

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

# **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2013**

**Miroslava Fialová**

**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

**Miroslava Fialová**

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

# **INFORMOVANOST VEŘEJNOSTI O PALIATIVNÍ PÉČI**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Kroupová

PLZEŇ 2013

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP s razítkem. (K vyzvednutí na sekretariátu katedry.) Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 31. 12. 2012.

.....

vlastnoruční podpis

## Poděkování

Děkuji Mgr. Kroupové za vedení mojí práce a cenné rady, mému příteli za velkou podporu a trpělivost v průběhu celého studia, stejně tak i mým dětem a rodičům. Také děkuji hlavní sestře hospice paní Ivaně Kalousové za poskytnutí informací, které jsem využila ve své práci.

## **Anotace**

Příjmení a jméno: Fialová Miroslava

Katedra: Ošetřovatelství

Název práce: Informovanost veřejnosti o paliativní péči

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Kroupová

Počet stran – číslované: 67

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 49

Počet příloh: 12

Počet titulů použité literatury: 35

Klíčová slova: paliativní péče, nevléčitelně nemocný, hospic, hospicová péče, umírání, smrt

### **Souhrn:**

Práce se zabývá informovaností laické veřejnosti o paliativní péči. V teoretické části definuje základní pojmy, cíle, principy, dělení a formy paliativní péče. Dále pak přibližuje nejčastější problémy a potřeby u nevléčitelně nemocných pacientů, přístup zdravotníků k umírajícímu a etické principy ošetřovatelské péče. V praktické části za pomoci dotazníkového šetření jsou pak zmapovány vědomosti laické veřejnosti o obecné i specializované paliativní péči.

## **Annotation**

Surname and name: Fialová Miroslava

Department: Nursing

Title of thesis: Public awareness of palliative care

Consultant: Mgr. Lenka Kroupová

Number of pages – numbered: 67

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 49

Number of appendices: 12

Number of literature items used: 35

Keywords: palliative care, terminally ill patient, hospice, hospice care, dying, death

### **Summary:**

This thesis deals with general public awareness about palliative care. In the theoretical part basic terms, aims, principles, division and forms of palliative care are defined. Then it elucidates the most common problems and needs for terminally ill patients, medical staff opinion to the dying person and ethical principles of medical care. In the practical part general public knowledge about general and specialized care is mapped using questionnaire survey.

# OBSAH

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST .....	10
1 PALIATIVNÍ PÉČE .....	10
1.1 Definice paliativní péče .....	10
1.2 Principy paliativní péče .....	10
1.3 Cíle paliativní péče .....	10
1.4 Cílové skupiny paliativní péče.....	11
1.4.1 Jak dlouho je potřebná paliativní péče v závislosti na onemocnění .....	12
1.5 Historie a současnost paliativní péče .....	13
1.5.1 Organizace podporující paliativní péči.....	14
1.6 Dělení paliativní péče .....	15
1.7 Základní formy specializované paliativní péče .....	16
1.7.1 Lůžkový hospic .....	16
1.7.2 Zařízení domácí paliativní péče (mobilní hospic) .....	17
1.7.3 Konziliární tým paliativní péče .....	18
1.7.4 Oddělení paliativní péče .....	18
1.7.5 Ambulantní paliativní péče.....	18
1.7.6 Zvláštní zařízení pro specializovanou paliativní péči .....	18
1.8 Zákony a vyhlášky týkající se paliativní péče .....	19
1.9 Vzdělávání v paliativní péči .....	19
2 PACIENT V PALIATIVNÍ PÉČI .....	21
2.1 Nejčastější tělesné symptomy v paliativní péči .....	21
2.1.1 Bolest .....	21
2.1.2 Dušnost .....	23
2.1.3 Nauzea a zvracení .....	24
2.1.4 Zácpa .....	24
2.1.5 Dehydratace .....	24
2.1.6 Anorexie a malnutrice .....	25
2.2 Psychické symptomy terminálně nemocného a umírajícího pacienta .....	26
2.2.1 Úzkost a strach .....	26
2.2.2 Smutek a deprese .....	27
2.2.3 Delirium.....	27
2.3 Potřeby nevyléčitelně nemocného .....	28
2.3.1 Potřeby biologické .....	28
2.3.2 Potřeby psychologické.....	29



