

Vybrané komunikačné úskalia geriatrickej paliatívnej starostlivosti

MUDr. Lucia Šimoňáková

Oddelenie vnútorného lekárstva a geriatrickej, FNsP J. A. Reimana, Prešov

Zomieranie síce prirodzene patrí do geriatrického veku, ale odklon moderného človeka od prírody je taký výrazný, že si to musí nanovo pripomínať. Starnutie a zomieranie sa v celom vyspelom svete presunulo do nemocníc a ústavov. Geriatrické špecifiká paliatívnej starostlivosti sú dané aj prítomnosťou okolností, ktoré súvisia so starobou, najmä multimorbiditou, geriatrickými syndrómami, vnímaním smrti samotným seniorom, možnosťami liečby v teréne starobných zmien a sociálnym zázemím. Špecifická je aj komunikácia so starým pacientom a jeho opatrovateľom v situácii rozhodovania o paliatívnom prístupe, ako i pri samotnom zomieraní seniora.

Kľúčové slová: staroba, demencia, zomieranie, paliatívna starostlivosť, komunikácia

Selected communication problems of geriatric palliative care

The dying in advanced age is natural but the denaturalization of a modern man is so evident that there is a need to remind it again. Ageing and dying moved into hospitals and nursing homes in all developed countries of the world. The hallmarks of geriatric palliative care which distinguish it from other clinical approaches are caused by age-related circumstances such as multimorbidity, geriatric syndromes, the perception of death by an elderly, limited treatment options and social background. Also, communication with elderly patients and their care providers is specific in different situations from a palliative approach decision making to the dying of a senior.

Key words: elderly, dementia, dying, palliative care, communication

Paliat. med. liec. boles., 2019;12(1e):14-22

Úvod

Možnosti modernej medicíny významne zmenili beh ľudského života. Ľudia dnes žijú dlhšie a omnoho kvalitnejšie než kedykoľvek v histórii. Vedecký pokrok však premenil starnutie a umieranie na lekársku záležitosť. Starnutie a zomieranie sa v celom vyspelom svete presunulo do nemocníc a ústavov. Posledné dni trávim v zariadeniach, kde nás zavedená rutina odtrháva od všetkého, čo je pre nás dôležité. Naša neochota bez zábran skúmať skúsenosť starnutia a zomierania spôsobila, že ľuďom ubližujeme, pretože im odopierame útechu, ktorú potrebujú najviac zo všetkého. Smrť nie je zlyhanie. Smrť je prirodzená. Môže byť nepriateľom, ale je to neoddeliteľná súčasť životného poriadku. Boj s vlastnou smrteľnosťou je bojom o udržanie integrity vlastného života, bojom o to, aby sme sa nestali bezmocnými v rukách tých, ktorým je ľahostajné, kto sme alebo kým chceme byť. Keď prídu choroby a staroba, je tento boj ešte ťažší. Odborníci a inštitúcie, na ktoré sa obraciame, by nám tento boj nemali sťažovať (1).

Vďaka rozvoju paliatívnej medicíny a implementácii jej princípov do

všetkých lekárskejších odborov nemusí byť tento boj vopred prehraný. Nasledujúci článok hľadá priesečníky paliatívnej medicíny a geriatrickej a dáva do pozornosti niektoré situácie, s ktorými sa stretáva geriatrickej vo svojej dennej praxi. Zameriava sa na komunikáciu s dementným pacientom a jeho príbuznými v rôznom štádiu vývoja tejto smrteľnej choroby, ale dotýka sa aj komunikácie v iných náročných situáciách, ktoré k zomieraniu prirodzene patria. Zomieranie síce prirodzene patrí do geriatrického veku, ale odklon moderného človeka od prírody je taký výrazný, že si to musí nanovo pripomínať.

Špecifiká geriatrického pacienta

Geriatrické špecifiká paliatívnej starostlivosti nie sú dané len samotným vekom, ale aj prítomnosťou okolností, ktoré so starobou súvisia (age-related) a ktoré sa v mladšom veku nevyskytujú vôbec, prípadne len s malou frekvenciou. K indikátorom a prioritám geriatrickej paliatívnej starostlivosti patria obzvlášť:

- multimorbidita a geriatrická deteriorácia s rozvojom geriatrickej krehkosti a geriatrických syndrémov,
- syndróm instability a pádov,

- syndróm imobility,
- syndróm dekonďície a hypomobility,
- syndróm geriatrickej anorexie a kachexie,
- syndróm inkontinencie,
- syndróm kombinovaného zmyslového postihnutia so zmyslovou a komunikačnou depriváciou,
- syndróm kognitívneho deficitu a delirantných stavov,
- syndróm zanedbávania a týrania starých ľudí (elder abuse and neglect),
- syndróm zanedbávania seba samého (self-neglect, Diogenov syndróm), pričom v mnohých prípadoch vrátane paliatívnej starostlivosti je výhodnejšie charakterizovať pacienta opisne, príslušným syndrómom, ako ho priradiť pod často spornú „hlavnú“ chorobu,
- zmenené psychosociálne a existenciálne konsekvencie zomierania.
- niektoré vekom podmienené ochorenia – predovšetkým Alzheimerova choroba a iné formy syndrómu demencie (2).

Paliatívnu starostlivosť vo vyššom veku ovplyvňujú starobné zmeny organizmu, multimorbidita, polyfarmácia, zmeny psychiky a sociálneho postave-

nia. Zásadné orgánové zmeny spojené so starnutím a ich klinické dôsledky zachytáva tabuľka 1.

Z existenciálnych a psychosomatických aspektov zomierania v starobe sa uplatňujú napríklad osamelosť a u niektorých seniorov strata strachu zo smrti podmienená pocitom naplnenosti a uzavretia životného príbehu (3). Starí a veľmi starí ľudia sú väčšinou vyrovnaní s faktom, že ich život speje ku koncu, niekedy tento koniec vítajú, lebo sú unavení životom, svojou chorobou, osamelosťou a stratou programu. Do symptomatológie umierania a smrti patrí aj strach. U starých ľudí je strach zo smrti menší než strach z umierania. Okrem strachu z neznáma a z predpokladaných somatických ťažkostí je to najmä strach zo straty kontroly nad svojimi funkciami a s tým spojený strach zo straty dôstojnosti a v neposlednej miere utrpenia zo straty vzťahov. Iba výnimočne sa stretávame u starých ľudí s tanatofóbiou – chorobne vystupňovaným strachom zo smrti (4).

V spoločnosti, ktorá je zameraná na výkon, sa starí ľudia často dostávajú na okraj. Práve v týchto podmienkach im hrozí, že sociálna smrť nastane skôr než biologická. Pod pojmom sociálne umieranie rozumieme stav, keď človek síce žije, ale je vylúčený z dôležitých sociálnych a interpersonálnych vzťahov, je vylúčený zo spoločnosti. Sociálna smrť je situácia, keď sú tieto zmeny trvalé a nezvratné (4).

Ďalšími špecifikami vyššieho veku sú zmeny psychiky a sociálnej situácie, ku ktorým patrí: osamelosť, zhoršená dostupnosť zdravotnej a sociálnej starostlivosti, strata partnera, deti v seniorskom veku, znížená adaptačná schopnosť.

Indikátory na začatie geriatrickej paliatívnej starostlivosti môžeme rozdeliť na nešpecifické a špecifické pre jednotlivé ochorenia. Do prvej skupiny nešpecifických, resp. nezávislých indikátorov zaraďujeme:

- syndróm geriatrickej krehkosti,
- funkčnú závislosť,
- kognitívny deficit,
- symptómovú záťaž,
- potrebu podpory rodiny.

