľňovaní voľného vápnika. Tieto procesy prispievajú k zvýšeniu hladiny vápnika v sére (Yu a Sharma 2023). Kalcitonín je hormón, ktorý sa uvoľňuje parafolikulárnymi bunkami štítnej žľazy v reakcii na zvýšenie hladiny vápnika v krvi. Kalcitonín pôsobí na kosti a stimuluje osteoblasty k ukladaniu vápnika v kostiach a tiež inhibuje reabsorpciu vápnika v obličkách, čím sa zvyšuje vylučovanie vápnika močom. Takisto inhibuje vstrebávanie vápnika v črevách. Všetky tieto procesy vedú k zníženiu vápnika v krvi (Yu a Sharma 2023). Vápnik sa z tela vylučuje predovšetkým obličkami a v menšej miere aj tráviacim systémom. V prípade hypokalcémie obličky znižujú vylučovanie vápnika, zatiaľ čo pri hyperkalcémii sa vylučovanie vápnika močom zvyšuje (Tesař a Viklický 2015).

### 2.2 Fosfor

Fosfor je štrukturálnou súčasťou buniek (fosfolipidy) a kostného tkaniva (hydroxyapatit). Zohráva kľúčovú úlohu v raste a udržiavaní silných kostí a zubov. V ľudskom tele sa fosfor spája s vápnikom za vzniku fosforečnanu vápenatého, ktorý posilňuje kosti a prispieva k prevencii osteoporózy. Ďalej sa fosfor podieľa na tvorbe energie a v procese opravy poškodených buniek a tkanív (Bai et al. 2016). Normálna plazmatická koncentrácia anorganických fosfátov u dospelých

je 0,81 až 1,45 mmol / l (2,5 až 4,5 mg/dl), pričom muži majú o niečo vyššie hladiny ako ženy (Rout a Jialal 2023). Koncentrácia fosfátov v sére sa mení v závislosti od veku - najvyššie hladiny sú u dojčiat (1,50 – 2,65 mmol/l), pretože vyžadujú viac minerálov pre rast kostí a vývoj mäkkých tkanív. S postupujúcim vekom tieto hodnoty postupne klesajú (Penido a Alon 2012). Hladina fosfátov v tele stúpa v dôsledku zvýšeného vstrebávania v črevách a klesá vďaka vylučovaniu obličkami. Nadbytočný fosfát sa ukladá v kostiach, ktoré fungujú ako zásobáreň na udržiavanie stabilnej celkovej hladiny fosfátov v tele. Bežná strava poskytuje 1000 až 2000 mg fosfátov denne, z čoho sa 600 mg až 1200 mg absorbuje črevami.

**3. Stanovenie laboratórnych parametrov**

Na vyšetrenie vápnika, fosforu a bielkovín sa používa venózna krv, odobratá do skúmavky so separačným gélom. Krv sa následne spracováva v súlade s pokynmi výrobcu skúmaviek , aby sa zaistila správna separácia séra od krvných buniek podľa manuálu pre ARCHITECT c Systems.

Princíp stanovenia vápnika

Vápnik reaguje s Arsenazo III v kyslom prostredí za vzniku intenzívne zafarbeného komplexu (modrofialový komplex). Absorbancia komplexu Ca – Arsenazo III sa meria pri vlnovej dĺžke 660 nm a je priamo úmerná koncentrácií vápnika vo vzorke podľa manuálu pre ARCHITECT c Systems.

Princíp stanovenia fosforu

Metóda Phosphorus je určená na kvantifikáciu fosforu v ľudskom sére, plazme alebo moči na systémoch ARCHITECT c Systems. Ide o automatizovanú biochemickú metódu.

Anorganický fosfát reaguje s molybdénanom amónnym za vzniku komplexu heteropolykyseliny. Meria sa nárast absorbancie pri 340nm , ktorá je priamo úmerná koncentrácií fosforu vo vzorke podľa manuálu pre ARCHITECT c Systems.

Pre výpočet ionizovaného vápnika potrebujeme aj hodnoty celkových proteínov.

Princíp stanovenia celkových proteínov

Metóda Total Protein 2 je určená na kvantifikáciu celkových proteínov v ľudskom sére alebo plazme na systémoch ARCHITECT c Systems. Polypeptidy obsahujúce najmenej dve peptidové väzby reagujú s biuretovou reagenciou. V alkalickom roztoku vytvárajú ióny medi koordinačný komplex s proteínovým dusíkom, pričom je len veľmi malý rozdiel vo väzbe tohto iónu na proteínový dusík v albumíne a globulíne podľa manuálu pre ARCHITECT c Systems.

Princíp stanovenia ionizovaného vápnika

K stanoveniu ionizovaného vápnika potrebujeme hodnoty celkového vápnika a bielkovín. Ionizovaný vápnik následne vypočítame pomocou vzorca : $iCa = \frac{Ca\ x\ 11{,}8}{Bielkoviny\ x\ 0{,}1+11{,}8}$

**4. Paliatívna starostlivosť u pacientov s chronickým ochorením obličiek**

Paliatívna starostlivosť pri CKD predstavuje komplexný prístup zameraný na zmiernenie symptómov, zvýšenie kvality života a podporu pri rozhodovaní o liečbe u pacientov s pokročilým alebo terminálnym štádiom ochorenia obličiek. Proaktívna a včasná integrácia paliatívnej starostlivosti do liečby pacientov s chronickým ochorením obličiek zlepšuje výsledky ich liečby. Interdisciplinárna spolupráca predstavuje základný pilier paliatívnej starostlivosti. Je dôležité dobre nastaviť fungujúcu spoluprácu medzi zdravotníckymi pracovníkmi, pacientom a rodinnými príslušníkmi. Zdravotnícki pracovníci podľa oblasti odbornosti a skúseností zastávajú v paliatívnej starostlivosť dôležitú úlohu. Od lekárov, ktorí sa starajú o pacientov s pokročilým CKD sa očakáva, že budú podporovať diskusiu s pacientmi a ich rodinami. Prognóza, ciele liečby, či terapeutické rozhodnutia musia zdieľať všetky strany. Priebeh ochorenia obličiek sleduje nefrológ, primárnymi potrebami v rámci paliatívnej starostlivosti sa zaoberajú zdravotnícky pracovníci, pričom sa prihliada na ekonomický, rodinný, sociálny a psychologický kontext pacientov.

Ciele paliatívnej starostlivosti pri CKD:

- Zmiernenie symptómov, ako sú: únava, svrbenie, nauzea, dyspnoe, bolesť, poruchy spánku a kognitívne poruchy
- Podpora pri rozhodovaní o začatí alebo ukončení dialyzačnej liečby
- Komunikácia s pacientom a rodinou o očakávaniach, prognóze a možnostiach starostlivosti
- Psychologická, sociálna a duševná podpora
- Dôstojné sprevádzanie v terminálnom štádiu ochorenia, vrátane podpory rodiny

U pacientov s pokročilým chronickým ochorením obličiek je zvýšené riziko zhoršenia fyzického, psychického a sociálneho stavu. Vo všeobecnosti sa dožívajú nižšieho veku. Na zlepšenie kvality života pacientov s CKD je možné využiť tieto terapeutické stratégie:

konzervatívna liečba : podstupujú hlavne geriatrickí pacienti, najmä ak trpia demenciou a krehkosťou. Využívajú sa farmakologické a behaviorálne prístupy.

peritoneálna terapia : podstupujú krehkí pacienti a u pacientov so závažným srdcovým ochorením , či u pacientov s periférnym cievnym ochorením. Stavy krehkých pacientov, ako sú komplikácie starnutia, závažné srdcové ochorenia a periférne cievne ochorenia.

paliatívna dialýza: je obmedzená pre pacientov s terminálnym štádiom orgánovej dysfunkcie až veľmi blízko k smrti (Lanini et al.2022).

## 5. Diskusia

Pre pacienta s chronickým ochorením obličiek je správna laboratórna diagnostika rozhodujúca. Včasné rozpoznanie vznikajúcich komplikácií je zásadné. Minerálová a kostná porucha zahŕňa zmeny v metabolizme vápnika, fosforu, parathormónu a vitamínu D. Tieto zmeny môžu viesť k zhoršenej kvalite kostí, vzniku kalcifikácií a zvýšenému kardiovaskulárnemu riziku. Analýzou parametrov vápnika, fosforu a bielkovín zisťujeme, či namerané hodnoty sú u pacientov v referenčnom rozmedzí, čo je znakom zachovaného minerálového metabolizmu. Pri absencii stanovenia biologicky aktívnej formy vápnika – ionizovaného vápnika, si vieme pomôcť výpočtom pomocou vzorca. Pacienti, ktorý vykazujú hodnoty celkového vápnika v norme, nemusia mať automaticky aj hodnoty ionizovaného vápnika v norme. Presvedčivé dôkazy poukazujú na to, že fyziologicky relevantnou zložkou vápnika v krvi je ionizovaný vápnik, a nie celkový vápnik ( Calvi a Bushinsky 2008).

Táto skutočnosť potvrdzuje, že hodnoty celkového vápnika nemusia odrážať skutočný stav vápnikového metabolizmu, najmä u pacientov s chronickým ochorením obličiek, kde tieto hodnoty môžu byť ovplyvnené zníženými hladinami bielkovín. Hamroun et al. (2020) uvádzajú, že existuje relevantnosť testovania ionizovaného vápnika pre CKD pacientov, ďalej v štúdií ozrejmujú, že môže existovať významné riziko nesprávnej diagnózy pacienta s CKD ako hyperkalciemického na základe merania celkového vápnika, hoci hladina ionizovaného vápnika je v štandardnom rozmedzí. Zvýšené hladiny ionizovaného vápnika môžu byť ovplyvnené viacerými faktormi – nadmerný prívod vápnika do organizmu, nesprávne nastavené doplnenie vitamínu D a taktiež znížená schopnosť obličiek vylučovať nadbytočný vápnik. Zvýšené hodnoty predstavujú riziko vzniku kalcifikácií.

Aj keď ionizovaný vápnik je fyziologicky relevantnejší, celkový vápnik sa meria častejšie kvôli jeho väčšej dostupnosti a nižším nákladom na analýzu. Objavili sa však obavy, že spoliehanie sa len na celkový vápnik môže viesť k nesprávnej klasifikácii, pretože zmeny pH krvi a koncentrácie sérových bielkovín môžu ovplyvniť väzbu vápnika na bielkoviny, a tým zmeniť koreláciu medzi celkovým vápnikom a ionizovaným vápnikom (Desgagnés et al. 2025).

## Záver

Kalciofosfátový metabolizmus má nezastupiteľnú úlohu pre správnu funkciu organizmu hlavne u nefrologických pacientov. Biochemické parametre, ako sú vápnik, fosfor, parathormón, vitamín

D a ionizovaný vápnik, sú zásadné pre hodnotenie minerálového a kostného metabolizmu. U pacientov s chronickým poškodením obličiek je veľmi významné vyšetrenie ionizovaného vápnika. Ionizovaný vápnik môže vykazovať viac odchýlok v porovnaní s celkovým vápnikom. Práve preto je dôležité vyšetrenie ionizovaného vápnika, ktoré je nevyhnutné pre správnu diagnostiku a výber liečby u pacientov s CKD. Laboratórnou diagnostikou vieme identifikovať poruchy kalciofosfátového metabolizmu. Pravidelným sledovaním hladiny ionizovaného vápnika môžeme prispieť k optimálnej liečbe a prevencii. Vyšetrením iba celkového vápnika nemusíme zachytiť možné poruchy. U pacientov s chronickým obličkovým ochorením je žiadúce vyšetriť nie len celkový vápnik, ale aj ionizovaný vápnik, pretože ten lepšie poukazuje na to, ako je vápnik v tele naozaj využívaný. Ionizovaný vápnik by sa mal aspoň vypočítavať, ak nie je k dispozícii jeho priame vyšetrenie. Odhalenie minerálovej nerovnováhy v organizme, umožňuje zachytiť poruchy vnútorného prostredia a tak predchádzať možným komplikáciám.

**Bibliografické odkazy:**


BAI W. et al. 2016. Serum phosphorus, cardiovascular and all-cause mortality in the general population: A meta-analysis. In: Clinica Chimica Acta [online], vol. 461, 2016, p. 76-82 [cit. 2025-09-09]. Dostupné na: https://doi.org/10.1016/j.cca.2016.07.020

BELLO A. et al. 2017. Complications of chronic kidney disease: current state, knowledge gaps, and strategy for actions. In: Kidney international supplements [online]. 2017, vol. 7, num. 2, p.122–129 [cit. 2025-09-09]. Dostupné na: doi: 10.1016/j.kisu.2017.07.007

BRODSKÁ H. et al. 2022. Laboratórní vyšetrení v klinické praxi. In: 1.vyd. Praha: Grada Publishing – a.s. 2022. 400 s. ISBN 978-80-271-6694-7

BROULIK P. 2017. Onemocnění způsobená poruchami kalciofosfátového metabolizmu. In: Praha: Maxdorf s.r.o. 2017. 271s. ISBN 9788073455231

CALVI L. M. a Bushinsky D.A. 2008 “When is it appropriate to order an ionized calcium?.” In: Journal of the American Society of Nephrology [online]. 2008, vol. 19, num. 7, p.1257–60 [cit. 2025-09-09]. Dostupné na: doi:10.1681/ASN.2007121327

CORMICK G. a BELIZÁN J.M. 2019. Calcium intake and Health. In: Nutrients [online] 2019, vol. 11, num.7, p.1606. [cit.2025-08-09]. Dostupné na: 10.3390/nu11071606

DESGAGNÉS N. et al. 2025. Use of Albumin-Adjusted Calcium Measurements in Clinical Practice. In: JAMA network open. [online]. 2025. vol. 8, [cit.2025-09-18]. Dostupné na: doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.55251

FRANK H. et al. 2018. 38 Cardiac and Paracardiac Masses. In: Cardiovascular Magnetic

Resonance A Companion to Braunwald's Heart Disease [online]. 2019, p. 440-453.e3 [cit.2025-08-09]. Dostupné na: https://doi.org/10.1016/B978-0-323-41561-3.00039-2

HAMROUN A. et al. 2020. Ionized calcium: analytical challenges and clinical relevance. In: Journal of Laboratory and Precision Medicine. [online]. 2020. vol. 5, [cit.2025-09-18]. Dostupné na: https://jlpm.amegroups.org/article/view/5652/html

KAUR J. a CASTRO D. 2024. Hypophosphatemia. In: StatPearls [online] 2024 [cit. 2025-09-08]. Dostupné na : https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29630224/

LANINI I. et al. 2022. Palliative Care for Patients with Kidney Disease. In: J Clin Med. [online]. 2022. vol. 11, num. 13 [cit.2025-09-18]. Dostupné na: . doi: 10.3390/jcm11133923.

MOE S. et al. 2006. Definition, evaluation, and classification of renal osteodystrophy: a position statement from Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) . In: Kidney international . vol. 69, num. 11, 2006, p. 1945-53. [cit.2025-09-18]. Dostupné na : doi:10.1038/sj.ki.5000414

NAVANEETHAN S.D. et al. 2025. KDOQI US Commentary on the KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of CKD. In: American Journal of Kidney Disease [online] 2025, vol. 85, num. 2, p. 135-176 [cit. 2025-09-08]. Dostupné na: doi: 10.1053/j.ajkd.2024.08.003

PEKAR J.D. et al. 2020. Calcium state estimation by total calcium : the evidence to end the never – ending story. In: Clinical chemistry and laboratory medicine [ online] 2020, vol. 58, num.2, p. 222- 231 [cit. 2025-09-07]. Dostupné na: doi: 10.1515/cclm-2019-0568

PENIDO M.G. a ALON U.S. 2012. Phosphate homeostasis and its role in bone health. In: Pediatric Nephrology [online ] 2012, vol.27, num.11, p. 2039–2048. [cit. 2025-09-05]. Dostupné na: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3461213/

ROSENBERGER et al. 2015. Farmakoterapia: Porucha minerálov a kostí pri chronickej obličkovej chorobe v preddialýze. In: Farmakoterapia, 2015, vol. 5, num.2 s.125–128. [cit. 2025-09-09]. Dostupné na: https://www.farm-servis.cz/ext/files/article/4682/2_kaz_01.pdf

ROUT P. a JIALAL I. 2023. Hyperphosphatemia. In: StatPearls [online] 2023 [cit. 2025-09-09]. Dostupné na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551586/.

SHAH A. et al. 2024. Chronic Kidney Disease – Mineral Bone Disorder(CKD-MBD) . In: StatPearls [online] 2024 [cit. 2025-08-07]. Dostupné na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560742/.

SINGH A. et al. 2020. Rýchle fakty: Ochorenia obličiek. In:1.vyd. Vydavateľstvo Raabe, 2020. 146 s. ISBN 978-80-8140-449-8

SINGH V. a SINGH M. K. 2021. Acute Kidney Injury in COVID-19: a Brief Review. In: The Indian Journal of Surgery [online] 2021, vol. 83, num. 2, s. 398–402. [cit. 2025-09-11] Dostupné

na : doi: 10.1007/s12262-020-02697-8. Epub 2021 Apr 23. PMID: 33935396; PMCID: PMC8064702

TESAŘ V. a VIKLICKÝ O. et al. 2015. Klinická nefrologie. In: 2. vyd. Praha: Grada Publishing a.s. 2015. 560 s. ISBN 978-80-247-4367-7

VIKLICKÝ, O. et al. 2013. Predialýza. In: Praha: Maxdorf s.r.o. 2013. 298 s. ISBN 978-80-7345-356- 5

YU E. a SHARMA S. 2023. Physiology , Calcium. In: StatPearls[online] 2023 [cit. 2025-09-09]. Dostupné na : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482128/

ZAIM M. a GRAPSA E. 2024. Current therapeutic approach of chronic kidney disease – mineral and bone disorder. In: Therapeutic Apheresis and Dialysis [online] 2024, vol. 28, num.5, p. 671-689.[cit. 2025-09-07]. Dostupné na : https://doi.org/10.1111/1744-9987.14177

MVDr. Bc. Anna Packová PhD.,
RNDr. Ivana Kočanová PhD.,
RNDr. Ján Tóth PhD.
Katedra medicínsko- technických odborov, Fakulta zdravotníckych odborov
Prešovská univerzita v Prešove, Partizánska 1, 08001, Prešov
e-mail: anna.packova@unipo.sk

# VÝZNAM VYBRANÝCH FENOMÉNOV FILOZOFIE V PALIATÍVNEJ OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI
# THE SIGNIFICANCE OF SELECTED PHILOSOPHICAL PHENOMENA IN PALLIATIVE NURSING CARE

**[1] Doc., PhDr. Ľubomíra Tkáčová, PhD., MPH**

**[2] PhDr. Dagmar Magurová, PhD., MPH**

**[3] PhDr. Jana Cuperová, PhD., MPH**

**[1-3] Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, Katedra ošetrovateľstva**

## Abstrakt

Paliatívna starostlivosť predstavuje špecifický prístup k pacientom s nevyliečiteľným ochorením, ktorý presahuje hranice medicíny a dotýka sa hlbokých filozofických a etických otázok. Cieľom článku je poukázať na význam vybraných filozofických fenoménov – ako sú dôstojnosť, intimita, autonómia, utrpenie, zmysel života, smrť – v kontexte paliatívnej praxe. Pozornosť je venovaná aj základným etickým princípom ako úcta k človeku, konanie dobra, vyhýbanie sa škode, pravdovravnosť, spravodlivosť a rešpekt k osobným hodnotám pacienta. Tieto fenomény majú zásadný význam pre zachovanie celostného, citlivého a dôstojného prístupu k pacientom v posledných štádiách života. Článok zároveň poukazuje na to, že filozofický pohľad obohacuje ošetrovateľskú prax o hlbšie porozumenie človeku ako jedinečnej a neopakovateľnej bytosti.

**Kľúčove slová**: Filozofia. Ošetrovateľstvo. Paliatívna starostlivosť. Úcta. Dôstojnosť.

## Abstract

Palliative care represents a specific approach to patients with incurable illnesses that goes beyond the boundaries of medicine and touches on profound philosophical and ethical questions. The aim of this article is to highlight the importance of selected philosophical phenomena – such as dignity, intimacy, autonomy, suffering, the meaning of life, death, and interpersonal relationships – in the context of palliative practice. Attention is also given to core ethical principles, including respect for the person, doing good, avoiding harm, truthfulness, justice, and honoring the patient's individual values. These phenomena are essential for maintaining a holistic, sensitive, and

dignified approach to patients in the final stages of life. The article further shows how a philosophical perspective enriches healthcare practice by deepening the understanding of the human being as a unique and unrepeatable person.
**Key words:** Philosophy. Nursing. Palliative care. Respect. Dignity.

## Úvod

Filozofia bola v minulosti súčasťou iných vedných disciplín, no dnes je samostatnou vednou disciplínou zdravotníckeho odboru ošetrovateľstvo, ktorá výrazne vplýva na utváranie charakterových vlastností sestier. Ústredným záujmom filozofie v ošetrovateľstve je správnymi metódami systematicky uspokojovať potreby jednotlivca spôsobené chorobou a zároveň pomáhať tým, ktorí sa nemôžu, nevedia alebo sa nechcú o seba starať. Človeka chápe ako indivíduum s vlastnými vnútornými hodnotami a potrebami. Zaujíma sa o otázky týkajúce sa zdravia a choroby, života a smrti človeka. Uvedené predmety sú predpokladmi koncepcie filozofie ošetrovateľstva (Eliašová, Cuperová a kol. 2016). Paliatívna starostlivosť predstavuje komplexný prístup k liečbe a podpore pacientov s nevyliečiteľným ochorením. Nejde len o zmierňovanie fyzickej bolesti, ale aj o odpovede na otázky, ktoré presahujú medicínu. V tomto kontexte nadobúdajú filozofické fenomény – ako je zmysel života, utrpenie, smrť, dôstojnosť a medziľudské vzťahy – osobitný význam. Filozofia poskytuje rámec pre hlbšie porozumenie existenciálnym aspektom ľudskej skúsenosti, ktoré sú v paliatívnej starostlivosti každodennou realitou (Tkáčová 2022).

## Vlastný text

Pri poskytovaní paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti zvažujú sestry dôsledky pre klienta - pacienta, rodinu a komunitu a všeobecné morálne princípy, z ktorých vyplývajú etické princípy ošetrovateľstva. Najzákladnejšie z nich sú:

- úcta k človeku a rešpekt k ľudskému životu,
- autonómia - sebaurčenie jednotlivca,
- konanie dobra,
- vyhýbanie sa spôsobeniu škody,
- zachovávanie mlčanlivosti, rešpektovanie hodnôt,

- pravdovravnosť, spoľahlivosť a spravodlivosť v konaní voči ľuďom, bez prvkov diskriminácie (Munzarová 2005).

Pri poskytovaní paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti je podstatné ponechať autonómiu u pacienta s ohľadom na jeho zdravotný stav. Posudzujeme jeho potreby a pomáhame mu pri ich uspokojovaní v čase, keď ich on sám uspokojiť nemôže, nevie alebo nechce (Stolínová 1990). Podstatné je mu umožniť byť autonómnou bytosťou v psychickej, sociálnej, aj spirituálnej oblasti. Máme klásť otázky, ktoré podnecujú človeka k nezávislosti, kedy môže ukázať svoju autentickosť. V kontexte paliatívnej starostlivosti sa autonómia prejavuje v tom, že pacient má právo rozhodovať o svojom tele, liečbe a posledných chvíľach života. Rešpekt k autonómii znamená nezasahovať proti jeho vôli**,** ale byť sprievodcom a oporou v jeho rozhodnutiach.

Rešpektovanie ľudskej dôstojnosti je fundamentálnym východiskom starostlivosti o pacienta. Túto frázu, alebo jej rôzne podoby, môžeme nájsť v mnohých dokumentoch, zákonoch, nariadeniach, kódexoch, ktoré sa týkajú zdravotnej starostlivosti (Čáp 2016). Rešpektovanie ľudskej dôstojnosti v ponímaní ošetrovateľstva je spomínané v etickom kódexe sestier (Zákon NR SR č. 311/2002 Z.z. zo 16. mája 2002) v, ktorý zabezpečuje morálne správanie sa sestry voči pacientovi a vyjadruje ciele a hodnoty ošetrovateľského povolania. Už v prvom odstavci kódexu je ľudská dôstojnosť spomínaná v znení že, *„sestra si váži ľudský život, ľudské práva, dôstojnosť každého jednotlivca ako jedinečnej ľudskej bytosti, akceptuje klienta – pacienta v jeho zdravotnej situácií a poskytuje mu ošetrovateľskú starostlivosť bez ohľadu na pohlavie, skupinu, rasu, náboženstvo, kultúru, sexuálnu orientáciu, sociálne postavenie a politické presvedčenie.“*
S ľudskou existenciou úzko súvisí ľudská dôstojnosť. Nie vždy a nie na všetkých pracoviskách, sa stretávame so správaním, ktoré rešpektuje ľudskú hodnotu. Domnievame sa, že veľkou mierou záleží na samotných sestrách, ako sa pacienti v nemocničnom prostredí cítia. Rovnako Jo a Doorenboos (2009) tvrdia, že práve sestry sú zodpovedné za podporu ľudskej dôstojnosti počas interakcie s pacientmi a s ostatnými členmi ošetrovateľského tímu. Postačí iba malé gesto, ktorým môže nadviazať vzájomný vzťah s pacientom s cieľom rozvíjať jeho vlastné hodnoty. Parseová vo svojom modeli „teória ľudského bytia“ alebo „Ako sa stať človekom“ uvádza úlohu sestry, ktorá pacienta vedie a „vnáša svetlo“ do jeho cesty (Pavlíková, 2006) tým, že je pozornou, počúvajúcou a inšpirujúcou osobou.
Ľudia majú potrebu, aby boli vypočutí, aby boli vypočuté a naďalej prijaté ich priania, a tým bola zachovaná ľudská dôstojnosť (Venglářová, Mahrová 2006). Aby táto potreba bola uspokojená, musíme sa naučiť počúvať a všímať si oveľa viac prejavov pacienta a efektívne na ne reagovať (Jo, Doorenboos 2009). Znehodnotiť ľudskú dôstojnosť možno aj menšími „skutkami“. Človeka

môžeme devalvovať tým, že ho prehliadame, robíme sa, že ho nevidíme či ignorujeme, tak, že komunikácia prebieha za neprítomnosti očného kontaktu, či nie je rešpektovaný osobný priestor, názor, skúsenosť, rozhodovanie človeka. Tam, kde je človeku odmietnutý priestor na rozhodovanie či riadenie diania okolo neho, nastáva preňho celkom význačne ťažká situácia. Je to tak predovšetkým vtedy, keď očakáva príliv nekontrolovateľných negatívnych podnetov, kedy je na neho vyvíjaný tlak a kedy zároveň zaznamenáva mnoho distresových faktorov. Naopak, jeho psychický stav sa zlepšuje v momente, keď má možnosť niečo sám riadiť. Dôstojnosť nie je len abstraktný pojem – je to živý princíp, ktorý určuje, ako sa správame k druhému človeku v jeho najkrehkejších chvíľach. V paliatívnej starostlivosti nejde len o zmiernenie bolesti, ale aj o to, aby bol pacient vnímaný a prijímaný ako plnohodnotná osoba až do posledného okamihu života (Křivohlavý 2002).

Jedným z kľúčových filozofických fenoménov v paliatívnej starostlivosti je aj hľadanie zmyslu života v konfrontácii so smrťou. Viktor E. Frankl, existenciálny psychológ a filozof, tvrdil, že aj v najťažších situáciách môže človek nájsť zmysel. U pacientov v terminálnom štádiu ochorenia sa otázka „prečo?“ a „čo ešte má hodnotu?“ objavuje veľmi často. Úlohou paliatívnych tímov je byť otvorený týmto otázkam, vypočuť ich a nevyhýbať sa im. Utrpenie nie je len fyzické, ale aj psychické, sociálne a spirituálne. Filozofia nám umožňuje chápať utrpenie ako súčasť ľudskej existencie – niečo, čo má potenciál viesť k zmene, prijatiu či zmiereniu. V západnej kultúre je smrť často tabuizovaná, čo vedie k jej potláčaniu a strachu. Filozofická reflexia, najmä existencializmus a stoicizmus, učia prijímať smrť ako neoddeliteľnú súčasť života. Martin Heidegger opisuje smrť ako „najvlastnejšiu“ skutočnosť, ktorej čelíme sami, a práve jej vedomie dáva životu autenticitu. V paliatívnej starostlivosti je dôležité demýtizovať smrť a umožniť pacientom i ich blízkym hovoriť o nej otvorene. To môže priniesť pokoj, prijatie a zmierenie (Tkáčová 2022).

Rovnako aj intimita je hlboko osobná a citlivá oblasť ľudského života. Neznamená len telesný alebo sexuálny rozmer, ale zahŕňa aj emocionálnu, duchovnú a vzťahovú blízkosť**,** súkromie**,** autentickosť a vnútorný svet človeka**.** V kontexte paliatívnej starostlivosti má intímny priestor človeka osobitný význam, pretože pacient sa často ocitá v situácii, keď je odkázaný na pomoc druhých**,** a jeho súkromie aj dôstojnosť môžu byť ohrozené**.** Slovo intimita znamená: súkromie, dôvernosť, útulnosť, nahotu či hanbu. Z latinského intimus, vnútorný. Vyjadruje významný rys vnútornej prežívanej účasti človeka, či už vo vzťahu k sebe samému alebo k niekomu či niečomu inému (Jandourek 2006). Zacharová a kol. (2007) tvrdia, že pri intimite sa nezaoberáme len tým či je pacient obnažený, alebo ponechaný niekde kde ho vidia ostatní ľudia, poukazujú na to, že v oblasti intimity sa zaoberáme aj pacientovým súkromím. Veď predsa intímne údaje

o pacientovom súkromnom živote alebo o jeho zdravotnom stave nemôžu byť ponechané tak, aby k ním mal každý prístup. Sestry a ostatní zdravotnícky pracovníci musia rešpektovať to, že pacient je ľudská bytosť a určite si nežiada aby každý vedel o jeho stave. Je nesmierne dôležité aby sestry vedeli kedy, kde a u akého pacienta môžu zaujať správny odstup. Zacharová a kol. (2007) uvádzajú že sa sestra nachádza skoro vždy v pacientovej intímnej zóne.
Je dôležité aby si sestra v takejto situácií uvedomila že je nutné vysvetliť prečo vstupuje do pacientovej intímnej zóny. Musí mu vysvetliť dôvod a aj to, ako dlho bude trvať jej prítomnosť v jeho intímnej zóne.
Potrebu intimity môžeme priradiť k potrebám sebekoncepcie, sebaúcty, istoty a bezpečia, ktoré vyjadrujú bezprostredný vzťah človeka k sebe samému, založený na sebauvedomovaní, sebapoznaní a sebahodnotení. Súčasne zahŕňa postoje a hodnoty, ktoré človek získal počas vývoja, pojal ich za svoje a vďaka ktorým sa pozerá na svet i na seba samého (Jandourek 2006).

Zdravá sebakoncepcia umožňuje jednotlivcom nájsť si šťastie v živote a lepšie sa vyrovnávať so sklamaním a zmenami. Neschopnosť získať si pozitívny pohľad na seba samého je prekážkou pri budovaní zdravej sebakoncepcie. Zdravá sebakoncepcia je v profesii sestry dôležitým faktorom pre vykonávanie komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti. Sestra, ktorá má nízku sebakoncepciu a má problém s uspokojovaním vlastných potrieb, má problém aj s uspokojovaním potrieb pacienta v paliatívnej starostlivosti. Pričom sestry s pozitívnym obrazom seba samej napomáha efektívnejším spôsobom pri uspokojovaní potrieb pacienta. Sestry so zdravou sebakoncepciou sa cítia lepšie, sú efektívnejšie a majú pozitívnejší vplyv na seba a pacientov (Kozierová, Erbová, Olivieriová 1995). V dôsledku zdravej sebakoncepcie, ktorá vplýva na komplexnú ošetrovateľskú starostlivosť pacienta, je dôležité, aby sestra bola empatická a citovo komunikovala s pacientom. Sestra, ktorá nemá príjemný a profesionálny prístup k svojej práci, škodí pacientom, ale aj povesti oddelenia či nemocnice. Povolanie sestry a najmä v paliatívnej starostlivosti si vyžaduje vysokú mravnú náplň osobnosti a myslenia, zodpovednosť, lásku k človeku a zároveň k svojej profesii, čestnosť, obetavosť, úprimnosť a spolucítenie s pacientom a účasť pracovať v tíme (Tkáčová 2022). Sestra, ktorá poskytuje paliatívnu ošetrovateľskú starostlivosť, by mala vystupovať ako harmonická, pokojná, sebavedomá a vyrovnaná osoba, ktorá je pohotová, dôsledná a snaží sa uspokojovať potreby pacienta, ku ktorým má ľudský vzťah. Sestra musí mať vedomosti, skúsenosti a praktické zručnosti. Pri vykonávaní paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti je úlohou sestry vytvoriť si liečebno-ošetrovateľský vzťah s pacientom a uspokojovať jeho bio-psycho-sociálne potreby (Gulášová, Neumanová, Breza et al. 2012). Profesia sestry zahŕňa ochranu, rozvoj

a prinavrátenie zdravia, pričom je od sestry požadované kritické myslenie, odborné vedomosti a praktické skúsenosti (Ďorďovičová 2006).

**Záver**

Paliatívna starostlivosť je viac než medicínska disciplína – je to ľudské povolanie, ktoré si vyžaduje citlivosť, múdrosť a hlboký rešpekt k človeku. V konfrontácii so smrťou vychádzajú do popredia práve tie filozofické fenomény, ktoré často v každodennom živote prehliadame: dôstojnosť, intimita, sloboda, zmysel, utrpenie, ale aj vzťahy, pravda a spravodlivosť. Filozofia nám v paliatívnej praxi neponúka jednoduché návody, ale pomáha klásť správne otázky. Učí nás vnímať človeka nie ako chorobu, ale ako bytosť s vlastným príbehom, hodnotami a právom na úctu – až do posledného dychu. Etické princípy ako úcta, autonómia, konanie dobra, vyhýbanie sa škode či rešpekt k intimite sú neoddeliteľnou súčasťou tohto prístupu. Sestry, ktoré pracujú v paliatívnej starostlivosti, potrebujú okrem odbornej spôsobilosti aj vnútornú zrelosť, otvorené srdce a filozofický nadhľad. Práve ten im umožňuje byť nie len liečiteľmi, ale aj sprievodcami na náročnej, ale vzácnej ceste sprevádzania človeka v posledných fázach života (Tkáčová 2022).