2.3.3	Potřeby sociální .....	29
2.3.4	Potřeby spirituální .....	29
2.4	Přístup k umírajícímu pacientovi .....	29
2.5	Představy umírajícího pacienta o laskavé péči .....	30
2.6	Fáze umírání podle Elizabeth Kübler Rossové .....	30
2.7	Doprovázení pozůstalých .....	31
2.7.1	Fáze truchlení .....	31
2.7.2	Zásady podpory pozůstalých .....	31
3	ETICKÉ PRINCIPY V PALIATIVNÍ PÉČI .....	33
3.1	Princip autonomie (svébytnosti) .....	33
3.2	Princip beneficence (prospěšnosti) .....	33
3.3	Princip nonmaleficence (neškodnosti) .....	33
3.4	Princip spravedlnosti (justice) .....	33
3.5	Informovanost pacienta .....	34
3.6	Důstojné umírání a smrt .....	34
	PRAKTICKÁ ČÁST .....	35
4	FORMULACE PROBLÉMU .....	35
4.1	Hlavní problém .....	35
4.2	Dílčí problémy .....	35
5	CÍL A ÚKOL PRŮZKUMU .....	36
6	METODIKA .....	37
6.1	Hypotézy .....	37
7	VZOREK RESPONDENTŮ .....	38
8	PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ .....	39
9	DISKUSE .....	62
	ZÁVĚR .....	67
	SEZNAM ZDROJŮ .....	68
	SEZNAM GRAFŮ .....	71
	SEZNAM ZKRATEK .....	72
	SEZNAM PŘÍLOH .....	73

# ÚVOD

V posledním století se náš život velmi změnil. Žijeme déle a pohodlněji než naši předci. S posledními dny našeho života je to ale jiné. Dříve lidé umírali doma, obklopeni nejbližšími, smrt byla přirozenou součástí života. Se vznikem moderní medicíny se tato dříve běžná zkušenost vytratila. Smrt začala být vnímána jako selhání medicíny, téma umírání a smrti bylo tabuizované, péče o nevléčitelně nemocné a umírající nebyla v popředí zájmu naší společnosti. V posledních desetiletích dochází k zvýšenému úsilí odborníků v oblasti paliativní péče. Ti se snaží naši společnost přesvědčit, že právě nevléčitelně nemocní a umírající, potřebují lékařskou a ošetrovatelskou péči nejvíce. Dochází k rozvoji paliativní péče, ale mimo odbornou veřejnost, proto stále mnoho lidí umírá osamoceně mezi cizími lidmi. Moderní paliativní péče se snaží na tuto situaci reagovat a nabízet pomoc. Jejím hlavním úkolem je zajistit všem lidem bez rozdílu co nejlepší možnou kvalitu péče až do samého konce života, zajistit mírnění bolesti, zabránit tělesnému i duševnímu strádání, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým.

Ne každý má informace o tom, jaké možnosti paliativní péče poskytuje, kdo ji může využít, jaké jsou její výhody. Proto je důležité zjistit v jakých oblastech je informovanost veřejnosti nedostatečná a její povědomí zvýšit.

Cílem mé bakalářské práce je zmapovat informovanost veřejnosti o paliativní péči, a poskytnout veřejnosti dostupné informace, které je možno využít při péči o nevléčitelně nemocného pacienta. Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. V teoretické části je objasněn pojem „paliativní péče“, její historie, formy, cíle, dále nejčastější symptomy provázející nevléčitelné onemocnění, přístup k umírajícímu a etické principy v paliativní péči. V praktické části jsem zpracovávala údaje získané od respondentů pomocí anonymního dotazníku. Získané údaje kvantitativní metodou výzkumu jsem zpracovala do grafů a vše vyhodnotila.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 PALIATIVNÍ PÉČE

### 1.1 Definice paliativní péče

Definice paliativní péče, kterou ve svém dokumentu přijala Světová zdravotnická organizace (WHO) z roku 2002 zní:

„Paliativní péče je přístup, který usiluje o zlepšení kvality života pacientů a rodin čelících problémům spojených s život ohrožujícím onemocněním, a to prostřednictvím předcházení a zmírňování utrpení pomocí včasné identifikace, dokonalého posouzení a léčby bolesti a dalších problémů, fyzických, psychosociálních i duchovních.“ (1)