Medzi indikátory paliatívnej starostlivosti špecifické pre ochorenia patria:

Tabuľka 1. Vekom podmienené orgánové zmeny (podľa 4, 5, 6)

Orgán/sústava	Zmeny spôsobené starnutím	Klinické dôsledky
Centrálna nervová sústava	redukcia počtu axónov, dendritov, synapsí, neurónov, gangliových buniek, astrocytov, ukladanie pigmentu, poruchy v metabolizme glukózy a kalcia	znížená rýchlosť prijímania informácií, sťažené rozdeľovanie pozornosti a učenie, narušená plynulosť reči, zvýšený reakčný čas
Kardiovaskulárny systém	ateroskleróza koronárnych aj ostatných tepien, hypertrofia komôr a predsiení, skleróza chlopní, spomalená regulácia, involúcia prevodového systému, zníženie minútového objemu	artériová hypertenzia, srdcové zlyhanie, aortálna stenóza, riziko pádov, cievne mozgové príhody, synkopy
Respiračný systém	pokles sily dýchacích svalov, znížená poddajnosť hrudnej steny, zvýšený prah kašľového reflexu, zhoršená hrudná kyfóza sťažujúca prácu svalov	redukcia vitálnej kapacity pľúc, zhoršenie očistnej činnosti pľúc, zníženie tolerancie záťaže
Vylučovacia sústava	znížená koncentračná a dilučná schopnosť obličiek, znížená glomerulárna filtrácia, zánik nefrónov, zníženie elasticity a kapacity močového mechúra, benígna hyperplázia prostaty u mužov, atrofia vonkajšieho ústia uretry u žien	renálna insuficiencia zhoršovaná komorbiditami (diabetes mellitus, hypertenzia, srdcové zlyhanie) a nefrotoxickou liečbou, zvýšené riziko močovej retencie alebo inkontinencie
Oporný a pohybový systém	zníženie svalovej hmoty, sily a vytrvalosti, ukladanie lipofuscínu do svalových vlákien, pokles enzymatickej aktivity v svaloch, znížená elasticita a pevnosť väzov, strata elasticity chrupky, znížený obsah minerálov v kostiach (od 35. – 40. roku života)	sarkopénia, osteoporóza, frailty (krehkosť), instabilita s pádmi, fraktúry krčka stehnovkej kosti s možným rozvojom imobilizačného syndrómu
Tráviaca sústava	vypadávanie zubov, zhoršenie žuvacej funkcie, znížená sekrécia slín a tráviacich štiav, zmenšenie pečene, redukcia prietoku krvi pečene, pokles tvorby žlče, zhoršenie funkcie sfinkterov, zníženie sekrécie inzulínu	dysfágia, dyspepsia, reflux, zmeny farmakokinetiky, spomalená transformácia liekov, častejší výskyt nežiaducich účinkov, porucha metabolizmu glukózy
Koža	redukcia melanocytov, znížená produkcia vitamínu D, zhoršené hojenie rán	kožné nádory, osteomalácia, tendencia k vzniku chronických kožných rán
Zrak	pokles zrakovkej ostrosti, zníženie elasticity šošovky, zánik senzorických elementov na periférii sietnice, zúženie zorného poľa	vývoj presbyopie od 40. roku veku, po 60. roku výrazné zhoršenie, pomalá adaptácia na tmú a svetlo
Sluch, ostatné zmysly	poruchy vnímania najmä vyšších tónov, oslabenie pocitu smädu, zhoršenie tepelnej regulácie, redukcia vnímania bolesti u niektorých ľudí	presbykúzia, dehydratácia, podchladenie alebo prehriatie
Imunitný systém	zvýšená odpoveď na autoantigén, znížená odpoveď na xenoantigén, znížená imunologická pamäť, horšia funkcia imunoglobulínov	sklon k infekciám s proťahovaným priebehom, autoimunitné ochorenia

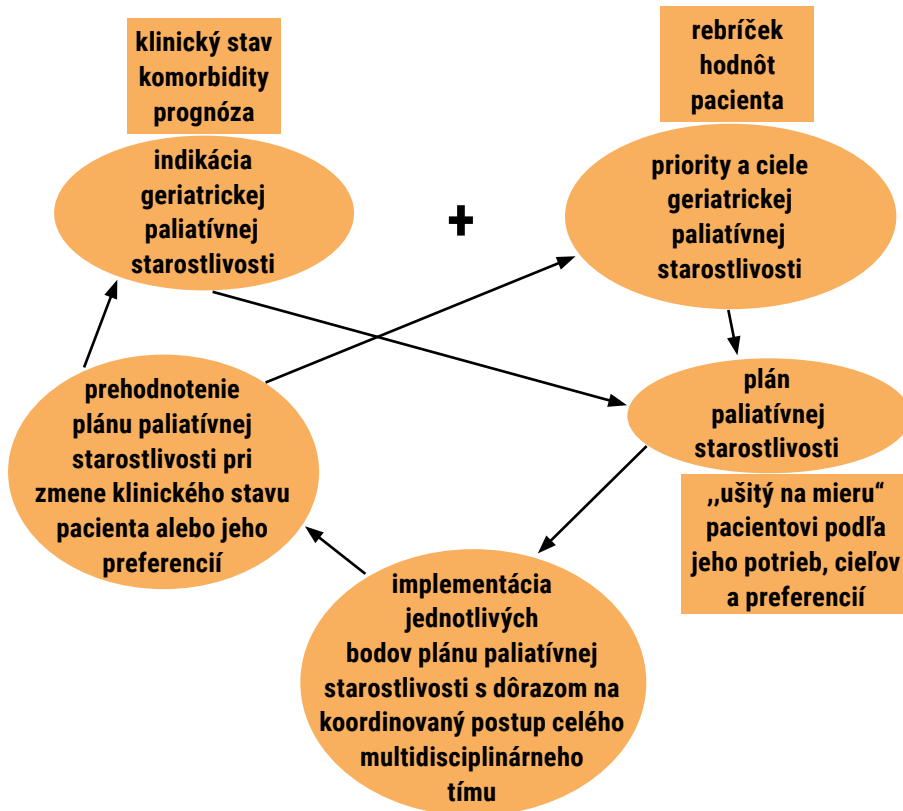
- symptomatické kongestívne zlyhanie srdca,
- chronická obštrukčná choroba pľúc,
- syndróm demencie,
- stav po cievnej mozgovej príhode,
- opakované infekčné komplikácie,
- degeneratívne kĺbové ochorenie spôsobujúce funkčný hendikep a chronickú bolesť (5, 6).

Dôležitým faktorom, resp. sériou faktorov, ktoré vplyvajú na paliatívnu starostlivosť vo vyššom veku, sú osobitosti chorôb v starobe. Multimorbidita, ako azda najtypickejšia črta geriatrickeho pacienta, už bola spomenutá. Jej

následkom v kombinácii s fyziologickými zmenami starnutia, úbytkom funkčných rezerv a oslabením adaptačných či kompenzačných mechanizmov dochádza k zmene symptomatológie a priebehu chorôb. K týmto typickým geriatrickým špecifikám klinického obrazu sa zaraďuje:

- mikrosymptomatológia – málo nápadné chorobné príznaky,
- oligosymptomatológia – chýbanie obvyklej škály príznakov,
- nešpecifické príznaky – únava ako jediný prejav kardiálnej dekompenzácie,

Obrázok 1. Plán paliatívnej liečby (podľa 4)



- príznaky iného orgánu – delírium ako prejav dehydratácie,
- sklon ku komplikáciám – kauzálnym alebo nešpecifickým (geriatrické syndrómy),
- zmenená reakcia na lieky – vysoká incidencia nežiaducich účinkov,
- sociálny rozmer chorôb v starobe – reťaz sociálnych postihov vyvolaná kumuláciou chronických ochorení, výrazne znižujúca kvalitu života.