**Zoznam bibliografických odkazov**

ČAP, J. 2016. *Editorial o ľudskej dôstojnosti*. [online]. [cit.2025-08-30]. Dostupne na internete: https://www.osetrovatelstvo.eu/archiv/2016-rocnik-6/cislo-2/editorial-o-ludskej-dostojnosti

ĎORĎOVIČOVÁ, K. 2006. K problematike emočných nárokov práce sestier. In *Revue ošetrovateľstva, sociálnej práce a laboratórnych metodík: odborný časopis Slovenskej lekárskej spoločnosti.* roč.12, č.2, s. 85-88. ISSN 1335-5090.

ELIÁŠOVÁ, A., CUPEROVÁ, J. a kol. 2016. *Východiská v ošetrovateľstve*. Lipovce pro Prešove: A – print s.r.o. ISBN 978-80-89721-11-5.

GULÁŠOVÁ, I., NEUMANOVÁ, R., BREZA, J. et al. 2012. *Sociálne a spoločenské role sestry* [online]. 2012 [cit. 2022-10-02]. Dostupné na internete: https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinarni-tym/kongresy/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/socialne-a-spolocenske-role-sestry/

JANDOUREK, J. 2006. *Sociologický slovník.* 1. vyd., Praha: Portál, 2006. 288 s. ISBN 80-7178-535-0.

JO, K. H., DOORENBOS, A. 2009.Understanding the meaning of human dignity in Korea: a kontent analysis. In *International Journal of Palliative Nursing*, 2009, vol. 15 no. 4, pp. 178-185.

KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIERIOVÁ, R. 1995. *Ošetrovateľstvo 1,2*. 1. vyd. Martin : Osveta. 1995. 1457 s. ISBN 80-217-0528-0.

KŘIVOHLAVÝ, J. 2002. *Psychologie nemoci*. Praha : Grada, 2002. 198 s.

MUNZAROVÁ, M. 2005. *Zdravotnícka etika od A po Z.* 1.vyd. Praha: Grada. ISBN 80-2471-024-2.

PAVLÍKOVÁ, S. 2006. *Modely ošetřovatelství v kostce*. Praha : Grada, 2006. 149 s.

STOLÍNOVÁ, J. 1990. *Etika a právo v lékařské praxi*. Novinky v medicíně. 1.vyd. Praha: Avicenum. ISBN 80-201-0090-3.

TKÁČOVÁ, Ľ. 2022. *Filozofia v ošetrovateľstve a vybrané humanistické konceptuálne modely.* Lipovce pro Prešove: A – print s.r.o. 86 s. ISBN 978-80-555-2976-9.

VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha : Grada, 2006. 144 s.

ZACHAROVÁ, M. a kol. 2007. *Zdravotnícka psychologie – teorie a praktická cvičení.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

Doc., PhDr. Ľubomíra Tkáčová, PhD., MPH
Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, Katedra ošetrovateľstva
Partizánska 1
080 01 Prešov
mail: lubomira.tkacova@unipo.sk

# KOLOREKTÁLNY KARCINÓM U STARŠÍCH PACIENTOV–KLINICKÉ A SYSTÉMOVÉ SÚVISLOSTI V ÉRE PERSONALIZOVANEJ A UDRŽATEĽNEJ MEDICÍNY

# COLORECTAL CARCINOMA IN OLDER PATIENTS–CLINICAL AND SYSTEMIC CONTEXTS IN THE ERA OF PERSONALIZED AND SUSTAINABLE MEDICINE

**RNDr. Ivana Večurkovská, PhD.[1,2], MUDr. Veronika Roškovičová, PhD.[3], RNDr. Ján Tóth, PhD.[1], RNDr. Ivana Kočanová, PhD.[1], MVDr. Bc. Anna Packová, PhD.[1]**

**[1]Katedra medicínsko-technických odborov, Fakulta zdravotníckych odborov, Prešovská univerzita v Prešove, Partizánska 1, 080 01 Prešov**

**[2]Ústav lekárskej a klinickej biochémie, Lekárska fakulta, Univerzita Pavla Jozefa Šafárika, Trieda SNP 1, 040 01 Košice**

**[3]I. Chirurgická klinika, Univerzitná nemocnica Louisa Pasteura a Lekárska fakulta Univerzity Pavla Jozefa Šafárika, Trieda SNP 1, 040 01 Košice**

**Abstrakt**

Východiská problematiky: Kolorektálny karcinóm (CRC) patrí medzi najčastejšie diagnostikované malignity celosvetovo a jeho incidencia výrazne stúpa s vekom. Individualizácia skríningu a liečby starších pacientov je dôležitá nielen z klinického, ale aj z pohľadu stability a dlhodobej udržateľnosti zdravotníckych služieb vrátane paliatívnej starostlivosti. Ciele: Cieľom práce bolo analyzovať súbor pacientov s benígnymi a malígnymi léziami hrubého čreva a/alebo konečníka, so zameraním na vek, a identifikovať ďalšie parametre, ktoré by mohli ovplyvňovať priebeh hospitalizácie. Súbor a metódy: Do súboru bolo zaradených 47 pacientov, ktorí boli rozdelení do skupiny s benígnym nálezom (BTG, n = 13) a skupiny s malígnym nálezom (MTG, n = 34). Dáta boli štatisticky analyzované v programe GraphPad Prism 8.0. Výsledky: Pacienti v MTG boli signifikantne starší v porovnaní s pacientami v BTG (p = 0.0251). ROC analýza potvrdila diagnostickú hodnotu veku (p=0.0262). Korelačná analýza ukázala pozitívnu súvislosť medzi BMI a dĺžkou hospitalizácie na jednotke intenzívnej starostlivosti (p=0.005), čo naznačuje zhoršený priebeh u obéznejších pacientov. Záver: Výsledky potvrdzujú, že vek je významným rizikovým faktorom pre vznik CRC a vyššie BMI je spojené s dlhšou potrebou intenzívnej hospitalizačnej starostlivosti. Tieto zistenia zdôrazňujú potrebu individualizovaného prístupu k skríningu a liečbe starších pacientov, ako aj lepšiu koordináciu medzi preventívnou, akútnou a

paliatívnou starostlivosťou. Optimalizácia týchto procesov je nevyhnutná pre zachovanie stability a dlhodobej udržateľnosti zdravotníckych služieb v kontexte starnúcej populácie a nových systémových opatrení.
**Kľúčové slová:** kolorektálny karcinóm, vek, personalizovaná medicína

**Abstract**

Background: Colorectal cancer (CRC) is one of the most diagnosed malignancies worldwide, and its incidence increases significantly with age. Individualization of screening and treatment of older patients is important not only from a clinical perspective, but also from the perspective of stability and long-term sustainability of healthcare services, including palliative care. Objectives: The aim of the study was to analyse a group of patients with benign and malignant lesions of the colon and/or rectum, focusing on age, and to identify other parameters that could influence the course of hospitalization. Sample and methods: The sample included 47 patients who were divided into a group with benign findings (BTG, n = 13) and a group with malignant findings (MTG, n = 34). The data were statistically analysed using GraphPad Prism 8.0. Results: Patients in the MTG were significantly older than patients in the BTG (p = 0.0251). ROC analysis confirmed the diagnostic value of age (p = 0.0262). Correlation analysis showed a positive correlation between BMI and length of stay in the intensive care unit (p=0.005), indicating a worse outcome in more obese patients. Conclusion: The results confirm that age is a significant risk factor for CRC and that a higher BMI is associated with a longer need for intensive inpatient care. These findings highlight the need for an individualized approach to screening and treatment of older patients, as well as better coordination between preventive, acute, and palliative care. Optimizing these processes is essential for maintaining the stability and long-term sustainability of healthcare services in the context of an aging population and new systemic measures.
**Keywords:** colorectal carcinoma, age, personalized medicine

## Úvod

Kolorektálny karcinóm (CRC; ColoRectal Carcinoma) predstavuje jeden z najvýznamnejších globálnych onkologických problémov dneška. V roku 2020 bol tretím najčastejšie diagnostikovaným nádorom na svete a druhou najčastejšou príčinou úmrtí súvisiacich s rakovinou (Marcellinaro a kol., 2023; Roshandel a kol., 2024). Významné rozdiely sa prejavujú nielen medzi rôznymi regiónmi sveta (s vyššími výskytmi v krajinách s vysokým indexom rozvoja), ale tiež vo vekovom zložení pacientov. Incidencia medzi mladšími osobami (pod 45-50 rokov) v posledných

rokoch zaznamenávajú rastúci trend. Najvyšší počet prípadov sa však zvyčajne vyskytuje u osôb vo veku 50 rokov a viac. Muži sú v priemere diagnostikovaní s rakovinou hrubého čreva vo veku okolo 68 rokov, ženy vo veku približne 72 rokov. Priemerný vek mužov aj žien, u ktorých je diagnostikovaná rakovina konečníka, je 63 rokov (Anbari a kol., 2025; Roshandel a kol., 2024). V etiológii zohrávajú úlohu nejeden faktor: genetická predispozícia, zápalové ochorenia tráviacej sústavy, ale najmä modifikovateľné rizikové faktory ako diéta, obezita, nedostatok fyzickej aktivity, fajčenie a konzumácia alkoholu (Matsuda a kol., 2025). Hoci sa v niektorých krajinách zlepšili výsledky vďaka skríningu a pokroku liečby, miera úmrtnosti zostáva vysoká a prežívanie výrazne závisí od štádia, v ktorom sa ochorenie diagnostikuje (Fadlallah a kol., 2024).

Starší pacienti predstavujú špecifickú a heterogénnu populáciu v kontexte CRC, ktorá si vyžaduje cielenejšiu pozornosť pri navrhovaní skríningových stratégií. Incidencia CRC rastie s vekom, pričom veľká časť morbidity a mortality pripadá na skupiny nad 65 rokov. Zároveň však medzi staršími jedincami existuje veľká variabilita v komorbiditách, funkčnom stave a očakávanej dĺžke života, čo ovplyvňuje čistý prínos skríningu. Preto sa odporúča individualizovaný prístup, ktorý zohľadňuje nielen chronologický vek, ale predovšetkým predpokladanú dĺžku života, klinický stav a predchádzajúcu históriu skríningu. U zdravotne zachovalých jedincov so životnou prognózou >10 rokov môže skríning priniesť významné zníženie incidence a mortality, zatiaľ čo u pacientov so závažnými komorbiditami sú riziká výkonov (napr. závažné komplikácie pri kolonoskopii) relatívne vyššie a prínosy obmedzené (Guittet a kol., 2023; Ma a kol., 2021).

Dôvody venovať sa starším pacientom v skríningu sú pritom dvojité: po prvé, dobre zvolený skríning a následná endoskopická resekcia adenómov môžu znižovať výskyt a úmrtnosť KK v starších vekových skupinách — čo potvrdzujú populačné analýzy systémov organizovaného skríningu, ktoré preukázali trvalé zmeny vekovo-špecifickej incidence po zavedení programov pre 60 až 69 ročných a sekundárne prínosy aj v nasledujúcich vekových kohortách (Chauca Strand a kol., 2024). Po druhé, keďže závažnosť následkov neliečeného KK stúpa s vekom, včasná detekcia u vybraných starších pacientov môže zlepšiť kvalitu života a znížiť potrebu paliatívnych intervencií (Ma a kol., 2021).

Napriek tomu treba pri starších pacientoch dôsledne vyvažovať prínosy a riziká: modelové a klinické štúdie ukazujú, že s rastúcim vekom rastie aj riziko závažných nežiaducich udalostí spojených s kolonoskopiou a s nástupom komorbidít sa skráti obdobie, počas ktorého by pacient mohol profitovať zo zistenia a odstránenia prekanceróznych lézií; preto mnohé odporúčania navrhujú individualizované ukončenie skríningu medzi 75–85 rokmi na základe zdravotného stavu a očakávanej dĺžky života (Harlass a kol., 2024).

Implementácia efektívneho prístupu k skríningu starších osôb by mala zahŕňať: (1) systematické hodnotenie životnej prognózy a funkčného stavu pri rozhodovaní o pokračovaní skríningu; (2) využitie menej invazívnych testov (napr. fecálny imunochemický test, FIT) ako prvého kroku u zraniteľnejších pacientov; (3) jasné zdieľanie rozhodovania medzi lekárom a pacientom, kde sa zohľadnia preferencie, hodnoty a očakávania pacienta; a (4) koordináciu s organizovanými programami skríningu tak, aby boli dostupné cielené intervencie pre staršie, ale relatívne zdravé kohorty. Efektívne zdieľané rozhodovanie (shared decision-making) a personalizované smernice tak minimalizujú riziko pri starších pacientov a maximalizujú šancu na klinicky relevantné prínosy skríningu (Sepucha a kol., 2024).

**Cieľ**

Cieľom práce bolo analyzovať súbor pacientov s benígnymi a malígnymi léziami hrubého čreva a/alebo konečníka, so zameraním na vek ako rizikový faktor CRC, a identifikovať ďalšie parametre, ktoré by mohli ovplyvňovať priebeh hospitalizácie, najmä v kontexte potreby intenzívnej starostlivosti.

**Súbor**

Analyzovaný súbor tvorilo 47 pacientov, ktorí boli prijatí na I. chirurgickú kliniku Univerzitnej nemocnice Louisa Pasteura (UNLP) v Košiciach z dôvodu potreby chirurgického zákroku v oblasti čreva a/alebo konečníka. Pred operačným zákrokom boli všetci pacienti poučení a podpísali informovaní súhlas účastníkov biomedicínskeho výskumu podľa § 27 zákona č. 576/2004.

Vzorky resekovaného tkaniva boli vyšetrené na Ústave patológie UNLP. Pacienti boli na základe histologických nálezov a štandardne používanej TNM klasifikácie rozdelení do skupiny s benígnym nálezom (BTG; Benign Tumor Group) a skupiny s malígnym nálezom (MTG: Malignant Tumor Group). Do BTG bolo zaradených 13 pacientov s diagnózami ako divertikulitída, hemoroidy a adenómy. Do MTG bolo zaradených 34 pacientov s potvrdeným adenokarcinómom.

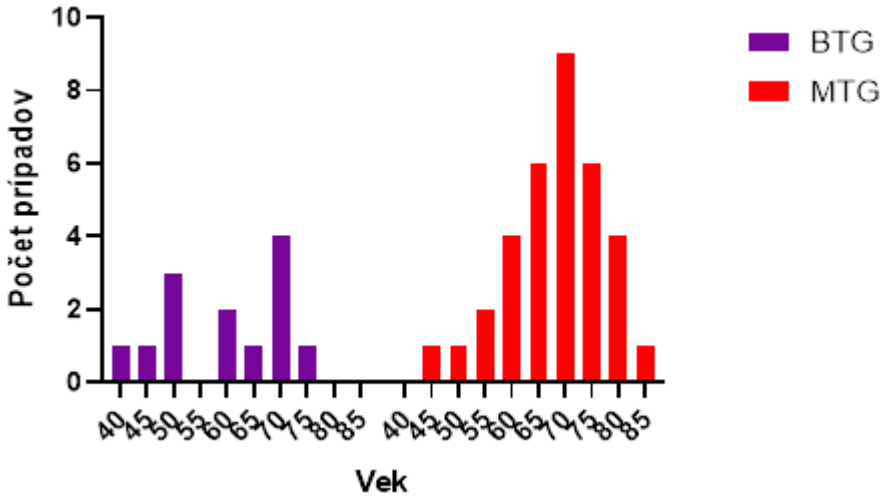
**Metodika**

Na štatistické vyhodnotenie údajov bol použitý program GraphPad prism 8.0.1.244. Program v dátach nepotvrdil prítomnosť tzv. outlierov. Distribúcia dát bola analyzovaná dvoma testami: Shapiro-Wilk a Kolmogorov-Smirnov. Obidva testy potvrdili distribúciu dát mimo Gausovej krivky, preto boli rozdiely medzi skupinami analyzované neparametrickým Mann-Whitney t-testom, v grafe boli zobrazené ako boxy s 10-90 percentilmi a v deskriptívnej štatistike boli

použité údaje o mediáne hodnôt, 25% a 75% percentiloch. Na posúdenie diagnostickej sily rozdelenia skupín bola vytvorená ROC krivka s údajmi senzitivity a špecificity. Korelácie vybraných faktorov boli hodnotené Spearmanovým korelačným koeficientom a hodnotou p. Údaje $p<0.05$ sa považujú za štatisticky signifikantné.

**Výsledky**

Na začiatku analýzy bol zostrojený jednoduchý histogram, ktorý zobrazuje počty pacientov v jednotlivých vekových kategóriách v skupinách BTG a MTG (Graf 1). Na tomto histograme je možné vidieť, že najviac pacientov má 70 rokov v BTG (4) aj v MTG (9). Tento graf však bližšie nehodnotí, či existuje štatisticky signifikantný rozdiel vo veku pacientov medzi BTG a MTG, aj keď naznačuje trend (napr. chýbajúci 80 a 85 roční pacienti v BTG a zároveň chýbajúci 40 roční pacienti v MTG).




**Graf 1. Histogram zobrazujúci počet prípadov jednotlivých vekových skupín v BTG a MTG**

Rozhodli sme sa preto pre bližšiu štatistickú analýzu súboru pacientov, aby sme boli schopní potvrdiť hypotézu, že vek súvisí s vyšším rizikom CRC. Testy normálnej distribúcie dát v súbore síce označili, že dáta sú normálne distribuované („Yes“), tieto výsledky však neboli štatisticky signifikantné a preto sme ich v štúdii považovali za dáta rozdelené mimo Gausovej krivky (Tab.1, Tab.2, Graf 2).

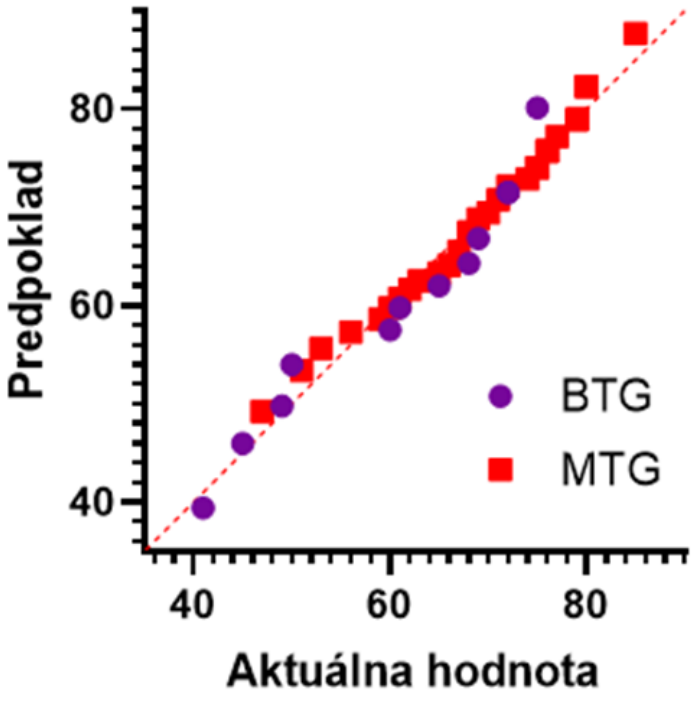
**Tabuľka 1. Shapiro-Wilk test normality dát**

| | ***Shapiro-Wilk test*** | |
|---|---|---|
| *W* | 0.9194 | 0.9738 |

| | | |
|---|---|---|
| *P hodnota* | **0.2462** | **0.5740** |
| *Prešli testom normality (alpha=0.05)?* | Yes | Yes |
| *P hodnota výsledne* | **ns** | **ns** |

**Tabuľka 2. Kolmogorov-Smirnov test normality dát**

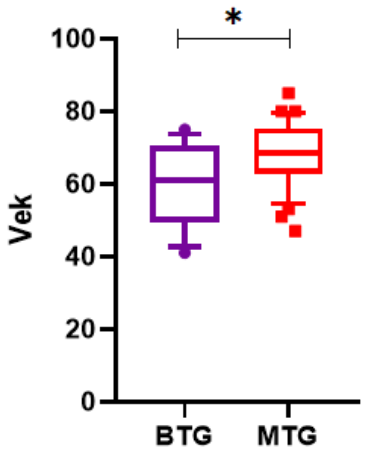
| | ***Kolmogorov-Smirnov test*** | |
|---|---|---|
| *KS vzdialenosť* | 0.1866 | 0.1103 |
| *P hodnota* | **>0.1000** | **>0.1000** |
| *Prešli testom normality (alpha=0.05)?* | Yes | Yes |
| *P hodnota výsledne* | **ns** | **ns** |




**Graf 2. Grafické zobrazenie distribúcie dát**

Mann-Whitney testom sme potvrdili, že vo veku pacientov v BTG a MTG existuje štatisticky signifikantný rozdiel (p=0.0251; Graf 3), pričom signifikantne starší pacienti sa

nachádzajú v skupine MTG. Informácie o veku pacientov v jednotlivých skupinách sú zhrnuté v tabuľke (Tab.3).

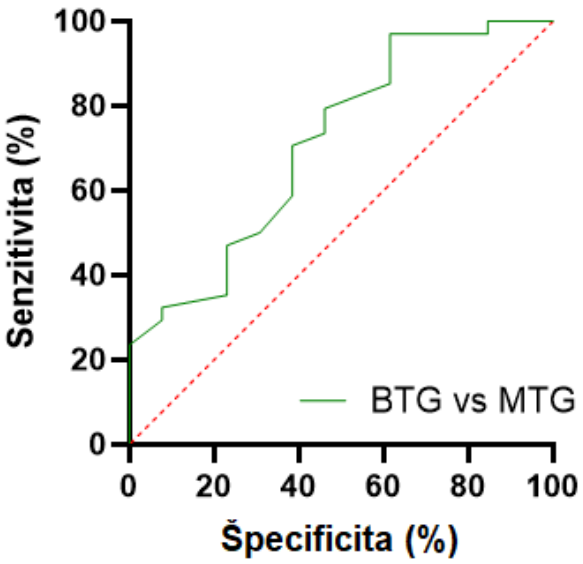



**Graf 3. Vek pacientov v BTG a MTG (p=0.0251)**

**Tabuľka 3. Popis veku pacientov v jednotlivých skupinách**

| Dáta | BTG | MTG |
|---|---|---|
| **Počet hodnôt** | 13 | 34 |
| **Minimum** | 41.00 | 47.00 |
| **25% Percentil** | 49.50 | 62.75 |
| **Medián** | 61.00 | 68.50 |
| **75% Percentil** | 70.50 | 75.25 |
| **Maximum** | 75.00 | 85.00 |
| **Rozsah** | 34.00 | 38.00 |
| **Priemer** | 59.77 | 68.47 |
| **Štandardná odchýlka** | 11.51 | 8.829 |
| **Št.chyba priemeru** | 3.193 | 1.514 |

Následne sme zostrojili ROC krivku, ktorá poskytuje významný údaj o diagnostickej sile rozdelenia skupín pacientov na základe veku (Graf 4). Údaje o teste sú zhrnuté v tabuľke (Tab.4). Senzitivita rozdelenia pacientov do BTG a MTG na základe veku je v skupine pacientov nad 60 rokov až 85.29% (95% CI 69.87-93.55), avšak špecificita tohto rozdelenia nadobudla hodnotu len 38.46% (95% CI 17.71-64.48). Všeobecne je však možné konštatovať, že rozdelenie CRC pacientov na základe veku je diagnosticky signifikantné (p=0.0262).




**Graf 4. ROC krivka**

**Tabuľka 4. Údaje z ROC krivky**

| | |
|---|---|
| **Plocha pod krivkou** | 71.15% |
| **Štandardná odchýlka** | 0.08616 |
| **95% CI** | 0.5427-0.8804 |
| **p hodnota** | **0.0262** |

Ďalším krokom štúdie bolo zistenie vzťahu medzi vekom a ďalšími faktormi súvisiacimi s ochorením CRC. Vzťahy sme hodnotili Spearmanovým korelačným testom (Tab.5), ktorý síce nepotvrdil štatisticky signifikantnú koreláciu medzi vekom a štádiom ochorenia, komplikáciami, hospitalizáciou, či BMI, ukázal však nové prepojenie. Okrem toho, že celková hospitalizácia v nemocnici pozitívne korelovala s hospitalizáciou na oddelení JIP, je zaujímavejšie, že hospitalizácia na JIP pozitívne korelovala s BMI. To znamená, že čím mali pacienti vyššie BMI, tým dlhšie boli hospitalizovaní na JIP.

**Tabuľka 5. Spearmanov korelačný test**

| | **Vek** | **CHK** | **NCHK** | **H** | **JIP** | **BMI** | **Štádium** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ***Vek*** | 1 | 0.137 | -0.136 | 0.232 | 0.175 | -0.015 | 0.087 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ***p*** | 0.000 | 0.358 | 0.362 | 0.117 | 0.239 | 0.919 | 0.562 |
| ***CHK*** | 0.137 | 1 | 0.046 | 0.226 | -0.175 | -0.075 | 0.115 |
| ***p*** | 0.358 | 0.000 | 0.759 | 0.127 | 0.239 | 0.619 | 0.443 |
| ***NCHK*** | -0.136 | 0.046 | 1 | 0.165 | -0.033 | -0.065 | 0.089 |
| ***p*** | 0.362 | 0.759 | 0.000 | 0.269 | 0.824 | 0.663 | 0.552 |
| ***H*** | 0.232 | 0.226 | 0.165 | 1 | **0.313** | 0.286 | 0.003 |
| ***p*** | 0.117 | 0.127 | 0.269 | 0.000 | **0.032*** | 0.051 | 0.982 |
| ***JIP*** | 0.175 | -0.175 | -0.033 | **0.313** | 1 | **0.405** | -0.012 |
| ***p*** | 0.239 | 0.239 | 0.824 | **0.032*** | 0.000 | **0.005**** | 0.936 |
| ***BMI*** | -0.015 | -0.075 | -0.065 | 0.286 | **0.405** | 1 | 0.092 |
| ***p*** | 0.919 | 0.619 | 0.663 | 0.051 | **0.005**** | 0.000 | 0.538 |
| ***Štádium*** | 0.087 | 0.115 | 0.089 | 0.003 | -0.012 | 0.092 | 1 |
| ***p*** | 0.562 | 0.443 | 0.552 | 0.982 | 0.936 | 0.538 | 0.000 |

CHK: Chirurgické komplikácie; NCHK: Nechirurgické komplikácie; H: Hospitalizácia; JIP: Hospitalizácia na jednotke intenzívnej starostlivosti; BMI: Body Mass Index (Index telesnej hmotnosti)

**Diskusia**

Naše výsledky potvrdili, že vek predstavuje významný rizikový faktor pre vznik kolorektálneho karcinómu (CRC). Pacienti s malígnymi nálezmi boli štatisticky signifikantne starší v porovnaní so skupinou s benígnymi léziami ($p = 0.0251$). ROC analýza ďalej ukázala diagnostickú hodnotu veku s plochou pod krivkou AUC = 0.71 ($p = 0.0262$), čo naznačuje, že vek možno považovať za významný diskriminačný parameter pre odlíšenie rizikových skupín. Zaujímavým zistením bolo aj to, že vyššie BMI korelovalo s dlhšou hospitalizáciou na jednotke intenzívnej starostlivosti (JIP), čo poukazuje na zhoršený priebeh hospitalizácie u obéznejších pacientov. Tieto dáta dopĺňajú poznatky z recentných zahraničných štúdií, ktoré identifikujú obezitu a vek ako synergické rizikové faktory pre vznik, progresiu a komplikovaný priebeh CRC (Xu a kol., 2024; Lim a kol., 2023).

Výsledky našej štúdie tak poukazujú na dôležitosť personalizovaného prístupu ku skríningu a manažmentu pacientov vyššieho veku. Literatúra uvádza, že riziko komplikácií pri invazívnych zákrokoch a komorbiditách rastie so starnutím, a preto by skríning u seniorov mal byť individualizovaný podľa funkčného stavu, komorbidít a očakávanej dĺžky života (Guittet a kol., 2023; Harlass a kol., 2024). Napriek tomu je včasná detekcia ochorenia u starších pacientov

kľúčová pre zníženie počtu neskoro diagnostikovaných prípadov, ktoré často vyžadujú komplexnú paliatívnu liečbu.

V našom súbore dominovali pacienti nad 60 rokov, čo zodpovedá epidemiologickým trendom – až dve tretiny nových diagnóz CRC sa objavujú vo veku > 65 rokov (Roshandel a kol., 2024). Takéto demografické rozloženie pacientov má priamy dopad na stabilitu a dlhodobú udržateľnosť zdravotníckych služieb, vrátane paliatívnej starostlivosti. Starší pacienti často potrebujú multidisciplinárnu starostlivosť, ktorá zahŕňa nielen chirurgickú a onkologickú liečbu, ale aj nutričné, psychologické a sociálne aspekty. Zvýšená dĺžka hospitalizácie u obéznejších pacientov navyše znamená vyššiu záťaž pre lôžkové oddelenia a personál, čo môže ovplyvniť efektivitu a dostupnosť paliatívnych služieb.

Z pohľadu systémovej udržateľnosti je preto nevyhnutné zvažovať personalizovaný skríning ako nástroj optimalizácie zdravotných zdrojov. Výber vhodných kandidátov na skríning (na základe veku, BMI, komorbidít a celkového funkčného stavu) by mohol znížiť počet zbytočných diagnostických výkonov a zároveň predísť neskorým štádiám ochorenia, ktoré si vyžadujú nákladnú a personálne náročnú paliatívnu liečbu (Ma a kol., 2021; Sepucha a kol., 2024).

Z pohľadu poskytovateľov paliatívnej starostlivosti je dôležité, aby skríningové programy fungovali v súlade s princípmi dlhodobej udržateľnosti – teda aby sa sústredili na populácie s najvyšším potenciálom benefitov, pričom sa minimalizuje riziko preťaženia systému. Efektívna koordinácia medzi skríningom, chirurgickou a paliatívnou starostlivosťou môže znížiť počet pacientov, ktorí vstupujú do paliatívneho systému v pokročilom štádiu ochorenia. Zároveň umožní lepšie plánovanie kapacít, racionálnejšie využitie zdrojov a zachovanie kvality života pacientov v pokročilom veku (Fadlallah a kol., 2024; Chauca Strand a kol., 2024).Z našich zistení vyplýva, že vysoké BMI a vek ako prediktory horšieho priebehu hospitalizácie môžu byť cennými parametrami aj pre paliatívnych tímov, pretože pomáhajú identifikovať pacientov s vyšším rizikom komplikácií, predĺženej hospitalizácie a potenciálne zníženej kvality života. Tieto faktory by mali byť zahrnuté do multidisciplinárneho hodnotenia, ktoré podporuje efektívne rozdelenie kapacít v rámci nemocničných aj komunitných paliatívnych služieb.

**Záver**

Naša analýza potvrdila, že vyšší vek predstavuje signifikantný rizikový faktor pre vznik CRC, pričom starší pacienti boli štatisticky významne častejšie zaradení do skupiny s malígnymi nálezmi. Zistená pozitívna korelácia medzi vyšším BMI a dlhšou hospitalizáciou na jednotke intenzívnej starostlivosti poukazuje na to, že obezita môže komplikovať pooperačný priebeh a predlžovať potrebu intenzívnej starostlivosti. Tieto výsledky podčiarkujú potrebu komplexného,

individualizovaného prístupu ku skríningu a manažmentu starších pacientov tak, aby boli zdravotné zdroje využívané efektívne a zároveň bola zachovaná kvalita života pacientov.

Z pohľadu stability a dlhodobej udržateľnosti zdravotného systému je nevyhnutné prepojenie preventívnych, diagnostických a paliatívnych prístupov. Personalizovaný skríning, multidisciplinárna spolupráca a včasná intervencia môžu znížiť počet pacientov vstupujúcich do paliatívnej starostlivosti v pokročilom štádiu ochorenia a prispieť tak k stabilite poskytovania paliatívnych služieb aj v prostredí nových legislatívnych a organizačných opatrení.

**Zoznam bibliografických údajov**

Anbari K, Ghanadi K. Colorectal Cancer: Risk Factors, Novel Approaches in Molecular Screening and Treatment. Int J Mol Cell Med. 2025;14(1):576-605. doi: 10.22088/IJMCM.BUMS.14.1.576.

Fadlallah H, El Masri J, Fakhereddine H, Youssef J, Chemaly C, Doughan S, Abou-Kheir W. Colorectal cancer: Recent advances in management and treatment. World J Clin Oncol. 2024 Sep 24;15(9):1136-1156. doi: 10.5306/wjco.v15.i9.1136.

Guittet L, Quipourt V, Aparicio T, Carola E, Seitz JF, Paillaud E, Lievre A, Boulahssass R, Vitellius C, Bengrine L, Canoui-Poitrine F, Manfredi S. Should we screen for colorectal cancer in people aged 75 and over? A systematic review - collaborative work of the French geriatric oncology society (SOFOG) and the French federation of digestive oncology (FFCD). BMC Cancer. 2023 Jan 5;23(1):17. doi: 10.1186/s12885-022-10418-5.

Harlass M, Dalmat RR, Chubak J, van den Puttelaar R, Udaltsova N, Corley DA, Jensen CD, Collier N, Ozik J, Lansdorp-Vogelaar I, Meester RGS. Optimal Stopping Ages for Colorectal Cancer Screening. JAMA Netw Open. 2024 Dec 2;7(12):e2451715. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2024.51715.

Chauca Strand G, Strömberg U, Forsberg A, Bonander C. Impact of organised colorectal cancer screening on age-specific population incidences: evidence from a quasi-experimental study in Sweden. Eur J Epidemiol. 2024 Jan;39(1):87-96. doi: 10.1007/s10654-023-01073-6. Epub 2024 Jan 4. Erratum in: Eur J Epidemiol. 2024 Jun;39(6):697-699. doi: 10.1007/s10654-024-01115-7.

Lim DM, Lee H, Eom K, Kim YH, Kim S. Bioinformatic analysis of the obesity paradox and possible associated factors in colorectal cancer using TCGA cohorts. J Cancer. 2023 Jan 22;14(3):322-335. doi: 10.7150/jca.80977.

Ma W, Wang K, Nguyen LH, Joshi A, Cao Y, Nishihara R, Wu K, Ogino S, Giovannucci EL, Song M, Chan AT. Association of Screening Lower Endoscopy With Colorectal Cancer Incidence

and Mortality in Adults Older Than 75 Years. JAMA Oncol. 2021 Jul 1;7(7):985-992. doi: 10.1001/jamaoncol.2021.1364.

Marcellinaro R, Spoletini D, Grieco M, Avella P, Cappuccio M, Troiano R, Lisi G, Garbarino GM, Carlini M. Colorectal Cancer: Current Updates and Future Perspectives. J Clin Med. 2023 Dec 21;13(1):40. doi: 10.3390/jcm13010040.

Matsuda T, Fujimoto A, Igarashi Y. Colorectal Cancer: Epidemiology, Risk Factors, and Public Health Strategies. Digestion. 2025;106(2):91-99. doi: 10.1159/000543921.

Roshandel G, Ghasemi-Kebria F, Malekzadeh R. Colorectal Cancer: Epidemiology, Risk Factors, and Prevention. Cancers (Basel). 2024 Apr 17;16(8):1530. doi: 10.3390/cancers16081530.