### 1.2 Principy paliativní péče

Paliativní péče usiluje o prodloužení života, který je pro nemocného kvalitou přijatelný, vychází z potřeb nemocných a respektuje jejich hodnoty. Umírání chápe jako přirozenou součást života, kterou každý člověk prožívá individuálně, respektuje a chrání důstojnost nevléčitelně nemocných. Důležitou součástí paliativní péče je úspěšné zvládnutí bolesti a dalších průvodních projevů závěrečných stádií nevléčitelných nemocí. Poslední období života mohou nemocní díky paliativní péči prožít v jejich přirozeném prostředí, ve společnosti svých blízkých. Nabízí také všestrannou oporu příbuzným a přátelům umírajících a pomáhá zvládat těžké období i po smrti blízkého člověka. (2, 5)

### 1.3 Cíle paliativní péče

Paliativní péče tedy znamená péči ve všech oblastech lidského bytí, tzn. v oblasti biologické, psychické, sociální a spirituální. Hlavním cílem je udržet co nejlepší kvalitu života u nemocných s pokročilým onemocněním. To neznamená jen zbavit nemocného nesnesitelných bolestí a jiných nepříjemných tělesných příznaků, ale také uspokojit potřeby v ostatních již zmiňovaných oblastech. (2)

Paliativní péče je interdisciplinární, vyžaduje koordinovanou, týmovou práci. To znamená, že využívá znalosti specializovaných lékařů: onkologů, geriatrů, internistů, chirurgů, kardiologů, neurologů. Očekává úzkou spolupráci lékařů, všeobecných sester a fyzioterapeutů, předpokládá také spolupráci zdravotnického personálu s psychology, sociálními pracovníky a duchovními.

Paliativní péče vnímá umírání jako normální součást života, neurychluje, ale ani neoddaluje smrt. Značný důraz klade na snahu zapojit rodinu do péče o pacienta, a také rodině pomáhá vyrovnat se s nemocí a smrtí jejich blízkého. (3)

## 1.4 Cílové skupiny paliativní péče

Cílovou skupinou paliativní péče jsou nemocní v pokročilých a konečných stádiích nevléčitelných onemocnění. Patří sem pacienti s onkologickým onemocněním, dále pak nemocní, u kterých bylo diagnostikováno poslední stádium chronické obstrukční choroby plicní, chronického srdečního selhání, jaterní cirhózy nebo onemocnění ledvin. Do další skupiny patří nemocní s neurologickými onemocněními, jako je demence, roztroušená skleróza a imobilizační syndromy po CMP. Paliativní péče je vhodná pro polymorbidní geriatrické pacienty, pacienty ve vigilním kómatu a v terminálním stádiu AIDS. (2, 4)

U některých nemocných se může projevovat **změna kognitivních funkcí a vnímání**. V tomto případě svoji situaci vnímají omezeně a nepodílejí se na rozhodování o léčebném plánu. Zde paliativní péči zaměřujeme na kvalitní ošetrovatelskou péči a psychosociální podporu rodiny. U nemocných s **progredujícím nevléčitelným onemocněním**, kteří si uvědomují přítomnost život ohrožujícího onemocnění, je paliativní péče zaměřena na psychiku, podporu jejich přání, podílejí se na tvorbě léčebného plánu.

Paliativní péče pomáhá nemocným, kteří mohou být v několika stádiích onemocnění. Do první skupiny řadíme pacienty, kteří jsou **kompensováni**, to znamená, že jejich stav je relativně stabilizovaný a prognóza přežití je několik měsíců až let. Zde je cílem tento stav udržet co nejdéle, při zhoršení je indikována resuscitační péče.

V druhé skupině jsou již nemocní s **nevratně progredujícím onemocněním**, kde se předpokládá přežití v řádu týdnů a měsíců. Prvotním cílem již není prodloužení života, ale udržení co nejvyšší jeho kvality. V některých případech je v tomto stádiu při akutní

příhodě (infarkt myokardu, infekční onemocnění) indikována standardní intenzivní léčba, ale postupuje se vždy individuálně. Resuscitace se u těchto nemocných obvykle neprovádí.