Princípy geriatrickej paliatívnej starostlivosti

Geriatria je odvetvie medicíny, ktoré sa zaoberá diagnostikou a liečbou chorôb a problémov špecifických pre vyšší vek. Geriatri sú školení v proaktívnom spôsobe nazerania na prevenciu ochorení a zlepšovanie funkčného stavu seniorov, nie len vyliečenie vzniknutej choroby. Paliatívna starostlivosť je prístup, ktorý zlepšuje kvalitu života pacientov a ich rodín, ktorí čelia problémom spojeným so závažným ochorením. Cieľom je predchádzať a zmierňovať utrpenie pomocou včasnej identifikácie, zhodnotenia a liečby bolesti a ostatných symptómov, zahŕňajúc biologické, psychosociálne a spirituálne domény. Paliatívna starostlivosť je posky-

tovaná kontinuálne počas vyvíjajúcej sa choroby a zohľadňuje autonómiu pacienta, jeho prístup k informáciám a jeho voľbu. Geriatrická paliatívna starostlivosť kombinuje tieto dve špecializácie a je postavená na nasledujúcich základných princípoch (5):

- Stanovenie a dokumentovanie individuálnych a rodinných preferencií a cieľov liečby.
- Poskytovanie starostlivosti, ktorá je zameraná na pacienta/jeho rodinu a založená na dôkazoch.
- Využívanie multidisciplinárneho tímu v prístupe k pacientovi.
- Dôkladné prehodnotenie farmakoterapie.
- Využitie interpersonálnych a komunikačných zručností spôsobom, ktorý vyústí do efektívnej výmeny informácií s pacientom, jeho rodinou a ostatnými zdravotníckymi pracovníkmi.
- Koordinácia starostlivosti s dôrazom na dynamiku jej cieľov v priebehu jednotlivých štádií ochorenia.
- Rešpektovanie dôležitosti opatrovania zo strany rodiny s identifikáciou a saturáciou potrieb opatrovateľov.
- Ponuka plánu liečby, ktorý zohľadňuje efektivitu nákladov, možnosti ekonomiky a zdravotného poistenia.

- Maximalizácia kvality života a funkčného stavu geriatrického pacienta.
- Poskytovanie psychosociálnej a spirituálnej podpory pacientovi aj opatrovateľom, ako aj podpory smútiacim pozostalých.

Je zrejmé, že nikdy nevyriešime všetky problémy, ktoré so sebou nevyliciteľné ochorenie do života prináša. Vždy je potrebné si spolu s pacientom stanoviť priority a pomenovať ciele liečby. Rozhodujúci je názor pacienta. Až pri takto pomenovaných cieľoch je možné posúdiť, či je daný diagnostický a liečebný postup primeraný a či prispieva k dosiahnutiu týchto cieľov. Ciele liečby by nemali byť pomenované príliš všeobecne, napríklad ako udržanie kvality života. Pod týmto heslom si každý môže predstaviť rozdielny obsah. Preto je potrebné u každého pacienta opakovane zisťovať, ktoré oblasti sú pre jeho kvalitu života dôležité a tými sa zaoberať. Predpokladom je vzťah dôvery a obojstranná otvorená komunikácia. Schematické znázornenie postupu prehodnocovania cieľov liečby a tvorby plánu liečby, ktorým sa riadi celý multidisciplinárny tím, je na obrázku 1.

Úskalia starostlivosti o geriatrického pacienta

Vzhľadom na to, že prevalencia demencie s vekom nerastie lineárne, ale exponenciálne, starostlivosť o chorého s demenciou je každodennou záležitosťou geriatra. Záleží od komorbidít dementného pacienta, v ktorom štádiu kognitívneho deficitu začne vyžadovať paliatívnu starostlivosť. V našej modernej dobe zažívame rozpor – civilizačný pokrok priniesol predĺženie ľudského veku, ale nijako neprispel k pochopeniu ľudskej slabosti, krehkosti a zraniteľnosti prichádzajúcej spolu s príznakmi demencie, ktorá síce berie výkonnosť a sebestačnosť, ale nič nemení na hodnote ľudskej bytosti a bytostnej potrebe byť rešpektovaným a ceneným až do konca jedinečného ľudského života. Ľudia s demenciou predstavujú najväčšiu skupinu ľudí vyžadujúcich trvalú opateru. Ak nám záleží na kvalite ich života, je potrebné zdokonaľovať sa v komunikačných zručnostiach a vyvarovať sa chýb, ktoré sú detailne ro-

zobrané v knihe nemeckých autoriek 100 chýb pri starostlivosti o ľudí s demenciou (7). Starostlivosť o dementného človeka je dlhodobá záležitosť (často roky), pri ktorej dochádza k emocionálnemu vyčerpaniu opatrovateľa. V našich podmienkach pociťujeme výrazný deficit podpornej starostlivosti o opatrovateľov.

Opatrovateľom geriatrického pacienta je partner – senior, resp. sprevádzajúcim nevyliciteľne chorého seniora je jeho dlhoveký partner. V tejto situácii ide často o starostlivosť o oboch partnerov s vysokým rizikom zdravotných komplikácií pre opatrovateľa/sprevádzajúceho. Psychologická a sociálna podpora je významnou súčasťou a vyžaduje vytvorenie platformy pre podporu celej rodiny. Zdravotnícky personál môže zohrať pri vytváraní tejto platformy významnú úlohu, ak na to včas myslí.

Osamelo žijúci seniori majú často nefunkčné sociálne väzby s ďalšími členmi rodiny, často je potrebné hľadať náhradné sociálne riešenie. Časté sú pocity viny a životného bilancovania, tvárou v tvár s emóciami sprevádzania u mladších rodinných príslušníkov, skrývané emócie a z toho prameniaca niekedy až agresia k opatrovateľskému tímu, vysoká citlivosť na akékoľvek zmeny vo vývoji stavu. Je potrebné aplikovať veľmi citlivú tímovú komunikáciu.

Pre geriatrických pacientov so závažnými chronickými a život ohrožujúcimi chorobami to veľmi často býva rodinný príslušník, kto je primárnou kontaktnou osobou. V prípade, že je pacient osamelo žijúci, mala by táto otázka byť v rámci nemocničnej dokumentácie zreteľne zachytená. Sociálna anamnéza je u krehkého geriatrického pacienta základnou zložkou vyšetrenia aj plánu starostlivosti.

Zásady komunikácie s ľuďmi s funkčnými a kognitívnymi deficitmi

Rešpektujeme identitu pacienta a oslovujeme ho menom alebo zodpovedajúcim titulom. Ideálne je zistiť od pacienta alebo jeho blízkych, aké oslovenie mu najviac vyhovuje. Nevyžiadané familiárne oslovenie typu „babi“ je ponížujúce. Dôsledne sa vyhýbame infantil-

zácii starého človeka. Ani s chorými so syndrómom demencie nehovoríme ako s deťmi – ani formou ani obsahom.