Sepucha KR, Chang Y, Valentine KD, Atlas SJ, Han PKJ, Leavitt LJ, Mancini B, Richter JM, Siegel LC, Fairfield KM, Simmons LH. Shared Decision-Making in Colorectal Cancer Screening for Older Adults: A Secondary Analysis of a Cluster Randomized Clinical Trial. JAMA Netw Open. 2024 Aug 1;7(8):e2429645. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2024.29645.

Xu P, Tao Z, Yang H, Zhang C. Obesity and early-onset colorectal cancer risk: emerging clinical evidence and biological mechanisms. Front Oncol. 2024 May 2;14:1366544. doi: 10.3389/fonc.2024.1366544.

*Tento príspevok vznikol s grantovou podporou 010PU-4/2024: Implementácia nových zobrazovacích a simulačných technológií vo vzdelávaní v študijných programoch urgentná zdravotná starostlivosť a rádiologická technika, zameraných na potreby klinickej praxe.*

RNDr. Ivana Večurkovská, PhD.
Katedra medicínsko-technických odborov, Fakulta zdravotníckych odborov,
Prešovská univerzita v Prešove, Partizánska 1, 080 01 Prešov
mail: ivana.vecurkovska@unipo.sk

# III. VEDECKÉ PRÍSPEVKY: KONFERENČNÉ

# UPLATŇOVANIE TERAPEUTICKEJ KOMUNIKÁCIE- SÚČASŤ OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI O PALIATÍVNEHO PACIENTA.

# APPLICATION OF THERAPEUTIC COMMUNICATION - PART OF NURSING CARE FOR PALLIATIVE PATIENTS.

**Doc. PhDr. Tatiana Hrindová, PhD.**
**Úrad Prešovského samosprávneho kraja**
**Inštitút sociálnych vied a zdravotníctva bl.P.P.Gojdiča Prešov**

**Abstrakt:**
Pre paliatívnu starostlivosť je charakteristické, že akceptuje realitu blížiacej sa smrti, umieranie prijíma ako prirodzený proces, naďalej však zdôrazňuje rešpektovanie pacienta a jeho podpory k zmysluplnému využitiu života, ktorý mu ostáva. Pre zabezpečovanie optimálnej úrovne individuálnej starostlivosti o pacienta v paliatívnej starostlivosti sa od sestier vyžaduje uplatňovanie efektívnej podpornej terapeutickej komunikácie. Cieľom nášho príspevku je prostredníctvom komparácie výstupov autorov predstaviť terapeutickú komunikáciu, jej zložky a možnosti uplatnenie v paliatívnej starostlivosti. Uplatňovanie zložiek terapeutickej komunikácie pri interakcii sestry s pacientom má potenciál na zlepšenie vnímania účinkov aj iných liečebných postupov, ktoré sú u pacienta realizované.
**Kľúčové slová:** Paliatívna starostlivosť. Terapeutická komunikácia. Pacient. Ošetrovateľstvo.

**Abstract:**
Palliative care is characterized by accepting the reality of approaching death, accepting dying as a natural process, but still emphasizing respect for the patient and their support for the meaningful use of the life they have left. To ensure the optimal level of individual care for the patient in palliative care, nurses are required to apply effective supportive therapeutic communication. The aim of our contribution is to present therapeutic communication, its components and the possibilities of application in palliative care by comparing the authors' outputs. In the contribution, we present recommended techniques for application in communication with the patient in palliative care. The application of the components of therapeutic communication in the interaction

of the nurse with the patient has the potential to improve the perception of the effects of other treatments that are implemented in the patient.
**Keywords:** Palliative care. Therapeutic communication. Patient. Nursing.

## Úvod

Názor na využívanie terapeutickej komunikácie sa v rámci ošetrovateľstva postupne vyvíjal, pričom prešiel od využívania jednoduchých princípov komunikácie pri kontakte s pacientom, až po komplexný, holistický prístup, ktorý zohľadňuje emocionálne potreby pacienta, kultúrne pozadie a individuálne preferencie. Dnes pri uplatňovaní princípov terapeutickej komunikácie medzi sestrou a pacientom už nejde len o nástroj na sprostredkovanie informácií, ale ide o prostriedok na vytváranie dôvery, empatie a podporného prostredia, ktoré napomáha uzdraveniu (Abraham et al., 2024). Uspokojovanie spirituálnych potrieb, zvlášť u pacientov v terminálnom štádiu ochorenia, pomáha k redukcii úzkosti a je dôležitým zdrojom sily pri vyrovnávaní sa s ťažkými životnými situáciami (Kopáčiková, 2015). Aby sestry mohli adekvátne komunikovať s pacientmi v paliatívnej starostlivosti je potrebné vzdelávanie v tejto oblasti. Sestry musia poznať základné komunikačné zručnosti, zhodnotiť vlastný spôsob komunikácie, zlepšiť verbálny a neverbálny prejav. V neposlednom rade by sa mali venovať sebapoznaniu, aby dokázali adekvátne komunikovať s pacientom s ohľadom na jeho vek, typ osobnosti a zdravotný stav. Potreba vyrovnávania sa pacienta so situáciou prítomnosti nevyliečiteľného ochorenia a blížiacej sa smrti vyžaduje od sestier vyrovnanosť v emocionálnej oblasti. Zvyšovanie kompetencie v komunikačných technikách umožňuje sestre uplatňovať prístup k pacientovi s cieľom pomôcť mu lepšie pochopiť svoju diagnózu, zmierniť obavy a podporiť ho pri rozhodovaní o liečbe. Zároveň sa zameriava na zmiernenie psychického napätia vo forme depresie, stresu či úzkosti. Z tohto pohľadu vnímame terapeutickú komunikáciu ako účinný nástroj podpory, porozumenia a sprevádzania pacienta v náročných životných situáciách, pričom jej kvalita má priamy vplyv na celkový priebeh starostlivosti o paliatívneho pacienta a jeho spokojnosť.

## Jadro

Uplatňovanie terapeutickej komunikácie pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti nie je prirodzenú schopnosť, ale vedome rozvíjaná zručnosť sestry, ktorej by sa mala venovať primeraná pozornosť už počas vzdelávania sestier. Koncept terapeutickej komunikácie má teoretický základ a zároveň predstavuje praktický prístup k riešeniu zdravotných problémov a sťažností pacientov. (Xue, 2021). Terapeutická komunikácia zahŕňa priame stretnutie s pacientom a zameriava sa na

podporu jeho fyzického i psychického stavu. Používajú sa pritom rôzne verbálne a aj neverbálne formy komunikácie, pričom v mnohých situáciách je silným komunikačným gestom aj jednoduché držanie ruky pacienta. (Amoah et al., 2019). Dotyk signalizujeme pacientovi postoj a blízkosť sestry. Bez tohto vnútorného postoja a naviazania vhodného kontaktu nie je možné vybudovať priestor pre dobrú komunikáciu. V paliatívnej starostlivosti nie je pacient len objektom klinického záujmu, či psychosomatickým súborom prejavov ochorenia. Kurucová a kol.(2017) uvádza, že sestry poskytujúce paliatívnu starostlivosť vnímajú svoje schopnosti komunikovať s pacientom pri zhoršovaní zdravotného stavu, pri pacientoch „blížiacich sa k smrti“, ako nedostatočné. Sestry uvádzali obavy , že pri rozhovoroch nebudú schopné zvládnuť vlastné emócie, čo je často dôvodom, prečo sa takýmto rozhovorom s pacientom vyhýbali. Pre efektívne uplatňovanie terapeutickej komunikácie je významným atribútom uplatňovanie techník ako je aktívne počúvanie, kladenie otvorených otázok či poskytovanie spätnej väzby. Pre zvyšovanie kompetencie sestry v oblasti efektívnej komunikácie v paliatívnej starostlivosti je nevyhnutné nie len osvojenie si komunikačných zručností sestrami, ale aj dostatočná úroveň vedomostí o špecifikách paliatívnej starostlivosti a posilňovanie sestier v komunikácii s paliatívnym pacientom. Ak chce sestra v kontakte s pacientom uplatniť terapeutickú komunikáciu, musí s pacientom nadviazať terapeutický vzťah, čo však opätovne nie je možné bez využitia terapeutickej komunikácie. Ide teda o dva na sebe závislé javy, nie však totožné. Cieľom je vytvárať dôverný vzťah založený na empatii, vďaka ktorému sestra lepšie porozumie individuálnym potrebám a prežívaniu pacienta.

Ako uvádza Malíková (2020) terapeutické, podporné rozhovory sa medzi sestrou a pacientom odohrávajú aj počas výkonu bežných denných aktivít a ich účinnosť nezávisí len od prostredia alebo vopred dohodnutého času. Táto skutočnosť ešte viac zintenzívňuje potrebu pripravenosti sestry zvoliť a uplatňovať vhodné komunikačné techniky a nástroje pri interakcii s pacientom a taktiež využívať svoju emocionálnu inteligenciu. Pacienti v paliatívnej starostlivosti, v súvislosti s očakávaním predčasnej smrti majú nárok na prežívanie úzkosti, obáv a beznádeje. Pre túto charakteristiku prežívania pacienta s nevyliečiteľným ochorením je nevyhnutné zdôrazňovať význam používania terapeutickej komunikácie, ako podporného terapeutického prístupu sestry v paliatívnej starostlivosti. Podpora psychickej pohody pacienta, znižuje prežívanie jeho strachu, stresu a úzkosti. Získanie dôvery a spolupráce pacienta patria medzi základné ciele terapeutickej komunikácie. Poskytovanie emocionálnej podpory sestrou aktivizuje pacienta pri liečbe a realizácii ošetrovateľských intervencií. Sestra pri interakcii s pacientom by mala používať jasné, jednoduché a objektívne otázky. V čase prežívania vážneho ochorenia si pacienti potrebujú zodpovedať na dôležité otázky o zmysle svojho života. Potrebujú pochopiť, že život, ktorého sa

dožili, má svoj veľký zmysel, že potrebujú odpustiť a že im je odpustené. Tieto situácie vyžadujú od sestry, ktorá poskytuje ošetrovateľskú starostlivosť v paliatívnej starostlivosti, aby bola osobnostne zrelá a disponovala povahovými črtami ako je trpezlivosť a schopnosť sebaovládania. Aby sestra naplnila ciele terapeutickej komunikácii nestačí len, aby teoreticky poznala vybrané techniky tejto formy komunikácie, ale mala by vyjadrovať úprimne, konať čestne a prispôsobovať starostlivosť potrebám konkrétneho pacienta.

Podľa Balogovej et al. (2021) má terapeutická komunikácia päť základných funkcií : informovať, inštruovať, presvedčiť, vyjednať a dohovoriť sa, pobaviť. Aby však terapeutická komunikácia dokázala naplniť vyššie uvedené funkcie, musí byť podľa Fite et al. (2021) založená na dôvere, rešpekte, viere, nádeji a napĺňaní emocionálnych, fyzických a duchovných potrieb pacienta. Orientácia pacienta na oblasť duchovných potrieb veľmi ovplyvňuje jeho citovú, mentálnu, ale aj somatickú odpoveď na ochorenie, proces umierania a smrť. Výskumy v paliatívnej starostlivosti potvrdzujú vplyv náboženských a duchovných presvedčení jedinca na jeho morálne presvedčenia, spôsob života, interakcie s druhými, životné voľby a schopnosť presiahnuť utrpenie a vyrovnať sa so životnými výzvami (Kurucová et.all., 2017). Podľa Trešlovej (2017) pri terapeutickej komunikácii ide o zdieľanie empatie, nádeje, pocitov, ale aj pozorovaných informácií s pacientom, ako je napríklad vyjadrenie „Vyzeráte unavene“ a pod. Informácie, ktoré sú pacientovi poskytované, musia byť podávané spolu s vysvetleniami a objasňovaním. Uplatnenie aktívneho počúvania a podpora pacienta je základnou charakteristikou pre terapeutickú komunikáciu. Gulasová (2023) uvádza, že aktívne počúvanie je najzákladnejšou komunikačnou zručnosťou, ktorú má sestra pri komunikácii s pacientom uplatňovať a má dôležitý význam pre praktické používanie ďalších zručností. Aktívne počúvanie môžeme definovať ako snahu porozumieť pacientovi a jeho ťažkostiam, prostredníctvom povzbudzovania pacienta v jeho odpovediach, uplatňovaním preformulovania výrokov pacienta inými slovami, overením skutočného porozumenia pacienta a krátkou sumarizáciou pacientových ťažkostí na záver. Poskytovanie informácií pacientovi má byť realizované tvárou v tvár. Sestra má byť schopná začať, podporiť a udržať komunikáciu. Na podporu pacienta ku komunikácii môže sestra uplatňovať techniku kladenia otázok, ktoré podporujú samo vyjadrenie pacienta. Pri podpore komunikácie pacienta môže sestra použiť navodzujúce slová, ktoré podnecujú pacienta, aby pokračoval v rozprávaní. Strategickou komunikačnou technikou je aj mlčanie. Umožňuje pacientovi a sestre usporiadať si myšlienky, posúdiť reakciu pacienta a uvažovať o tom čo bolo povedané. Osobný kontakt medzi sestrou a pacientom umožňuje overenie súhlasu medzi verbálnou komunikáciou pacienta a jeho neverbálnym prejavom. Pacienti majú byť sestrou aktívne podporovaní k prezentovaniu obáv a pocitov v súvislosti diagnostikou život limitujúceho ochorenia. Je dôležité uvedomiť si, že

informácie majú byť pacientovi poskytované postupne, opakovane a citlivo, s využitím psychologického prístupu. Prostredníctvom aktívneho počúvania, sestra vytvára priestor na prejavenie porozumenia a vyjadrenie záujmu o prežívanie pacienta. Vhodnou technikou pre podporu komunikácie pacienta je aj parafrázovanie, kladenie otvorených otázok a sumarizovanie získaných informácií. Dôležitá je aj pomoc pri hľadaní vlastného riešenia problémov napríklad porovnaním rôznych možností riešenia, ktoré pacient má, či stimulovaním pacienta pre vybranie riešenia. Sestra pri komunikácii s pacientom má rešpektovať zmeny v jeho prežívaní. Pacienta je dôležité podporovať k sebaúcte a akceptovať prípadné neporozumenie situácie. Prejavom pochopenia a porozumenia sestra uisťuje pacienta, že ho chápe, pozná jeho názory, myšlienky, city. Porozumenie a podporu môže sestra vyjadriť spätnou väzbou a reflexiou, kedy si sestra overuje, či informácie získane od pacienta správne pochopila. Pacientovi pomáha uvedomovať si informácie, ktoré poskytol sestre. Ak sestre nie je jasný význam pacientovej výpovede môže použiť techniku klarifikácie , čiže objasnenia odpovede pacienta prostredníctvom doplňujúcich otázok. Prejavením záujmu o pacienta sestra vyjadruje jej osobný vzťah k pacientovi. Toto prejavenie záujmu pacientovi môže sestra vyjadriť verbálne, ale aj neverbálne pohľadom, prikyvovaním, naklonením sa k pacientovi (Botíková, 2011).

Suchanová, Dimunová (2020) uvádzajú klasifikáciu terapeutickej komunikácie založenú na využití vyjadrovacieho prostriedku, pričom rozlišujú lingvistickú, paralingvistickú a extralingvistickú rovinu.

*Lingvistická rovina* predstavuje výmenu slovných informácií spôsobom, ktorý je zrozumiteľný prijímateľovi a signalizuje profesionálny prístup a úctu. Pri uplatnení týchto podmienok sa dosiahne efektívna verbálna komunikácia. Pre zrozumiteľnosť verbálnej komunikácie by sa sestry mali vyhnúť používaniu zbytočne odborného alebo slangového jazyka, ktorý môže viesť k neúmyselným komunikačným bariéram. Spôsob poskytnutia informácie by mal reflektovať vývinový stupeň pacienta a jeho kognitívne možnosti. Aby sa sestra uistila, že pacient správu naozaj pochopil, je dôležité následné overenie porozumenia vyžiadaním spätnej väzby od pacienta. Ak by pacient prejavoval silné negatívne emócie, napr. hnev, bezmocnosť, beznádej, vyžaduje sa od sestry , aby tieto pocity reflektovala uznaním a umožnila pacientovi vyjadrenie týchto emócií, ako aj rešpektovanie týchto pocitov prostredníctvom používania ďalších otvorených otázok Sestry pri komunikácii s pacientom sa nemajú vyjadrovať k pacientom neúctivo, nemajú ho slovne napádať, na komunikáciu by mal byť dostatočný a proporčne rozdelený čas. Aj keď hovorené slová nesú hlavný obsah, ich význam môže byť skreslený spôsobom, akým sú prezentované. Úlohu tak zohráva napríklad držanie tela, pohľad alebo použitý tón, či hlasitosť verbálneho prejavu sestry. (Younis et al., 2015).

*Paralingvistická rovina* komunikácie predstavuje doplnok lingvistickej roviny. Boukalová et al. (2023) uvádza, že táto oblasť komunikácie zahŕňa zvukové prejavy sprevádzajúce reč, no nejde priamo o slová samotné. Ide o rôznorodé prejavy, ktoré môžu mať rôzne funkcie a sprostredkovať široké spektrum významov. Do paraligvistickej roviny patrí hlasitosť reči, výška jej tónu, rýchlosť, prestávky, množstvo a plynulosť reči, ako aj intonácia, frázovanie alebo správna výslovnosť. Paralingvistické prejavy dopĺňajú verbálny obsah a môžu ho urobiť prehľadnejším a zrozumiteľnejším. Niekedy sú v súlade s obsahom reči, inokedy môžu pôsobiť protikladne, napríklad keď niekto verbálne pôsobí sebaisto, ale jeho neistá intonácia a váhavé tempo reči sú ustráchané. V niektorých prípadoch môže paralingvistická rovina nahradiť celú verbálnu výpoveď, ako napríklad povzdychnutie v prípade niektorých otázok. Paralingvistické prejavy môžu mať na prijímateľa väčší komunikačný dopad než samotný verbálny obsah. Ako uvádza Zeleníková (2019), paralingvistická rovina môže takto nevedome odhaliť informácie, ktoré si hovoriaci neželá explicitne vyjadriť, prípadne také, ktoré by bolo náročné alebo zložité vyjadriť výlučne pomocou slov. Táto rovina komunikácie predstavuje dôležitý nástroj neverbálneho vyjadrenia vnútorných stavov a významov, ktoré presahujú rámec čisto verbálneho vyjadrovania.

*Extralingvistická rovina*, častejšie nazývaná ako neverbálna, je definovaná ako súbor komunikačných prejavov, ktoré neobsahujú verbálny obsah, teda správy, ktoré sa odovzdávajú bez použitia slov. Môže dopĺňať alebo korigovať verbálne prejavy rovnako ako paralingvistická rovina, najmä v prípadoch, keď medzi slovami a správaním existuje konflikt. Neverbálne signály sú takýchto situáciách vnímané ako spoľahlivejšie. Vzhľadom na uvedené je preto dôležité, aby medzi verbálnou a neverbálnou komunikáciou sestry bol súlad. Najmä pacienti, ktorí prežívajú úzkosť alebo neistotu, venujú mimoriadnu pozornosť neverbálnemu správaniu sestier a zdravotníckeho personálu. Podľa Keutchafo et al. (2020) bol už v minulosti zaznamenaný významný vzťah medzi vnímanou empatiou zo strany pacientov a očným kontaktom či sociálnym dotykom od zdravotníkov. Dotyky a gestá boli opísané ako prostriedky zjednodušujúce komunikáciu. Pozitívne mimické prejavy sestier signalizujú blízkosť, úctu a náklonnosť, najmä voči starším pacientom. Rovnako aj tón hlasu významne prispieva k úspešnosti interakcií najmä so staršími pacientmi. Aj jednoduché neverbálne gesto, ako je úsmev alebo podanie ruky pri príchode na oddelenie, má významný vplyv na to, či sa pacient cíti vítaný a prijatý. (Timmermann et al., 2016). Medzi dôležité neverbálne prejavy, ktoré ovplyvňujú otvorenosť pacienta pri poskytovaní informácií, patria očný kontakt, držanie tela, tón hlasu, prikyvovanie, gestikulácia a spôsob sedenia. Aby sa medzi sestrou a pacientom vytvoril pozitívny medziľudský vzťah musia zdravotníci rozumieť nielen neverbálnym prejavom pacientov, ale aj tomu, že ich vlastné verbálne a neverbálne správanie je neustále vnímané a interpretované pacientom. Vhodne zvolené

neverbálne prejavy môžu pacienta povzbudiť a poskytnúť oporu. Pacienti v paliatívnej starostlivosti sa môžu často cítiť ako existenčne ohrozený a viac zraniteľní pre reálnu existenciu nevyliečiteľného a život ohrozujúceho ochorenia.

**Záver**

Pre efektívne usmerňovanie vedenia terapeutickej komunikácie je pre sestru dôležité pozorovanie a hodnotenie neverbálnych prejavov pacienta, ktoré pomáhajú sestre pochopiť, porozumieť a vcítiť sa do prežívania pacienta. Všetky reakcie, ktoré sestra pri interakcii s pacientom využíva sú súčasťou terapeutickej komunikácie. Sestra má podporovať pacienta k vyjadrovania prežívania vlastných pocitov. Pacient má cítiť, že vzťah medzi ním a sestrou je založený na dôvere, akceptácii jeho pocitov a názorov, ako aj rešpekte k jeho prežívaniu a očakávaniam. Sestra aj pacient vnášajú do komunikácie svoje postoje, pocity, spomienky, skúsenosti, silné a slabé stránky. Efektívna terapeutická komunikácia pozostáva z prejavenia empatie a rešpektu k pacientovi a taktiež prejavu autentickosti zo strany sestry. Empatická sestra nepodlieha emóciám, ale chápe prirodzenosť pacientových pocitov a svoje poznanie a pochopenie využíva na pomoc pacientovi. Empatické pochopenie sa často objaví pri neverbálnej komunikácii. Sestra si ma všímať nielen to, čo pacient hovorí, ale aj jeho mimo slovné prejavy, napr. pohľad, výraz tváre, pohyby tela, gestikuláciu. Niekedy tieto neverbálne prejavy poskytnú viac informácií ako verbálne vyjadrenie pacienta.

Ošetrovanie pacientov v paliatívnej starostlivosti bez emocionálneho náboja je takmer nemožné. Uplatnenie empatických schopnosti pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti nevyliečiteľne chorým pomáha sestrám vcítiť sa do prežívania pacienta a byť im oporou. Prejavom rešpektovania pacienta sestrou je akceptácia jeho názorov, postojov, ale aj uznanie práva byť odlišný a mať svoje názory. Sestry by sa mali vyhýbať príliš kritickým úsudkom vzhľadom k názorom a správaniu pacienta. Sestra nemá vnucovať pacientovi svoj názor, ma mu ponechať možnosť prejaviť svoj názor a tým rešpektovať jeho jedinečnosť. Čím viac sestra umožní prejaviť pacientovi svoj názor, aj keď s ním nesúhlasí, tým viac upevňuje pozíciu pacienta, jeho aktivitu a nezávislosť. Pacienti citlivo vnímajú každý postoj, prejav, gesto sestry, ktorý sprevádza jej verbálny prejav. Autentická sestra dáva najavo svoj úprimný záujem o pacienta. Bez autentickosti môže byť prístup sestry vnímaný ako neosobný, umelý, trápny. Sestra si má uvedomovať svoje momentálne pocity pri interakcii s pacientom a pristupovať k pacientovi tak, aby bol jej terapeutický vplyv na pacienta čo najväčší. Ak je rozpor medzi tým, čo sestra hovorí, a čo následne robí, pôsobí to na pacienta zmätene a zneisťujúco. Uplatňovanie odporúčaných komunikačných technik v ošetrovateľskej praxi vyžaduje od sestry neustálu snahu o monitorovanie vlastných reakcií a prejavov, ako aj

ochotu k sebazdokonaľovaniu. Získavaním istoty vo využívaní komunikačných techník sestra získava zdravé sebavedomie, istotu v osobnej aj pracovnej komunikácii. Sestry poskytujúce paliatívnu starostlivosť majú zvyšovať svoju kompetenciu nie len v používaní komunikačných stratégií, ale majú pracovať aj v oblasti sebapoznania. Aby dokázali sestry efektívne zvládnuť komunikáciu s paliatívnym pacientom mali by skúmať vlastné postoje k smrti a umieraniu, mali by mať podporu pri vyrovnávaní sa s osobne prežívaným zármutkom a mali by aktívne využívať supervíziu, ako nástroj kontinuálneho profesionálneho rozvoja.

**Zoznam bibliografických odkazov:**

ABRAHAM, S. A., NSATIMBA, F., AGYARE, D. F. et al. 2024. Barriers and outcomes of therapeutic communication between nurses and patients in Africa: a scoping review. In BMC nursing, ISSN 1472-6955, 2024, vol. 23, no. 1.

AMOAH, V. M. K., ANOKYE, R., BOAKYE, D. S. et al. 2019. A qualitative assessment of perceived barriers to effective therapeutic communication among nurses and patients. [online]. [cit. 2025-05-10]. Dostupné na: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s12912-019-0328-0.pdf>.

BALOGOVÁ, B. a kol. 2021. Komunikácia v ošetrovateľstve. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-485-6.

BOUKALOVÁ, H., CERHA M., SEDLÁČEK, M., ŠÍROVÁ, E. 2023. Psychologie komunikace. Praha: Grada, 19-48 s. ISBN 978-80-247-4971-6.

BOTÍKOVÁ,A. 2011. Manuál pre mentorky v ošetrovateľstve. Trnava: Typi Universitatis Tyrnaviensis, 2011. 278 s. ISBN 978-80-808-2501-0.

FITE, R. O., ASSEFA, M., DEMISSIE, A., & Belachew, T. (2019). Predictors of therapeutic communication between nurses and hospitalized patients. In Heliyon, [online]. vol. 5, no. 10. [cit.2025-05-10]. Dostupné na: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6838810/

GULAŠOVÁ , I., HARMANOVÁ,V. 2023. Interakčné komunikačné modely vo vzťahu lekár – pacient. In: Lekársky Obzor, 72, 2023, č. 9, s. 420 – 425, ISSN 0457-4214 https://www.lekarskyobzor.sk/lekarsky-obzor-2023/332-lekarsky-obzor-9-2023

KOPAČIKOVÁ M. et al. 2015. Posudzovanie symptómov a spirituálnych potrieb pacientov v paliatívnej starostlivosti. 1.vyd. Bratislava: SAP 2015.116s. ISBN 978-80-89607-40-2

KEUTCHAFO, E., KERR, J., JARVIS, M. 2020. Evidence of nonverbal communication between nurses and older adults: a scoping review. In BMC nursing, ISSN 1472-6955, 2020, vol. 19, p. 1-13.

KURUCOVÁ,R., ŽIAKOVÁ,K., NEMCOVÁ,J. 2017. Vybrané kapitoly z paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti. 2.vyd. Martin: Osveta. 2017.309s. ISBN 978-80-8063-457-5

MALÍKOVÁ, E. 2020. Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb. Praha: Grada, 304 s. ISBN 978-80-2711-638-6.

SUCHANOVÁ, R., DIMUNOVÁ, L. Komunikácia v zdravotníckej praxi [online]. 1. vyd. Košice: ŠafárikPress, 2020. ISBN 978-80-8152-958-0. [cit. 2025-05-10]. Dostupné na: <https://unibook.upjs.sk/img/cms/2020/if/komunikacia-v-zdravotnickej-praxi.pdf>.

TRESLOVÁ, M. 2017. Terapeutická komunikace v kontextu ošetřovatelství. [Habilitační práce]. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, [online]. 187 s. [cit. 2025-05-10]. Dostupné na: <https://dspace.jcu.cz/bitstream/handle/20.500.14390/371/HP_Treslova.pdf?sequence=1>.

TIMMERMANN, C., UHRENFELDT, L., BIRKELUND, R. 2016. Ethics in the communicative encounter: seriously ill patients' experiences of health professionals' nonverbal communication. In Scandinavian Journal of Caring Sciences, ISSN 0283-9318, 2016, vol. 31, no. 1, p. 63–71.

XUE, W. 2021. Therapeutic communication within the nurse–patient relationship: A concept analysis. In International journal of nursing practice, ISSN 1322-7114, 2021, vol. 27, no. 6.

YOUNIS, J., MABROUK, S., KAMAL, F. 2015. Effect of the planned therapeutic communication program on therapeutic communication skills of pediatric nurses. In Journal of Nursing Education and Practice, ISSN 1925-4040, 2015, vol. 5, no. 8, p. 109-120.

ZELENÍKOVÁ, R. 2019. Komunikace v ošetřovatelství. In PLEVOVÁ, I. et al. (eds.). Ošetřovatelství II. Praha: Grada, 2019. 10-69 s. ISBN 9778-80-2271-2153-3.

Doc. PhDr. Tatiana Hrindová, PhD.
Úrad PSK
Inštitút sociálnych vied a zdravotníctva bl.P.P.Gojdiča Prešov
hrindova.tatiana@gmail.com

# EMOCIONÁLNE ASPEKTY U SESTIER V PALIATÍVNEJ STAROSTLIVOSTI
# THE EMOTIONAL ASPECTS OF NURSES IN PALLIATIVE CARE

**[1] Hudáková Anna, [1] Magurová Dagmar**

**[1] Prešovská univerzita v Prešove. Fakulta zdravotníckych odborov. Katedra ošetrovateľstva.**

**[1] University of Prešov in Presov. Faculty of Health Care. Department of Nursing.**

**Abstrakt**

**Úvod.** V práci sme chceli analyzovať výskyt a možnosti zvládania emocionálnych aspektov u sestier poskytujúcich paliatívnu starostlivosť. Predpokladali sme, že existuje štatisticky významná závislosť medzi vzdelaním sestier a mierou vyhorenia v oblasti emocionálneho vyčerpania. Rovnako sme predpokladali sme, že existuje štatisticky významná závislosť medzi počtom rokov odbornej praxe v zdravotníctve celkovo a mierou vyhorenia v oblasti emocionálneho vyčerpania.

**Metódy a súbor.** Štúdiu sme realizovali prostredníctvom dotazníka: Maslach Burnout Inventory u sestier, ktoré poskytovali hospicovú a paliatívnu starostlivosť. Distribuovaných bolo 131 dotazníkov: vo Fakultnej nemocnici s poliklinikou v Nových Zámkoch: na onkologickom oddelení a v Hospici matky Terezy v Bardejove.

**Výsledky.** Priemerný vek celej vzorky bol M = 40, 74 (SD ± 11,56). Z celkového počtu sestier získalo I. stupeň vysokoškolského štúdia n=81 (61,83%) sestier. Priemerný počet dosiahnutých rokov odbornej praxe na aktuálnom pracovisku bol v rozpätí: 6-7 rokov (M = 6,82; SD ± 3,07).

**Diskusia a závery.** Vzťah medzi vzdelaním a oblasťou emocionálneho vyčerpania sa potvrdil (p=0,000). Spearmanové korelácie potvrdili pozitívny vzťah medzi dĺžkou odbornej praxe v zdravotníckom zariadení a emocionálnym vyčerpaním (p=0,000). Štúdia Riza–Baeza et al. (2017) sledovali dopady emocionálneho vyčerpania u 185 sestier v Mexiku, v inštitucionálnych zariadeniach, kde poskytovali paliatívnu starostlivosť. Autori zistili, že 37,3% sestier z celkového počtu trpí vysokým stupňom vyhorenia v oblasti emocionálneho vyčerpania, 35,1% sestier trpí vysokým stupňom vyhorenia v oblasti depersonalizácie a 37,8% sestier trpí vysokým stupňom vyhorenia v oblasti osobného uspokojenia.

**Kľúčové slová:** *paliatívna starostlivosť, dĺžka praxe, emocionálne aspekty, sestry.*

**Abstract**

**Introduction.** In this study, we wanted to analyze the occurrence and possibilities of coping with emotional aspects in nurses providing palliative care. We assumed that there is a statistically significant correlation between nurses' education and the degree of burnout in the area of emotional exhaustion. We also assumed that there is a statistically significant correlation between the number of years of professional experience in healthcare overall and the degree of burnout in the area of emotional exhaustion.

**Methods and sample.** The study was conducted using the Maslach Burnout Inventory questionnaire among nurses providing hospice and palliative care. A total of 131 questionnaires were distributed at the Faculty Hospital with Polyclinic in Nové Zámky, in the oncology department, and at the Mother Teresa Hospice in Bardejov.

**Results.** The average age of the entire sample was M = 40.74 (SD ± 11.56). Of the total number of nurses, n=81 (61.83%) had completed the first level of university education. The average number of years of professional experience at their current workplace ranged from 6 to 7 years (M = 6.82; SD ± 3.07).

**Discussion and Conclusions.** The relationship between education and emotional exhaustion was confirmed (p=0.000). Spearman's correlations confirmed a positive relationship between the length of professional practice in a healthcare facility and emotional exhaustion (p=0.000). The study by Riza–Baeza et al. (2017) monitored the effects of emotional exhaustion in 185 nurses in Mexico working in institutional facilities providing palliative care. The authors found that 37.3% of nurses suffered from a high degree of burnout in the area of emotional exhaustion, 35.1% suffered from a high degree of burnout in the area of depersonalization, and 37.8% suffered from a high degree of burnout in the area of personal satisfaction

**Key words:** *palliative care, length of practice, emotional aspects, nurses*.

## Úvod

Vznik paliatívnej medicíny súvisel so vznikom hospicového hnutia v druhej polovici 20. storočia ako odpoveď na závažné problémy nevyliečiteľne chorých a zomierajúcich. Prvé oddelenie paliatívnej starostlivosti vzniklo v roku 1973 vo Fakultnej nemocnici v Montreali, Kanade. Toto oddelenie založil kanadský lekár Balfour Mount, ktorý ako prvý použil termín paliatívna starostlivosť. V roku 1987 bola vo Veľkej Británii prijatá koncepcia paliatívnej medicíny ako lekárskej špecializácie na úrovni ostatných špecializácií. Paliatívna medicína je definovaná v

Koncepcii zdravotnej starostlivosti v odbore paliatívna medicína vrátane hospicovej starostlivosti na Slovensku ako špecializačný odbor, ktorý sa zaoberá diagnostikou a liečbou pacientov s chronickou nevyliečiteľnou, pokročilou a aktívne progredujúcou chorobou s časovo obmedzeným prežívaním. Cieľom paliatívnej medicíny je udržanie najvyššej možnej kvality života pacienta až do jeho smrti (Koncepcia zdravotnej starostlivosti, 2006). V roku 1988 bola založená Európska asociácia paliatívnej starostlivosti (European Association for Palliative Care) v Miláne z iniciatívy profesora Vittoria Ventafriddu a Florianiho nadácie (Križanová et al., 2019). Európska asociácia paliatívnej starostlivosti výrazne prispela k pochopeniu nevyhnutnosti existencie paliatívnej starostlivosti v rámci zdravotnej starostlivosti. V roku 1998 bola publikovaná Poznanská deklarácia o paliatívnej starostlivosti vo východnej Európe. Dôležitým dokumentom týkajúcim sa problematiky hospicov a paliatívnej starostlivosti je Odporúčanie Rady ministrov Rady Európy pre členské štáty o organizácii paliatívnej starostlivosti z novembra 2003. Uvedené odporúčanie definuje zameranie paliatívnej starostlivosti na špecifické ochorenie, ktoré zahrňuje obdobie od diagnózy pokročilého ochorenia až po koniec trúchlenia pozostalých, čo môže byť roky, týždne a zriedkavejšie len dni. Nie je synonymom terminálnej starostlivosti, ale ju zahrňuje (Koncepcia zdravotnej starostlivosti, 2006).