Ve třetí skupině jsou nemocní s **terminálním stádiem** choroby. Pro určení terminální fáze existuje několik kritérií. Nemocný zůstává upoutaný na lůžko, je zvýšeně unavený, somnolentní, doba denní aktivity se zkracuje, přijímá jen tekutiny nebo tekutou výživu sipping, nepřijímá léky per os. Těmto nemocným se snažíme zajistit veškerý komfort, který jim umožní klidnou a důstojnou smrt. Přežití v této fázi je několik týdnů, dnů, hodin. Resuscitační péče není indikována. (4, 5)

Postupné zhoršování stavu je závislé na typu onemocnění a je u různých onemocnění rozdílné. U některých nemocí, kde dochází k nevratnému zhoršování stavu (např. onkologická onemocnění), lze s vysokou spolehlivostí určit „terminální fázi“. U jiných onemocnění dochází ke zhoršení, „dekompensaci“ stavu, ale po zahájení adekvátní léčby se tento stav výrazně upravuje (např. akutní exacerbace chronické obstrukční plicní nemoci nebo levostranné srdeční selhání). Nemocný umírá obvykle v průběhu jednoho z těchto zhoršení, které byly v minulosti léčitelné. U těchto neonkologických diagnóz je proto obtížné stanovit, zda je nemocný již ve fázi „terminální“. (2)

#### **1.4.1 Jak dlouho je potřebná paliativní péče v závislosti na onemocnění**

U nemocných s nádorovým onemocněním velmi záleží na typu nádoru. Úsek od ukončení kauzální léčby do smrti trvá obvykle několik měsíců, někdy týdnů, u těchto nemocných je ale důležitá paliativní léčba i v průběhu onkologické léčby. Právě u onkologicky nemocných se dá nejlépe vymezit doba, kdy končí léčba příčiny a začíná léčba příznaků. Ročně na tyto diagnózy zemře v ČR 28 tisíc lidí.

U nemocných v pokročilém stádiu CHOPN (chronická obstrukční plicní nemoc), se srdečním selháním, onemocněním jater a ledvin je problematické stanovit prognózu, paliativní péče může trvat řadu měsíců i let. U těchto onemocnění jsou paliativní postupy často kombinovány s kauzální léčbou. Ročně na tyto diagnózy zemře v ČR 5 tisíc lidí.

Další skupinu představují nemocní s neurologickými onemocněními. Patří sem demence, roztroušená skleróza, amyotrofická laterální skleróza, cévní mozkové příhody, nemocní s imobilizačním syndromem. Pokročilá stádia, kdy je zapotřebí paliativní péče, mohou trvat několik měsíců až let.

Geriatrickí polymorbidní pacienti mají kombinovaná onemocnění s obtížnou prognózou. Narůstající potíže mohou trvat velmi dlouho, až několik let, při rozvinutí geriatrických syndromů je prognóza v řádu měsíců a nemocný je indikován k paliativní péči.

Díky novým, antiretrovirálním lékům se onemocnění AIDS stalo chronickým onemocněním, kde potřeba paliativní péče nastává v konečných stádiích nemoci. V ČR se týká ročně několika desítek lidí.

U nemocných v permanentním vegetativním stavu probíhá paliativní péče v řádu měsíců, let až desítek let a zahrnuje intenzivní ošetrovatelskou péči, prevenci a léčbu komplikací imobility. Patří sem i psychologická pomoc rodině. (4)

## **1.5 Historie a současnost paliativní péče**

Počátky paliativní péče spadají do roku 1842, kdy bylo v Lyonu založeno společenství žen pod vedením Jeanne Garnierové. V roce 1847 se zasloužilo o otevření prvního domu v Paříži, který byl pojmenován „hospic“. Tento výraz se stal názvem pro místo, kde jsou ošetřováni nemocní na konci života. V irském Dublinu v roce 1878 Marie Aikenheadová zbudovala kongregaci Sester lásky, jejichž hlavním posláním bylo doprovázení umírajících. Pod vedením této komunity v následujících letech vznikaly další hospice v Irsku a Anglii, např. hospic svatého Josefa v Londýně. Zde po druhé světové válce pracovala Cicely Saundersová jako sestra, později jako lékařka. Ta v 50. letech 20. století formuluje zásady péče o nevléčitelně nemocné. Ve své práci byla ovlivněna poznatky psychologa Carla Rogerse, který propagoval nutnost naslouchání a komunikace s nemocnými. Významné jsou její výzkumy v oblasti léčby chronické nádorové bolesti a použití perorálního morfinu. Vytvořila koncept „celkové bolesti“ (total pain), podle kterého je tělesná bolest spojena a vzájemně ovlivňována bolestí psychickou, sociální a duchovní.

