

néza), vede k terapeutickému nedorozumění. Často v podobě eskalující se medikace (typicky navyšování morfinu, anxiolytik, antidepresiv), vedoucí k útlumu nejen symptomů, ale také samotné pacientky. Může to vést ke spokojenosti lékaře a ošetřovatelského personálu, nikoliv však samotné pacientky, pro kterou byla důležitá aktivita a udržení možné soběstačnosti co nejdéle (8).

Pravdou zůstává, že neexistuje žádné konkrétní číselné měřítko či objektivní procentuální škála hodnotící velikost existenciálního distresu a míru jeho vlivu na manifestaci a intenzitu symptomů, přestože se o vytvoření škály existenciálního distresu již někteří autoři pokoušejí (10). Neznamená to však, že nejme schopni zachytit, popsat a pracovat s ním (práce s konkrétními potřebami/přáními a obavami pacienta, s jeho preferencemi, tzn. co je pro něj v této životní etapě důležité). Konkrétně v kazuistice identifikace obav a nastavení pro pacientku srozumitelného plánu péče, mělo za následek zmírnění úzkostí, zklidnění spánku bez nočních atak spojených s vystupňovanou úzkostí a dušností. Dobrou praxí je v prvním kroku zmírnění symptomů medikačně s možností přibrání záchranné medikace při exacerbaci potíží, s následnou cílenou komplexní podporou. Výsledkem je pak elegantní kontrola symptomů a umožně-

ní prožívání, nikoliv přežívání zbylého života s nemocí.

Spiritualita je důležitá součást naší bytosti, která nás ovlivňuje v našem vnímání a prožívání. Schopnost vnímat a pojmenovat existenciální distres, spirituální potřeby a bolest pacienta se dá naučit a trénovat, tak jako jiné dovednosti. V prvním kroku je potřeba být především lidský, umět aktivně naslouchat, potíže nezlehčovat ani nezvětšovat, nehledat a nepodbízet svá instantní rychlá řešení, ale podat adekvátní informace tak, aby se mohl pacient poučeně rozhodovat, věnovat pozornost tomu, co je pro něj důležité a konat tak následné kroky.

K otevření existenciálních a spirituálních témat existují praktické nástroje. Jedná se o různé strukturované dotazníky (FICA – Faith, Importance, Community, Address (4); HOPE – Hope, Organized religion, Personal spirituality, Effects on care (5), jejichž otázky se dají začlenit do řízeného rozhovoru s pacientem při odebrání anamnézy. Další nástroj pak může představovat strukturovaný rozhovor, který pomáhá pacientovi reflektovat jeho životní příběh a nalézt kontinuitu mezi minulostí, přítomností a budoucností (6). Nejčastěji se však jedná o komplexní otevřené otázky typu: „Je něco, z čeho byste měl/a obavy?“

„Co Vám teď běží hlavou? Nad čím teď přemýšlíte? Nad čím přemýšlíte, když nemůžete spát?“

„Vidím, že je to pro Vás moc těžké. Co je teď pro Vás z toho všeho nejtěžší?“

„Co byste teď potřeboval/a?“

„Co je pro vás nyní nejdůležitější? Co Vám dělá radost?“

„Je někdo, na koho se můžete se svými potížemi obrátit?“

„Co Vám pomáhá překonávat těžké situace?“

Je na každém, který z pomocných nástrojů si zvolí a bude mu bližší. Doplnující otázky by neměly vést k umělému prodlužování rozhovoru, ale spíše k strukturovanému vedení rozhovoru, zacílení a odhalení, nebo alespoň poodkrytí řešeného problému (potažmo klinického symptomu).

Závěr

U klinických symptomů, které jsou refrakterní k léčbě, není jasná patofyziologická příčina a vedou k rychlé eskalaci medikace, musíme pomýšlet i na komplexní etiologii obtíží. Máme celou škálu nástrojů, které k otevření existenciální složky utrpení můžeme využít. Jedině při komplexním přístupu k léčbě jsme schopni pacientům adekvátně pomoci vyrovnávat se se složitou životní situací, sami se sebou, s okolím a umožnit klidný a důstojný závěr života.

LITERATURA

- Sláma O, et al. Paliativní medicína pro praxi. Praha: Galén; 2022: p. 21-26.
- Desai AV, Klimek VM, Chow K, et al. 1-2-3 Project: A Quality Improvement Initiative to Normalize and Systematize Palliative Care for All Patients With Cancer in the Outpatient Clinic Setting. *J Oncol Pract.* 2018;14(12):e775-e785.
- Špatenková N, et al. Krize a krizová intervence. Praha: Grada; 2017: p. 150-195.
- Baglow D, Johnston K, Williams M. Existential aspects of breathlessness in serious disease. *Curr Opin Support Palliat*

Care. 2024;18(4):183-190.

5. Philipp R, Walbaum C, Koch U, et al. Existential distress in advanced cancer: A cohort study. *Gen Hosp Psychiatry.* 2025;94:184-191.

6. Bhan P, Shrestha U, Schoo C, et al. Palliative Sedation in Patients With Terminal Illness. 2024 Jan 19. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan. PMID: 29262025.

7. Chen Y, Chen G, Zheng J, et al. Development and Psychometric Testing of the Existential Distress Scale for Palliative Care Cancer Patients. *Psychooncology.* 2024;33(11):e70016.

8. Borneman T, Ferrell B, Puchalski CM. Evaluation of the FICA Tool for Spiritual Assessment. *J Pain Symptom Manage.* 2010;40(2):163-173.

9. Anandarajah G, Hight E. Spirituality and medical practice: using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment. *Am Fam Physician.* 2001;63(1):81-89.

10. Chochinov, HM, Hack T, McClement S, et al. Dignity in the terminally ill: a developing empirical model. *Soc Sci Med.* 2002;54(3):433-443. doi: 10.1016/S0277-9536(01)00084-3. PMID: 11824919.

Onkologie
www.onkologiecs.cz