Svetová zdravotnícka organizácia definuje paliatívnu starostlivosť ako prístup zlepšujúci kvalitu života pacientov a ich rodín, ktorý čelia problémom spojeným so život ohrozujúcim ochorením, prostredníctvom predchádzania a zmierňovania utrpenia, pomocou včasného zistenia, vyhodnotenia a riešenia bolesti a ďalších fyzických, psychosociálnych a duchovných problémov (Tomeš et al., 2015). Výbor ministrov Rady Európy stanovil medzinárodne uznávanú definíciu paliatívnej starostlivosti ako aktívnu, na kvalitu života orientovanú starostlivosť poskytovanú chorým, ktorí trpia nevyliečiteľnou chorobou v pokročilom alebo terminálnom štádiu. Jej cieľom nie je primárne vyliečiť pacienta, alebo predĺžiť jeho život, ale prevencia a zmiernenie bolesti ďalších telesných i duševných problémov, zachovanie dôstojnosti chorého a podpora jeho blízkych. Podľa autorky je paliatívna starostlivosť prínosom pre všetkých chorých, ktorých choroba ohrozuje ich život a to bez ohľadu na prognózu. Základ starostlivosti spočíva v zlepšovaní kvality života chorých a v znižovaní ich utrpenia, ktoré vyplýva z nevyliečiteľného ochorenia. Paliatívna starostlivosť znižuje výdavky na zdravotnú starostlivosť znížením počtu návštev chorého na pohotovosti, skrátením doby hospitalizácie, znížením počtu hospitalizácií a rovnako aj znížením objemu poskytovanej zbytočne agresívne intenzívnej starostlivosti. Táto starostlivosť môže byť poskytovaná s liečbou základného ochorenia ako napríklad s proti nádorovou liečbou (Marková a kol., 2015). Paliatívna starostlivosť sa usiluje o zachovanie maximálne možnej kvality

života až do prirodzenej smrti. Umieranie a smrť považuje za normálny proces, ktorý neurýchľuje (Oškerová, 2015; Tomeš et al., 2015).

Laca (2019) považuje ľudskú dôstojnosť za jedno zo základných a nemenných zákonitostí práva a princípov ošetrovateľskej i zdravotníckej etiky. Autor dopĺňa zásady dôstojného ošetrovania pacienta o zmiernenie utrpenia chorého v súlade s aktuálnymi poznatkami o človeku ako celostnej bytosti. Magurová (2015) uvádza základné úlohy sestry poskytujúcej paliatívnu a hospicovú starostlivosť nasledovne:

- poskytovanie odbornej ošetrovateľskej starostlivosti nevyliečiteľne chorým a zomierajúcim,
- zabezpečovanie komplexného vyšetrenia pacientov a uspokojovanie ich bio – psycho – sociálno – spirituálnych potrieb,
- citlivé ošetrovanie nevyliečiteľne chorých a zomierajúcich s dôrazom na podporu ich sebestačnosti,
- posudzovanie a sledovanie symptómov sprevádzajúcich zomieranie,
- sledovanie účinku liečebných postupov,
- koordinovanie ošetrovateľskej starostlivosti v rámci multidisciplinárneho tímu,
- pripravovanie individuálneho plánu starostlivosti,
- vykonávanie manažmentu bolesti a definovanie miery komfortu v spolupráci s pacientami,
- edukácia a plánovanie starostlivosti o rodinu nevyliečiteľne chorých a zomierajúcich

Rapčíková, Janiczeková (2012) zdôrazňujú psychologický prístup sestry k zomierajúcim. Tento prístup je založený na rešpektovaní individuality zomierajúcich a na skutočnosti, že epicentrom snahy zdravotníkov by mal byť pacient a nie jeho choroba. Autorky okrem iného zdôrazňujú hierarchiu potrieb, ktorá sa u človeka na sklonku života mení. Za prioritné potreby zomierajúcich považujú najmä psychické, sociálne a v neposlednom rade i spirituálne potreby. Je dôležité, aby chorí cítili skutočný, nefalšovaný záujem zo strany zdravotníckych pracovníkov, ktorí by mali byť kľúčovými partnermi pre zomierajúcich a pomáhali im niesť neľahké bremeno. Sestra sa stáva jedinečnou bytosťou, ktorá je najbližšie k zomierajúcemu pacientovi a je pripravená účinne pomôcť a poskytnúť zomierajúcemu aktuálny druh sociálnej opory. Sociálna opora je vnímaná ako silný emocionálny náboj, pretože okrem pomoci prináša aj intenzívne pocity sympatie, spolupatričnosti, ľudskej vzájomnosti, náklonnosti a podobne. Ide o podpornú aktivitu, spojenú s pozitívnym emočným zážitkom, ktorá je zameraná hlavne na prekonanie záťažovej situácie. V tomto smere sú sestry výrazne ohrozené syndrómom vyhorenia (burnout syndrome), ktorý bol

definovaný Bergerom (1974) ako stav fyzického, mentálneho a emocionálneho vyčerpania, ktorý je častým dôsledkom kombinácie vysokých očakávaní a pretrvávajúceho situačného stresu.
Maslach (2003) opisuje vyhorenie ako syndróm emocionálneho vyčerpania, depersonalizácie a zníženého osobného výkonu, ktorý sa vyskytuje najmä v povolaniach, kde sa výkon práce spája s poskytovaním služieb iným ľuďom. Podľa Gazdíkovej (2017) je syndróm vyhorenia stav fyzického, emočného a mentálneho vyčerpania postihujúci najčastejšie jedincov pracujúcich v pomáhajúcich profesiách, ku ktorým zaraďujeme aj zdravotníckych pracovníkov. Autorka poukazuje na fakt, že rizikové faktory vedúce k syndrómu vyhorenia sú podmienené osobnosťou jedinca, vrátane jeho intrapersonálnych a interpersonálnych vzťahov, povolaním, pracovnými vzťahmi ako je organizácia práce, podmienky pracovného prostredia a samotné nastavenie spoločnosti vo vzťahu k vybraným skupinám zamestnancov. Za hlavné príčiny vzniku syndrómu vyhorenia u zdravotníkov považuje prácu s ľuďmi, vysokú náročnosť, dlhodobo negatívnu bilanciu a vysokú zodpovednosť. Pričom varovné signály vzniku syndrómu vyhorenia sú u zdravotníkov často prehliadané a podceňované. Zdravotnícki pracovníci majú často obavu akceptovať vlastné emócie, požiadať o pomoc v súvislosti s výkonom práce, pretože to v nich evokuje pocit profesionálneho zlyhania. Gazdíková (2017) považuje za významný rizikový faktor vzniku spomínaného syndrómu stres. Na základe komplexného pohľadu rozdelila rizikové faktory vzniku syndrómu vyhorenia nasledovne:

- neustály kontakt so zomierajúcimi a nevyliečiteľne chorými pacientmi a ich rodinami,
- snaha porozumieť a pomôcť,
- nadmerný počet pacientov,
- prílišná emocionálna záťaž zo strany pacienta a jeho rodiny,
- nejasnosť postavenia zdravotníckeho pracovníka a jeho profesionálna rola,
- nedostatok kompetencií a komunikačných zručností,
- pôvodne vysoký záujem o druhých, nadmerná empatia,
- obetavosť, dlhodobo záporná energetická bilancia,
- znížené sebavedomie a sebaúcta,
- často nekompetentné riadenie zo strany manažérov v pracovnom prostredí,
- nevyhovujúce pracovné podmienky,
- mobbing na pracovisku,
- zmennosť a nepredvídateľnosť pracovnej činnosti bez ohľadu na biorytmus jedinca v rámci nepretržitej dostupnosti zdravotnej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach ústavnej zdravotnej starostlivosti (nočné služby),

- absencia ocenenia zo strany pacientov, ako aj nadriadených vedúcich zamestnancov,
- nedostatočné finančné ohodnotenie,
- nedostatočné ocenenie v morálnej a celospoločenskej rovine,
- nedostatok zdravotníckeho personálu,
- zaťažovanie zdravotníkov administratívnymi činnosťami.

V našej práci sme chceli analyzovať výskyt a možnosti zvládania emocionálnych aspektov u sestier poskytujúcich paliatívnu starostlivosť. Hlavným zámerom detekcie zvládania emocionálnych aspektov u sestier poskytujúcich paliatívnu starostlivosť bolo definovať, aký je vzťah medzi uvedenou oblasťou a vzdelaním, a rovnako vzťah skúmanej oblasti a dĺžke odbornej praxe v zdravotníctve. Predpokladali sme, že existuje štatisticky významná závislosť medzi vzdelaním sestier a mierou vyhorenia v oblasti emocionálneho vyčerpania. Rovnako sme predpokladali sme, že existuje štatisticky významná závislosť medzi počtom rokov odbornej praxe v zdravotníctve celkovo a mierou vyhorenia v oblasti emocionálneho vyčerpania.

**Metodika**

Štúdiu sme realizovali prostredníctvom dotazníka: Maslach Burnout Inventory (Maslach, Jackson, Leither, 1996), ktorý sme použili na zistenie miery vyhorenia v oblasti emocionálneho vyčerpania, depersonalizácie a osobného uspokojenia u sestier poskytujúcich paliatívnu a hospicovú starostlivosť. V úvode sme uviedli účel distribúcie dotazníkov a inštrukcie na ich vyplnenie. Dotazník mal dve časti. V prvej časti dotazníka sme zahrnuli demografické a všeobecné údaje. Demografické premenné ako vek, pohlavie, vzdelanie, zdravotnícke zariadenie, počet rokov odbornej praxe v zdravotníctve celkovo a počet rokov odbornej praxe na aktuálnom pracovisku. Dotazník obsahoval 22 otázok, z ktorých:

- 9 otázok je zameraných na syndróm vyhorenia v oblasti emocionálneho vyčerpania,
- 5 otázok je zameraných na vyhorenie v oblasti depersonalizácie,
- 8 otázok je zameraných na vyhorenie v oblasti osobného uspokojenia.

Ku každej otázke v dotazníku sú priradené body, ktoré vyjadrovali silu a častosť pocitov. Súčtom bodov získaných z odpovedí respondentov z konkrétnych oblastí syndrómu vyhorenia sme získali stupeň výskytu syndrómu vyhorenia v danej konkrétnej oblasti, na ktorú sme sa zamerali. V oblasti emocionálneho vyčerpania (nízky - 0 až 16 bodov, mierny - 17 až 26 bodov, vysoký – 27 a viac bodov) a depersonalizácie (nízky - 0 až 6 bodov, mierny - 7 až 12 bodov, vysoký – 13 a viac bodov) korešpondujú vysoké hodnoty s vysokým stupňom vyhorenia. U osobného uspokojenia

(nízky – 39 a viac bodov, mierny - 32 až 38 bodov, vysoký – 0 až 31 bodov) je to naopak, nízke hodnoty poukazujú na vysoký stupeň vyhorenia.

**Súbor**

V práci sme zvolili metódou zámerného výberu, kde vzorku tvorili sestry, ktoré poskytovali hospicovú a paliatívnu starostlivosť na Slovensku. Aktuálna situácia nám umožnila realizovať distribúciu dotazníkov vo Fakultnej nemocnici s poliklinikou v Nových Zámkoch: na onkologickom oddelení a v Hospici matky Terezy v Bardejove. Distribuovaných bolo 131 dotazníkov, kompletne vyplnené boli všetky dotazníky (100%-ná návratnosť).

**Výsledky**

Analýzu dát sme spracovali pomocou deskriptívnej a frekvenčnej štatistiky pre jednotlivé premenné. Následne sme zhodnotili mieru výskytu syndrómu vyhorenia v emocionálnej oblasti u sestier poskytujúcich hospicovú a paliatívnu starostlivosť a otestovali nami zvolené vedecké predpoklady (hypotézy) nonparametrickými testami.

Celkový počet sestier v štúdii bol 131 (100%). Minimálny vek sestier bol 22 rokov a ich maximálny vek bol 65 rokov. Priemerný vek celej vzorky bol M = 40, 74 (SD ± 11,56) (tab. 1).

**Tabuľka 1 Vek respondentov**

| | **n** | **M** | **SD±** | **Min** | **Max** |
|---|---|---|---|---|---|
| **Vek** | 131 | 40,74 | 11,56 | 22,00 | 65,00 |

Z celkového počtu zúčastnených bol počet žien n = 105 (80,15%) a počet mužov bol n = 26 (19,85%) (tab. 2).

**Tabuľka 2 Pohlavie respondentov**

| **Pohlavie** | **Frekvencia** | **%** |
|---|---|---|
| **Muž** | 26 | 19,85 |
| **Žena** | 105 | 80,15 |
| **Celkovo** | 131 | 100,0 |

Z celkového počtu sestier získalo II. stupeň vysokoškolského štúdia n=30 (22,90%) respondentov, I. stupeň vysokoškolského štúdia n=81 (61,83%) sestier a stredné odborné vzdelanie získalo n=14 (10,69%) sestier (tab. 3).

**Tabuľka 3 Vzdelanie respondentov**

| Vzdelanie | Frekvencia | % |
|---|---|---|
| **Rigorózne pokr. (PhDr.)** | 6 | 4,58 |
| **Stredné odborné vzdelanie** | 14 | 10,69 |
| **II. stupeň (Mgr.)** | 30 | 22,90 |
| **I. stupeň (Bc.)** | 81 | 61,83 |
| **Celkovo** | 131 | 100,0 |

Minimálny počet rokov odbornej praxe na aktuálnom pracovisku bol 1 rok (Min=1) a maximálny počet bol 11 rokov (Max=11). Priemerný počet dosiahnutých rokov odbornej praxe na aktuálnom pracovisku bol v rozpätí: 6-7 rokov (M = 6,82; SD ± 3,07) (tab. 4).

**Tabuľka 4 Počet rokov odbornej praxe na pracovisku**

| | n | M | SD± | Min | Max |
|---|---|---|---|---|---|
| **Prax pracovisko** | **131** | **6,82** | **3,07** | **1,00** | **11,00** |

Predpokladali sme, že existuje štatisticky významná závislosť medzi vzdelaním a mierou vyhorenia v oblasti emocionálneho vyčerpania (tab. 5). Vzťah medzi vzdelaním a oblasťou emocionálneho vyčerpania sa potvrdil (p=0,000), to znamená, že úroveň dosiahnutého vzdelania výrazným spsôobom ovplyvňuje emocionálnu oblasť a riziko vyčerpania.

**Tabuľka 5 Vzdelanie a emocionálne vyčerpanie**

| **Spearmanové korelácie** | | **Emocionálne vyčerpanie** | **Vzdelanie** |
|---|---|---|---|
| **Emocionálne vyčerpanie** | **Korelačný koeficient** | 1,00 | 0,731 |
| | **Sig.(2-tailed)** | - | **0,000** |
| | **n** | 131 | 131 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Vzdelanie** | **Korelačný koeficient** | 0,731 | 1,00 |
| | **Sig.(2-tailed)** | **0,000** | - |
| | **n** | 131 | 131 |

** Correlation is significant at the 0.05 level.

Predpokladali sme, že existuje štatisticky významná závislosť medzi počtom rokov odbornej praxe v zdravotníctve celkovo a mierou vyhorenia v oblasti emocionálneho vyčerpania. Spearmanové korelácie potvrdili pozitívny vzťah medzi dĺžkou odbornej praxe v zdravotníckom zariadení a emocionálnym vyčerpaním (p=0,000). Náš predpoklad sa potvrdil, lebo medzi počtom rokov odbornej praxe v zdravotníctve a vyhorením v emocionálnej oblasti existuje veľmi silná závislosť (tab. 6).

**Tabuľka 6 Odb. prax a a emocionálne vyčerpanie**

| **Spearmanové korelácie** | | **Emocionálne vyčerpanie** | **Odb. prax** |
|---|---|---|---|
| **Emocionálne vyčerpanie** | **Korelačný koeficient** | 1,00 | 0,915 |
| | **Sig.(2-tailed)** | - | **0,000** |
| | **n** | 131 | 131 |
| **Odb. prax** | **Korelačný koeficient** | 0,915 | 1,00 |
| | **Sig.(2-tailed)** | **0,000** | - |
| | **n** | 131 | 131 |

** Correlation is significant at the 0.05 level.

**Diskusia**

Štúdia potvrdila výrazný vplyv dosiahnutého vzdelania (p=0,000) a dĺžky odbornej praxe (p=0, 000) v zdravotníctve na oblasť emocionálneho vyčerpania. Pilárik, Tobákošová (2013) sa vo výskume zamerali na zisťovanie miery výskytu syndrómu vyhorenia na vybranej vzorke sestier (n=62). Priemerný vek sestier bol 36,8 rokov. Na zistenie rozsahu syndrómu vyhorenia použili rovnaký nástroj (Maslach Burn-Out Inventory) ako v našej práci. V oblasti emocionálneho vyčerpania celkovo zaznamenali, že vysokým stupňom syndrómu vyhorenia trpí 33,9% respondentov, miernym stupňom vyhorenia trpí 25,8% respondentov a nízkym stupňom vyhorenia trpí len 40,3% sestier. V našej práci mali najväčšie zastúpenie v rámci vzdelania sestry s I. stupňom vysokoškolského štúdia (61,83%). Zamboriová, Simočková (2016) sa v realizovanom prieskume zamerali na mieru vyhorenia v oblastiach emocionálneho vyčerpania a depersonalizácie zdravotníckych pracovníkov pracujúcich v hospicových zariadeniach v rámci SR. Z celkového počtu n=110 sestier bolo 50 sestier vo veku od 19-60 rokov, s dosiahnutým vzdelaním podobne ako v našej práci: stredoškolské, vysokoškolské I. stupňa, vysokoškolské II. stupňa, s dĺžkou praxe 1-21 rokov. Zistili, že pomerne vysoký počet sestier trpí syndrómom vyhorenia a sestry majú v priemere vyššiu úroveň vyhorenia v oblasti depersonalizácie.

Okrem iného sme overovali, či existuje štatisticky významná závislosť medzi dĺžkou praxe a oblasťou emocionálneho vyčerpania, kde sa potvrdila silná závislosť (p=0,000). Priemerný počet dosiahnutých rokov odbornej praxe na aktuálnom pracovisku bol v rozpätí: 6-7 rokov (M = 6,82; SD ± 3,07). Naše zistenia potvrdzuje prieskum Šimovej et al. (2016) zameraný na sestry pracujúce v paliatívnej a hospicovej starostlivosti. Jeho cieľom bolo zistiť rozdiely v intenzite emocionálneho vyčerpania u tejto skupiny sestier a zistiť súvislosť medzi vzdelaním, dĺžkou odbornej praxe sestier a úrovňou emocionálneho vyčerpania. Na zber empirických dát použili rovnako ako my nástroj na zisťovanie syndrómu vyhorenia: Maslach Burnout Inventory. Autorky zistili, že nízku intenzitu emocionálneho vyčerpania uviedlo 48% sestier z hospicov a len 17% sestier z oddelení paliatívnej starostlivosti. Naopak, vysokú intenzitu emocionálneho vyčerpania uviedlo len 8% sestier z hospicov a 33% sestier z oddelení paliatívnej starostlivosti. Z hľadiska vzdelania autorky zistili, že nízku intenzitu emocionálneho vyčerpania uviedlo 33% sestier so stredoškolským vzdelaním, 38% s vyšším odborným vzdelaním a 29% sestier s vysokoškolským vzdelaním I. a II. stupňa. Z hľadiska dĺžky odbornej praxe zistili, že nízku intenzitu emocionálneho vyčerpania pociťuje 43% sestier s dĺžkou praxe od 0-5 rokov, a 36% s dĺžkou praxe od 5-10 rokov a 23% sestier s dĺžkou praxe 10 a viac rokov. Vysokú intenzitu emocionálneho vyčerpania uviedlo 21% sestier s dĺžkou praxe od 0 - 5 rokov, 9% sestier s dĺžkou praxe od 5 - 10 rokov a 27% sestier s dĺžkou praxe 10 a viac rokov.

Vplyv dĺžky praxe u sestier sledovali aj Iglesias et al. (2010), ktorí potvrdili signifikantnosť vzťahu v dimenziách emocionálneho vyčerpania a depersonalizácie u sestier v období od 11 – 20 rokov a v období nad 20 rokov. Štúdia Riza–Baeza et al. (2017) sledovali dopady emocionálneho vyčerpania u 185 sestier v Mexiku, v inštitucionálnych zariadeniach, kde poskytovali paliatívnu starostlivosť. Autori zistili, že 37,3% sestier z celkového počtu trpí vysokým stupňom vyhorenia v oblasti emocionálneho vyčerpania, 35,1% sestier trpí vysokým stupňom vyhorenia v oblasti depersonalizácie a 37,8% sestier trpí vysokým stupňom vyhorenia v oblasti osobného uspokojenia. Najväčší dopad na syndróm vyhorenia v oblasti emocionálneho vyčerpania mala najväčší vplyv dlhšia - viachodinová pracovná doba.

Výskyt syndrómu vyhorenia prostredníctvom Maslach Burnout Inventory dotazníka potvrdila Gazdíková (2017) na vzorke 389 zdravotníckych pracovníkov, kde 323 bolo žien a 66 bolo mužov. Respondenti boli vo vekovom rozpätí 18-64 rokov, pracujúcich na rôznych klinikách v bratislavských nemocniciach. Súbor tvorilo 57 % sestier, 35 % lekárov, 4 % bol nižší zdravotnícky personál, 3,4 % psychológovia a menej ako 1 % pracovníci technicko-hospodárskych pracovísk. Vysokoškolsky vzdelaných bolo 39 %, stredoškolsky 58 % a 3 percentá tvoril nižší zdravotnícky personál. Syndróm vyhorenia sa vyskytoval u 17,7 % respondentov a 29,5 % bolo ním ohrozených. Najvyššie priemerné skóre dosiahli respondenti vo faktore osobného uspokojenia a emocionálneho vyčerpania. Neboli zistené signifikantné rozdiely medzi sestrami a lekármi, najvyššie percento burnout syndrómu bolo zaznamenané u nižšieho zdravotníckeho personálu. Štúdia potvrdila závislosť medzi vekom a syndrómom vyhorenia, pričom najvyššie percento syndrómu vyhorenia sa vyskytovalo v najmladšej vekovej skupine 18-25 ročných.

Primárnou úlohou paliatívnej starostlivosti je zmiernenie bolesti a iných fyzických, psychických a emočných symptómov. Základným nástrojom psychologickej pomoci je aktívne načúvanie, čo znamená komplexne vnímanie toho čo pacient vyjadruje prostredníctvom aktívnej účasti všetkých zmyslov. Vznik syndrómu vyhorenia sa môže prejaviť prítomnosťou negatívnych pocitov, zníženou toleranciou na záťaž alebo absenciou zmyslu svojho povolania. Naše zistenia podporujú závery predchádzajúcich výskumov o skutočnosti, že sestry sú populáciou ohrozenou syndrómom vyhorenia.

**Záver**

Mnohé krajiny sú v procese certifikácie paliatívnej starostlivosti (Mrocek, 2017). Sestry a iní zdravotnícki pracovníci, ktorí poskytujú komplexnú starostlivosť pri liečbe bolesti a iných závažných symptómov v priebehu ochorenia komunikujú s pacientom a jeho rodinou. Potrebujú nevyhnutnú kognitívnu a emocionálnu výbavu, aby zvládli každodennú psychickú nálož pri svojej

práci. Objavujú sa rôzne formy určitej psychickej satisfakcie, ako snaha o skrátený pracovný úväzok, zvýšene odmeňovania, rekondične pobyty či team buildingy a mnohé iné aktivity, ktoré by podporili status povolania v paliatívnej starostlivosti.

**Zoznam bibliografických odkazov**


BERGER I. *Burnout* [online]. 1974. [cit. 2025/9/22]. Dostupné na: https://www.ingrid-berger.at/burnout/.

GAZDÍKOVÁ K. Syndróm vyhorenia u zdravotníckych pracovníkov. *Via Practica.* 2017;14(4):178–185.

IGLESIAS ME, BECERRO De BENGOA VALLEJO R, FUENTES PS. The relationship between experiential avoidance and burnout syndrome in critical care nurses: a cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies,* 2010;47(1):30–37. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.06.014

KRIZANOVA A, LĂZĂROIU G, GAJANOVA L, KLIESTIKOVA J, NADANYIOVA M, & MORAVCIKOVA D. The Effectiveness of Marketing Communication and Importance of Its Evaluation in an Online Environment. *Sustainability*, 2019;11(24):7016. DOI: https://doi.org/10.3390/su11247016

*Koncepcia zdravotnej starostlivosti v odbore paliatívna medicína vrátane hospicovej starostlivosti.* 2006. Vestník MZ SR 2006; čiastka 1 – 5, s. 7 – 12.

LACA P. *Koncept filozofie a etiky v ošetrovateľstve*. Lipovce: A – Print. 2019. ISBN 978–80–88206–13–2.

MAGUROVÁ D. *Vybrané kapitoly paliatívnej a hospicovej starostlivosti.* 1. vyd. Prešov: Vydavateľstvo Prešovskej Univerzity v Prešove. 2015. ISBN 978-80-555-1217-1.

MARKOVÁ A a kol. *Hospic do kapsy – Příručka pro domácí paliativní týmy.* 2. aktualizované vydání. Praha: Cesta Domů. 2015. ISBN 978-80-905809-4-7.

MASLACH CH. *The cost of caring.* Cambridge: Malor Books. 2003. ISBN 1-883535–35–9.

MASLACH C, JACKSON SE, LEITER MP. Maslach Burnout Inventory. Third edition. C. P. Zalaquett, R. J. Wood eds, *Evaluating stress: A book of resources.* Scarecrow Education. 1997:191–218.

MROCEK M. Základné princípy paliatívnej a hospicovej starostlivosti. *Paliatívna medicína a liečba bolesti.* 2017;10(1–2e):14 – 17..

OŠKEROVÁ V. Legislatívne zakotvenie hospicovej a paliatívnej starostlivosti v ČR a SR a niekoľko poznámok k úprave v Nemecku a Rakúsku. *Časopis zdravotníckeho práva a bioetiky. 2015;*5(3):79–100.

PILÁRIK Ľ, TOBÁKOŠOVÁ Z. Emocionálna inteligencia a syndróm vyhorenia u sestier. *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online]. 2013;3(1):1-6.

RAPČÍKOVÁ T. JANICZEKOVÁ E. Psychologické aspekty sestry prístupu k chorým v terminálnom štádiu. In: *Paliatívna medicína a liečba bolesti.* 2012;5(S2):68 – 69.

RIZO-BAEZA M, MENDIOLA-INFANTE SV, SEPEHRI A, PALAZÓN-BRU A, GIL-GUILLÉN VF, CORTÉS-CASTELL E. Burnout syndrome in nurses working in palliative care units: An analysis of associated factors. *Journal of nursing management*, 2018;*26*(1):19–25. DOI: https://doi.org/10.1111/jonm.12506

ŠIMOVÁ Z, ŠULIČOVÁ A, NOVOTNÁ Z, ŠANTOVÁ T, CINOVÁ J. Emocionálne vyčerpanie u sestier v paliatívnej a hospicovej starostlivosti. In: ŠANTA M, TOMEŠ Ľ, DRAGOMIRECKÁ I, SEDLÁROVÁ E, VODÁČKOVÁ K. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry.* Praha: Univerzita Karlova v Praze – Karolinum. 2016. ISBN 978-80-246-2941-4.

ZAMBORIOVÁ M, SIMOČKOVÁ V. Psychická záťaž zdravotníckych profesionálov pracujúcich v hospicoch. In: HULKOVÁ V, eds. *Ošetrovateľstvo - tradície a perspektívy.* Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, 2016, s. 325–336. ISBN 978-80-8132-151-1.

PhDr. Anna Hudáková, PhD., MBA
Prešovská univerzita v Prešove/University of Presov in Presov
Fakulta zdravotníckych odborov/Faculty of Health Care
Katedra ošetrovateľstva/Department of Nursing
Partizánska, 1; 080 01 Prešov
mail: Anna.Hudakova@unipo.sk
tel.: +421 51 7562 460
web: http://www.unipo.sk/fakulta-zdravotnictva

# TROMBÓZA U ONKOLOGICKÝCH PACIENTOV
# THROMBOSIS AND ONCOLOGIC DISSEASES

**Chovanec Jozef**

**POKO NsP Bardejov**

**Abstrakt:**

Vplyv nádoru na vznik trombózy je známy už dlhšiu dobu. Nádor navodzuje hyperkoagulačný stav viacerými spôsobmi. Prioritne je to vylučovanie substancií, ktoré spúšťajú koagulačnú kaskádu. Hlavným takýmto faktorom je tkanivový faktor, alebo tiež cancer prokoagulant. Okrem toho nádory poškodzujú cievny endotel, môžu obštruovať cievne riečisko a tak ovplyvniť prietok krvi. Onkologickí pacienti sú navyše vystavení mnohým ďalším rizikám. Patrí tu onkologická liečba zahŕňajúca chemoterapiu, operačnú liečbu, rádioterapiu, hormonálnu liečbu. Je známe, že trombóza môže predchádzať klinickú manifestáciu nádoru o niekoľko mesiacov aj rokov, taktiež môže byť znakom nepriaznivého priebehu už známeho nádoru. Je preto potrebné pri idiopatickej trombóze myslieť aj na preventívne opatrenia v súvislosti s onkologickým ochorením. Predstavujeme súbor18 pacientov, u ktorých sa pred, počas, alebo po manifestácii nádoru objavila tromboembolická choroba. Pri hodnotení bolo zaujímavé, že trombóza predchádzajúca nádor bola v našom súbore vysoko nepriaznivým prognostickým ukazovateľom, keďže u všetkých týchto pacientov bol diagostikovaný nádor už v pokročilom štádiu. Naopak v prípade manifestácie trombózy pri už známom nádorovom ochorení výsledky neboli také jednoznačné a prežívanie pacientov bolo lepšie. Možno to dať okrem samotného nádoru do súvisu s rizikovými faktormi, ktoré pribudli s protinádorovou liečbou. V súbore sme sledovali parametre trombózy, ktoré boli až na menšie odchýlky v súlade s literárnymi údajmi. Výsledky našej práce potvrdzujú potrebu intenzívnejšieho onkoskríningu u pacientov s idiopatickou trombózou, ako aj potrebu preventívnej antikoagulačnej liečby u pacientov so zvýšeným rizikom trombózy podstupujúcich náročnú protinádorovú liečbu rizikovú vzhľadom na tromboembolizmus.

**Kľúčové slová:** tromboembolizmus, onkologické ochorenia, hyperkoagulačný stav

**Abstract.**

An influence of cancer in development of thrombosis is known for a long time. Cancer induces hypercoagulation state by different ways. First one is producing of substances, which are starters of coagulation cascade. Main factors, which belong to them, is tissue factor or cancer procoagulant, too. Except of that, cancer is damaging vessel endothelium, obstructing vessels and by this way is influencing the blood flow. Furthermore, oncologic patients have got another risk factors. For example oncologic treatment, that includes chemotherapy, surgery, radiotherapy, therapy with hormones. It is known, that thrombosis can origin few month or years in advance of cancer appearance. Also there can be a sign of bad development of a known cancer. This is the reason why it is important to think about preventive oncoscreaning, if patient has got an idiopatic thrombosis. We described 18 patients with coincidence of the thromboembolism and cancer. In group of patients where thrombosis was manifesting before cancer, a prognosis was very bad. Cancer was already advanced in time of diagnosis. Better prognosis and outcome had patients, whom thrombosis was diagnosed after manifestation of cancer. It is possible that origin of thrombosis in that cases could be induced by anticancer therapy. Laboratory markers of cancer asociated with thombosis were similar as other authors described, with little differences. The results of our monitoring indicates an importance of more intensive oncoscreaning of patients with idiopatic thrombosis and also importance of prevention by antithrombotic treatment for patients with high risk of thromboembolic complications in process of anticancer therapy.

**Key words:** thromboembolism, oncological disease, hypercoagulation

**Nádor a trombóza**

Spojitosť medzi rakovinou a výskytom venózneho tromboembolizmu je známa už takmer 150 rokov. Už v roku 1865 prednášal študentom o trombóze ako o možnom prvom znaku rakoviny Armand Trusseau. Popísal ju u pacienta s flegmasia alba dolens a súčasným výskytom karcinómu žalúdka. Trousseau patrí k nesmierne zaujímavým postavám svetovej medicíny. Paradoxom je, že krátko na to, ako pozoroval flebitídu na svojej ľavej ruke, si diagnostikoval karcinóm žalúdka, na ktorý neskôr zomrel (1).

Venózny trombembolizmus (VTE) je významnou komplikáciou nádorových ochorení. Vyskytuje sa u 4-20% onkologických pacientov a je jednou z hlavných príčin smrti u týchto pacientov. Pacienti s malignitou majú niekoľko násobne vyššie riziko VTE vrátane hlbokej venóznej

trombózy a pľúcnej embólie. Zdá sa, že najvyššie riziko rozvoja VTE je u hospitalizovaných onkologických pacientov a u tých, čo dostávajú aktívnu liečbu. Riziko VTE je najvyššie prvé mesiace po stanovení onkologickej diagnózy a u pacientov s pokročilou chorobou (2). Z populačnej štúdie vyplýva, že pri malignitách je 4,1 násobne vyššie riziko tromboembolizmu a podávanie chemoterapie ho zvyšuje na 6.5 násobok. Onkologickí pacienti tvoria 20% a tí, čo dostávajú chemoterapiu 13% zo všetkých pacientov s VTE. Vaskulárna toxicita je špecifická pre antiangiogénne liečivá. U novších režimov, ktoré obsahujú talidomid, lenalidomid, bevacizumab, bolo hlásené veľmi vysoké riziko VTE (3).

Výskyt VTE má závažné klinické dôsledky. Rakovina diagnostikovaná v čase prítomnosti VTE alebo rok po epizóde VTE je spojená s trojnásobne vyššou ročnou mortalitou (4). Hospitalizovaní pacienti s VTE majú vyššiu úmrtnosť počas hospitalizácie, a to platí ako pre pacientov s metastázami, tak aj bez nich.
Z hľadiska výskytu u mužov je riziko VTE najvyššie pri nádoroch prostaty (14%), kolorektálnom karcinóme (11%) a mozgových nádoroch (9%). U žien je VTE najčastejší pri nádoroch prsníka (14%), ovárií (7%) a pľúc (5%). (5).