Chráňme pacientovu dôstojnosť, neponižujeme ho. Rešpektujeme spomalené psychomotorické tempo, chránime ho pred časovým stresom. Zdržujeme sa v zornom poli pacienta, hovoríme zrozumiteľne a udržiavame očný kontakt. Pomoc pri pohybe, odkladaní odevu či pri vyšetovaní na lôžku vždy ponúkame úmerne zdravotnému postihnutiu pacienta, nevnučujeme sa, umožňujeme používanie kompenzačných pomôcok.

Pri ústavnom ošetrovaní má komunikácia aj ošetrovateľská aktivita smerovať k podpore a udržaniu sebestačnosti a sociálnych rolí krehkého geronta, nikdy nie predčasne predpokladať ich stratu a viesť k imobilizácii a rezignácii. Dbáme na to, aby pacient s pohybovým postihnutím mal svoje kompenzačné pomôcky na dosah. Osoba komunikujúca s nevidiacim zdraví ako prvá. Pozdrav s vlastným predstavením sa je dôležité spojiť s oslovením nevidiaceho, aby mu bolo jasné, že hovoríme s ním. Pri odchode z miestnosti je dobré na to nevidiaceho upozorniť. Podanie ruky na pozdrav nahrádza nevidiacemu očný kontakt. Je treba na to nevidiaceho upozorniť („Podávam Vám ruku.“). Pri rozhovore je veľmi dôležité neodvracať tvár od nevidiaceho (obvykle to spoznajú). Všetky vyšetovacie úkony je potrebné vopred podrobne opísať. S vecami nevidiaceho nemanipulujeme bez jeho vedomia. S hypakúznym pacientom je potrebné hovoriť prirodzene, pomalšie, s prázdnyimi ústami, vypneme všetky rušivé zvuky, výraznejšie artikulujeme, snažíme sa vyvarovať pri zvýšení hlasu vysokých tónov.

Aktívne chránime dôstojnosť ľudí so syndrómom demencie, posilňujeme ich autonómiu a možnosť rozhodovať o sebe, snažíme sa zabrániť ich ponížovaniu, nehovoríme o nich, akoby nevnímali (fenomén zvecnenia živej bytosti), dodržiavame aspoň bazálnu úroveň rešpektovania ľudského studu. Pri komunikácii s dementným pacientom posilňujeme jeho orientáciu osobou, miestom a časom, oslovujeme ho dôstojne menom alebo tak, ako si to sám praje. Istotu pacienta

posilňujeme umožnením kontaktu s blízkou osobou, na ktorú je zvyknutý, a ak je to možné, umožňujeme účasť tejto osobe pri vyšetreniach. Pacienta nepodceňujeme, komunikáciu neobmedzujeme, ale prispôsobíme ju jeho schopnostiam. Aj chorých so syndrómom demencie starostlivo informujeme o povahe a dôvode vyšetrení či liečebného výkonu, ktorému sa majú podrobiť, počas výkonu s nimi komunikujeme, upokojujeme ich a postup komentujeme.

Využívame neverbálnu komunikáciu, mimiku, dotyk a tieto prejavy sledujeme a umožňujeme aj u pacienta, sme vnímaví k prejavom úzkosti, strachu, depresie, bolesti. Pacienta povzbudzujeme vlúdnyim záujmom, usilujeme sa o pokojné správanie, pozitívny výraz tváre, obmedzujeme prudké pohyby, zostávame v zornom poli pacienta. Dôsledne rešpektujeme fenomén spomalenia – ponáhľanie sa často vyvolá úzkosť a zmätenosť pacienta so syndrómom demencie (8).

Syndróm demencie

Početnou skupinou geriatrických pacientov sú pacienti so syndrómom demencie. Jednu špecifickú skupinu tvoria pacienti s pokročilou demenciou v terminálnej fáze, druhú skupinu pacienti s rozvinutou demenciou a komorbiditou, ktorá akútne zhorší ich stav. Pacienti z druhej skupiny sú často postihnutí blúdením a ďalším problémových správaním, ktoré môže ohroziť ich bezpečnosť. Títo pacienti predstavujú špecifický problém pre akútne oddelenia nemocníc. Správajú sa inak ako ostatní pacienti – spravidla nedodržiavajú režim, keďže nerozumejú vysvetleniam alebo nie sú schopní si ich zapamätať, blúdia po oddelení, lebo nie sú schopní orientovať sa, nedržia sa na posteliach, pretože zabudli, prečo by to mali robiť atď. Dôsledkom modifikovaných potrieb však často nie je modifikovaný prístup a starostlivosť, ale obmedzenia, ktoré zdravotnícke zariadenia často používajú v miere presahujúcej potrebu. Zvyšujúci sa počet pacientov s demenciou v štádiu miernej a stredne pokročilej demencie, ktorí sú indikovaní na hospitalizáciu pre akútne reverzibilné zhoršenie zdravotného stavu, by mal byť výzvou

na to, aby v nemocniciach vznikali oddelenia schopné rešpektovať ich špecifické potreby (veľmi podobne ako po vojne vznikali detské oddelenia) Tieto oddelenia neaplikovali špecifickú liečbu či postupy, ale išlo hlavne o zaistenie takého režimu na oddelení, ktorý by čo najviac vyhovoval deťom. Veľmi obdobné je to momentálne s potrebou akútnych geriatrických oddelení v nemocniciach so špeciálnym režimom alebo jednotiek priamo špecializovaných na problematiku demencií (9).

Kedže demencia (bez ohľadu na typ) je chronické progresívne ochorenie, ktoré je svojou podstatou terminálne, aj bez akýchkoľvek komorbidít dospeje do štádia, v ktorom pacient vyžaduje paliatívnu starostlivosť.

Charakteristika pokročilej demencie

Dochádza k významnému obmedzeniu komunikácie a postupne s progresiou do terminálnej fázy aj k vyhasnutiu verbálnej zložky. Napriek tomu je možné s pacientom komunikovať aj naďalej, hlavne neverbálne. Táto komunikácia je veľmi individualizovaná a vyžaduje dlhodobú znalosť pacienta. Pacient spravidla nespoznáva svojich blízkych alebo ich spoznáva, ale nedokáže ich pomenovať. Nie je schopný sa najesť už ani rukou, neoblečie si ani jednoduchú súčasť odevu, môže mať problém s prehĺtaním, zhoršuje sa jeho mobilita, stáva sa úplne inkontinentným. Stručne môžeme túto fázu charakterizovať ako fázu prevažnej až úplnej nesebestačnosti a výrazne redukovanej komunikácie.

V tejto fáze môžu pacienti ešte profitovať z určitého pravidelného denného režimu (nejde už o programované aktivity), môžu sa podieľať na niektorých jednoduchých aktivitách. Režim je však potrebné maximálne prispôbovať ich možnostiam a potrebám. Podporujeme aspoň minimálnu formu samostatnosti, napríklad tým, že pacient samostatne (rukou) prijíma potravu. Vždy však musíme byť pozorní, do akej miery snaha o aktivizáciu pacientovi vyhovuje a kedy už začína byť problematická a provokuje nežiaduce správanie, nepokoj a agresivitu. Vzhľadom na to, že v tejto fáze demencie je verbálna komunikácia

už veľmi redukovaná, je potrebné, aby ošetrojúci personál veľmi starostlivo sledoval neverbálne vyjadrovanie pacienta. Demencia ďalej progreduje postupnou deterioráciou stavu a zhoršovaním všetkých funkcií vrátane mobility do fázy terminálnej (9).