Péče o „celkovou bolest“ terminálně nemocných je poprvé zajištěna multidisciplinárním týmem v hospici sv. Kryštofa, který Saundersová zakládá na předměstí Londýna v roce 1967. Tato doba je považována za počátek hospicového hnutí. Rozvoj medicíny ve 2. polovině 20. Století dával lidem naději, že lidstvo nad všemi nemocemi zvítězí. Těžce nemocní a umírající se potýkali s nezájmem, s konstatováním, že již není

pomoci, že se již „nedá nic dělat“. Proti tomuto postoji jako protest vzniká hospicové hnutí. To hlásá přesvědčení, že v každé situaci je možné pro zlepšení kvality života nemocného něco udělat. Mezi medicínou a hospicí vzniká napjatý vztah. V roce 1975 založil v Kanadě doktor Balfour Mont první oddělení paliativní péče. Slovo „hospic“ záměrně vynechal pro nebezpečí nedorozumění. Koncept paliativní péče vychází ze zásad hnutí hospicového, ale není proti moderní medicíně. Nově vznikají paliativní konziliární týmy v nemocnicích v západní Evropě a v USA. Zaniká nevráživost mezi hospicovou a paliativní péčí a moderní medicínou. Další rozvoj hospicové péče probíhal v několika oblastech, na lůžkové hospice navazovala domácí hospicová péče, která se rozvinula zejména v USA a ve Velké Británii. (6)

Zájem o paliativní medicínu v České republice začíná až po roce 1989. V nemocnici v Babicích nad Svitavou bylo v listopadu 1992 otevřeno první oddělení paliativní péče, které mělo 20 lůžek. V 90. letech 20. století vzniklo několik hospiců, z nichž první byl hospic Anežky České v Červeném Kostelci, který byl zprovozněn 31. 10. 1995. Za tři roky provozu bylo na oddělení přijato 630 nemocných, z toho jen 76% s onkologickým onemocněním. 24% nemocných mělo pokročilé neonkologické onemocnění. Později bylo ale oddělení transformováno na léčebnu pro dlouhodobě nemocné. Postupně dochází k růstu počtu zařízení paliativní péče. V roce 2007 bylo u nás již 12 hospiců, působily 4 týmy domácí paliativní péče a jedna jednotka nemocniční paliativní péče. (7)

Podle současného prezidenta Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, pana inženýra Jakuba Forejta je k 3. 1. 2013 v České republice 15 kamenných hospiců, 13 z nich je členy Asociace. V plánu je zbudovat hospic v Kladně, Chebu a Liberci. (8)

### **1.5.1 Organizace podporující paliativní péči**

U zrodu prvního hospice v Čechách byla lékařka Marie Svatošová, která založila již v roce 1993 občanské sdružení pod názvem Ecce homo. Vznikaly i další organizace pro podporu paliativní péče. V červnu 1998 bylo založeno Sdružení poskytovatelů hospicové péče v ČR. V roce 2005 začíná svoji činnost i Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, jehož prezidentkou se stala již výše jmenovaná MUDr. Svatošová, v loňském roce převzal funkci inženýr Jakub Forejt. (8, 9)

Další organizací, která aktivně působí do dnešní doby je Česká společnost paliativní medicíny (ČSPM), založená v roce 2009 jako součást České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně. V současné době sdružuje 130 řádných členů, odborníků na paliativní péči. Cílem této společnosti je podpora vzdělávání a dobré klinické praxe v oblasti paliativní medicíny. K dosažení těchto cílů by mohlo výrazně pomoci vydání *Standardů paliativní péče 2013*, které vznikly za podpory Ministerstva zdravotnictví České republiky a byly uveřejněny v lednu 2013 (Příloha 2). Dalším důležitým dokumentem, který ČSPM vydala již na podzim 2012 v souvislosti s Evropským kongresem paliativní péče, je dokument *Pražská charta* (Příloha 3). Pražská charta vyzývá vlády, aby se zasadily o dostupnost paliativní péče ve svých zemích. (10)

## 1.6 Dělení paliativní péče

Paliativní péči dělíme na obecnou paliativní péči a specializovanou paliativní péči:

**Obecná paliativní péče** znamená dobrou klinickou péči o nemocného, který trpí onemocněním v pokročilém stádiu. Tuto péči by mělo zajistit každé zdravotnické zařízení a lékaři všech odborností. Obecná paliativní péče představuje větší část z celkového objemu paliativní péče a je poskytována zdravotnickými pracovníky v již existujících zařízeních, i když nemá vždy označení „paliativní“. (2)

**Specializovaná paliativní péče** je aktivní, interdisciplinární péče poskytovaná nemocným a jejich rodinám týmem odborníků, kteří mají potřebné zkušenosti a vzdělání v oblasti paliativní medicíny. Hlavní náplní tohoto týmu je poskytování paliativní péče. Specializovaná paliativní péče je indikována v případě, kdy obecná paliativní péče je nedostačující.