**Tabuľka 1 Nádory najčastejšie sprevádzané výskytom VTE** (4)

| Malignita | % výskytu VTE |
|---|---|
| Močový mechúr | 4,7% |
| Mozog | 1,6 – 2,6 |
| Prsník | 0,4 – 9,1 |
| Kŕčok maternice | 3,1 |
| Kolorektum | 3,1- 10,2 |
| Endometrium | 2,4 – 14 |
| Žalúdok a pažerák | 6,9 – 13,6 |
| Hepatocelulárny karcinóm | 6,7 |
| Leukémia | 2,1 – 12,1 |
| Pľúca | 1,9 – 13,6 |
| Lymfóm | 6,0 – 60 |
| Melanóm | 13,6 – 21,0 |
| Myelóm | 7,2 – 17,9 |
| Ovárium | 2,9 – 25 |
| Pankreas | 5,2 – 26 |

| | |
|---|---|
| Prostata | 0,5 – 1,3 |
| Oblička | 5,3 |
| Sarkóm | 5,2 – 14,3 |
| Testikulárne nádory | 9,4 |

Hyperkoagulačné stavy u onkologických pacientov sú častým klinicko-laboratórnym nálezom. Mechanizmy vzniku nádoru a trombózy sú navzájom prepojené (2). Nádorové ochorenie je stavom rôzne vystupňovaného chronického zápalu, s aktiváciou imunitného systému a zvýšenou syntézou cytokínov, onkomarkerov a proteínov akútnej fázy, tzv. zápalových proteínov, ku ktorým patrí najmä fibrinogén, C-reaktívny proteín a sérový amyloid A – SAA. Hyperfibfinogenémia (Fbg nad 4,8 g/l) sa vyskytuje u 60-80% pacientov s malignitou. Vysoké koncentrácie fibrinogénu, trombocytóza a prozápalové cytokíny vyvolávajú hyperkoagulačné stavy, ktoré sa prejavujú trombózami žíl, migrujícimi tromboflebitídami a tromboembolizmom. (6).

Výskyt skrytej malignity u pacientov so sekundárnou tromboembolickou chorobou (napr. po úraze) zodpovedá prevalencii malignity v bežnej populácii (2-3%), ale výskyt skrytej malignity u chorých s idiopatickou tromboembolickou chorobou je 4-10% (7) . Niektorí autori udávajú až 15% (4). Výskyt okultného nádoru je teda 4-5 krát častejší pri idiopatickej trombóze ako pri sekundárnej (2). Je dokázané, že výskyt skrytej malignity je najvyšší v prvých 6-12 mesiacoch od diagnózy tromboembolickej choroby (4). Dokonca VTE môže manifestáciu samotného nádoru predchádzať aj niekoľko rokov (2). Tejto problematike sa v posledných rokoch venovalo viacero štúdií ktoré zväčša tento súvis potvrdili. Najcitovanejšou je štúdia Prandoniho, kde bol v súbore o počte 250 pacientov dokázaný štatisticky a klinicky významný vzťah medzi idiopatickou trombózou a objavením sa malignity. Riziko bolo ešte vyššie v skupine chorých s rekurentnou trombózou behom dvoch rokov sledovania (v dobe diagnózy trombózy bola odhalená maliginita u 3.3% chorých s idiopatickou trombózou, u žiadneho so sekunárnou, počas sledovania sa potom v skupine idiopatických trombóz objavilo nádorové ochorenie u 7,6% chorých oproti 1,9 % so sekundárnou trombózou) (2). Štúdia Norstroma, ktorá sledovala 4399 po dobu dvoch rokov po prekonaní VTE, potvrdila vyšší výskyt malignity u pacientov s idiopatickou tromboembóliou oproti pacientom, ktorí VTE neprekonali v prvom polroku po VTE (4,8% oproti 1,5%). V nasledujúcich mesiacoch bol výskyt zhubného novotvaru zhodný v oboch skupinách. Pri idiopatických trombózach v mladšom veku prevláda ako príčina vrodená trombofília, so

zvyšujúcim sa vekom incidencia onkologického ochorenia stúpa (7). Čo sa týka extenzívneho vyšetrovania chorých s idiopatickou VTE cieleného na onkologické ochorenie, štúdie sa v tomto smere rôznia, môžme však povedať, že nebol dokázaný jasný prínos extenzívneho vyšetrovania chorých s idiopatickou trombózou. Bežne vykonávame základný skríning na odhalenie malígneho procesu u chorých s prvou flebotrombózou, ak nezistíme žiadny s predisponujúcich faktorov jej vzniku a ak ju posudzujeme ako idiopatickú. V prípade rekurentnej trombózy je podozrenie ešte naliehavejšie, hlavne ak ide o jedinca mladšieho ako 50 rokov, prípadne naviac s pozitívnou rodinnou anamnézou onkologického ochorenia. Podozrenie na malígnu etiológiu je vyššie, ak sa trombóza zopakuje v krátkom čase, ak migruje z miesta na miesto, ak je spojená s arteriálnou tromboembóliou, nereaguje dobre na správne vedenú terapiu, chorý má trombohemorhagické prejavy, alebo nedokážeme niektorý z významných trombofilných faktorov (8).

Počas terapie flebotrombózy prevádzame okrem anamnestického rozboru a dôkladného fyzikálneho vyšetrenia (vrátane vyšetrenia per rectum, pátrania po adenomegálii, vyšetrenia prsníkov) základné laboratórne vyšetrenie (vrátane okultného krvácania zo stolice) a skiagram hrudníka. Je vhodné tiež vykonať USG brucha, stanovenie onkomarkerov, prípadne CT vyšetrenie, urologické vyšetrenie u muža a gynekologické vyšetrenie u ženy. Zdá sa, že zvažovaný negatívny vplyv možnej psychickej traumatizácie pacienta pri hľadaní tumoru tu nie je natoľko aktuálny a možný prímos skorej diagnostiky nádoru je rozhodujúci (9).

**Tabuľka 2 Biomarkery s nádorom asociovanej trombózy (4).**

| |
|---|
| Leukocytóza |
| Trombocytóza |
| Tkanivový faktor |
| Solubilný p-selektín |
| D-dimér |
| Fibrín degradačné produkty |
| CRP |
| Faktor VIII |

**Súbor pacientov**

Náš súbor tvorí 18 pacientov, ktorí boli v období 2004-2011 hospitalizovaní na internom oddelení alebo na iných oddeleniach našej nemocnice.

Z celkového počtu 11 pacientov, teda skoro 2/3 tvorili ženy, pričom jednoznačne prevažovali gynekologické malignity (8 žien). U mužov dominovali nádory pľúc (3 prípady) Vekový priemer bol 58 rokov, pričom geriatrický vek 65 rokov dosiahlo 7 pacientov. Najstarší pacient mal 74 rokov (ca pľúc), najladší 30 rokov (yolk sac tumor). K manifestácii trombózy pri nádore teda v našom súbore došlo prevažne u ľudí v strednom veku.
Úmrnosť v našom súbore bola 33%, čo je 6 pacientov. Najvyššia úmrtnosť bola pri pacientoch, kde manifestácia trombózy predchádzala nádor (100% - 3 pacienti). Vysokú úmrtnosť a zlý klinický priebeh mali aj pacientky s nádormi maternice, ovárii a pacient s yolk sac tumor. Naopak najdlhšie prežívanie v našom súbore t.č. dosahujú pacientky s karcinómom prsníka (100% - 4 pacientky).

V literatúre sú popisované markery s nádorom asociovanej trombózy (4). Tieto markery sme stanovovali aj u našich pacientov. K CRP som pridal aj sedimentáciu erytrocytov. Pri vyhodnotení upúta vysoká senzitivita D-diméru, ktorý je pozitívny u všetkých pacientov, ktorým bol stanovovaný. Ďalej bola 100% pozitivita CRP, čo poukazuje na to, že trombóza a nádor úzko súvisia zo zápalom. Taktiež častým nálezom bola zvýšená sedimentácia. Leukocytóza bola prítomná u polovice pacientov a viac ako polovica bolo anemických, čo takisto zvyšuje riziko vzniku trombózy. Iba dvaja pacienti mali trombocytózu. Naopak u troch pacientov bola prítomná trombocytopénia. Jednou z príčin by mohla byť neustála produkcia TF nádorom, čo navodzuje chronickú disseminovanú intravaskulárnu koaguláciu (9). K spontánnemu krvácaniu nedošlo u žiadneho pacienta. Hyperfibrinogenémia bola u 50% pacientov nášho súboru. Z ďalších biochemických parametrov sú zaujímavé urea a kreatinín, ktorí boli zvýšené u štyroch pacientov, z ktorých jeden exitoval a ostatní traja majú diseminované ochorenie spojené zo zlou prognózou krátkodobého prežitia. Hepatálne testy boli elevované u piatich pacientov. Prevažovalo zvýšenie obštrukčných testov. Z minerálových zmien sa vyskytla hypokaliémia u troch pacientov, podobne aj hyperkaliémia. Štyria pacienti mali hypoproteinémiu, bolo to spojené s horšou prognózou. Častým nálezom v našom súbore bola aj hypokalciémia.

Za povšimnutie tiež stojí, že trombóza sa vo viacerých prípadoch vyskytovala súčasne, alebo s istým časovým odstupom, na viacerých miestach. Pacient s karcinómom pľúc mal napríklad trombózu v oblasti vena jugularis communis, interna, vena brachialis, axilaris a následne aj vo vena femoralis. Pri pacientoch s trombózou vena renalis, hepatálnych vén a portálnej vény, bolo pozorované prerastanie trombu do vena cava inferior. U viacerých pacientov došlo k sukcesívnej embolizácii do pľúc. To všetko svedčí pre to, že trombóza pri onkologických ochoreniach nie je

lokálnou záležitosťou, ale je to systémové ochorenie, ktoré pri neposkytnutí adekvátnych opatrení a liečby ohrozuje pacienta na živote.

Tromboembolická choroba je jedným z paraneoplastických príznakov, ktoré nám môžu slúžiť ako upozornenie, že v organizme sa niečo deje. Je len na nás, ako dokážeme zlepšiť preventívnu starostlivosť o týchto pacientov a tým zlepšiť diagnostiku onkologického ochorenia a získať tak čas, ktorý môže niekomu predĺžiť a niekomu aj zachrániť život.

**Zoznam použitej literatúry**:

1. Palacka, P. Prevencia venózneho tromboembolizmu v onkológii. Lekársky obzor. ISSN 0457-4214, 2009, ročník 58, 3/2009, s. 109 – 112.
2. Prandoni, P. Cancer and tromboembolic disease: how important is the risk of thrombosis? Cancer Treatment Reviews. ISSN 0305-7372, 2002, 28/2002, 133 – 136 s.
3. Chudej, J., Mištuna, D. Štvrtinová, V., Kubisz, P. Odporúčania pre prevenciu a liečbu venózneho tromboembolizmu u pacientov s malignitou. Slovenská spoločnosť pre hemostázu a trombózu. 2009.
4. Connoly G., Emerging risk stratification approaches to cancer-asociated thrombosis: risk factors, biomarkers and a risk score. Thrombosis Research. ISSN 0049-3848, 2010, 125, 2/2010, S1-7
5. Křižek, J,. Použití nízkomolekulového heparinu dalteparinu v prevenci tromboembolie v onkologii. Farmekoterapie. ISSN 1803-6597, 2005, ročník 1, 4/2005, 387 – 391 s.
6. Kaušitz, J. Onkológia. Bratislava: Veda, 2003. 659 s., IBSN 80-224-0711-9
7. Malý, R., Vodičková, L. Výskyt skrytej malignity u nemocných s žilní tromboembolickou nemocí mladších 50 let: jaké diagnostické metody používat? Vnitřní Lékařství. ISSN 0042-773X, 2004, ročník 50, 9/2004, 751 – 755 s.
8. De Vita V., Hellmans S., Rozenberg S.: . Cancer. Principles and Practice of Oncology. Philadelphia: Lippincott Williams a Wilkins, 2001. 3228 s., ISBN 0-781-72229-2
9. Karetová, D. Tromboticke komplikace u nemocných s maligním onemocněním. Vnitřní Lékařstvví. ISSN 0042-773X, 2000, ročník 46, 9/2000, 715 – 718 s.

MUDr. Chovanec Jozef

Poliklinické oddelenie klinickej onkológie

NsP Bardejov

mail: jchovanec@nextra.sk

# VZŤAHOVOSŤ AKO SOCIÁLNA ZODPOVEDNOSŤ V PALIATÍVNEJ STAROSTLIVOSTI

# RELATIONSHIP AS A SOCIAL RESPONSIBILITY IN PALLIATIVE CARE

**Radoslav Lojan**
**Katedre spoločenských vied Teologickej fakulty v Košiciach**

**Abstrakt.**
Príspevok skúma väčšiu angažovanosť kresťanskej komunity v starostlivosti o umierajúcich pacientov v oblasti paliatívnej starostlivosti a dáva si za cieľ vysvetliť, prečo musia byť členovia rodiny a rôzni dobrovoľníci v komunite plne prítomní pri sprevádzaní umierajúceho. Ako stelesnené a vzťahové bytosti, môžeme sprevádzať umierajúceho pacienta ako prejav našej vzájomnej vzťahovosti a byť pre umierajúceho priateľom na ceste umierania. Táto hypotéza je založená na troch argumentoch: 1) naša ľudská existencia je vždy stelesnená a vzťahová; 2) ako ľudské bytosti tvoríme komunitu závislých ľudí, ktorí sú vždy navzájom na sebe závislý; a 3) vzťahová telesná prítomnosť je vždy vzájomne obohacujúca a transformačná.
**Kľúčové slová:** telesnosť, komunita, starostlivosť, človek, etika.

**Abstract.**
Article explores a larger community involvement in caring for dying patients in palliative care, and to explain why family members and various community volunteers need to be fully present and to bear witness to them. I consider this to be vital because as embodied and relational beings, we can all embrace the dying patient's journey as an expression of our own humanity and become for the dying patient caring companions. This is based on three arguments: 1) our human existence is always embodied and relational; 2) as human beings we form a community of dependent people that are always dependent on one another; and 3) caring presence is always mutually enriching and transformative.
**Key words:** embodiment, community, care., men, ethics.

## Úvod

Smrť je prirodzenou súčasťou života človeka. Starostlivosť a sprevádzanie umierajúceho človeka môže byť vrcholom kresťanskej služby, ktorá sa umierajúcemu pacientovi a jeho rodine poskytuje. Otázkou zostáva, či samotná starostlivosť a sprevádzanie je len úlohou ošetrovateľského tímu alebo aj úlohou kresťanskej komunity a jej členov. Táto štúdia vyzýva ku kolektívnej spolupráci odborníkov v ošetrovateľskej starostlivosti ako aj k zapojeniu kresťanskej komunity v starostlivosti o umierajúcich pacientov v paliatívnej starostlivosti. Tento aspekt zapojenia sa kresťanskej komunity do ošetrovateľskej starostlivosti predstavuje totiž pre kresťanov dôležitý rozmer v ich náboženskom živote, pretože prijatie umierajúceho pacienta je prejavom rešpektovania dôstojnosti človeka, výrazom človečenstva, vzájomného prepojenia a možnosťou ako byť oporou na jeho ceste utrpenia a umierania. Dôvodom pre zapojenie sa kresťanskej komunity do ošetrovateľskej starostlivosti predstavujú tieto princípy: 1) naša ľudská existencia je vždy interpersonálna, 2) ľudské bytosti tvoria jedno spoločenstvo na sebe závislých ľudí a 3) bdelá prítomnosť je vždy obojstranne obohacujúca a transformačná.

## Problematika

Všetci ľudia sú odkázaní na pomoc a starostlivosť inej ľudskej bytosti od narodenia až do smrti. Sme na sebe vzájomne závislí v každej fáze nášho života. Remenová analyzuje túto vzájomnú závislosť v rámci opatrovateľských vzťahov a vyhlasuje, že „účasťou na našej schopnosti trpieť môžeme odhaliť jednoduché a hlboké spojenie medzi našou vlastnou zraniteľnosťou a zraniteľnosťou ostatných.“[1] Navyše, naša osobná prítomnosť a aktívna účasť v paliatívnej starostlivosti sa musí vždy vzťahovať na celú komunitu, pretože každý človek je súčasťou väčšieho spoločenstva ľudskej rodiny. Okrem nášho osobného záväzku by mali aj právne zásady a pravidlá podporovať a povzbudzovať celospoločenskú angažovanosť byť telesne prítomný v starostlivosti o umierajúceho pacienta, ktorý je zverený do našej starostlivosti na základe nášho vzájomného interpersonálneho prepojenia.[2] Naša starostlivosť sa nemôže chápať oddelene od svojho sociálneho hľadiska. Kavanaugh kriticky pripomína, že „naše životy staviame na priateľstvách, spoločenstvách a rodinách, kde ide o viac ako o osobné potreby a pohodu. Preto je dôležité sprevádzať našich umierajúcich aj v situáciách ako sú utrpenie a umieranie.“[3] Presnejšie povedané, ak hovoríme o zapojení väčšej komunity do procesu starostlivosti o umierajúcich pacientov a zapojení jej aktérov, musíme tu zahrnúť nielen dobrovoľníkov, rodiny alebo rôznych odborníkov

[1] Porov. R. REMEN, *My Grandfather's blessings*, New York 2000, s. 12.
[2] Porov. E. LÉVINAS, *Totalita a nekonečno*, Praha 1992, s. 112.
[3] Porov. J. F. KAVANAUGH, *Who Count as Persons*, Washington, DC 2001, s. 154.

na zdravotnú starostlivosť ale aj našich susedov, spolupracovníkov a rôznych členov náboženských obcí a neziskových organizácií. Toto zapojenie sa do starostlivosti o umierajúcich pacientov by malo trvať tak dlho ako trvá cesta umierajúceho pacienta, a to aj potom, keď zomrie. Musíme si byť vedomí, že umierajúci ľudia nie sú autonómne ostrovy, ale skôr ľudské bytosti závislé a otvorené prijať pomoc druhého človeka. Tu Kavanaugh dobre poznamenáva, že sa „musíme spýtať sami seba - či už je to študent, filozof alebo občan, ako nás môže viesť skúsenosť zranených, umierajúcich ešte k väčšej láske ich milovať a poslúžiť im, viac ako sa ich báť alebo ich zničiť."[4] Ignorancia a nezapojenie je totiž prehrou pre spoločnosť, ale aj pre ľudstvo samo. Na základe všetkých týchto tvrdení je potrebné zvýrazniť, že viac ako inokedy, je dnes potrebné prebudenie sa k zodpovednosti každého človeka za človeka, ako aj nutnosť väčšej kolektívnej transformácie súčasného stavu hierarchickej a formálnej paliatívnej starostlivosti o tých, ktorí sú najviac zraniteľní a závisí na nás v ich utrpení a umieraní. Tento návrh nás teda vedie k nasledujúcej otázke: čo je potrebné urobiť, aby sme komplexne pochopili význam nášho telesného zapojenia do ošetrovateľskej starostlivosti o umierajúceho pacienta? Domnievam sa, že sa to musí začať so sebapoznaním ošetrujúceho vo vzťahu k sebe samému a vo vzťahu k umierajúcemu pacientovi, to znamená prichádzať k lôžku umierajúceho pacienta s dobrými komunikačnými zručnosťami, so schopnosťou rešpektovať jeho utrpenie a umieranie, jeho ľudskú dôstojnosť, aby sa naplnili potreby umierajúceho človeka podľa jeho konkrétneho stavu a požiadaviek. Takáto osobná starostlivosť by mala viesť skôr k vzájomnej dôvere a načúvaniu svedectva umierajúcich pacientov než k sústredeniu sa na ich liečbu.

Z praktického hľadiska je tu možné začať napr. s udržiavaním pohodlia umierajúceho, otvorenou komunikáciou a pokračovať s jednoduchými gestami ako je držanie rúk, čítaním mu z kníh alebo novín, spievaním piesní alebo modlitbou s ním. A konečne, musíme byť úprimní voči umierajúcim, aby sme ich neviedli do zúfalstva alebo zmätku, ale povedať im pravdu, prejaviť im lásku a ocenenie a čo to pre nás znamená a aké obohacujúce je byť s nimi.[5]

## Zapojenie kresťanských komunít do paliatívnej starostlivosti

Doteraz sme poukázali na zapojenie väčšej komunity do procesu starostlivosti o umierajúcich pacientov. Teraz je namieste predstaviť, aké je dôležité a zásadné zapojenie najmä kresťanskej

[4] *Tamže*, s. 155.

[5] Viac o tomto praktickom hľadisku: K. BARBY a kol., *Opatrovanie ťažko chorých a umierajúcich*, Martin: Osveta, 1988; Ľ. DERŇAROVÁ, Ľ. RYBÁROVÁ, *Potreby človeka a ošetrovateľský proces 1*, Prešov: Prešovská univerzita v Prešove – Fakulta zdravotníctva, 2008.

komunity a jej dobrovoľníkov pre paliatívnu starostlivosť. Prítomnosť kresťanských dobrovoľníkov a spoločenstiev v paliatívnej starostlivosti o umierajúceho človeka musí byť vnímaná nielen v rámci vzájomných vzťahov ale aj ako bdelá prítomnosť, v ktorej Božia starostlivosť a láska sa prejavuje prostredníctvom ľudí, ktorí sú na sebe závislí a vzájomne si pomáhajú rásť do plnosti života. Morálny teológ Christopher Vogt, ktorý sa už dlhý čas venuje skvalitneniu a vytvoreniu nového rámca pre paliatívnu starostlivosť navrhuje nasledujúce riešenie: „Pridanie starostlivosti o nevyliečiteľne chorých a umierajúcich do sociálnej služby farností je jeden možný spôsob ako vidieť túto starostlivosť ako súčasť života. Každý člen komunity by mal plniť úlohu v podpore a starostlivosti o tých, ktorí umierajú.“[6]

Je veľmi dôležité vnímať túto službu a prácu v rámci kresťanskej komunity nielen ako prototyp priateľstva a liturgickej služby ale aj ako prototyp pre telesnú bdelú starostlivosť s dôrazom na vzájomnú závislosť a prepojenosť v rámci celkovej siete sociálnych vzťahov. Zdielaním spoločnej starostlivosti a spravodlivosti v podstate túžime po vzťahu s umierajúcimi pacientmi a sme darom pre nich, tak ako sú oni darom pre nás. Zjednodušene povedané, kresťanská komunita si musí byť vedomá toho, akú úlohu zohráva ich telesnosť a duchovnosť v poskytovaní starostlivosti. Tým, že kresťanskí dobrovoľníci sú si vedomí svojej telesnej a duchovnej prítomnosti, môžu lepšie poslúžiť umierajúcim pacientom a ich rodinám.

V súvislosti s takýmto telesným a duchovným vnímaním sa môže kresťanská komunita ešte viac zamerať na počúvanie umierajúcich, na ich posilnenie, na spoločnú modlitbu, na čítanie a zdieľanie správ alebo obrázkov rovnako ako poskytnúť ich rodinám dôležitú oporu a pomoc. Kresťanskí dobrovoľníci by nikdy nemali opustiť izbu umierajúceho pacienta bez srdečného pozdravu, ale skôr uistiť pacienta pozdravmi ako napr. „ja sa vrátim“, alebo „som tu vždy pre vás“, „Boh je tu s vami“ a pod. Takýto osobný príklad kresťanského dobrovoľníka a jeho prítomnosť môže dať dobrý príklad pre ostatných dobrovoľníkov, členov rodiny ako aj zdravotníkov. Ostáva pravdou, že niekedy ani kresťanskí dobrovoľníci nevedia čo povedať tvárou v tvár umierajúcemu pacientovi alebo čo pre neho urobiť. Avšak, ako ľudské bytosti na sebe vzájomne závislé, musíme venovať pozornosť aj neverbálnej komunikácii tým, že sme iba telesne prítomní pri umierajúcom a sme schopnými prijať aj tiché svedectvo jeho utrpenia a bolesti.

Načúvaniu a pochopeniu predchádza však pozorovanie. Za umierajúceho pacienta tiež hovorí vzhľad, správanie... Pri rozhovore je dôležitá opatrnosť. Čo povedať človeku, ktorý je na konci života? Čo odpovedať chorému človeku, ktorý hovorí o svojej smrti? Doprevádzanie umierajúceho neznamená konanie, ale prispôsobenie sa. Je treba neustále počítať

[6] Porov. CH. VOGT, *Patience, Compassion, Hope, and the Christian Art of Dying Well,* Lanham, MD: Rowman & Littlefield Publishers 2004, s. 23.

s nepredvídateľným. Pomáhať neznamená ísť vpredu, ani mať na vrch, ani sa druhého ujímať, ani sa ubezpečovať pomocou tejto úlohy, ani navrhovať riešenia. Znamená to byť s niekým, vziať ho za ruku, ale nechať sa pritom viesť a dať si ukazovať cestu tým, čo od druhého môžeme vypočuť, dať druhému možnosť, aby sa vyjadril a sám sebe objasnil smer svojich možností.

Vedieť počúvať umierajúceho je skutočne umením. Na tento fakt poukazú aj Pichoud a Thareauová, kde poukazujú na výpoveď umierajúceho človeka: „Keď chcem, aby si ma vypočul a ty mi miesto toho začneš dávať rady, neurobil si, čo som žiadal. Keď chcem, aby si ma vypočul a ty mi miesto toho začneš hovoriť, že by som to nemal takto cítiť, posmievaš sa mojím citom. Keď chcem, aby si ma vypočul a ty cítiš, že by si mi mal niečo urobiť, pretože chceš vyriešiť môj problém, zlyhávaš, pretože to znie zvláštne. Počúvaj, všetko, čo od teba žiadam, je aby si ma počúval. Nie, aby si hovoril niečo, alebo niečo robil, žiadam ťa len, aby si ma vypočul. Chcem konať sám, nie som bezmocný, možno len trošku bezradný a váhavý, ale nie som neschopný. Keď pre mňa robíš niečo čo môžem a potrebujem urobiť sám, prispievaš k môjmu strachu, zvyšuješ moju neschopnosť. Keď však prijímaš ako holú skutočnosť, že cítim to, čo cítim, môžem prestať s presvedčovaním a môžem sa pokúsiť pochopiť, čo sa skrýva za tými iracionálnymi citmi. Prosím ťa teba, načúvaj a počúvaj ma. A ak chceš hovoriť, počkaj chvíľu a ja ti budem načúvať.“[7]

Kresťanské komunity môžu prostredníctvom svojich vlastných pastoračných kanálov (charity) vzdelávať, radiť a organizovať diskusie s osobnosťami ošetrovacieho procesu a paliatívnej starostlivosti alebo aj viac spoločne uvažovať nad témami ako je smrť, umieranie, paliatívna starostlivosť a trúchlenie, a to tak pre svojich vlastných členov, ale aj pre budúcich pacientov a opatrovateľov. Kavanaugh ponúka riešenie: „Musíme vedieť, čo ľudská osoba znamená, ako rešpektovať jej dôstojnosť a ako sa o ňu starať čo najlepšie.“[8] Prostredníctvom tohto komunitného vzdelávania a poradenstva a tiež prostredníctvom diskusií, môžu všetci členovia kresťanských komunít uvažovať nad tým ako už teraz plnšie žiť dar života, ale tiež aj to, ako slúžiť a byť spoločníkmi ostatných ľudí a nikdy neopúšťať niekoho kto trpí a umiera sám. V ľudskej rodine/komunite by nemal zostať trpiaci a umierajúci človek nepovšimnutým.

Každá ľudská osoba je obdarovaná takou dôstojnosťou, pre ktorú si zasluhuje bezpodmienečnú úctu a nikdy ju nemožno zredukovať na užitočný „predmet“, ale vždy musí byť považovaná za subjekt. Nie je „niečo“, ale „niekto“: to platí od okamihu počatia až po smrť. Tu je dôležité pripomenúť, že samotnú dôstojnosť nedostáva človek ani zvonka, ani od niekoho, ani v dôsledku niečoho, ale jedná sa o neodňateľný atribút, neodlučiteľne spojený so samotným obsahom

[7] Porov. PICHOUD, C. – THAREAUOVÁ, I., *Soužití se staršími lidmi*, Portál, Praha 1998, s. 87.
[8] Porov. KAVANAUGH, *Who Count as Persons*, s. 140.

človečenstva. Takto ľudský život, hoci je pre človeka základným dobrom, nadobúda mravný význam až vo vzťahu k dobru osoby, ktoré si treba vždy vážiť kvôli nemu samému: zatiaľ čo zabiť nevinného človeka nie je nikdy dovolené, obetovať vlastný život pre blížneho alebo pre dosvedčenie pravdy (Porov. Jn 15,13) je dovolené, ba dokonca chvályhodné či nevyhnutné.

Človek teda spoznáva, že nie je len zrnkom piesku vo vesmíre, ktorý je preňho čoraz väčší a hrozivejší. Človek, táto malá bytosť, sa z materiálneho pohľadu vidí v tomto v tomto obrovskom vesmíre čoraz väčšmi zatlačený do malého kútika. Napriek tomu však cíti, že svojim duchom presahuje všetky veci, všetky vzdialenosti, ba i priestory. Presahuje ich, lebo objavuje ich zákony, a tiež preto, že sa postupne zmocňuje prírodných síl, využíva ich a používa ich vo svoj prospech. Navyše, kresťanstvo dáva človeku istotu, že jeho víťazstvo nad vecami nie je len prchavým klamom bytosti „narodenej, aby zomrela". Kresťanstvo mu dáva práve istotu, večného povolania a ako počiatok tohto povolania mu zjavuje nekonečnú lásku Boha, ktorý ho stvoril, pozná ho a vyzýva ho k životnému osudu a šťastiu bez konca.[9] Tento aspekt etickej existencie človeka pripomenul aj Jozef kardinál Tomko v knihe *Základné hodnoty človeka*, kde píše: „Človeka nemožno hodnotiť iba na základe užitočnosti alebo škody, ktorú má z neho iný človek; človek nie je iba nástrojom pre blahobyt a tým menej pre číry pôžitok druhého, ináč ho treba odstrániť a zničiť".[10] Ľudská osoba má účasť na svetle a sile Božieho Ducha. Svojím rozumom je schopná pochopiť poriadok uložený samým Stvoriteľom. Človek je tvor spoločenský a má veľký význam aj pre spoločnosť, lebo už svojou prirodzenosťou je určený na život s ľuďmi a pre ľudí. Spoločnosť mu má pomáhať rozvíjať sa a nie ho degradovať alebo ničiť. Kresťanská etika tu môže, čo do budúcnosti zohrať veľmi dôležitú úlohu a tak napomôcť pretváraniu samotných hodnôt.

**Záver**

Kresťanské komunity a jej dobrovoľníci zohrávajú kľúčovú úlohu v paliatívnej starostlivosti. Totiž doba umierania je časom, keď človek skúma svoj život z rôznych uhlov a keď si umierajúci človek/pacient často kladie existenciálne a spirituálne otázky. A práve tu je jeden z prínosov kresťanských komunít a jej dobrovoľníkov. Môžu ponúknuť umierajúcim pacientom a ich rodinám riešenie konkrétnych duchovných otázok a dať pocit zmyslu utrpenia a účelu života. Kresťanská komunita a jej dobrovoľníci, vedomá si svojho poslania, môže ďalej poskytnúť svoju telesnú prítomnosť ako kontext, v ktorom dokáže nielen poskytnúť základnú ošetrovateľskú starostlivosť ale aj vytvoriť priestor pre svedectvo umierajúceho pacienta o svojom utrpení

[9] Porov. SPIAZZI, R.: *Základy sociálnej etiky,* Trnava : Dobrá kniha, 1997, s. 27 – 29.
[10] TOMKO, J.: Základné hodnoty človeka: Život a láska. In: *Duchovný pastier.* Trnava: SSV, roč. LXXII, 1991, s. 395.

a umieraní, a tak mu pomôcť interpretovať zmysluplne a duchovným spôsobom jeho osobné svedectvo, ktoré mu môže priniesť vnútorné uzdravenie a pokoj.

Konečne, zapojenie kresťanských komunít a jej dobrovoľníkov v starostlivosti o umierajúcich pacientov nie je svedectvom o popretí a boji so smrťou, ale o starostlivosti o každú ľudskú osobu ako jednoty telesnosti a duchovnosti. Prítomnosť kresťanských komunít a jej dobrovoľníkov hovorí o prítomnosti Boha, ktorý je sprostredkovaný umierajúcim pacientom skrze ošetrujúcu starostlivosť a telesnú prítomnosť kresťanov a celého paliatívneho tímu ako aj svedectvom Božej lásky a milosrdenstva. Zároveň samotná služba životu je svedectvom vzájomnej a dávajúcej sa lásky.

**Bibliografia:**

BARBY, K. a kol. *Opatrovanie ťažko chorých a umierajúcich*. Martin: Osveta 1988. DERŇAROVÁ, Ľ., RYBÁROVÁ, Ľ.: *Potreby človeka a ošetrovateľský process*. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove 2008. LÉVINAS, E.: *Totalita a nekonečno*. Praha 1992. VOGT, CH. P., *Patience, Compassion, Hope, and the Christian Art of Dying Well,* Lanham, MD: Rowman & Littlefield Publishers 2004. KAVANAUGH, J. F., *Who Count as Persons*, Washington, DC 2001. PICHOUD, C. – THAREAUOVÁ, I., *Soužití se staršími lidmi*, Portál, Praha 1998. TOMKO, J.: Základné hodnoty človeka: Život a láska. In: *Duchovný pastier.* Trnava: SSV, roč. LXXII, 1991.

doc.ThDr. Radoslav Lojan, PhD., MBA
Teologická fakulta Katolíckej univerzity v Ružomberku
e-mail: radoslav.lojan@ku.sk

# KULTURA FUNERÁLNÍ
# FUNERARY CULTURE

**Monika Nová**
**Univerzita Karlova v Prahe**

**Abstrakt**

Text popisuje současnou podobu přístupu ke smrti a pohřbívání. Text se snaží popsat možné faktory kulturní a také jaké jsou možnosti rehabilitace oboru pohřebnictví a přístupu ke smrti, se zaměřením na komemorativní umění jsou v současnosti. Článek s názvem Kultura funerální je zpracována pouze na teoretickém podkladu s cílem popsat jednotlivé rozdíly, které jsou patrné ve vybraných světových náboženstvích, se zaměřením na konečnou fázi života člověka v podobě umírání, smrti a pohřbu. Text má informační charakter. Cílem při zpracovávání bylo poskytnout čtenáři základní kulturně-antropologický obraz a postoje k umírání a smrti. Dále zmapovat v tématu funerální kultury, nové alternativní možnosti, než ty tradiční, které převládají v naší majoritní společnosti.