K diagnostickým a terapeutickým úvahám vo fáze pokročilej a terminálnej demencie

V našich podmienkach dochádza k akémusi paradoxu. Pre vyššie spomenuté problémové správanie ľudí s rozvinutým demenčným syndrómom a nepripravenosť zdravotníckych zariadení na týchto pacientov sa často nedostanú k adekvátnej diagnostike a liečbe komorbidít. V terminálnom štádiu dochádza k paradoxnému opaku – ležiaci a sporo komunikujúci pacienti sa stávajú predmetom zdravotnej starostlivosti a realizujú sa na nich často neuveriteľné výkony, ktoré vôbec nevedú k zlepšeniu kvality ich života, ale prinášajú im diskomfort, stres a utrpenie. Vo fáze ťažkej demencie a v terminálnych štádiách by sme mali dbať hlavne na kvalitnú paliatívnu starostlivosť (9).

K zaujatiu stanoviska, že ide o progresiu ochorenia do terminálneho stavu (a nie o prechodné zhoršenie stavu), prispieva postupné zhoršovanie stavu pacienta v niekoľkých oblastiach (nemusi to byť nutne vo všetkých):

- komunikácia: je obmedzená, verbálna komunikácia takmer alebo úplne vymizla,
- pohyblivosť: dochádza k obmedzeniu spontánnej pohyblivosti, spastickému držaniu tela, svalovým záškľbom, pacient netoleruje ani vysádzanie do kresla a určitý komfort má len pri polohovaní na lôžku,
- príjem potravy a tekutín: pacient prestáva prijímať kašovitú či tekutú potravu, v posledných dňoch prestáva aj piť,
- kachektizácia: dochádza k ďalšiemu úbytku hmotnosti, prehĺbeniu sarkopénie, kachektizácii, môžu sa objaviť opuchy,
- stav vedomia: pacient je dezorientovaný, obnubilovaný, väčšinu času spí, prestáva reagovať,

- vyprázdňovanie: inkontinencia moču a stolice aj naďalej, môže sa však objaviť retencia moču alebo zhoršiť obstipácia.

Výživa a hydratácia pacientov v terminálnom štádiu demencie

V tejto fáze ochorenia sa spravidla prejavujú poruchy s príjmom potravy. Niektorí pacienti jedlo odmietajú, väčšina má problémy s prehĺtaním. Zdravotnícki pracovníci často považujú dostatočnú výživu za nevyhnutnú súčasť kvalitnej starostlivosti. Na druhej strane je potrebné rešpektovať, že odmietnutie jedla je jednou z mála možností, ako môže človek s pokročilou demenciou vyjadriť svoju vôľu. Umelá výživa navyše spôsobuje značný diskomfort, neznižuje riziko spirácie a nemá žiadnu inú výhodu pre pacienta ako tú, že môže jeho umieranie predĺžiť o niekoľko dní alebo týždňov. Táto skutočnosť vyplýva z rozsiahleho prehľadu klinických štúdií a je takisto súčasťou odporúčania Alzheimer Europe.

Od tejto situácie je potrebné, samozrejme, odlišiť prípady pacientov s demenciou, ktorí nie sú v terminálnej fáze, ale ktorých zdravotný stav sa zhoršil v dôsledku interkurentného ochorenia. Tí môžu naopak veľmi profitovať z adekvátnej liečby a starostlivosti zahŕňajúcej aj adekvátnu nutričnú podporu. Ich stav sa môže zlepšiť a navrátiť do pôvodnej relatívne uspokojivej fázy a kvality života. Ako je možné tieto dve situácie odlišiť? Iba na základe dlhodobej znalosti pacienta a vývoja ochorenia.

Ešte raz teda zdôrazňujeme, že v terminálnych štádiách ochorenia spôsobujúcich demenciu (Alzheimerova choroba, Parkinsonova choroba, choroby mozgových ciev atď.) jednoznačne neodporúčame aplikáciu umelej výživy, a to tak sondou, ako aj PEG-om, ani intravenóznou aplikáciou tekutín (verejnou často mylne nazývanú „výživa“). Tieto metódy pacientovi neprinášajú žiadny prospech, ale naopak, zvyšujú jeho diskomfort. Iba ak je pacient natoľko dehydratovaný, že mu to spôsobuje zjavný diskomfort, ktorý nie je možné odstrániť ani zavlažovaním dutiny ústnej, je možné v rozumenej miere (500 ml, max. 1 000 ml denne) podkožne aplikovať infúziu fyziologického roztoku hypodermoklýmou (9).

Komunikácia o výžive s rodinou umierajúceho pacienta

Postoj rodiny môže často vystupňovať psychické napätie pacienta, ktoré pociťuje pri nútení do jedenia a pitia napriek tomu, že nepociťuje hlad ani smäd. Anorexia pacienta môže byť veľkým problémom pre jeho najbližších, ktorí naliehajú, aby „veľa jedol a pil, pretože inak bude ďalej chudnúť a zomrie“. Rovnako aj nedorozumenie, ktoré často vyjadrujú príbuzní pacienta v terminálnom štádiu demencie, že nezavedením NGS, eventuálne PEG necháme pacienta „zomrieť od hladu“, musí byť radikálne odmietnuté (10).

Užitočné odporúčania pre komunikáciu s rodinou zomierajúceho pacienta uvádza Sláma (2):

- pacient obvykle nepociťuje hlad,
- znížený príjem potravy je normálnym prejavom nezvratného zlyhávania funkcií organizmu,
- zomierajúci už potravu nepotrebuje a dodané živiny z veľkej časti ani nie je schopný využiť,
- príjem potravy umelou cestou (sondou alebo infúziou) nezastaví postupné zhoršovanie celkového stavu, nepredĺži mu život, ale môže jeho záver veľmi znepříjemniť (NGS),
- otázku príjmu potravy je potrebné s pacientom rozobrať vždy veľmi decentne, t. j. bez naliehania a presvedčovania, s ochotou vyhovieť jeho prianiam bez ohľadu na všeobecné diétne odporúčania,
- vhodné je podávanie tekutín po lyžičkách, z fľaše alebo striekačkou, podľa pacientovej chuti,
- nutná je pravidelná starostlivosť o ústnu dutinu.

Pri komunikácii s rodinnými príslušníkmi o potenciálnej sondovej výžive pre pacienta (NGS, eventuálne PEG) je potrebné upozorniť ich aj na riziká, ktoré so sebou prináša. Medzi rizikami, ktoré sa opisujú, dominujú: sepsa, upchatie katétra, prípadne jeho dislokácia, aspirácia žalúdočného obsahu, celulitída, infekcie a zvýšenie morbidoty spojené s pacientovými presunmi do nemocnice s cieľom liečby týchto komplikácií. Výskyt týchto komplikácií dosahuje 17 % (4).

Vzhľadom na to, že neexistujú jednoznačné kritériá a odporúčania, na

základe ktorých by sa geriatier pri lôžku terminálne chorého pacienta rozhodol, či zavedenie nazogastrickej sondy alebo PEG-u bude pre pacienta prínosom alebo záťažou, zostáva tento proces pomerne náročnou problematikou s presahom do bioetiky. Napríklad v Novej charte zdravotníckych pracovníkov, ktorú vypracovala v roku 2016 vo Vatikáne Kongregácia pre pastoračiu v zdravotníctve a v slovenskom preklade vyšla roku 2017, v článku 152 čítame: „Výživa a hydratácia, aj umelo poskytované, patria medzi základné formy starostlivosti o zomierajúceho, pokiaľ nepredstavujú neprimeranú záťaž alebo nijaký úžitok pre chorého. Ich neoprávnené prerušenie môže znamenať vo vlastnom zmysle eutanáziu.“ Dokedy však ešte prináša sondová enterálna výživa úžitok terminálne chorému geriatrickému pacientovi a kedy sa preňho stáva už len záťažou? Otázka, s ktorou sa musíme často vysporiadať. Nasledujúce riadky sa venujú tejto problematike z pohľadu autorov dvoch kvalitných a podrobných učebníc Geriatrickej paliatívnej starostlivosti (5, 10).