Základem pro poskytování specializované paliativní péče je interdisciplinární tým, který je tvořen lékaři různých profesí, všeobecnými sestrami, dietní sestrou, sociálním pracovníkem, rehabilitačním pracovníkem, psychologem, psychiatrem, duchovním, dobrovolníky, členy rodiny a přáteli nemocného.

Prospěch ze specializované paliativní péče mají pacienti, u kterých nemoc způsobuje závažné psychické i tělesné obtíže, pacienti, u kterých byla vyčerpána nebo není



již možná léčba příčiny nemoci a léčba je zaměřena na potíže, které onemocnění nemocnému způsobuje. (2, 4)

## **1.7 Základní formy specializované paliativní péče**

### **1.7.1 Lůžkový hospic**

Samostatně stojící lůžkové zařízení, které poskytuje specializovanou paliativní péči pro nemocné v preterminální a terminální fázi onemocnění. Délka pobytu nemocného v hospici je většinou několik týdnů. (2)

Slovo „hospic“ dříve znamenalo útulek pro poutníky. Tyto útulky existovaly již ve středověku a poskytovaly přístřeší a pomoc pro poutníky, nemocné nebo těhotné ženy. Myšlenka hospice vyjadřuje úctu k člověku jako k jedinečné bytosti. Hospic respektuje lidskou důstojnost, nemocný zde netrpí bolestí a v posledních chvílích života nezůstane osamocen. (11)

Hospic je zařízení, které tvoří obvykle menší počet lůžek, aby byla zajištěna pohoda a maximální péče všem klientům. Denní režim je zcela jiný než v nemocnici a je zcela přizpůsoben individuálním potřebám a přáním umírajícího. Lékaři hospice jsou specialisti v oboru paliativní medicíny a jsou nepřetržitě k dispozici. Každý pacient má osobní sestru nebo ošetřovatelku. Další personál tvoří psycholog, sociální pracovník, nutriční specialista, fyzioterapeut, ergoterapeut, duchovní a dobrovolníci. Zařízení hospice je příjemné a připomíná spíše domácí prostředí. Jsou zde společné prostory, kde se mohou nemocní, návštěvy i dobrovolníci scházet. Hospice jsou zařízením bezbariérovým, pro nemocné upoutané na lůžko je tak v dosahu společenská místnost, kaple i zahrada. Návštěvy jsou povoleny nepřetržitě, 24 hodin denně je možná i trvalá přítomnost příbuzného, který zde může přespát nebo domácího mazlíčka. Většinu pacientů tvoří nemocní s onkologickým onemocněním, mohou přicházet opakovaně na krátkodobý pobyt, nebo mohou v hospici zůstat delší dobu, dle svého přání a stavu. Do hospice jsou přijímáni nemocní, u kterých ošetřující lékař uvedl, že trpí nevléčitelným onemocněním a potřebují paliativní péči. O přijetí nemocného rozhoduje vždy lékař hospice po domluvě s ošetřujícím lékařem nemocného. Podmínkou je písemný informovaný souhlas nemocného a potřeba paliativní péče, kterou již nelze provádět v domácím prostředí. (9, 12)

Lůžkové hospice jsou v České republice většinou nestátní zdravotnická zařízení, jejich financování je zajištěno z více zdrojů. Ty tvoří veřejné zdravotní pojištění, příspěvky na péči, dotace na sociální péči, dary, sbírky a příspěvky klientů. (10)

### **1.7.2 Zařízení domácí paliativní péče (mobilní hospic)**

Mobilní tým specialistů poskytuje specializovanou paliativní péči nemocným a jejich rodinám v jejich domácím prostředí nebo náhradním sociálním zařízení. Zajišťuje nepřetržitou dostupnost péče. (2)