**Klíčová slova:** Kultura, Pohřbívání, Rituál.

**Abstract**

This article examines population's current relationship with death and burial. The paper aims to explore some of the possible factors of Funerary culture and the traditional approach to death with focus on commemorative art. The article thesis named Funerary culture is based only on theoretical background and it tries to describe individual differences which are obvious in selected world religions, focusing on the final stage of death and burial. This article is supposed to have an informative character. The goal, while making this paper, was to provide the reader with a basic picture of culture- antropology and their attitudes towards death and dying. Then to map the possibility of Funerary culture in the case of death and dying from different cultures and new alternative options to the traditional ones than our general society has.

**Key words:** Burial, Culture, Ritual.

## Úvod

Důležitou součástí jakékoliv kultury v průběhu dějin lidstva byla a je kultura funerální, rozloučení se se zemřelým a uložením jeho ostatků za doprovodu odpovídajících rituálů.

Umírání je stejně důležité jako narození, a stejně jako je narození oslavováno, mělo by se i k umírání přistupovat jako k očekávané události, na kterou je důležité se připravit, kterou je potřeba vypravit, sdílet a prožít.

Slovo „pohřeb“, primárně evokují slova a představa hřbitov, rakev a smuteční hostinu. V globálním hledisku jsou kultury na světě rozmanité, a tak i pohřební rituály jsou mnohdy i velmi odlišné. Můžeme tak objevovat praktiky, které jsou z našeho úhlu pohledu kultury až neobvyklé, ale v místních kulturách mají hluboký význam.

V našem česko-slovenském kulturním prostředí jsou tradiční pohřby často spojené s obřady v kostelech či obřadních síních, po nichž následuje smuteční hostina. V současnosti, se ale čím dál častěji, objevují alternativní přístupy k pohřbívání s tendencí k ekologii a k enviromentálnímu charakteru, jako je například vzpomínkových les, kde si lidé „zakoupí“ strom, ke kterému vysypou kremační popel, nebo stále se zvyšující varianta rozprášení popela ve volné přírodě atd.

Z celosvětového globálního hlediska však můžeme konstatovat, že najdeme mnoho dalších až mnohdy fascinujících alternativ, jak je možné se s blízkými rozloučit.

Každá kultura má vlastní přístup ke smrti, někteří ji vnímají jako přechod do dalšího života, jiní jako spojení s přírodou nebo jako oslavu života samotného.

## 1. Tradiční pohřby v jiných kulturách

Pohřební metody po celém světě odrážejí různé způsoby, jak lidé chápou smrt a přechod do posmrtného života. Mnohé z těchto tradic zdůrazňují propojení mezi mrtvými a živými, ale také hluboké sepětí s přírodou a kulturními hodnotami. Na základě praktických a osobních zkušeností z vlastní zdravotně-sociální praxe, autorka příspěvku popisuje, vybrané tradiční rituální pohřbívání a rozloučení a to z vybraných míst na světě.

### Balzamování a mumifikace

Balzamování a mumifikace jsou fascinující starodávné praktiky, které měly zajistit, aby tělo zesnulého zůstalo zachováno co nejdéle. Nejznámější jsou mumie z dávného Egypta, kde se těla konzervovala pomocí speciálních balzámů, solí a olejů. Tento proces měl zásadní náboženský význam – věřilo se, že zachování těla je klíčové pro duši, aby mohla pokračovat v cestě na onen svět. Balzamování se však dodnes praktikuje i v jiných kulturách, například v některých domorodých kmenech Latinské Ameriky. I zde jde o to, aby duše zesnulého zůstala blízko živých, nebo aby byl zesnulý uctěn během opakovaných rituálů.

**Námořní pohřeb**

Z historického kontextu uvádíme, že po staletí byli námořníci pohřbíváni přímo do moře**.** Tělo bylo zabaleno do plátna a spuštěno do oceánu, tato tradice se dodnes udržuje (poznámka: samozřejmě záleží vždy na finálním rozhodnutí pozůstalých námořníka, či jeho samotným ještě před smrtí). V současnosti se však pohřbíváni do moře stává alternativou nejen pro ty, kdo byl povoláním námořník. Zdůraznujeme, že pohřeb ostatků, které nebyly zpopelněny, je možné provádět alespoň 55 kilometrů od pobřeží a ve vodě minimálně 200 metrů hluboké.

**Tibetský nebeský pohřeb**

V Tibetu věří, že tělo po smrti již duši neslouží, a proto ho darují přírodě. Nebožtíky vynesou vysoko do hor, kde je ponechávají přírodě – většinou hladovým supům. Tibeťané se tak domnívají, že darování těla přírodě symbolizuje návrat k zemi a ukončení cyklu života.

**Pohřeb ve skalách**

Na Filipínách, konkrétně v oblasti Sagada, věří, že čím blíže je tělo k nebi, tím blíže je k duchům a předkům. Proto se mrtví nepohřbívají do země, ale do výšek – na stromy či skály**.** Mrtvá těla jsou zavěšena vysoko na skalách, útesech nebo v průrvách, kde zůstávají po dlouhá léta. Tímto způsobem zavěšené rakve, lze vidět na některých místech ve filipínském regionu Sagada, ale také v čínském Jün-nanu či na indonézském Celebesu.

**Spalování v přírodě**

V Indii je smrt nejen koncem, ale také začátkem nové duchovní cesty. Spalování zemřelých se provádí na venkovních hranicích dřeva v přírodě, nejčastěji na břehu posvátné řeky Gangy. Po spálení těla je popel rozptýlen do vody, což má zajistit zesnulému mír a hladký přechod do dalšího života. Podobné obřady probíhají také v Nepálu a dalších regionech světa.

**Yanomamové a pohřební hostina**

V amazonském pralese mezi Yanomamy mají pohřební obřady trochu jiný tendence. Mrtvé tělo je ponecháno v lese po dobu více než měsíce. Pozůstatky jsou poté za zpěvu celé vesnice spáleny a popel přimíchán do polévky. Tato praxe známá variantu tzv. endokanibalismus a údajně zaručuje, že se duše zemřelého osvobodí ze stárnoucího těla a žije dál celou další generaci.

**Ledové rakve a mumie**

V zemích tzv. „věčného ledu“, není pohřbívání do země vždy možné. Například v Grónsku a dalších arktických oblastech byla těla zesnulých tradičně pohřbívána do ledovců, kde zůstávala konzervována po celá staletí**.** Arktické ledové mumie jsou dodnes předmětem mnoha vědeckých

bádání. Například i na Islandu, se v minulosti těla zemřelých tradičně ukládala do rakví vytesaných z ledu, které sloužily k dočasnému uchování těl, dokud se na jaře neoteplilo a nebylo možné vykopat tradiční hrob.

**Poslední odpočinek v domě**

Tělo zesnulého zůstává po smrti ještě nějakou dobu doma, může v mnoha kulturách působit neobvykle, ale v některých částech světa je tento způsob pohřbu hluboce zakořeněn v tradicích a vírách. Zesnulý tak zůstává nejen v domově své rodiny, ale i v jejích srdcích a rituálech. Tento zvyk se objevuje v různých podobách napříč kontinenty.

Například v indonéském regionu Tana Toraja nechává tamní lid tělo zesnulého v domě rodiny, dokud se nepřipraví velkolepá pohřební ceremonie. Teprve poté může duše opustit tělo. Přípravy jsou často velmi nákladné a mohou trvat měsíce nebo dokonce roky a během celé doby zesnulý zůstává ve svém domě, zatímco rodina o tělo pečuje.

V některých částech Ghany a v dalších západoafrických komunitách je zvykem pohřbívat zesnulé přímo na pozemku rodinného domu nebo dokonce v jeho interiéru. Místní to vnímají jako způsob, jak udržet předky nablízku jak fyzicky, tak duchovně. Zesnulý tak zůstává v blízkosti svých potomků, kteří tímto způsobem vyjadřují hluboký respekt a trvalou duchovní vazbu. Tento rituál odráží víru, že duše předků nadále dohlížejí na své rodiny a zůstávají neoddělitelnou součástí jejich každodenního života.

**Tanec s předky**

Pohřby v Indonésii a na Madagaskaru mají k našim smutečním rituálům velmi daleko. V rámci madagaskarské tradice Famadihana, známé také jako „obracení kostí“, se pozůstatky těl rodinných příslušníků pravidelně vyzvedávají z hrobů, převlékají do nových látek a s doprovodem tance a hudby jsou neseny na ramenou pozůstalých. Podobnou tradici mají také v Indonésii, kde v rámci rituálu Ma'nene domorodci každých několik let vykopávají své předky, oblékají je do nových šatů a pořádají oslavy. Těla mrtvých tak zůstávají součástí rodinného života. Místní lidé to považují za způsob, jak uctít své předky a připomínat si jejich přítomnost. Smrt zde není vnímána jako konec, ale spíše jako příležitost k oslavě života.

## 2. Aktuální moderní trendy v pohřebnictví

Moderní pohřebnictví nabízí několik kreativních a výjimečných možností, jak učinit poslední cestu opravdu speciální. S narůstajícím zájmem o udržitelnost i autenticitu se poslední rozloučení mění a přizpůsobuje moderním hodnotám i technologiím.

Tradiční formy pohřbívání ustupují novým trendům, které kladou důraz na ekologii, originalitu a rostoucí touhu po nových způsobech, jak zachovat památku zemřelých tak, aby byla v souladu s jejich životním stylem i hodnotami. Autorka z důvodu limitovaného prostoru pro text příspěvku, popisuje jen některé alternativy, které jsou v současnosti ve společnosti nabízené a praktikované.

**Ekologické pohřby**

Mezi nejčastější volby patří rakve z biologicky rozložitelných materiálů nebo „ekokapsle" – nádoby, které často obsahují i semínko stromu nebo rostliny. Tento proces nejen podporuje růst nové vegetace, ale také symbolizuje propojení mezi smrtí a pokračováním cyklu života.

Další ekologickou inovací je alkalická hydrolýza, neboli „vodní kremace", při které je tělo rozpuštěno v alkalické tekutině. Tento proces je šetrnější než tradiční kremace a zbytky těla se poté vracejí zpět do přírody, čímž se opět podpoří přírodní cyklus. Tato metoda se už zavádí v USA, Kanadě nebo Španělsku.

Další nová alternativní možnost je tzv. stát se součástí podmořského útesu – kremační popel se použije k vytvoření umělého útesu, který poskytuje nový domov pro mořský život a zanechává po sobě trvalý a živoucí odkaz v hlubinách oceánu.

**Pohřební let: Poslední cesta mezi nebem a hvězdami**

Jedna asi z nejvíce originálních nových alternativních variant je pohřeb v kosmu, kde americké společnosti nabízejí možnost vypuštění popela do vesmíru. Speciální raketový systém zajistí, že popel zůstane na orbitě Země nebo dokonce zamíří do hlubokého vesmíru.

Další alternativa je v podobě pohřbu ve vzdušném balónu. Tento způsob zahrnuje vynesení popela balónem vysoko do nebe, kde balón exploduje a popel se rozptýlí.

Ve Spojených státech amerických a ve Spojeném království Velké Británie je možné nechat smíchat popel s výbušninami a oslavit poslední rozloučení velkolepou světelnou show.

**Památeční diamanty**

Novou alternativou je také tzv. navěky zůstat rodinnou cenností. Některé společnosti nabízejí, že z kremačního popela za speciálních podmínek vytvoří diamant. Drahokam pak mohou pozůstalí nosit jako přívěsek nebo prsten a mít zemřelého tak vždy nablízku.

## Závěr

Ačkoliv se může na první pohled zdát, že je obor pohřebnictví konzervativní a že se nemění, při bližším zkoumání zjistíme, že snahy o jeho proměnu probíhají, ale nejsou tak razantní, dochází k nim pozvolna a prozatím mají dopad pouze na užší okruh společnosti a v určitých oblastech světa jsou více propagovány než například v našem česko-slovenském prostředí, kde zaznamenáváme zvyšující se zájem o ekologické varianty pohřbívání. Konstatujeme, že s ohledem na citlivost tématu, je pozvolná změna jedna z nejlepší možností, jelikož pohřebními rituály dáváme smrti řád. Dodržování společensky nastavených pravidel, tak pomohlo pozůstalým překonat ztrátu blízkého, aniž by museli během svého zármutku tápat, jak jednat a jak se chovat. Jedná se o situaci, se kterou se většina z nás setká pouze v omezeném počtu za život a většinou pod tíhou emocí, přijmeme rádi zažité postupy, které rituály v našem společensko-geografické prostředí mají.

## Literatura

Proti šedi. In: . [cit. 2025-11-12]. Dostupné z: https://protisedi.cz/jak-vypadaji-pohrebni-obrady-ruznych-kultur/

The dramatic differences in funeral costs in different countries [online]. In: . [cit. 2025-11-12]. Dostupné z: https://www.lovemoney.com/gallerylist/114671/the-dramatic-differences in-funeral-costs-in-different-countries

Trendy a statistiky. [online]. [cit. 2025-11-13]. Dostupné z: https://goodbye.cz/trendy-a-statistiky

WATTS, Jonathan S. at Yoshiharu TOMATSU, 2012. Buddhist Care for the Dying and Bereaved. Boston: Simon and Schuster. 312 p. ISBN 978-161-4290- 63-6.

PhDr. Monika Nová, PhD., MPH
Univerzita Karlova v Prahe
*mailt: monika.nova@htf.cuni.cz*

# REŠPEKTOVANIE VÔLE PACIENTA V HOSPICOVÝCH ZARIADENIACH
# RESPECTING PATIENTS' WISHES IN HOSPICE CARE FACILITIES

**MUDr. Peter Stachura, Dr. med., MBA**

**Slovenská zdravotnícka univerzita**

**Katedra paliatívnej medicíny**

**Abstrakt**

**Úvod:** Rešpektovanie vôle pacienta predstavuje základný princíp hospicovej starostlivosti. Vopred vyslovené prianie je nástroj, ktorý umožňuje pacientom zachovať autonómiu aj v situáciách, keď už nemôžu svoje rozhodnutia komunikovať.

**Ciele:** Cieľom príspevku je analyzovať význam rešpektovania vôle pacienta a využívanie vopred vysloveného priania v hospicovej praxi.

**Metodika:** Štúdia má teoretický charakter, opiera sa o analýzu legislatívnych dokumentov, štatistických dát a výsledkov medzinárodných výskumov.

**Výsledky:** Prítomnosť vopred vysloveného priania prispieva k zníženiu konfliktov, zlepšuje komunikáciu s rodinou, znižuje riziko neprimeraných intervencií a zlepšuje kvalitu starostlivosti na konci života.

**Záver:** Vopred vyslovené prianie nie je všeliek, ale predstavuje účinný nástroj rešpektovania dôstojnosti pacienta.

**Kľúčové slová:** hospicová starostlivosť, autonómia pacienta, vopred vyslovené prianie, etické otázky, kvalita starostlivosti

**Abstract**

**Introduction:** Respecting patients' wishes is a fundamental principle of hospice care. Advance Directives allow patients to maintain autonomy even when they are no longer able to express their decisions.

**Objectives:** The aim of this paper is to analyze the importance of respecting patients' wishes and the role of Advance Directives in hospice practice.

**Methods:** This is a theoretical study based on the analysis of legislative documents, statistical data, and findings from international research.
**Results:** The presence of Advance Directives reduces conflicts, improves communication with relatives, decreases the risk of unnecessary interventions, and contributes to higher quality end-of-life care.
**Conclusion:** Advance Directives are not a universal solution, but they represent an effective tool for respecting patients' dignity.
**Key words:** hospice care, patient autonomy, advance directives, ethical issues, quality of care

## Úvod

Dôstojnosť ťažko chorého pacienta je založená na rešpektovaní jeho súkromia, intimity, individuálnych potrieb, ako aj rešpektovaní jeho autonómie v rozhodnutiach. Zároveň je pre dôstojnosť pacienta dôležité podporovať jeho vlastnú sebaúctu a hodnotu. K tomu je potrebná vhodná a citlivá verbálna a neverbálna komunikácia, ako aj adekvátna zdravotno-sociálna starostlivosť.

Autonómia pacienta a jeho dôstojnosť sú úzko späté s právom dostávať úplné a pravdivé informácie, na základe ktorých sa môže pacient rozhodovať o vlastnom živote a zdravotnej starostlivosti. Rešpektovanie vôle pacienta je jedným zo základných etických a právnych princípov aj v hospicovej starostlivosti, kde by mali byť obzvlášť reflektované preferencie pacienta. Umožniť pacientom s nevyliečiteľným ochorením dôstojnú, prirodzenú smrť znamená napríklad aj rešpektovať právo nebyť resuscitovaný v prípade prirodzenej zástavy srdca, alebo právo žiadať deaktiváciu implantovaného kardioverter-defibrilátora (ICD), ktorý môže na konci života vážne narušiť dôstojnosť odchádzania (1). V mnohých krajinách je preto etablovanou súčasťou hospicovej starostlivosti aj zisťovanie preferencií pacienta a zadefinovanie vopred vysloveného priania po dôkladnej komunikácii s pacientom a príbuznými.

Slovensko ratifikovalo dohovor o ochrane ľudských práv a dôstojnosti človeka v súvislosti s aplikáciou biológie a medicíny, v ktorom sa explicitne zdôrazňuje aj význam a prihliadanie na predchádzajúce prianie pacienta v prípade, že pacient nie je schopný vyjadriť svoju vôľu. Žiaľ, ďalšia upravujúca legislatíva chýba, čo spôsobuje určité právne vákuum a neistotu, predovšetkým pre zdravotníckych pracovníkov a zároveň nedáva priestor pacientom jasne zadokumentovať svoju

vôľu ohľadom akceptovateľnej terapie v prípade bezvedomia alebo inéj deteriorácie zdravotného stavu.

**Vopred vyslovené prianie**

Vopred vyslovené prianie je zvyčajne písomný prejav vôle pacienta, v ktorom pacient počas svojho plného vedomia a spôsobilosti na právne úkony určuje akú zdravotnú starostlivosť si želá alebo neželá v budúcnosti, keď už nebude schopný rozhodovať sám (napr. napojenie na prístroje, resuscitácia, umelá výživa, transfúzia, antibiotiká, vypnutie defibrilátora a iné), zároveň kde si môže určiť preferované miesto úmrtia, respektíve kto má právo rozhodovať v jeho mene (splnomocnená osoba), alebo či si praje spirituálnu podporu alebo má iné špecifické želania. Hlavným úmyslom je, aby aj v situácii, keď pacient nemôže komunikovať (napr. v bezvedomí alebo pri ťažkej demencii), zdravotnícky tím a rodina poznali jeho vôľu a rešpektovali ju.

Vopred vyslovené prianie tak podporuje otvorenú komunikáciu o ťažkých témach spojených s priebehom ochorenia a o umieraní, znižuje riziko konfliktov medzi pacientom, príbuznými a zdravotníckym personálom, redukuje potenciálne škodlivé medicínske intervencie, ktoré môžu negatívne ovplyvniť kvalitu života pacienta. Pacienti s tzv. vopred vysloveným prianím podstupujú na konci života menej invazívnych zákrokov a ich príbuzní sú spokojnejší s komunikáciou s lekármi (2).

Rozhodnutie pacienta zadefinovať vopred vysloveným prianím svoje preferencie závisí od viacerých faktorov. Vplýva na to zdravotný stav, vek, etnicita, sociálno-ekonomické postavenie, vzdelanie alebo pohlavie (3).

Vopred vyslovené prianie (VVP) však neprináša iba posilnenie dôstojnosti a autonómie pacienta, ale môže byť spojené aj s morálno-etickými a právnymi kontroverziami. Aká má byť platnosť VVP? Do odvolania alebo sa musí každých niekoľko rokov obnovovať? Je platné VVP aj keď nie je notársky overené? Má sa rešpektovať aj keď sa tým môže ohroziť iný život (napríklad v gravidite)? Veľmi diskutovaná je aj dilema ohľadom demencie. Menia sa preferencie pacienta s postupujúcim ochorením? Môže pacient dopredu zadefinovať, že si neželá enterálnu výživu alebo hydratáciu cez sondu v prípade pokročilej demencie (4; 5)?

Tieto otázky sú nielen otázkou autonómie pacienta, ale zasahujú aj do kultúrno – etických úrovní spoločnosti. Preto je pred legislatívnou úpravou potrebná širšia odborná a spoločenská diskusia. Na druhej strane však tieto dilemy nemôžu byť výhovorkou na zakonzervovanie súčasného stavu, ktorý vopred vyslovené prianie legislatívne neupravuje.

## Záver

Vopred vyslovené prianie nie je všeliekom, ale je účinným nástrojom na rešpektovanie autonómie a dôstojnosti pacienta. Jeho právne zadefinovanie a implementácia do hospicovej, paliatívnej, ale aj zdravotnej starostlivosti je nevyhnutným krokom na komplexné zabezpečenie dôstojnosti pacientov na Slovensku.

## Literatúra


1. Carlsson J, Paul NW, Dann M, Neuzner J, Pfeiffer D. The deactivation of implantable cardioverter-defibrillators: medical, ethical, practical, and legal considerations. Dtsch Arztebl Int. 2012 Aug;109(33-34):535-41. doi: 10.3238/arztebl.2012.0535. Epub 2012 Aug 20. PMID: 23152737; PMCID: PMC3444849.
2. Teno JM, Gruneir A, Schwartz Z, Nanda A, Wetle T. Association Between Advance Directives and Quality of End-of-Life Care: A National Study. Journal of the American Geriatrics Society. 2007;55:189-194. doi:10.1111/j.1532-5415.2007.01045.x
3. Andreasen P, Finne-Soveri UH, Deliens L on behalf of PACE consortium, et al. Advance directives in European long-term care facilities: a cross-sectional survey. BMJ Supportive & Palliative Care. 2022;12:e393-e402.
4. Sergeant A. The problem of value change: Should advance directives hold moral authority for persons living with dementia? Bioethics. 2025 May;39(4):381-388. doi: 10.1111/bioe.13386. Epub 2024 Dec 15. PMID: 39675021; PMCID: PMC12015793.
5. Arias-Casais N, Garralda E, Rhee JY, Lima L de, Pons JJ, Clark D, Hasselaar J, Ling J, Mosoiu D, Centeno C. EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2019. Vilvoorde: EAPC Press; 2019. http://hdl.handle.net/10171/56787



MUDr. Peter Stachura, Dr. med., MBA
Slovenská zdravotnícka univerzita
Katedra paliatívnej medicíny
Limbová 12,
831 05 Bratislava, Slovenská republika
mail: peter.stachura@szu.sk

# PALIATÍVNA A HOSPICOVÁ STAROSTLIVOSŤ VO SVETLE BIBLIE A MAGISTÉRIA CIRKVI
# PALLIATIVE AND HOSPICE CARE IN THE LIGHT OF THE BIBLE AND THE MAGISTRATERY OF THE CHURCH

**Dr.h.c. prof. ThDr. Peter Vansač, PhD.[1] PhDr. Vladimír Noga, PhD.[2], Mgr. Elena Kenderešová, PhD.[3]**

**[1]Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava, n. o.**

**Abstrakt:**

**Úvod:** Paliatívnu a hospicovú starostlivosť Cirkev chápe ako prejav nezištnej lásky a solidarity, ktoré majú oporu v Biblii a v dokumentoch Magistéria Cirkvi. Z tohto dôvodu sme vybrali štyri biblické texty (Kaz 12,1; Ž 72,12–14; Mt 25,36–40; Lk 10,30–37) a osem textov z Magistéria Cirkvi (Katechizmus Katolíckej cirkvi, encykliku Evangelium vitae, dokument Samaritanus bonus a príhovor pápeža Pia XII.), ktoré sme podrobili hermeneutickej analýze s cieľom odhaliť ich podporu pre hospicovú a paliatívnu starostlivosť.

**Cieľ:** Cieľom výskumu bolo preskúmať a interpretovať vybrané biblické texty a texty Magistéria Cirkvi o hospicovej a paliatívnej starostlivosti pomocou hermeneutickej analýzy.

Metódy: Využili sme metódu hermeneutickej analýzy, prostredníctvom ktorej sme sa usilovali porozumieť vybraným textom z Biblie a z dokumentov Magistéria Cirkvi.

**Výsledky:** Analyzovali sme štyri texty z Biblie a osem textov z Magistéria Cirkvi týkajúcich sa paliatívnej a hospicovej starostlivosti. Vytvorili sme štyri kategórie: obsahová oblasť, citát z Biblie a Magistéria Cirkvi, výklad a aplikácia na život.

**Diskusia a závery:** Výsledky ukazujú, že biblické texty poskytujú pevný základ pre rozvoj moderných foriem paliatívnej a hospicovej starostlivosti, ktoré nie sú v rozpore s vierou, ale z nej priamo vyrastajú. Oficiálne učenie Cirkvi ponúka holistický rámec pre hospicovú a paliatívnu starostlivosť, v ktorom sa spája medicína, etika a duchovná dimenzia. Dokumenty Cirkvi zdôrazňujú, že paliatívna starostlivosť nie je len odborným medicínskym prístupom, ale aj prejavom kultúry solidarity, ktorá rešpektuje dôstojnosť a hodnotu každého človeka od narodenia až po prirodzenú smrť.

**Kľúčové slová:** Biblia; hospicová a paliatívna starostlivosť; Magistérium Cirkvi.

**Abstract:**

**Introduction:** The Church understands palliative and hospice care as an expression of selfless love and solidarity, rooted in the Bible and in the documents of the Church's Magisterium. For this reason, we selected four biblical texts (Eccl 12:1; Ps 72:12–14; Mt 25:36–40; Lk 10:30–37) and eight texts from the Magisterium (the Catechism of the Catholic Church, the encyclical Evangelium vitae, the instruction Samaritanus bonus, and a speech by Pope Pius XII), which we subjected to hermeneutical analysis in order to identify their support for hospice and palliative care.

**Aim:** The aim of the research was to examine and interpret selected biblical texts and Magisterium documents on hospice and palliative care through hermeneutical analysis.

Methods: We applied the method of hermeneutical analysis to understand selected biblical texts and documents of the Church's Magisterium.

Results: We analyzed four biblical texts and eight texts from the Magisterium related to palliative and hospice care. Four categories were established: content area, quotation from the Bible and the Magisterium, interpretation, and application to life.

**Discussion and conclusions:** The findings show that biblical texts provide a solid foundation for the development of modern forms of palliative and hospice care, which are not in conflict with faith but directly stem from it. The official teaching of the Church offers a holistic framework for hospice and palliative care, where medicine, ethics, and the spiritual dimension meet. The documents of the Church emphasize that palliative care is not only a professional medical approach but also an expression of a culture of solidarity that respects the dignity and value of every person from birth to natural death.

**Keywords:** Bible; hospice and palliative care; Church's Magisterium.

## Úvod

Boh povoláva všetkých ľudí, aby sa starali o chorých a trpiacich. V mnohých okamihoch nášho života nás Boh môže zámerne zapojiť do starostlivosti o ľudí, ktorí prežívajú chorobu alebo utrpenie. Biblia nás povzbudzuje aby sme boli vnímavý na človeka, ktorý potrebuje našu pomoc. Biblia nám dáva odpovede na otázky, ohľadom choroby, ktoré často trápia človeka:

Aká je súvislosť medzi chorobou a človekom? Biblia dáva do súvislosti chorobu a hriechom ako jeho dôsledok:

1. Vzbura proti Bohu ako to bolo u faraóna:

Faraón na žiadosť Mojžiša a Árona, ktorí mu tlmočili vôľu Boha, aby prepustil židovský národ na slobodu odpovedal: „Kto je Jahve, aby som poslúchol jeho hlas a prepustil Izrael? Ja nepoznám Jahveho a Izrael neprepustím.“ (Ex 4, 1-2). Ak dôsledok tejto zatvrdlivosti a vzbury faraóna Egypťanov postihli egyptské rany. Ako šiesta rana sa objavili vredy, ktoré postihli ľudí, ale i dobytok (porov. Ex 8, 9, 10).

2. Závažné porušenia zákona či predpisu:

V knihe Exodus v tejto súvislosti čítame: „Ale ak nebudeš poslúchať hlas Jahveho, svojho Boha a nebudeš zachovávať jeho prikázania a jeho zákony, ktoré ti dnes prikazujem, doľahnú na teba kliatby.“ (Dt 28, 15). Kniha Deuteronómium ako dôsledok neposlušnosti a opustenie Boha uvádza tieto choroby: mor, vysilenie, horúčku, zimnicu, suchoty (porov. Dt 28, 15 – 22) (Jurašek, Vansač, Ivančo, 2014, s. 200).

Ako sa starať o chorých, ktorí potrebujú našu pomoc?

Praktický prístup ako sa starať o chorých ponuka sv. apoštol Pavol v liste Efezanom. Pavol sa zameriava na konkrétne činy v danom čase. Boží dar *nového* života v Kristovi znamená, že sa môžeme stať darom *jeden pre druhého*. „*Veď sme jeho dielo, stvorení v Kristovi Ježišovi pre dobré skutky, ktoré pripravil Boh, aby sme ich konali“* (Ef 2, 10). Keď sa staráme o druhých, prejavujeme Božiu múdrosť a takto Boh posilňuje nášho vnútorného ducha. Duch Svätý nás otvára, aby sme prijali Ježišovu prítomnosť do samého jadra nášho ja a našich schopností. Naplnení jeho prítomnosťou, naša starostlivosť o druhých pramení z hlbokého uznania, že nás Ježiš miluje (porov. Ef3, 16-19) (Harrower, 2024).

**Paliatívna a hospicová starostlivosť dokumentoch magistéria Cirkvi**

Ľudský život je na svojom začiatku aj na konci veľmi krehký. Zraniteľné nenarodené ľudské bytosti a starší ľudia potrebujú starostlivosť a ochranu. Existujú nekonečné diskusie a etické stanoviská o morálnej hodnote a postavení ľudských embryí a človeka. Na základe týchto argumentov filozofi, lekári a ďalší vedci buď akceptujú potrat alebo eutanáziu, alebo sa stavajú proti potratom a iným technikám a technológiám ničiacim život. Sú ľudia, ktorí tvrdia, že eutanázia je lepšia ako predlžovanie márnych liečebných postupov, a sú aj iní, ktorí sú proti eutanázii. Katolícka cirkev a ďalšie organizácie tvrdia, že nič nemôže ospravedlniť ukončenie, odobratie alebo zabitie nevinného ľudského života **(**Gaudium et spes, 1969*).*

Ján Pavol II. v encyklike Evangelium vitae hovorí o najčastejších ohrozeniach ľudského života a pritom cituje II. vatikánsky koncil, konkrétne Pastorálnu konštitúciu o Cirkvi v súčasnom svete: *„Všetko, čo je proti samému životu, ako vražda každého druhu, genocída, potrat, eutanázia, ako aj samovražda, všetko, čo porušuje celistvosť ľudskej osoby, ako okypťovanie, fyzické a duševné*

*trýznenie, snaha znásilniť človeka v jeho vnútri, všetko, čo uráža ľudskú dôstojnosť, ako sú neľudské životné podmienky, svojvoľné väzenia, deportácie, otroctvo, prostitúcia, obchod so ženami a s mladistvými a tiež potupné pracovné podmienky, v ktorých sa s pracujúcimi zaobchádza ako s obyčajnými nástrojmi zisku, a nie ako so slobodnými a zodpovednými osobami: všetky tieto a im podobné veci sú naozaj hanebné, ničia civilizáciu, pričom viac poškvrňujú tých, ktorí ich páchajú, než tých, ktorí týmto bezprávím trpia a ťažko urážajú Stvoriteľa"*. Pápež hovorí, že sú to znepokojujúce úkazy a vzbudzujú hlboký nepokoj, pretože značná časť verejnej mienky ospravedlňuje prečiny proti životu. V mene práva na slobodu jednotlivca a na tomto predpoklade slobody žiada od štátu nielen beztrestnosť konať takéto skutky, ale konať ich s využitím bezplatnej zdravotníckej starostlivosti.

Pápež Ján Pavol II. v apoštolskom liste Salvifici Doloris hovorí: *„Podobenstvo o milosrdnom Samaritánovi patrí do evanjelia o utrpení, kráča spolu s ním dejinami Cirkvi a kresťanstva, dejinami človeka a ľudstva. Svedčí o tom, že Kristovo zjavenie o spásonosnom zmysle utrpenia sa nijako nestotožňuje z ľahostajnosťou. Práve naopak. Evanjelium je popretím proti nevšímavosti voči utrpeniu. Sám Kristus je predovšetkým v tomto podnikavý! Kristus plní mesiášsky program svojho poslania veľmi dôsledne, „On chodil, dobré robil a uzdravoval všetkých posadnutých diablom" a jeho dobročinné skutky najviac vynikajú zoči-voči ľudským utrpeniam. Podobenstvo o milosrdnom Samaritánovi sa dokonale zhoduje s konaním Ježiša Krista."* Pápež vidí toto podobenstvo o milosrdnom Samaritánovi v dvoch rovinách. Za prvé: konanie Ježiša tu na zemi sa úplne stotožňuje s konaním milosrdného Samaritána. Za druhé: Ježiš chce týmto podobenstvom vplývať na ľudské svedomie, aby človek nebol ľahostajný voči utrpeniu iného človeka.

Kongregácia pre náuku viery vydala *„Samaritanus bonus (Dobrý Samaritán) – List o starostlivosti o osoby v kritických a terminálnych fázach života"* v ktorom definuje paliatívnu a hospicovú starostlivosť takto:

*„Paliatívna starostlivosť je špecializovaná lekárska starostlivosť o ľudí s vážnym ochorením, ktorá sa zameriava na úľavu od príznakov a stresu, kým stále hľadajú kuratívnu liečbu. Pacienti sú kandidátmi na paliatívnu starostlivosť vždy, keď čelia vážnemu ochoreniu. Starostlivosť môže sledovať liečebné aj úľavové ciele, ktoré sa môžu realizovať v priebehu mesiacov, rokov a desaťročí. Tieto ciele sa môžu meniť s progresiou ochorenia alebo stavu. Paliatívna starostlivosť je holistická, pretože ju poskytuje tím lekárov, sestier, sociálnych pracovníkov, kaplánov a ďalších odborníkov, ktorí sa zameriavajú na fyzickú bolesť a manažment symptómov, ako aj na psychosociálne a duchovné potreby. Tím paliatívnej starostlivosti pracuje v službách pacienta, aby koordinoval všetky aspekty starostlivosti, komunikáciu a rozhodovanie, ako aj objasňoval a upravoval ciele starostlivosti v priebehu času, a zároveň ponúkal podporu rodine."*

*„Hospicová starostlivosť je typ paliatívnej starostlivosti, ale s osobitným uznaním a zameraním na blížiaci sa koniec života pacienta – keď cieľom starostlivosti už nie je vyliečenie choroby, ale skôr úľava od nej. Hospicový tím lekárov, zdravotných sestier, sociálnych pracovníkov a kaplánov sa zaoberá obavami pacienta a jeho rodiny súvisiacimi s chorobou a blížiacou sa smrťou. Hospic je určený pre pacientov v konečnom štádiu ochorenia (zvyčajne posledných šesť mesiacov života), pri ktorom už liečebná liečba nie je účinná. Hospic pomáha pacientom dobre žiť so zostávajúcim časom na zemi tým, že ukončuje liečebné opatrenia a naďalej sa zameriava na ciele pohodlia a manažmentu symptómov, ako aj na poskytovanie psychologickej, duchovnej a sociálnej podpory, ktorú pacienti a rodiny potrebujú.“*

Paliatívna starostlivosť je prezentovaná ako komplexný, multidisciplinárny prístup, ktorý sleduje nielen medicínske, ale aj psychologické, sociálne a duchovné potreby pacienta. Dokument zdôrazňuje jej flexibilitu – môže sa poskytovať popri kuratívnej liečbe a meniť svoje ciele podľa priebehu ochorenia.