Pri rozhodovacom procese je vhodné dodržať tieto zásady:

- Zozbierať fakty – lekár musí získavať klinické a psychosociálne informácie z niekoľkých dôležitých zdrojov a brať do úvahy:
 - prognózu ochorenia,
 - možnosti výživy (NGS, PEG, parenterálna),
 - funkčný a kognitívny stav pacienta (ležiaci alebo sediaci, nevytiahne si sondu?),
 - možnosti opatrovateľov (zvládnú starostlivosť o NGS/PEG?).
- Určiť preferencie pacienta/jeho rodiny:
 - aké sú ich očakávania od sondovej enterálnej výživy? sú dosiahnuteľné?
 - identifikovať kultúrne, sociálne a osobné faktory vplývajúce na rozhodovanie,
 - ubezpečiť príbuzných, že ich blízky nezomrie od hladu,
 - vysvetliť rodine stratu chuti do jedla a odmietanie potravy ako príznak pokročilosti závažného ochorenia,
 - upokojiť emócie (rodinní príslušníci pokladajú príjem potravy

za meradlo kvality starostlivosti o svojho blízkeho),

- vysvetliť potenciálne riziká a komplikácie sondovej enterálnej výživy, ako aj fakt, že základné ochorenie bude progredovať a že umelá výživa môže predĺžiť náročný proces umierania (dystanázia).
- Analyzovať prínos verus riziká – táto fáza je zavŕšená konečným rozhodnutím pacienta/jeho rodinných príslušníkov a podpísaním informovaného súhlasu, event. nesúhlasu so sondovou výživou.
- Dokumentovať rozhodnutie a komunikovať o ňom s ostatnými členmi ošetrovateľského tímu.

Skúsenosti hospicových pracovníkov a ostatných, ktorí sa starajú o zomierajúcich, hovorí v neprospech sondovej výživy. Po jej zastavení dôjde často k zlepšeniu symptómov, ako sú abdominálny diskomfort, nauzea, vracanie, inkontinencia a dyspnoe (4).

Pomerne rozšíreným a znepokojujúcim scenárom je zavádzanie NGS, prípadne PEG u pacientov v terminálnom štádiu demencie, ktorí majú problém s príjmom potravy a chudnú. Takýto pacient je ťažko dementný, ležiaci, nekomunikujúci, úplne závislý od pomoci iných. Diskutovať s ním o invazívnych technikách kŕmenia je nemožné. Dôkazy o efektívite sondovej enterálnej výživy v takýchto situáciách sú veľmi nepresvedčivé. Užitočné sú dáta z retrospektívnych analýz a prospektívnych kohortových štúdií. Hlavnými dôvodmi zavedenia NGS alebo PEG terminálne dementnému pacientovi sú obavy z malnutrície s rizikom smrti, infekcií, dekubitov, progresie celkovej slabosti a funkčného úpadku, aspirácie. Na základe viacerých porovnávacích štúdií sa však pri žiadnej z týchto obávaných situácií nedokázalo, že sondová výživa znižuje ich výskyt (10). Prínos sondovej enterálnej výživy sa dokázal u niektorých pacientov s rakovinou, avšak nie v ostatných situáciách. Navzdory rozšírenej viere klinikov v poklesu incidencie aspiračných pneumónií po zavedení NGS/PEG sa potvrdilo, že incidencia neklesla (5).

Napriek nedostatku dôkazov o benefite sa sondová enterálna výživa rutinne indikuje u terminálne chorých pacientov.

Rozhodnutie sa väčšinou zakladá na iných faktoroch, akými sú napríklad sociálne a kultúrne normy, náboženské presvedčenie, morálne hodnoty, ekonomické ukazovatele, preferencie rodinných príslušníkov pacienta, nedostatok skúseností alebo málo času na konštruktívnu diskusiu s pacientmi, resp. ich opatrovateľmi.

V našich podmienkach by bolo potrebné riešiť etickú a právnu problematiku uplatňovania postupov zadržania smrti u pokročilých pacientov. Zohľadniť by sa pritom malo nielen stanovisko opatrovníka, ale aj rozhodnutie, ktoré učinil pacient vopred (in advance), obvykle po stanovení diagnózy, ale vo fáze zachovanej rozhodovacej kompetentnosti. Ide predovšetkým o stanovisko ku kardiopulmonálnej resuscitácii, k implantácii kardiostimulátora, k umelej pľúcnej ventilácii, k hemodialýze a k umelej výžive (NGS, prípadne PEG). Z etického aj právneho hľadiska je potrebné starostlivo odlišiť pokročilé štádiá ochorenia od miernej demencie s primeranou kvalitou života (3).

Sprevádzanie a starostlivosť o pozostalých

Sprevádzanie je emotívna, veľmi dôležitá fáza starostlivosti o nevyliciteľne chorých. Je prípravou na „rituály záveru života“ a ako také má veľký psychologický význam.

V záverečnej fáze života je potrebné rodine pacienta zo strany zdravotníkov povedať:

- Zaistíme, aby netrpel.
- Urobili ste všetko, čo ste mohli.
- Za jeho chorobu nemôžete vy.
- Potrebuje, aby sme my aj vy boli s ním.
- Bude vás vnímať, aj keď bude v kóme.
- Môžete sa na nás obrátiť s vašimi otázkami.
- Vážime si, že nám pomáhate.
- Vážime si, že sa oňho staráte.

Sprevádzanie je prípravou na starostlivosť o pozostalých. Kľúčovým cieľom je predchádzať patologickému smúteniu. Prípravu najbližších na úlohu pozostalých majú do značnej miery v rukách zdravotníci – od včasnej indikácie paliatívnej liečby, komunikácie, kvality starostlivosti až po sprevádzanie. Starostlivosť o pozostalých je neoddeliteľnou súčasťou starostlivosti o nevyliciteľne

čiteľne chorých. Mala by sa zaviesť všade tam, kde prichádza k záveru života, na ktorý má súvisle nadväzovať (6).

Úmrtie blízkeho človeka znamená veľkú životnú stratu. Smútenie je reakciou na stratu. Prejavuje sa zármutkom, stavmi úzkosti a depresie a sprievodnými somatickými ťažkosťami. Väčšina pozostalých je schopná mobilizovať svoje sily a s novou situáciou sa v priebehu mesiacov vyrovná bez nutnosti zvláštnej intervencie zdravotníckych profesionálov. U časti pozostalých dochádza k tzv. komplikovanému trúchleniu, ktoré sa vyznačuje intenzívnym a neobvykle dlhým obdobím smútku, neskorými komplikáciami typu depresie a manifestácie určitých psychosomatických porúch.

Obvyklé fázy normálneho procesu trúchlenia sú nasledovné:

- šok – trvá minúty až dni,
- akútna reakcia na stratu – intenzívne spomienky na zosnulého, pocity viny, zlosti, strata cieľov a motivácie, psychosomatické príznaky: bolesti hlavy, potenie, búšenie srdca, vzostup krvného tlaku, izolácia od okolia. Príznaky často prichádzajú opakovane vo vlnách, táto fáza trvá týždne až mesiace,
- reštitúcia a reorganizácia – nájdenie novej rovnováhy, nových vzťahov, novej úlohy, trvá mesiace až roky.