Hospicová starostlivosť je špecifickou formou paliatívnej starostlivosti, kde sa kuratívne snahy už ukončujú a pozornosť sa sústreďuje na kvalitu zostávajúceho života. Ide o starostlivosť o človeka v poslednej etape pozemského putovania, ktorá sa sústreďuje na pokoj, úľavu od utrpenia a podporu rodiny.

Teologicko-etický význam hospicovej a paliatívnej starostlivosti spočíva v tom, že Cirkev odmieta vnímať posledné štádium života ako čas „zbytočný“ alebo „neproduktívny“. Naopak, vyzdvihuje hodnotu každej chvíle ľudského života a povoláva spoločnosť, zdravotníkov aj rodiny, aby sprítomnili Božiu blízkosť a milosrdenstvo prostredníctvom starostlivosti, ktorá rešpektuje dôstojnosť umierajúceho človeka.

**Cieľ práce**

Cieľom práce je hermeneutickou analýzou biblických textov a vybraných textov Magistéria Cirkvi interpretovať posolstvo o dôstojnosti ľudského života na jeho konci a o zodpovednosti veriaceho človeka i spoločnosti za poskytovanie starostlivosti chorým, slabým a umierajúcim, najmä v kontexte paliatívnej starostlivosti.

**Výskumné otázky**

1. Ako vybrané biblické texty interpretujú starostlivosť o chorých, slabých a umierajúcich ako výraz solidarity a vernosti Bohu?
2. Aké hodnoty a princípy o dôstojnosti života a úcte k slabým zdôrazňuje Magistérium Katolíckej cirkvi vo vzťahu k paliatívnej starostlivosti?

3. V čom sa stretáva biblické posolstvo (napr. podobenstvo o milosrdnom Samaritánovi, (Lk 10,30–37) s učením Cirkvi o odmietnutí eutanázie a o podpore paliatívnej starostlivosti?
4. Ako hermeneutická analýza týchto textov môže prispieť k hlbšiemu pochopeniu kresťanskej identity a praxe v oblasti starostlivosti o chorých a umierajúcich?
5. Aký význam má princíp „osobitnej úcty“ k slabým a trpiacim pre súčasnú medicínsku a spoločenskú diskusiu o paliatívnej starostlivosti?

**Metódy práce**

**Hermeneutická analýza**

Definícia hermeneutického skúmania pochádza z gréckeho slova ermeneuein (ἑρμηνεύειν), teda umenie ako prejavenie, interpretácia, vysvetlenie a odhalenie. Takto to vysvetľuje Hans-Georg Gadamer predstaviteľa filozofickej hermeneutiky (Vieira, Queiroz, 2017, s. 8 - 9)

V zmysle Dannera, 2006, in: (Vieira, Queiroz, 2017, s. 8) v našej práci budeme analyzovať texty Biblie a Magistéria Cirkvi takto:

1. obsahová oblasť
2. biblický citát
3. výklad
4. aplikácia na život.

Sú to základné, vedľajšie významy, ktoré zohľadníme v hermeneutickej analýze (Danner, 2006).

**Výsledky hermeneutickej analýzy**

**Čo hovorí Biblia o starostlivosti na konci života?**

Hoci sa Biblia konkrétne nezaoberá starostlivosťou na konci života, na druhej strane nám hovorí o tom, ako sa máme správať k ľuďom, ktorí sú chorí, chudobní, pocestní, v núdzi. Biblia predovšetkým zdôrazňuje dôležitosť úcty k životu. (*What Does The Bible Say About End Of Life Care*, 2025). Následne uvádzame niekoľko textov z Biblie, ktoré sa vzťahujú na starostlivosť na konci života.

*V dňoch svojej mladosti pamätaj na svojho Stvoriteľa, kým ti neprídu dni nešťastia a kým ťa nezastihnú roky, o ktorých povieš: "Neľúbia sa mi!"* (Kaz 12, 1)

Vyššie uvedený verš je metaforický obraz staršieho veku, ktorý je opísaný ako zima života. Na rozdiel od zimy v prírode zima v živote už neústi do nijakej jari. Tento verš vyzýva človeka k nezištnej nábožnosti, k modlitbe, ktorá je nádejou prítomnosti Boha aj v starobe (*Sväté Písmo Jeruzalemská Biblia*, 2013, poznámka k Kaz 12, 1, s. 1263).

*„On vyslobodí bedára, čo volá k nemu, i chudobného, ktorému nik nepomáha. Zmiluje sa nad chudobným a bedárom, zachráni život úbožiakom. A vyslobodí ich z útlaku a násilia, lebo v jeho očiach je vzácna ich krv“* (Ž 72, 12-14).

V Božích očiach je vzácny každý človek, chudobný, chorý, bedár, všetkých vypočuje, ktorý volajú o pomoc (*Sväté Písmo Jeruzalemská Biblia*, 2013, poznámka k Ž 72, 12, s. 1095).

*„Bol som nahý a priodeli ste ma; bol som chorý a navštívili ste ma; bol som vo väzení a prišli ste ku mne." Vtedy mu spravodliví povedia: "Pane, a kedy sme ťa videli hladného a nakŕmili sme ťa, alebo smädného a dali sme ti piť? Kedy sme ťa videli ako pocestného a pritúlili sme ťa, alebo nahého a priodeli sme ťa? Kedy sme ťa videli chorého alebo vo väzení a prišli sme k tebe?" Kráľ im odpovie: "Veru, hovorím vám: Čokoľvek ste urobili jednému z týchto mojich najmenších bratov, mne ste urobili"* (Mt 25, 36-40).

Podľa podobenstva o poslednom súde ľudia budú súdení podľa skutkov milosrdenstva opísaných biblickým spôsobom, nie podľa svojich výnimočných skutkov (*Sväté Písmo Jeruzalemská Biblia*, 2013, poznámka k Mt 25, 36-40, s. 2033).

Úlohou viery v starostlivosti o ľudí na konci života je poskytovať útechu a nádej tým, ktorí čelia koncu svojho života. Môže dať jednotlivcom a rodinám pocit zmysluplnosti, pokoja a prijatia, keď prechádzajú týmto ťažkým obdobím. Viera povzbudzuje jednotlivcov, aby našli silu prostredníctvom modlitby a duchovného vedenia a poskytla im priestor na zamyslenie a porozumenie v ťažkých časoch.

*Ježiš povedal: "Istý človek zostupoval z Jeruzalema do Jericha a padol do rúk zbojníkov. Tí ho ozbíjali, doráňali, nechali ho polomŕtveho a odišli. Náhodou šiel tou cestou istý kňaz a keď ho uvidel, obišiel ho. Takisto aj levita: keď prišiel na to miesto a uvidel ho, išiel ďalej. No prišiel k nemu istý cestujúci Samaritán a keď ho uvidel, bolo mu ho ľúto. Pristúpil k nemu, nalial mu na rany oleja a vína a obviazal mu ich; vyložil ho na svoje dobytča, zaviezol ho do hostinca a staral sa oň. Na druhý deň vyňal dva denáre, dal ich hostinskému a povedal: "Staraj sa oň a ak vynaložíš viac, ja ti to zaplatím, keď sa budem vracať." Čo myslíš, ktorý z tých troch bol blížnym tomu, čo padol do rúk zbojníkov?" On odpovedal: "Ten, čo mu preukázal milosrdenstvo." A Ježiš mu povedal: "Choď a rob aj ty podobne!"* (Lk 10, 30-37).

Podobenstvo o dobrom Samaritánovi ukazuje, že náš vzťah s trpiacim blížnym nesmie byť charakterizovaný ľahostajnosťou, apatiou, zaujatosťou, strachom zo zašpinenia rúk alebo zaneprázdnenosťou vlastnými záležitosťami. Naše vzťahy by mali zahŕňať vlastnosti pozornosti, počúvania, pochopenia, súcitu a sprevádzania. Potrebný je tu *kontemplatívny pohľad*, ktorý vidí vo vlastnej existencii a v existencii iných jedinečný a neopakovateľný zázrak, prijatý a vítaný ako dar. Každý z nás je pozvaný napodobňovať príklad Samaritána.

**Tabuľka č. 1 Čo hovorí Biblia o starostlivosti na konci života**

| Obsahová oblasť | Biblický citát | Výklad | Aplikácia na život |
|---|---|---|---|
| Pamäť na Stvoriteľa a dôstojné prežívanie staroby | „V dňoch svojej mladosti pamätaj na svojho Stvoriteľa, kým ti neprídu dni nešťastia a kým ťa nezastihnú roky, o ktorých povieš: ‘Neľúbia sa mi!’“ (Kaz 12,1) | Človek má už v mladosti zakotviť život vo viere. Staroba a choroba prinášajú útrapy, ale pevný vzťah s Bohom dáva silu niesť bremená. | Pamäť na Boha dáva zmysel a pokoj aj v starobe. Spoločenstvo má podporovať starých a chorých, aby neboli ponechaní v beznádeji. |
| Božia ochrana slabých a chorých | „On vyslobodí bedára, čo volá k nemu, i chudobného, ktorému nik nepomáha. Zmiluje sa nad chudobným a bedárom, zachráni život úbožiakom...“ (Ž 72,12–14) | Žalm hovorí o Božej spravodlivosti a osobitnej starostlivosti o slabých. Boh vníma hodnotu každého života, zvlášť zraniteľných. | Starostlivosť o chorých a zomierajúcich je pokračovaním Božieho milosrdenstva. Hospicová a paliatívna starostlivosť odráža Boží pohľad na dôstojnosť života. |
| Identifikácia Krista s trpiacimi | „Bol som chorý a navštívili ste ma... Čokoľvek ste urobili jednému z týchto mojich najmenších bratov, mne ste urobili.“ (Mt 25,36–40) | Ježiš sa stotožňuje s trpiacimi. Pravá láska sa prejavuje v konkrétnych skutkoch pomoci a blízkosti. | Pomoc chorým a zomierajúcim je službou samotnému Kristovi. Praktická láska – návšteva, sprevádzanie, útecha – je podstatou kresťanskej identity. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Milosrdenstvo a blízkosť k trpiacim | „...bolo mu ho ľúto... staral sa oň... Choď a rob aj ty podobne!“ (Lk 10,30–37) | Podobenstvo o milosrdnom Samaritánovi ukazuje, že blížnym je ten, kto preukáže milosrdenstvo. | Na konci života je človek odkázaný na pomoc iných. Každý kresťan je pozvaný byť „Samaritánom“ – priblížiť sa k trpiacemu, prakticky pomôcť a niesť náklady lásky. |

Zdroj: Vlastné spracovanie

**Oficiálne učenie Cirkvi o paliatívnej starostlivosti.**

V tejto časti nášho výskumu chceme upriamiť pozornosť na oficiálne učenie Cirkvi o paliatívnej starostlivosti. Účelom tejto časti nie je vnucovať názory Cirkvi zdravotníckym pracovníkom, ale ukázať, že oficiálna Cirkev má na paliatívnu starostlivosť pozitívny pohľad.

Katechizmus Katolíckej cirkvi, ktorý sa zaoberá dôstojnosťou ľudského života a praxou eutanázie, ktorá popiera ľudskú dôstojnosť, povzbudzuje opatrovateľov a rodinných príslušníkov, aby sa k chorým alebo postihnutým osobám správali s „osobitnou úctou“. „*Tí, ktorých životná sila sa zmenšila alebo oslabla, vyžadujú si osobitnú úctu. Choré alebo telesne či mentálne postihnuté osoby treba podporovať, aby mohli, pokiaľ je to možné, viesť normálny život“* ( *Katechizmus Katolíckej cirkvi* , č. 2276). *„Pravé "spolucítenie" vedie totiž k solidarite s cudzou bolesťou, ale nie k zabitiu osoby, ktorej utrpenie nie je možné zniesť.“* ( Evangelium Vitae, 1995, čl. 66)

Dávky omamných látok potrebné na dosiahnutie adekvátnej liečby bolesti pri liečbe niektorých závažných ochorení, ako je rakovina a AIDS, sú spojené s predvídateľným rizikom skrátenia života pacienta. Pápež Pius XII. vo svojom prejave z roku 1957 učil, že je dovolené zmierňovať bolesť omamnými látkami, aj keď to znižuje vedomie pacienta a skracuje jeho/jej život: *„Ak neexistujú iné prostriedky a ak to za daných okolností nebráni plneniu iných náboženských a morálnych povinností... smrť nie je nijako zamýšľaná ani sa o ňu nesnaží... zámerom je jednoducho účinne zmierniť bolesť“* (Pius XII. s. 147).

Cirkev následne potvrdila morálne dovolenú povahu autentickej paliatívnej starostlivosti, pokiaľ sa lieky neužívajú alebo nepredpisujú s úmyslom spôsobiť pacientovi smrť. Katechizmus opisuje paliatívnu starostlivosť ako osobitnú formu lásky, ktorú treba podporovať. *„Ani keď sa smrť*

*pokladá za veľmi blízku, nemožno oprávnene prerušiť liečenie, ktoré sa má zvyčajne poskytovať chorej osobe. Používanie utišujúcich liekov na zmiernenie utrpenia umierajúceho, hoci aj s rizikom, že sa mu tým skráti život, môže byť morálne v zhode s ľudskou dôstojnosťou, ak nie je smrť chcená ani ako cieľ, ani ako prostriedok, ale sa iba predvída a pripúšťa sa ako nevyhnutná. Liečby, ktoré zmierňujú bolesti, sú jednou z vynikajúcich foriem nezištnej lásky. Z tohto dôvodu ich treba podporovať"* (Katechizmus Katolíckej cirkvi, č. 2279).

Cirkev uznáva oprávnenosť paliatívnej starostlivosti, ktorej cieľom je zmierniť utrpenie v poslednom štádiu choroby a zabezpečiť, aby pacienti boli počas celej ich skúšky podporovaní a sprevádzaní. „*V súčasnej medicíne čoraz väčší význam nadobúdajú tzv. "paliatívne terapie", cieľom ktorých je zmiernenie utrpenia pacienta v konečnom štádiu choroby a zabezpečenie potrebnej ľudskej pomoci*" ( Evangelium Vitae, 1995, čl. 65).

Cirkev rozlišuje medzi „mimoriadnou" a „bežnou" starostlivosťou, pričom tá druhá je morálne záväzná: *„Prerušenie nákladných, nebezpečných, mimoriadnych alebo vzhľadom na očakávané výsledky neúmerných liečebných procedúr môže byť oprávnené. Je to odmietnutie „liečby za každú cenu". Nechce sa tým spôsobiť smrť, iba sa prijme, že jej nemožno zabrániť. Rozhodnutie má urobiť chorý, ak je na to oprávnený a je toho schopný; v inom prípade tí, ktorí sú na to oprávnení podľa zákona, pričom majú vždy rešpektovať rozumnú vôľu a oprávnené záujmy chorého."* (Katechizmus Katolíckej cirkvi , č. 2278).

Aj keď sa smrť považuje za bezprostrednú, pacienti by mali na základe svojej ľudskej dôstojnosti naďalej dostávať *„bežnú"* starostlivosť. Takáto starostlivosť zahŕňa ošetrovateľskú starostlivosť, hygienu a paliatívnu starostlivosť. Zahŕňa aj výživu a hydratáciu, perorálnu alebo s umelou pomocou, ak to pomáha udržiavať pacientov život bez toho, aby mu to spôsobovalo vážnu záťaž (The charter for health care workers, 1995).

Umožnenie pacientovi zomrieť prirodzenou smrťou s dôstojnosťou sa nerovná eutanázii. Hoci nie je prípustné a je v skutočnosti odsúdeniahodné spôsobiť smrť pacientov hladovaním alebo dehydratáciou (*Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services* November 17, 2009)

Pri poskytovaní paliatívnej starostlivosti a upúšťaní od „príliš horlivej" liečby nie je cieľom ukončiť pacientov život, ale naopak, zaobchádzať s pacientom s dôstojnosťou a rešpektom. Pacientova smrť je akceptovaná bez toho, aby bola vôľou alebo zámerne urýchlená. V oboch prípadoch vidíme v praxi princíp dvojitého účinku. Niektoré formy liečby môžu mať dva účinky – jeden dobrý (napríklad úľava od bolesti) a jeden zlý (skrátenie pacientovho života). Za vhodných okolností môže byť liečba poskytnutá z dôvodu zamýšľaného dobrého účinku, napriek možnosti predvídateľného, ale nezamýšľaného zlého účinku (porov. Katechizmus Katolíckej cirkvi , č.

1737). Kľúčovou otázkou je, čo sa človek snaží dosiahnuť daným lekárskym rozhodnutím. Ak je zámerom zabiť alebo skrátiť pacientov život, potom to nie je morálne ospravedlniteľné.

Kongregácia pre náuku viery v roku 2020 vydala list *„Samaritanus bonus (Dobrý Samaritán)* o starostlivosti o osoby v kritických fázach života v ktorom na tému paliatívnej starostlivosti píše: „*Paliatívna starostlivosť by mala zahŕňať duchovnú pomoc pacientom a ich rodinám. Takáto pomoc inšpiruje vieru a nádej v Boha u smrteľne chorých, ako aj u ich rodín, ktorým pomáha prijať smrť ich blízkej osoby. Je to nevyhnutný príspevok, ktorý ponúkajú pastoračnú pracovníci a celé kresťanské spoločenstvo. Podľa vzoru dobrého Samaritána prijatie prekonáva popieranie a nádej víťazí nad úzkosťou,[66] najmä vtedy, keď sa blíži koniec a utrpenie sa predlžuje zhoršujúcou sa patológiou. V tejto fáze identifikácia účinnej terapie na zmiernenie bolesti umožňuje pacientovi čeliť chorobe a smrti bez strachu z neznesiteľnej bolesti. Takúto starostlivosť musí sprevádzať bratská podpora, aby sa znížila osamelosť, ktorú pacienti pociťujú, keď nie sú dostatočne podporovaní alebo pochopení vo svojich ťažkostiach.“*

Keď sa staráme o chorých, marginalizovaných a umierajúcich, skutočne sa staráme o Neho/Boha. Ako často hovorievala zosnulá Matka Tereza, slúžila „skrytému Ježišovi“ v najchudobnejších z chudobných v Kalkate.

**Tabuľka č. 2 Oficiálne učenie Cirkvi o paliatívnej starostlivosti**

| **Obsahová oblasť** | **Citát z učenia Cirkvi** | **Výklad** | **Aplikácia na život** |
|---|---|---|---|
| Úcta k slabým a chorým | „Tí, ktorých životná sila sa zmenšila alebo oslabla, vyžadujú si osobitnú úctu...“ (KKC 2276) | Cirkev zdôrazňuje dôstojnosť každého človeka bez ohľadu na zdravotný stav. Choroba či postihnutie neznižujú hodnotu života. | V spoločnosti i v rodinách treba podporovať chorých a slabých, aby sa cítili prijatí a mali možnosť viesť čo najplnohodnotnejšie život. |
| Pravé spolucítenie | „Pravé 'spolucítenie' vedie... nie k zabitiu osoby...“ (Evangelium Vitae 66) | Spolucítenie nesmie byť zamieňané s eutanáziou. Skutočná solidarita znamená zmierniť | Pri sprevádzaní trpiacich treba hľadať cesty pomoci, nie skrátenia života. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | utrpenie, nie odstrániť človeka. | Morálnou úlohou je byť nablízku a stáť pri nich. |
| Utišovanie bolesti | „...zámerom je zmierniť bolesť... smrť nie je nijako zamýšľaná...“ (Pius XII) | Morálne je dovolené použiť lieky aj s rizikom skrátenia života, ak cieľom nie je smrť, ale úľava od bolesti. | Lekári i rodiny majú právo využiť paliatívne metódy, ktoré prinášajú pokoj umierajúcim, bez obáv zo zásahu proti dôstojnosti života. |
| Morálna hodnota paliatívnej liečby | „...utišujúce lieky... môžu byť morálne v zhode s ľudskou dôstojnosťou...“ (KKC 2279) | Cirkev chápe paliatívnu starostlivosť ako formu nezištnej lásky. Zmiernenie bolesti nie je v rozpore s vierou. | Zdravotníci aj rodina majú podporovať zmierňovanie utrpenia, chápané ako prejav lásky a služby trpiacemu. |
| Význam paliatívnej terapie | „V súčasnej medicíne... cieľom je zmiernenie utrpenia pacienta...“ (Evangelium Vitae 65) | Paliatívna starostlivosť má osobitné miesto v modernom zdravotníctve, lebo kladie dôraz na človeka a jeho dôstojnosť. | Spoločnosť má podporovať rozvoj paliatívnych zariadení a dostupnosť tejto starostlivosti pre všetkých. |
| Odmietnutie neprimeranej liečby | „Prerušenie... neúmerných liečebných procedúr môže byť oprávnené...“ (KKC 2278) | Nevyžaduje sa „liečba za každú cenu“. Je morálne legitímne prijať blížiacu sa smrť a nepredlžovať utrpenie. | Chorý alebo jeho blízki majú právo rozhodnúť o ukončení nezmyselnej či preťažujúcej liečby, |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | ak rešpektujú dôstojnosť života. |
| Princíp dvojitého účinku | „Niektoré formy liečby môžu mať dva účinky...“ (KKC 1737) | Etická zásada umožňuje prijať liečbu s dobrým úmyslom (úľava), aj keď prináša vedľajší zlý účinok (skrátenie života). | Pri rozhodovaní je dôležité rozlišovať úmysel – ak cieľom je dobro pacienta, konanie je morálne prípustné. |
| Duchovná pomoc v paliatívnej starostlivosti | Paliatívna starostlivosť by mala zahŕňať duchovnú pomoc pacientom a ich rodinám (Samaritanus bonus). | Paliatívna starostlivosť nie je len medicínsky proces, ale aj duchovná a pastoračná podpora. Duchovná dimenzia pomáha človeku niesť bremeno choroby a dáva nádej. | Zapájať kňazov, pastoračných pracovníkov a duchovných sprievodcov do starostlivosti o pacienta a jeho rodinu. |

Zdroj: Vlastné spracovanie

**Diskusia**

Analýza biblických textov poukazuje na to, že starostlivosť o človeka na konci života nie je okrajovou, ale ústrednou témou kresťanskej viery. Jednotlivé texty, hoci pochádzajú z rôznych kontextov a literárnych žánrov, vytvárajú jednotný obraz: dôstojnosť staroby a umierania pramení z pevného vzťahu s Bohom a z láskyplnej blízkosti spoločenstva.

Najprv sa ukazuje, že základom pre pokojné prežívanie posledných etáp života je osobné zakotvenie vo viere (Kaz 12,1). Ten, kto pamätá na Stvoriteľa už v mladosti, vie aj v čase úpadku čerpať silu z dôvery v Boha. Tento rozmer nie je len individuálny, ale aj komunitný: starší a chorí majú byť podporovaní, aby nezostali v osamelosti a beznádeji.

Texty žalmu (Ž 72,12–14) zdôrazňujú Božiu preferenčnú starostlivosť o slabých a trpiacich. Tu sa prelína sociálny a duchovný rozmer – starostlivosť o zomierajúcich nie je len medicínskou alebo psychologickou úlohou, ale aj duchovnou službou, ktorá odráža Boží pohľad na hodnotu každého života. Paliatívna starostlivosť sa tak dá chápať ako súčasná forma uskutočňovania Božieho milosrdenstva.

Evanjeliové texty posúvajú interpretáciu ešte ďalej. V Matúšovi 25 (Mt 25,36–40) je pomoc chorým a zomierajúcim explicitne stotožnená so službou samotnému Kristovi. Ide teda o podstatný znak kresťanskej identity: praktická láska k slabým nie je fakultatívna, ale konštitutívna pre vieru. Podobenstvo o milosrdnom Samaritánovi (Lk 10,30–37) zároveň ukazuje, že kresťanská starostlivosť nemá hranice – blížnym je každý trpiaci človek, bez ohľadu na jeho pôvod či náboženstvo.

Všetky tieto texty spoločne zdôrazňujú, že starostlivosť na konci života má trojaký rozmer:

1. **Duchovný** – zakorenenie vo viere dáva zmysel aj uprostred utrpenia.
2. **Komunitný** – spoločenstvo nesie zodpovednosť, aby nik nezostal osamelý.
3. **Praktický** – konkrétne skutky milosrdenstva (návšteva, sprevádzanie, pomoc) sú prejavom lásky, ktorá má cenu aj vtedy, keď nemožno chorého uzdraviť.

Táto hermeneutická analýza ukazuje, že oficiálne učenie Cirkvi v oblasti paliatívnej starostlivosti vytvára konzistentný rámec, ktorý spája medicínske, etické a duchovné aspekty. Pri čítaní jednotlivých princípov možno identifikovať niekoľko nosných línií diskusie:

**1. Dôstojnosť človeka ako základ**

Všetky citované texty zdôrazňujú, že hodnota ľudského života nezávisí od zdravotného stavu, produktivity či autonómie človeka. Toto východisko kontrastuje s niektorými súčasnými sekulárnymi trendmi, kde sa často zdôrazňuje kvalita života meraná jeho výkonom alebo subjektívnym komfortom. Cirkev preto pripomína, že každý chorý a slabý má nárok na úctu a podporu.

**2. Odmietnutie eutanázie a podpora pravého spolucítenia**

Kľúčovým bodom je odlíšenie medzi eutanáziou a autentickým spolucítením. Učenie Cirkvi zdôrazňuje, že pomoc trpiacim sa nesmie redukovať na odstránenie ich života, ale na hľadanie foriem podpory, ktoré zmiernia bolesť a zabezpečia sprevádzanie. V kontexte dnešných etických diskusií o práve „zvoliť si smrť“ je tento prístup výraznou alternatívou.

**3. Paliatívna starostlivosť ako prejav lásky**

Cirkev chápe paliatívnu terapiu ako akt nezištnej lásky a solidarity. Táto perspektíva presahuje čisto medicínsku rovinu a otvára otázky duchovnej a existenciálnej podpory pacienta. V

modernom zdravotníctve, ktoré môže byť často orientované na techniku a výkon, tento aspekt posilňuje potrebu holistického prístupu.

**4. Etické hranice liečby**

Dôležitou oblasťou je odmietnutie neprimeranej liečby, ktorá už neprináša úžitok a iba predlžuje utrpenie. Cirkev umožňuje ukončiť neúmernú terapiu, čo vytvára most medzi vierou a medicínskou praxou rešpektujúcou pacientovo dobro. V tomto bode je zreteľná aplikácia princípu proporcionality v liečbe.

**5. Princíp dvojitého účinku**

Etické rozlišovanie medzi úmyslom a dôsledkom sa stáva praktickým nástrojom pri rozhodovaní o liečbe. Tento princíp poskytuje zdravotníkom aj rodinám morálne oporu v zložitých situáciách, kde každé rozhodnutie nesie so sebou riziko.

**6. Sociálno-kultúrny rozmer**

Výroky pápeža Františka ukazujú, že paliatívna starostlivosť nie je iba súkromnou či individuálnou otázkou, ale dotýka sa celej spoločnosti. Ide o kultúrny postoj, ktorý môže byť indikátorom skutočného pokroku spoločnosti.

**Syntéza:**

Diskusia ukazuje, že oficiálne učenie Cirkvi poskytuje holistický rámec pre hospicovú a paliatívnu starostlivosť, kde sa stretáva medicína, etika a duchovná dimenzia. Podčiarkuje, že paliatívna starostlivosť nie je len odborným medicínskym prístupom, ale aj prejavom kultúry solidarity, ktorá rešpektuje dôstojnosť a hodnotu každého človeka až do prirodzenej smrti.

## Záver

Biblické texty aj oficiálne učenie Katolíckej cirkvi predstavujú jednotnú líniu interpretácie života a smrti v perspektíve viery. Biblia ponúka základné teologické princípy: človek je povolaný k životu v spoločenstve s Bohom, pričom slabosť, choroba a utrpenie sa stávajú miestom Božej prítomnosti a príležitosťou na prejavenie lásky. V evanjeliových obrazoch chorých a trpiacich sa ukazuje, že kritériom pravého vzťahu k Bohu je postoj k slabým.

Učenie Cirkvi tieto princípy ďalej rozvíja a konkretizuje v kontexte modernej medicíny. Zdôrazňuje, že paliatívna starostlivosť je prejavom autentického súcitu a solidarity. Odmieta eutanáziu ako falošné riešenie, no zároveň vyzýva k odmietnutiu neprimeraného predlžovania

života bez zmyslu. Dôstojnosť človeka nie je podmienená jeho zdravotným stavom, ale je zakorenená v samotnom bytí, ktoré je darom od Boha.

Spoločným menovateľom biblických textov a učenia Magistéria Cirkvi je dôraz na rešpekt k životu a dôstojnosti človeka až do prirodzeného konca. Tento prístup má nielen teologicko-morálny, ale aj praktický rozmer: vytvára základ pre rozvoj kvalitnej paliatívnej starostlivosti, ktorá spája medicínsku odbornosť so spirituálnym a ľudským rozmerom.

Celková hermeneutická reflexia teda ukazuje, že kresťanský pohľad na starostlivosť o chorých a umierajúcich je integrovaným modelom, ktorý spája biblickú nádej, morálne normy Cirkvi a praktickú solidaritu spoločnosti.

**Zoznam bibliografických odkazov**

Campion B. Pain relief at the end of life: an application of the principle of double effect. Bioethics Matters.13,no. 2. 2015 February:1-4.

Catholic University of America,. The New Catholic Encyclopedia, Second Edition, p 934. ISBN 0-7876-4004-2.

Congregation for the Doctrine of the Faith. Samaritanus bonus: On the care of personsin the critical and terminal phases of life (Vatican City: Libreria Editrice Vaticana, 2020), [online]. 2020, [cit. 2025-08-27]. Dostupné z: https://press.vatican.va/content/salastampa/en/bollettino/pubblico/2020/09/22/200922a.html

Crown Hospice. 2025. *What Does The Bible Say About End Of Life Care*, [online]. 2025, [cit. 2025-08-27]. Dostupné z: https://crownhospice.com/what-does-the-bible-say-about-end-of-life-care/

Danner, H., Hermeneutik. in Methoden geisteswissenschaftlicher Pädagogik. Einführung in Hermeneutik,Phänomenologie und Dialektik, (München: Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag, 2006) p. 268, ISBN 3-8252-0947-4

Druhý Vatikánsky koncil. Gaudium et spes, *Pastorálna* konštitúcia o Cirkvi v súčasnom svete, In: Dokumenty druhého vatikánskeho koncilu I., SSV, Bratislava 1969.

František. 2024. Neopúšťajme starých ľudí, [online]. 2024, [cit. 2025-08-27]. Dostupné z: https://www.vaticannews.va/sk/cirkev/news/2024-06/papez-neopustajme-starych-ludi.html

Harrower, S. 5 Lessons from Ephesians on Caring for the Sick & Distressed, In:WordbyWord, [online]. 2024, [cit. 2025-08-27]. Dostupné z: https://www.logos.com/grow/nook-ephesians-care-one-another/

Ján Pavol II.: Encyklika Evangelium vitae, O hodnote a nenarušiteľnosti ľudského života. Trnava : SSV, 1995, 199 s. ISBN 80-969416-5-8.

Ján Pavol II.: *Salvifici Doloris,* Apoštolský list o kresťanskom zmysle ľudského utrpenia, Spolok svätého Vojtecha Trnava 1998, ISBN 80-7162-243-5

Jurašek, M., Vansač, P., Ivančo, J. Biblický pohľad na chorobu a utrpenie, In: HANOBIK, F., MICHEĽ, R., PRONĚKOVÁ, M. MALINKOVÁ, G., (eds.) Postavenie hospicov v legislatíve Slovenskej republiky, Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie, Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava, Detašované pracovisko Kráľovnej Pokoja z Medžugoria Bardejov 2014, s. 196 - 210, ISBN: 978-80-8132-121-4.

*Katechizmus katolíckej cirkvi.*(1999) Trnava, 1999, s. 918, ISBN 80-7162-259-12007

Pius XII, ADDRESS of February 24, 1957: AAS 49 (1957), p. 147, [online]. 1995, [cit. 2025-08-27]. Dostupné z: https://nacn-usa.org/wp-content/uploads/Pius-XII-1957-On-the-Religious-and-Moral-Implications-of-Analgesia.pdf

*Sväté Písmo Jeruzalemská Biblia*,( 2013). Dobrá kniha Trnava 2013, 2554 s. ISBN978-807141-797-1.

*Sväté Písmo Starého i Nového zákona. 1998*. Spolok svätého Vojtecha Trnava 1998, ISBN 80-7162-236-2.

The Pontifical Council for Pastoral Assistance to Health Care Workers. The charter for health care workers, [online]. 1995, [cit. 2025-08-27]. Dostupné z: https://www.vatican.va/roman_curia/pontifical_councils/hlthwork/documents/rc_pc_hlthwork_doc_19950101_charter_en.html

United States Conference of Catholic Bishops. *Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services*. USCCB; November 17, 2009.

Vieira, K. A. L., Queiroz, G. M. Hermeneutic Content Analysis: a method of textual analysis, In: International Journal of Business Marketing and Management (IJBMM)
Volume 2 Issue 8 September 2017, p. 8-15, ISSN: 2456-4559

Dr. h. c. Prof. ThDr. Peter Vansač, PhD.
Inštitút bl. Metóda Dominika Trčku, Michalovce,
Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava, n. o.
e-mail: vansac@vssvalzbety.sk

PhDr. Vladimír Noga, PhD.
Inštitút bl. Metóda Dominika Trčku, Michalovce,
Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava, n. o.
e-mail: noga.vladimir@gmail.com

ň

# PALIATÍVNA MEDICÍNA - POHĽAD DERMATOLÓGA
# PALLIATIVE MEDICINE – A DERMATOLOGIST'S PERSPECTIVE

**MUDr. Hana Zelenková, PhD., MBA**
**SANARE spol s r.o., Súkromná kožná klinika Svidník**

**Abstrakt**

Paliatívna medicína - multidisciplinárny, stále sa rozvíjajúci odbor. Nie je možné sa v krátkej publikácii zaoberať sociálnou a ekonomickou stránkou paliatívnej medicíny ako celku a pracoviskami zaoberajúcimi sa vyslovene paliatívnou medicínou. Pohľad dermatológa vychádza z premisy - koža je zrkadlom - a teda povie odborníkovi vždy čo sa v organizme deje a aké obrazy pri rôznych ochoreniach je možné cez kožu vnímať. A pokiaľ schopnosti a možnosti dovolia, problémy riešiť. Veľa geriatrických pacientov a ich rodinných príslušníkov na prejavy skutočne závažných (a rozvíjajúcich sa) ochorení reagujú nie vždy pozitívnym pohľadom. Ale možnosti tu sú a je iba na vôli a možnej (nevyhnutnej) edukácii rodiny a ošetrujúceho personálu pacientovi aktívne pomôcť. Dermatológ sa s prejavmi závažných chorobných obrazov v kontexte paliatívnej medicíny stretáva napríklad u tumorov kože, paraneoplastických prejavoch, ťažkých herpesov zoster , chronických devastujúcich ulcerácií dolných končatín, dekubitov, kandidóz, liekových exantémov a parazitárnych ochorení - demodikóz.. Práve vývoj nových vyšetrovacích metód (sonikácia) a vývoj nových ošetrovacích materiálov sú pre mnohých pacientov (a ošetrujúci personál) až neuveriteľnou pomocou ako zvládnuť priebeh ochorenia. Teda aj závažné prejavy a najmä proaktívny prístup umožňujú v mnohých prípadoch aspoň parciálne uspokojivo zvládnuť a zlepšiť tak pacientom kvalitu života.

**Kľúčové slová:** dermatológ, paliatívna medicína, terapeutické možnosti

**Abstract**

Palliative medicine is a multidisciplinary, constantly evolving field. It is therefore not possible to address the social and economic aspects of palliative medicine as a whole and workplaces dealing exclusively with palliative medicine in a short publication. A dermatologist's view is based on the premise that the skin is a mirror - and therefore always tells the specialist what is happening in the

body and what pictures of various diseases can be perceived through the skin. If the specialist's abilities and possibilities allow, he or she can then solve the problems. Many geriatric patients and their family members do not always respond to the manifestations of truly serious (and developing) diseases in a positive way. But the possibilities are there, and it is only a matter of will and possible (necessary) education of the family and nursing staff to actively help the patient. In palliative medicine, dermatologists encounter serious clinical pictures in the form of skin tumors, paraneoplastic manifestations, severe herpes zoster, chronic devastating ulcerations of the lower extremities, pressure ulcers, candidiasis, drug exanthems, and parasitic diseases such as demodicosis. The development of new examination methods (sonication) and new treatment materials is an incredible help for many patients (and nursing staff) in managing the course of the disease. Thus, even severe symptoms and, in particular, a proactive approach make it possible in many cases to manage the disease at least partially satisfactorily and thus improve the patient's quality of life.
**Key words:** dermatologist , palliative medicine , therapeutic possibilities

## Úvod

Paliatívna medicína je multidisciplinárny, stále sa rozvíjajúci odbor, o čom svedčí aj závery z posledného 19 svetového kongresu Európskej asociácie pre paliatívnu starostlivosť (EAPC) v konaného v máji 2025 v Helsinkách. Boli prezentované mimoriadne zaujímavé a významné témy, vrátane aplikácie umelej inteligencie (AI). Rovnako stále pribúda aj množstvo publikácií, v SR vznikajú občianske združenia (napríklad Podenka, zakladateľka Zuzana Kadlec) ako aj vzrastá záujem poslancov NR SR o túto problematiku. O tom svedčí Konferencia o paliatívnej starostlivosti 21.6.2024, ktorá sa uskutočnila pri výročí druhého výročia prijatia novely zákona, ktorej schválením vtedajší parlament zadefinoval paliatívnu starostlivosť na Slovensku. Takto sa otvorili možnosti na rozvoj – a najmä akcentáciu na skutočnosť, že paliatívna starostlivosť na Slovensku nemôže byť okrajovou témou (12,13. 18, 19, 35, 36).

## Paliatívna medicína – pohľad dermatológa

Vychádza z premisy - koža je zrkadlom - a povie vždy čo sa v organizme deje a aké obrazy je možné pri rôznych ochoreniach vnímať. Ale mimoriadne dôležitým je fakt a apel na lekára - pokiaľ schopnosti a možnosti dovolia, ich aj aktívne riešiť. Samozrejmým problémom v SR je dnešná sociálna a ekonomická situácia, ktorá uspokojivý prístup k adekvátnemu

riešeniu nie vždy umožňuje. Žiaľ, časté sú aj reakcie a pasívne konštatovanie: „nie je mi pomoci“ . Sú registrované u geriatrických pacientov a ich rodinných príslušníkov a to pri prejavoch skutočne závažných (a rozvíjajúcich sa) ochorení. Výsledkom je iracionálne odmietanie možných terapeutických riešení. A keď v mnohých skutočných prípadoch je síce zjavná ozajstná snaha, a aj keď parciálne možnosti sú. Ale bohužiaľ, ako bolo spomenuté - nie všetky prejavy a následné aj psychické a sociálne problémy sa dajú uspokojivo riešiť.... Ale prioritná je v konečnom dôsledku vôľa a možná (nevyhnutná) edukácia rodiny a ošetrujúceho personálu pacientovi aktívne pomôcť. Čo je v podstate apelom na dôstojné zvládnutie choroby....(lekári a ostatní zdravotnícky pracovníci tomu veríme). V tomto smere pre mňa osobne bola veľmi dôležitá vlastná skúsenosť – návšteva leprosária na Kube, nemocnice v Indonézii, Indii, Južnej Amerike a mnohé iné (11. 12,13. 18, 19, 23, 35, 36).

**Paliatívna starostlivosť - paleta kožných prejavov u pacientov**

Spektrum kožných ochorení v kontexte paliatívnej medicíny s ktorými sa denne stretáva lekár a ošetrujúci personál zahŕňa napríklad tumory kože, paraneoplastické prejavy, ťažké, komplikované herpesy zoster, rozsiahle kandidózy, liekové exantémy, parazitárne ochorenia - demodikózy, dekubity, chronické devastujúce ulcerácie dolných končatín, bakteriálne superinfekcie a mnohé iné. Dokumentácia, fotodokumentácia a tou zachytená dynamika zmien prejavov je viac ako žiaduca. Na pracovisku SANARE spol. s r. o,, oddelenie DOST - súkromná kožná klinika Svidník je spomenuté cielene vykonávané. Prvé vyšetrenie u všetkých typov tumorov sa na kožnej ambulancii sa vykonáva nielen klinicky, ale v prípade suspektných tumorov samozrejme dermatoskopom. Ďalej je realizované mikroskospické vyšetrenie, stery ma bakteriálnu, vírusovú, mykotickú infekciu, histologické a iné pomocné vyšetrenia. Na ostatné spolupracujúce externé pracoviská sú priebežne dodávané pokyny a aj potrebný materiál k ošetrovaniu. Finálna, veľmi náročná starostlivosť o pacientov je príkladná - za skvelej spolupráce zamestnancov hospicov, DSS alebo ADOS. Len v skratke základné informácie o spektre ochorení spadajúcich do spektra paliatívnej starostlivosti z pohľadu dermatológa.

**Basocellulárny karcinóm (3, 4, 5, 6, 10, 14, 17, 19, 21, 25, 27, 33)**

Basocellulárny karcinóm (BCC, bazalióm), najčastejší tumor v bielej populácii (18-40%), kedy tvorí . až 80 % nemelanómových kožných nádorov. Frekventovaný je najmä v populácii nad 60 rokov, ale aj u mladších vekových skupín je zaznamenaný jeho vzostup. Predpokladá sa, že v súvislosti so starnutím populácie bude mať BCC pravdepodobne vyššiu incidenciu ako všetky iné nádory spolu. Je typický pomalým expanzívnym rastom, nemetastazuje, metastázy sa vyvíjajú

výnimočne. Ale niektoré typy BCC tú mimoriadne lokálne agresívne s inváziou okolitých tkanív. To následne (najmä pri zanedbaní možnej terapie) vedie u niektorých pacientov k rozsiahlym zmenám a funkčnému poškodeniu Včasná diagnostika a liečba sú rozhodujúcimi faktormi úspešného ovplyvnenia a terapeutického manažmentu ochorenia. Súčasné možnosti liečby umožňujú efektívnu terapiu bazaliómov prispôsobenú individuálnym potrebám pacienta.
Klinicky sa rozlišujú tieto morfologické typy bazaliómov: superficiálny/pagetoidný (sBCC); , nodulárny; morfeaformný/sklerodermiformný; pigmentovaný; vegetujúci; terebrujúci.
Liečbu možno rozdeliť na: chirurgickú (excízia, mikrografická chirurgia, kryoterapia, kyretáž a kauterizácia a $CO_2$ laser), nechirurgickú (lokálna terapia imiquimodom, 5-fluorouracilom, fotodynamická terapia a rádioterapia)

**Spinocelulárny karcinom (1, 4, 5, 6, 10, 14, 17, 19, 21, 27)**

Spinocelulárny karcinóm kože je bežný typ rakoviny kože a zvyčajne neohrozuje život. Pokiaľ sa nelieči, môže sa zväčšiť alebo rozšíriť aj do iných častí tela s vážnymi komplikáciami, ako sú metastázy (prevažne lymfatickou cestou). Incidencia v našej populácii zodpovedá asi 11/100 000, v porovnaní s bazaliómom sa vyskytuje menej často (cca 1:10).Väčšina spinocelulárnych karcinómov kože je spôsobená nadmernou expozíciou ultrafialovému (UV) žiareniu. Najčastejšie sa vyskytuje na koži vystavenej slnku. pokožka hlavy, chrbty rúk, uši alebo pery, ale aj kdekoľvek na tele. Rozvoj ochorenia kože ovplyvňujú aj iné faktory – oslabenie imunitného systému, komorbidity, dlhodobé vystavovanie kože karcinogénom. Rozhodujúcim pre definitívne stanovanie diagnózy a ďalšieho terapeutického postupu (lokálna, systémová, kombinovaná) je histologické vyšetrenie ložiská na koži.

**Malígny melanóm (1, 2, 4,5,7,8,10,19, 27)**

Melanóm je zhubný nádor kože, vznikajúci malígnou transformáciou melanocytov kdekoľvek v ľudskom tele. Najčastejšia je predovšetkým kožná forma, ale nezriedka sa objaví aj v oku či na iných slizniciach (volva). Žiaľ, patrí k najzákernejším tumorom, najmä pre svoju schopnosť rýchlej tvorby metastáz. Melanóm často vzniká z rôznych pigmentových névov, ale dve tretiny melanómov vznikajú tzv. „de novo“ – bez preexistujúcej pigmentovej lézie na klinicky normálnej koži či sliznici. K rizikovým skupinám patria ľudia nad 60 rokov, alebo pacienti, ktorí už prekonali inú kožnú malignitu. Veľmi rizikovým faktorom je melanóm u prvolíniových príbuzných, teda bledá pokožka, pacienti s mnohopočetnými pigmentovými léziami - névami – viac ako v počte 50. Ďalej pacienti nad 50 rokov, u ktorých je známe chronické poškodenie kože slnečným žiarením. Pri včasnej diagnostike je na prvom mieste chirurgická liečba. V prípade

dokázania metastáz sa volí adekvátna liečba: rádioterapia, chemoterapia, kombinovaná alebo najnovšie - biologická liečba. V SR existujú a vykonávajú svoju činnosť tzv. špecializované melanómové komisie. Pacienti sú ďalej dispenzarizovaní u svojho onkológa/onkodermatológa, plán kontrol je určený štádiom ochorenia.

**Paraneoplastické prejavy - (4, 10, 22, 24, 27, 29,)**

Paraneoplastické dermatózy sú kožné prejavy, ktoré sa objavujú v súvislosti s prítomnosťou zhubného nádoru v tele. Tieto kožné zmeny nie sú priamym dôsledkom šírenia nádoru do kože, ale sú spôsobené rôznymi faktormi uvoľňovanými nádorom alebo imunitnou reakciou tela na nádor. Patogenéza paraneoplázií nie je presne známa a prejavy sú mimoriadne pestré, často veľkým diferenciálne diagnostickým problémom a sú stále predmetom výskumu.

**Liekové exantémy (4, 10, 27, 34)**

Liekový exantém - typ dermatózy vznikajúci ako nežiaduci účinok po rôznej aplikácii lieku (systémová (spray, i.m., i.v, infúzie), lokálna), a to nezávisle od množstva podanej látky. Prejavy sú veľmi pestré a zvyčajne postihujú rozsiahle oblasti povrchu tela. Pri systémovom postihnutí sú to najčastejšie oblasti extenzorov horných končatín a predná stena hrudníka. Niekedy bývajú postihnuté aj sliznice, prípadne aj vnútorné orgány. Liekové exantémy môžu a často aj sprevádzajú pocity nevoľnosti, celkový dyskomfort, zvýšená telesná teplota, svrbenie. Diferenciálne diagnosticky je veľmi závažné rozpoznávame viacero typov liekových exantémov v závislosti od času výsevu po expozícii danému lieku. Napríklad u antibiotík až 7 deň po podaní. Niekedy sa objavujú aj prejavy menšieho alebo väčšieho krvácania do kože v podobe petechií, ekchymóz, purpury. Mimoriadne závažný, aj keď vzácny je Lyellov syndróm reakcia organizmu v podobe toxickej epidermálnej nekrolýzy. Následná systémová starostlivosť je nevyhnutná.

**Herpes zoster (4, 10, 27, 40)**

Herpes zoster je veľmi nepríjemné infekčné ochorenie vyvolané vírusom varicella zoster - VZV, patriacim do skupiny alfa-herpesvírusov. Základným problémom je fakt, že po prekonaní varicelly pretrváva vírus v organizme a je možnosť prejavov vírusovej infekcie v dospelosti. Vrchol výskytu je medzi 60-70 rokom života. Rizikové skupiny sú pacienti s oslabenou imunitou, hormonálnymi poruchami, onkologickí pacienti alebo s metabolickým syndrómom, osoby s HIV . Je ale popísaný aj herpes zoster ako post COVID komplikácia!! Dôležitým kofaktorom pre prejavy je extrémne zvýšená únava, stres, zlá životospráva. V zahraničí sú publikácie a v nich popísané prípady herpes zoster ako nežiaduce efekty pri biologickej liečbe

(evidované aj v SR). Iniciálnym prejavom je zvyčajne bolesť a následne sa na postihnutých oblastiach kože vyskytnú typické zmeny pásov začervenanej kože s pľuzgierikmi až drobnými rankami, neskôr chrastami. Najčastejšie sú prejavy jednostranne na hrudníku (oblasť dermatómov), bruchu, menej často na polovici tváre s postihom oka, ucha, dutiny ústnej a prechodom až do vlasov. Celkové pocity sú u každého pacienta individuálne - od nevýrazných po mimoriadne dramatické so zväčšením lymfatických uzlín. K vzácnym komplikáciám patrí komplikácie Ramsay-Huntov syndróm - kedy VZV napadne jeden z obličajových nervov s parciálnym alebo totálnym ochrnutím. Vážne komplikácie - čiastočná alebo úplná strata sluchu, poškodenie zraku (vysychanie rohovky). Terapia antivirotikami patrí výhradne do rúk lekára!!!! Samozrejmosťou sú analgetiká, vitamíny B,E, pri svrbení antihistaminiká. Očkovanie možné, ale dáva sa očkovať iba málo osôb, napriek existencii a dostupnosti vakcíny.

**Intertrigo (4,10,16,27)**

Intertrigo nezriedkavé ochorenie tak detí aj dospelých. Veľmi pestré - povrchové pestré zápalové zmeny na koži so vznikom na miestach so zvýšeným tlakom alebo - trením. Axily, u žien oblasť pod prsníkmi, prevísajúce bruško, perineum, inguíny, intergluteálne priestory, medzi prstové priestory nôh. Prejavy sú zhoršované vysokými teplotami, vlhkosťou, maceráciou kože, minimálnym vetraním, imobilitou. Problémom je pomerne častý fakt, že Intertrigo sa často sekundárne infikuje, najmä kvasinkou Candida, alebo bakteriálne. Liečba je lokálna, pri infekciách aj systémová.

**Scabies (4, 10,27, 32, 38)**

Svrab – parazitárne ochorenie, nie minulosť, ale veľmi aktívna prítomnosť, a žiaľ podcenená a najmä veľmi často zle diagnostikovaná realita a vážny epidemiologický problém. Rozšírenie je podporované výrazne zníženým hygienickým štandardom v minoritných komunitách, podcenením priameho kontaktu (mladí športovci, mega hudobné a iné festivaly a pod) a cestovaním Vyvolávateľ - zákožka svrabová (Sarcoptes scabiei var. hominis) sa následne šíri v rodinách, bežnej populácii, kolektívoch, zariadeniach sociálnych služieb, školách, obchodných centrách (skúšobné kabínky) Pre ochorenie je typické nočné svrbenie, papulózne výsevy, chodbičky v interdigitálnych priestoroch rúk aj nôh,. Napriek typickému obrazu je svrab často zamieňaný za ekzém, alergiu alebo psychogénny pruritus a žiaľ, pri nerešpektovaní odporúčaných preventívnych opatrení sú recidívy časté!!!! Problémom stále zostáva odmietanie diagnózy a zbytočná a často mnohomesačná až ročná terapia.

**Dekubity (4, 10,13,18,26, 27, 30, 35, 41)**

Preležaniny sú napriek pokrokom v medicíne stále vážny problém. Utrpenie pacientov a niekedy až ohrozenie života a teda veľmi komplexný boj s dekubitmi sa stáva jednou z priorít zdravotníctva nielen v SR. Výskyt a následné hodnotenie dekubitov patrí medzi desať významných kritérií hodnotenia kvality ošetrovateľskej starostlivosti. Nejde iba o závažný problém pacientov hospitalizovaných v rôznych zariadeniach, ale aj v domácom prostredí. Rozlišuje sa I – IV stupeň dekubitu a z neho sa odvíja následná liečba. Tá je konzervatívna alebo operačná. V podstate často sú pre bakteriálnu superinfekciu podávané celkovo antibiotiká, lokálne antiseptické roztoky, masti, muláže dekubitov s rôznym obsahom aktívnych látok podporujúcich čistenie spodiny dekubitu (uhlík, obsah striebra, medi, biokeramika, a iné), podpora granulácie a epitelizácie. Samotné ošetrovanie predstavuje zložitý komplex opatrení (rozhoduje celkový stav pacienta, lokálny nález). Pre finálny uspokojivý efekt je dôležitá liečba základného ochorenia a zlepšenie celkového stavu a komfortu pacienta. K základným preventívnym opatreniam patrí aktívny a pasívny pohyb, polohovanie pacienta, aktívne antidekubitné matrace, Samozrejmosťou je boj proti infekcii, Celkovo sú často žiaduce aj analgetiká.

**Chronické rany dolných končatín (4, 9, 10,15, 20,27, 28, 31, 37, 39, 41)**

Väčšina chronických rán dolných končatín je podmienená chronickou venóznou insuficienciou (CVI) – ulcus cruris venosum. Ďalšími variantmi je ulcus cruris arteriosum, ulcus cruris mixtum. Patria sem aj dekubity K základným kofaktorom vzniku ulcerácií patrí trauma, miestne metabolické zmeny, infekcie – bakteriálne, mykotické (povrchové, hlboké), vírusové, syphylis, samo poškodzovanie, paraziti, znížený prah hojenia (z rôznych komorbidit). Ku komplikáciám treba na prvom mieste menovať bakteriálnu superinfekciu - erysipelas, mykotickú infekciu, ulcerácie pri diabetes mellitus. Rizikoví sú imunodeficientní, onko pacienti a iné skupiny. Liečba chronických rán je stále významný a základný zdravotnícky problém a vyplýva z vedomostí terapeuta a aj jednotlivej epochy vedomostí, Finálny efekt liečby je závislý aj od remeselného vývoja ošetrovacích materiálov (vata, gáza, špeciálne obväzy, prípravky na čistenie, atď.). Najčastejšie chronické rany v ambulancii dermatológa sú ulcera cruris venóznej etiológie. Terapeut musí vždy zobrať do úvahy všetky faktory ovplyvňujúce hojenie chronických rán na prvom mieste systémové (vek pacienta, pridružené ochorenia, stav výživy, anémia, centrálna hypoxia, imobilizácia, imunita, nádorové ochorenia, lieky, spánok, návyky, atď.). Významnú rolu zohráva lokálny nález a okolnosti - porucha hemodynamiky, hĺbka defektu, veľkosť, spodina,

lokalizácia, okraje defektu, nevyhnutný debridement, hypoxia, okolie defektu. Nezanedbateľnou je veľakrát mikrobiálna infekcia. Moderné ošetrovacie prípravky (aj na oplachy rán a čistenie okolia defektov) sú dostupné v uspokojivých variantoch a veľkostiach, Umožňujú predovšetkým kvalitné ošetrenie, domáce cestou ADOS, mobilných hospicov, sociálnych zariadení - DSS.

Edukácia personálu, rodinných príslušníkov alebo pacienta je nevyhnutná. Veľmi často samotný pacient nie je schopný si sám zabezpečiť adekvátnu starostlivosť.. K výhodám použitia moderných obväzov patrí predĺženie frekvencie preväzov. Pre dlhodobo nehojace sa defekty sa s úspechom využívajú napríklad moderné ošetrovacie materiály (Cerdak - využiteľný aj pri sonikácii) , Nawalution, čistiace UCS vreckovky, masť s elektrolytom, Cutimed Sorbion Sorbact (profylaxia včasnej infekcie), Vliwacel a iné, Uvedené produkty je možné používať aj na iné chronické ulcerácie nielen v oblasti predkolenia (venózne, arteriálne, diabetické, dekubity, rany po excízii fistúl a ložísk hnisu, traumatické rany). Kaltostat (z morských rias) a uhlíkové obväzy sa využívajú aj pre zastavenie krvácania. Fyzikálny mechanizmus účinku uvedených prípravkov nezvyšuje rezistenciu proti baktériám, hubám, kvasinkám, neexistuje riziko systémovej resorpcie, alebo toxického pôsobenia na zdravé tkanivo. Nie sú známe žiadne nežiaduce vedľajšie účinky pri použití, ani riziká cytotoxicity používaných materiálov. Potrebná medikácia alebo ošetrovacie materiály sú na požiadanie priebežne dodávané. Pokiaľ je technicky možné – vykonávané „živé“ kontroly pacienta

Problematika hojenia často rozsiahlych aj cirkulárnych defektov je nielen pohľad medicínsky ale aj sociálny Pacienti, ako bolo zmienené, trpia mnohými komorbiditami (metabolický syndróm). A pre úspech hojenia je dôležitý vek a mobilita pacienta. Veľmi dôležitý je konkrétny individuálny terapeutický postup. Samotná liečba ulcerácií je dlhodobá, vyžaduje maximálnu trpezlivosť. Pacientom sú často predpisované antibiotiká, ale nie vždy cielene zasiahnu bakteriálnu vyvolávajúcu infekciu. Z tohto ohľadu je vynikajúce čoraz častejšie využívanie sonikácie.

Sonikácia je alternatívna laboratórno-diagnostická metóda principiálne využívajúca biokeramické krytie a ultrazvuk. Metóda poskytuje podrobnejšie informácie o bakteriálnom osídlení nehojacej sa rany ako štandardný ster. A teda mala by sa v praxi využiť a na mnohých pracoviskách sa už aj využíva na cielenú a účinnejšiu antibiotickú liečbu. V konečnom dôsledku teda racionálnu a reálnu a nevyhnutnú a tým slúžiacu pre komfort pacienta !!! K prioritám pracoviska - SANARE spol. s r.o,, pracovisko DOST - Súkromná kožná klinika patrí, že vyše 40 rokov sú realizované „Kurzy hojenia rán a ošetrovania problematických prejavov, na koži“ pre lekárov, SZP zamestnancov ADOS, DSS a hospicov.

**Diskusia**

V predloženej práci sú zámerne udávané iba základné informácie. Prehľad je malou inšpiráciou aká pestrá je paleta ochorení v rámci paliatívnej starostlivosti, s ktorou sa dermatológ dnes a denne stretáva. Základným apelom ale je, nikdy diagnostiku a terapiu nevzdávať. Veľa typov ošetrení sú spočiatku nepríjemné a komplikované. Z hľadiska úspechu je vhodné nebáť sa použiť nové postupy a materiály!! Veľmi často je potrebné a nevyhnutné pacienta veľmi dôrazne usmerniť. Terapia uvedených typov ochorení nebola zámerne komplexne zmienená, na to by boli potrebné ďalšie publikácie.

**Záver**

Dermatológ sa detailne nemôže zaoberať sociálnou a ekonomickou stránkou paliatívnej medicíny ako celku. Rovnako ani problematike hospicov a geriatrických pracovísk a samozrejme aj tých pracovísk zaoberajúcich sa vyslovene paliatívnou medicínou. Jeho úloha patrí do sféry multidisciplinárnej starostlivosti. Prejavy a ich riešenie - proaktívny prístup sa dajú v mnohých prípadoch aspoň parciálne uspokojivo zvládnuť a zlepšiť tak pacientom kvalitu života.

Všetci ale chceme byť zaujatí tým, čo každý deň robíme, aby sme naplnili svoje poslanie. Dermatológia nikdy nebola, a platí to obzvlášť dnes, iba o predpísaní mastičiek a vodičiek.... U pacientov zaradených do kategórie paliatívnej medicíny v žiadnom prípade nesmie platiť tichá rezignácia. Preto je v tomto smere nevyhnutné stále vzdelávanie a používanie progresívnych metód. A dôležitá je trpezlivosť, trpezlivosť a trpezlivosť.

**Literatúra**


1. Bartoš V; Kullová M Spinocelulárny karcinóm kože – hodnotenie histopatologických nálezov a porovnávanie TNM klasifikácií v súbore diagnostikovaných prípadov Dermatol. prax, 2013, 7(4): 109–112
2. Bobrovská M, Mináriková E, Plank L. Diagnostika malígneho melanómu. Onkológia (Bratisl.). 2009;4(3)144−148.
3. Bowers B., Basset-Séguin N., Colver G., Finlay AY., Neumann M., Ulri.,Sterry W. Gudelie for the management of Basal Cell Carcinoma. Cs Dermatol 81, suppl 2, 2006, 1-11

4. Braun-Falco O, Plewig G, Wolf H. Dermatológia a venerológia. Martin: Osveta, 2001. 1475 s.
5. Diepgen TL, Mahler V. The epidemiology of skin cancer. Br J Dermatol 146, 2002, 1–6
6. Edge SB, Byrd DR, Compton CC, Fritz AG, Greene FL, Trotti A (Eds). AJCC cancer staging manual. 7th Edition. New York: Springer 2010: 649.
7. Eggermont AM, Spatz A, Robert C. Cutaneous melanoma. Lancet. 2014;383(9919):816e27.
8. Garbe C, Peris K, Hauschild A, et al. Diagnosis and treatment of melanoma. European consensus – based interdisciplinary guideline – Update 2016. European Journal of Cancer. 2016;63:201−217.
9. Gloviczki P, Yao JST (eds.): Handbook of Venous Disorders. 2nd ed. Guidelines of the American Venous Forum. Arnold, London, 2001, s. 557.
10. Hercogová J a kol Klinická dermatovenerologie I a II díl, Mladá fronta 2019
11. Horský Otto Návšteva leprosária na Kube, spolupráca s Klubem H+Z ; In: Zelenková H Cesty, cesty, cesty aneb stále na cestách kolem světa, 2020
12. Križanová, Kristina. "Paliatívna Medicína a Terminálna Starostlivosť." Novinky v Anestéziológii, Algeziológii a Intenzívnej Medicíne 2013. Prešov: Akcent Print, 2013. 183-90. Google. Web. 24 May 2015. <http://www.lf.upjs.sk/ceea/doc5/Zbornik%20CEEA%202013%205_kurz.pdf Archivované 2015-05-25 na Wayback Machine>.
13. Kupka, M. Psychosociální Aspekty Paliativní Péče. Praha: Grada, 2014. Google Books. Web. 24 May 2015. <https://books.google.cz/books?id=RXhEBQAAQBAJ>.
14. Matthiesen C, Thompson S, Ahmad S et al. A comparison of the sixth and seventh editions of the AJCC TNM systems Dermatológia pre prax | 2013; 7(4) | www.solen.sk (T2–T4) non-melanoma skin cancers treated with radiotherapy. J Radiat Oncol, 2013; 2(1): 79–85.
15. Mazuch. J. a kol: Chirurgické aspekty chronickej venóznej insuficiencie dolných končatín, Martin, Osveta, 2006, 186 s.
16. Metin A, Dilek N, Bilgili SG. Recurrent candidal intertrigo: challenges and solutions. Clin Cosmet Investig Dermatol. 2018 Apr 17;11:175-185. doi: 10.2147/CCID.S127841. PMID: 29713190; PMCID: PMC5909782.Miller DL, Weinstock MA.:. Nonmelanoma skin cancer in the United States: incidence. J Am Acad Dermatol. 30, 1994, 774-8.
17. Mogensen M, Jemec BEG. Diagnosis of Nonmelanoma Skin Cancer/Keratinocyte Carcinoma: a Review of Diagnostic Accuracy of Nonelanoma Skin Cancer Diagnostic Tests and Technologies .Dermatol Surg 2007; 33: 1158–1174.

18. Mrocek M Základné princípy paliatívnej a hospicovej starostlivosti Onkológia (Bratisl.), 2017; roč. 12(6): 394–397
19. Nordly M, Vadstrup ES, Sjøgren P, Kurita GP. Home-based specialized palliative care in patients with advanced cancer: A systematic review. Palliat Support Care. 2016;14(6):713−724.
20. Pharmacare Slovakia https://www.pharmacare.sk
21. Poláková K. Nemelanómová rakovina kože – etiopatogenéza, klinický obraz, diagnostika a liečba. Onkológia (Bratisl.), 2009; 4(3): 154–159.
22. Pospíšilová A. Paraneoplastické dermatózy, špecifické a nešpecifické kožní projevy malignity. Praktický lekár. ČR, Praha, 2000, roč. 80, č. 12, s. 695-698. ISSN 0032-6739.
23. Rayner L, Price A, Evans A, et al. Antidepressants for the treatment of depression in palliative care: systematic review and meta-analysis. Palliat Med. 2011; 25(1):36−51.
24. Ramos-e-Silva M, Carvalho JC, Carneiro SC. Cutaneous paraneoplasia, Clinics in Dermatology 29, Elsevier 2011: 541–547.
25. Subcommittee of the EDF: Guedeline for the Management of Basal cell carcinoma. Čes.-slov. Derm. 2006; 81: 2–11.
26. Šeflová L, Stejskalová P, Daniš L:. Dekubity v praxi. Pro Sestry [online]. 2016, roč. 5, vol. 13, s. 263-267, dostupné také z https://www.solen.cz/pdfs/med/2016/05/12.pdf>. ISSN –.
27. ŠTORK, Jiří, et al. Dermatovenerologie. 2. vydání. Praha : Galén, 2013. 502 s. ISBN 978-80-7262-898-8.
28. Štvrtinová V Prevencia a liečba chronickej venóznej insuficiencie. Via practica | 2009; 6 (10) | www.solen.sk
29. Švarcová K Machovcová A :Kožní paraneoplázie Onkologie 2016; 10(2): 72–75
30. www.dekubity.eu
31. www.hojenieran.sk
32. Totková A., Klobušický M. – Lekárska parazitológia, Osveta, 2008
33. Urbanček S. Bazocelulárny karcinom. IN VITRO 02/2018 Dermatovenerológia
34. Viktorinová M Lékové exantémy po celkovém podání léků Med. praxi 2011; 8(4): 181–185
35. Vorlíček J, Adam Z, Pospíšilová Y Paliativní Medicína: Druhé, Přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2004. Google Books. Web. 24 May 2015. <https://books.google.cz/books?id=MrZaAgAAQBAJ>.

36. World Health Organization (WHO) definition of palliative care, available online at http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en (Accessed on November 17, 2017).
37. Zelenková, H.: Problematika hojenia cirkulárnych ulcerácií z pohľadu dermatologa. Obezita a metabolický syndróm, Zborník prác 2023, s.495-510
**38.** Zelenková, H.: Paraziti a parazitofobie. Česká dermato-venerologie 2023,13,č 2, p.14-20
39. Zelenková H Ulcus cruris venosum z pohľadu dermatovenerológa. In Mazuch J a kol. Komplexný medicínsky pohľad na varixy dolných končatín, ich komplikácie a súčasné možnosti liečby. Vydavateľstvo P+M 2023
**40.** Zelenková H Problém menom Herpes zoster. Konferencia všeobecných lekárov 2024 Tatry Hotel Bellevue
41. Zelenková H.,Telepunová E.: Sonikácia - základné informácie a výsledky využitia nielen v dermatológii. Kongres Léčba rány 2025, 16.-17. ledna 2025, Pardubice, book of abstrakts

---

Obrazová dokumentácia. Zdroj: Zelenková, 2024 k príspevku:
Paliatívna medicína - pohľad dermatológa
(Palliative medicine – a dermatologist's perspective)
je v časti Prílohy.

Prim. MUDr. Hana Zelenková, PhD., MBA
SANARE spol s r.o., Hrabová 735/10, 08901 Svidník
Pracovisko DOST - Súkromná kožná klinika Svidník, ul. Dr. Pribulu 2, 08901 Svidník
mail: zelenkova@vl.sk

# PRÍLOHY

**Príloha: Obrazová dokumentácia. Zdroj: Zelenková, 2024.**
**Paliatívna medicína - pohľad dermatológa (Palliative medicine – a dermatologist's perspective)**



Obr. č. 1 Basalioma - ulcus teebrans s rýchlou progresiou



Obr. č. 2 Spinocelulárny karcinom



Obr. č 3  Lymfosarkóm  s rýchlym priebehom a metastázami



Obr. č 4 Paraneoplastický prejav u pacienta s karcinómom hrubého čreva



Obr č. 5 Rozsiahly herpes zoster



Obr. č. 6 Rozsiahle prejavy scabiesu



Obr. č. 7 Dekubitus III stupeň



Obr. č. 8 Rozsiahla ulcerácia predkolenia

**Obrazová dokumentácia:**
Zdroj: Zelenková, 2024 so súhlasom pacientov a ich príbuzných

v časti Prílohy:
k príspevku:
**Paliatívna medicína - pohľad dermatológa**
**Palliative medicine – a dermatologist's perspective**

**Zborník zo XIV. Vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou:**
**„Stabilita a dlhodobá udržateľnosť pre poskytovateľov paliatívnej starostlivosti v kontexte nových opatrení“**

**Editori**
PhDr. Anna Hudáková, PhD., MBA
PhDr. Dagmar Magurová, PhD., MPH

**Vydavateľ:** A-print s.r.o. Lipovce pri Prešove

**Rok vydania:** 2025
**Počet strán:** 204
**Náklad:** 100 ks
**ISBN:** 978-80-89721-62-7
**EAN:** 9788089721627

ARCIDIECEZNÁ Charita KOŠICE



**Bardejov 2025**