Typy komplikovaného trúchlenia:

- chronická reakcia – akútne prejavy reakcií na stratu trvajú dlhšie než rok,
- absencia trúchlenia a oneskorená reakcia,
- prehnaná (excesívna) reakcia – treba posudzovať veľmi opatrne,
- larvovaná reakcia – rozvoj komplikácií typu závislosti od alkoholu, hypochondrie, fóbií, panickej poruchy, niekedy suicidálnych pokusov.

Podpora rodiny v terminálnej fáze a bezprostredne po smrti pacienta:

- citlivá komunikácia, vytvorenie aspoň základného pocitu súkromia (jednopočetná izba alebo aspoň zástena), zapojenie rodiny do starostlivosti (ponúkajúce tekutín, starostlivosť o dutinu ústnu, samotná prítomnosť – držanie za ruku),
- otvorenosť a ústretovosť k náboženským rituálom požadovaným pacientom a rodinou,

- oznámenie úmrtia: pokiaľ je rodina prítomná, tak pokojne, bez náhlenia zotrvať chvíľu s rodinou pri lôžku, vyjadriť sústrasť, pri telefonickom oznamovaní citlivo, vecne ponúknuť možnosť vidieť zomrelého, po príchode rodiny na oddelenie zotrvať chvíľu v pokojnom rozhovore, podať vecné informácie o priebehu záveru života, uistenie rodiny, že pacient netrpel, dôstojné odovzdanie osobných vecí, informovanie o ďalšom postupe (pohrebná služba, vystavenie úmrtného listu), vhodná je písomná informácia, keďže pozostalí často nie sú schopní vstrebať mnoho informácií,
- nenahrádzať rozhovor a emocionálnu podporu automaticky benzodiazepínmi, niekedy sú však anxiolytiká potrebné, obzvlášť pri výraznej nespavosti,
- ponúknuť možnosť ďalšieho kontaktu, napr. s psychológom, sociálnym pracovníkom, ak sú dostupné, ponúknuť ďalšie formy podpory pozostalých (podporné skupiny, telefónne krízové linky a pod.).

Smútenie alebo trúchlenie možno prirovnať k hojeniu rany. Ide o dlhodobý psychosociálny i spirituálny proces, ktorý trvá niekoľko mesiacov a niekedy i rokov. Bez trúchlenia však niet vyrovnania. Pozostalým by sme mali pomôcť prijať a spracovať stratu, prežiť ich zármutok, adaptovať sa na svet bez zomrelého a citovo sa od neho odpútať natoľko, aby mohli investovať do ďalších vzťahov (2).

Kazuistiky

Na záver uvádzame 2 rozdielne riešenia poruchy príjmu potravy u pacientok s rozvinutou demenciou.

Kazuistika 1

Helena S., narodená 26. 12. 1934. Príjem na OVLager 3. 7. 2017: neprijímanie tekutín a potravy niekoľko dní.

Osobná anamnéza: V mladosti operácia ŠŽ, 1990 nefrektómia – TU ľavej obličky. 6 – 7/2006 ODCh: artériová hypertenzia II. št., WHO akcelerovaná, chronická obštipácia. 8 – 9/2009 psychiatrické oddelenie – kompletná dif. dg. (neurolog. vyš., CT mozgu, EEG): F01.3 Zmiešaná kortikálna a subkortikálna cievna demencia, multiinfarktová ence-

falopatia. Psychologické vyšetrenie 8/2009: ťažké postihnutie mnestic- kých funkcií s deterioráciou ich výkonu až do pásma defektu, narušenie orientácie, emotivity a sociálneho fungovania. 10/2009: OVLaGer: dyspeptický syndróm s chronickou obstipáciou, širokosediaci polyp c. asc., širokosediaci malý polyp hepat. Flexúry, vnútorné hemoroidy I. st., nekrvácajúce, vonkajšie hemoroidy t. č. v pokoji (kolonoskopia). Preloženie na psychiatrické oddelenie, po prepustení v starostlivosti dcéry – 24-hodinová opatrovateľská starostlivosť. 08/2016 OVLaGer: uroinfekcia. Psych. vyšetrenie: pacientka mutistická – kontakt nadviaže, na otázky neodpovedá; imobilná, v noci spí, nerušivá.

Lieková anamnéza (3. 7. 2017): 06.00 Euthyrox 25 ug 1 tbl. nalačno, Agen 5 mg 1-0-1 tbl., Lorista 50 mg 1-0-0 tbl., Aspirin protect 100 mg 0-1-0 tbl., Tiapridal 100 mg 1-1-1 tbl., Quetiapine 1-0-0 tbl., Nemdatine 1-0-0 tbl., večer Duphalac 1odm.

Objektívny nález (3. 7. 2017): Imobilná, obézna, na otázky neodpovedá, výzvam nevyhoví, afebrilná. Pulmo: dýchanie vezikulárne, plytké, bez VDF. Cor: AS pravidelná, fr. 72/min, TK 120/80 mmHg. MMSE 0, ADL 0.

Laboratorne výsledky (3. 7. 2017): Moč. chem. + sed.: Leu ++, bielk. stopy, Er 4 ery/ul, Leu 89 leu/ul, bakt. prítomné; aeróbná kultivácia moču – nález: Klebsiella pneumoniae $10^4/1$ ml ESBL; negat. krvný obraz: Leu 7,2 Gpt/l, Hb 136 g/l, Tro 230 Gpt/l; biochémia: CRP 14 mg/l, urea 4 mmol/l, krea 82 umol/l, GF 1,4 ml/s, Na 141 mmol/l, K 4,2 mmol/l, Cl 108 mmol/l, osmo 298 mosmol/kg, alb. 29 g/l.

USG vyšetrenie abdominálnych orgánov (4. 7. 2017): St. p. nefrektómii ľavej obličky, nefropatia pravej obličky, dilatovaný centrálny echokomplex, veľká náplň močového mechúra, cholecystolitiáza, kolienkovite ohnutý žľník, pankreatopatia.

Psychiatrické konziliárne vyšetrenie (3. 7. 2017): V popredí organická deteriorácia osobnosti s ťažkým deficitom kognit. funkcií, dementný syndróm ťaž. st., liečba symptomatická

Epikríza: Vzhľadom na USG nález zavedený PMK; na začiatku hospitalizácie

podávaná tekutá diéta, neskôr prechod na kašovitú – prijíma 1/3-1 dávky; psychofarmaká pre vstupne zaznamenanú somnolenciu vysadené, pacientka počas celej hospitalizácie pokojná, nerušivá; dňa 11. 7. 2017 prepustená do amb. starostlivosti.

Odporúčaná liečba (11. 07. 2017): 9. deň Medociprin 250 mg 1-0-1 tbl. á 12 hod. (užívať do 10 dní, potom EX), Sobycor 5 mg 1/4-0-0 tbl., Stadapyrin 100 mg 0-1-0 tbl., 06:00 Euthyrox 25 ug 1-0-0 tbl., Vigantol 5 gtt R do PL mlieka, Lactulosa Biomedica 1odm. R p. p. pri zápche, Fresubin 1-krát denne.

11. 7. 2017 prevezená k druhej dcére (sociálne riešenie odmietli). 12. 7. 2017 príjem na OVLaGer pre neprijímanie potravy a tekutín, privezená RZP. Obj.: výrazný negativizmus pri podávaní stravy a tekutín per os. Inicované sociálne riešenie.

Telefonické konzílium s paliatológom (14. 7. 2017) – MUDr. Kristína Križanová, primárka Oddelenia paliatívnej starostlivosti Národného onkologického ústavu v Bratislave: odmietanie stravy pri dementnom syndróme ťažkého stupňa s negativizmom pacientky nie je indikáciou na NGS ani PEG.

Diagnózy: Neprijímanie potravy pri progresii multiinfarktovej demencie, dementný syndróm ťažkého stupňa; multiinfarktová demencia a encefalopatia; kortikálna atrofia mozgu (CT verifik. 08/2009); akútny infekt dolných močových ciest (Klebsiella pneumoniae ESBL negat.) po ATB liečbe.

15. 7. 2017 prepustená do ambulantnej starostlivosti; 24. 7. 2017 prijatá do sociálneho zariadenia opatrovateľskej služby; 29. 7. 2017 konštatovaný *exitus letalis*.

Kazuistika 2

Mária T., narodená 10. 12. 1946. Príjem na OVLaGer 26. 6. 2016: objednaná na zavedenie PEG-u 27. 6. 2016.

Osobná anamnéza: Diabetes mellitus typ 2 kompenzovaný diétou a PAD; ischemická choroba srdca, s chron. kard. insuff. f. c NYHA II; artérová hypertenzia št. III WHO, stupeň 2, VVPR ESH/ESC; chronický vertebrogénny algický syndróm. 2010 – 2012 opakované pády v domácom prostredí, opakované neu-

rolog. vyšetrenie; hypertonicko-hypokinetic- ký tras; vertebrobazilárna insuficiencia – drop ataky; generalizovaná cerebrovaskulárna insuficiencia; 2012 potreba trvalej asistencie – umiestnená v DSS; zhoršovanie pohyblivosti a kognitívnych funkcií. CT mozgu 11. 11. 2013: globálna atrofia mozgu so šírkou III. komory 15 mm. 03/2014 fr. pertrochanterica femoris l.dx., OS – DHS; presun z DSS k dcére. Neurologické vyšetrenie (2014): multiinfarktová encefalopatia s kvadrupostihnutím, parkinsonským a pseudobulbárnym syndrómom, s expres. afáziou. Psychiatrické vyšetrenie: vaskulárna demencia. Progredujúce problémy s prehltním (1,5 hodiny každé jedlo). 12/2015 umiestnenie v DSS. 3 – 6/2016 vývoj malnutrie. 06/2016 neurolog. vyšetrenie: dop. zväžiť zavedenie PEG-u.

Lieková anamnéza (26. 6. 2016): Co-Valsacor 160/12,5 mg 1/2-0-0 tbl., Corvaton 2 mg 1/2-0-1/2 tbl., Cavinton forte 10 mg 1-1-0 tbl., Anopyrin 100 mg 0-1-0 tbl., Siofor 500 mg 0-1-0 tbl., Comtan 1-1-1 tbl., Nakom mite 125 mg 1-1-1 tbl.

Objektívny nález (26. 6. 2016): Expresívna afázia, orientovanosť sa nedá určiť, nekomunikuje, výzvam nevyhoví, hypomímia, zvýšená rigidita svalstva, strnulá, nespupracuje, poloha semiaktívna v sede na vozíku. Pulmo: dýchanie vezikulárne, plytké, bez VDF. Cor: AS pravidelná, fr. 80/min., TK 130/70 mmHg, MMSE 0, ADL 0.

Laboratorne výsledky (26. 6. 2016): Moč. chem. + sed.: Leu ++, bielk. stopy, Er 4 ery/ul, Leu 300 leu/ul, bakt. prítomné, aeróbná kultivácia moču – nález: Escherichia coli $10^5/1$ ml ESBL: pozit., krvný obraz: Leu 6,1 Gpt/l, Hb 142 g/l, Tro 293 Gpt/l, biochémia: CRP 0,9 mg/l, urea 7,9 mmol/l, krea 56 umol/l, GF 1,4 ml/s, Na 141 mmol/l, K 3,8 mmol/l, Cl 111 mmol/l, osmo 298 mosmol/kg, alb. 39 g/l.

Ezofago-gastro-duodenoskopické vyšetrenie + zavedený pull PEG (27. 6. 2016). Priebeh výkonu bez komplikácií, adaptácia na PEG bezproblémová. 30. 6. 2016 prepustená do DSS. 2/2017 presťahovaná k dcére, výrazne zlepšená kvalita života pacientky. 5/2018 úmrtie v prítomnosti dcéry.

Diskusia

V prvom prípade bola príčinou odmietania príjmu potravy pokročilá demencia. Dalo sa predpokladať, že naďalej bude pretrvávať negativistický postoj pacientky. Pacientka nemala subjektívne ťažkosti pri príjme potravy. U druhej pacientky bol príjem potravy výrazne limitovaný dysfágiou. Ďalší priebeh ukázal správnosť tohto postupu.

Záver

Efektívna komunikácia medzi zdravotníckym personálom a pacientom plní centrálnu funkciu pri budovaní terapeutického vzťahu. Podľa údajov ÚDZS sa 60 % riešených podnetov týka nesprávneho prístupu a komunikácie s pacientom. Zdravotnícky personál s rozvinutými komunikačnými zručnosťami je schopný diagnostikovať problémy skôr, predchádzať nákladným lekárskeym intervenciám a poskytovať lepšiu podporu

svojim pacientom. Mnohí zdravotníci pracovníci majú tendenciu preceňovať svoje schopnosti v komunikácii (Kniha komunikačných štandardov Ministerstva zdravotníctva SR).

Efektívne a úspešne budeme komunikovať nie vtedy, keď si osvojíme zopár komunikačných trikov, ale vtedy, keď sa naučíme lepšie porozumieť inému človeku. Čím viac totiž vieme o tom, ako ostatní ľudia komunikujú, tým ľudskejši sa nám zdajú. A tým skôr pochopíme aj vlastnú komunikáciu, ktorú začneme nevedomky meniť: budeme sa cítiť viac v pohode – a to nie preto, že nás to niekto naučil, ale preto, že sme sa naučili porozumieť iným ľuďom omnoho viac (1).

Literatúra

1. Gawande A. Nežijeme večne. Medicína a poslední věci člověka. Praha: Dokořán; 2017: 237.
2. Sláma O. Paliativní medicína pro praxi. Praha: Galén; 2007: 362.

3. Kalvach Z, Kabelka L. Paliativní péče v geriatрии. In: Sláma o. 2007. Paliativní medicína pro praxi. Praha: Galén; 2007: 362.
4. Hegyi L, Krajčík Š. Geriatria pre praktického lekára. Bratislava: Herba; 2015: 40.
5. Chai E, et al. Geriatric Palliative Care: a practical guide for clinicians, New York: Oxford University Press; 2014: 600.
6. Kabelka L. Geriatrická paliativní péče. Praha: Mladá fronta; 2017: 317.
7. König J, Zemlin C. 100 chyb při péči o lidi s demencí. Praha: Portál; 2017: 119.
8. Kalvach Z. Geriatrické syndromy a geriatrický pacient. Praha: Grada Publishing; 2008: 336.
9. Jiráček R, Holmerová I. Demence a jiné poruchy paměti. Praha: Grada; 2009: 176.
10. Morrison RS, Meier DE. Geriatric palliative care. New York: Oxford University Press; 2003: 430.
11. Škvareninová O. Rečová komunikácia. Bratislava: SPN; 2004: 278.

MUDr. Lucia Šimoňáková

Oddelenie vnútorného lekárstva a geriatrickej, FNŠP J. A. Reimana Jána Hollého 14, 081 81 Prešov
simonakova@fnšppresov.sk