Téměř každý člověk by konec života chtěl prožít doma, ve známém prostředí, obklopen svými blízkými. Většina rodin se chce o svého těžce nemocného člena rodiny postarat, ale často jim chybí potřebné informace, jak o nemocného pečovat. Může také dojít k vyčerpání a únavě pečujícího. Proto je důležitá pomoc zdravotníků. Pro paliativní péči doma je nutné, aby jeden člen rodiny převzal celodenní péči o nemocného, důležitá je spolupráce celé rodiny. Domácí péči indikuje ošetřující lékař v nemocnici, praktický lékař nebo o péči může požádat i rodina nebo sám klient. (9, 13)

Nemocný i jeho blízcí podepisují informovaný souhlas s péčí Domácího hospice, tedy souhlas s paliativní péčí. Umožní zdravotníkům vstup do domácnosti, ošetření, užívá doporučené léky. Domácí hospic tvoří lékař, všeobecné sestry, sociální pracovníce, duchovní a dobrovolníci. Nemocnému i rodině jsou k dispozici 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. V domácím prostředí odborně řeší situace spojené s nevyлéčitelným onemocněním při zachování vysokého standardu péče. (14)

V březnu 2012 vydala Česká společnost paliativní medicíny stanovisko, podle kterého jsou v České republice dva poskytovatelé paliativní péče v domácím prostředí. Prvním je „Mobilní specializovaná paliativní péče“ (MSPP), druhým pak „Domácí péče s hospicovou složkou“. V současné době v systému péče, která je hrazena ze zdravotního pojištění působí v ČR řada poskytovatelů domácí péče s hospicovou složkou. Ti pečují kromě běžných klientů domácí péče i o pacienty s nevyлéčitelnými chorobami v posledních stádiích života. Poskytovatelé mobilní specializované péče mají hrazenou jen část své péče, například ošetrovatelskou. Snahou České společnosti paliativní medicíny je podpora obou těchto složek, prioritou je však rozvoj MSPP. (15)

Průkopníkem v MSPP je občanské sdružení Cesta domů, které vzniklo již v roce 2001. Sdružení vydalo ve spolupráci s Českou společností paliativní medicíny v roce 2010 doporučení Evropské asociace pro paliativní péči pod názvem Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě. Od roku 2011 provozuje Cesta domů v Praze zařízení s názvem Domov pod střechem, kde poskytuje komplexní mobilní paliativní péči klientům pobytového zařízení sociální péče. Toto sdružení již mnoho let usiluje o domluvu s Všeobecnou zdravotní pojišťovnou (VZP) o úhradě této speciální péče. Do února 2013 nebyla ze strany VZP mobilní specializovaná péče uznána jako žádoucí a potřebná. (10)

V České republice zatím není vytvořena regionální síť mobilních hospiců, v některých oblastech chybí zcela.

### **1.7.3 Konziliární tým paliativní péče**

Působí v rámci zdravotnického zařízení, kam přináší znalosti z oboru paliativní péče. Součástí je ambulance paliativní medicíny. Tým, který tvoří lékař, sestra, sociální pracovník ovlivňuje kvalitu paliativní péče. U nás tyto týmy zatím nejsou rozšířeny.

### **1.7.4 Oddělení paliativní péče**

Existuje v rámci nemocnic a léčeben, pro nemocné, kteří potřebují paliativní péči a zároveň i ostatní diagnostické a léčebné služby v nemocničním zařízení. Tato oddělení se snaží fungovat v duchu hospicového ideálu. Naplňuje také roli edukační. (2)

V ČR oddělení paliativní péče najdeme v Nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze a v krajské nemocnici v Jihlavě. (10)

### **1.7.5 Ambulantní paliativní péče**

Ambulance paliativní onkologie, které jsou vedené specialisty na paliativní medicínu a poskytují péči onkologicky nemocným. V ČR fungují v Brně a Hradci Králové. Ambulancí pro léčbu bolesti je v současné době 90 a léčba v nich je poskytována lékaři s atestací v oboru Paliativní medicína a léčba bolesti. (10)

### **1.7.6 Zvláštní zařízení pro specializovanou paliativní péči**

Spadají sem specializované hospicové poradny, denní hospicový stacionář. Tato specializovaná zařízení fungují zejména v zahraničí, v České republice jsou při některých

hospicích poradny, například při Hospici svaté Alžběty v Brně. Tato poradna pomáhá orientovat se ve zdravotnickém systému, poskytuje rady a podporu rodinám, které pečují o blízkého člověka. (2, 16)

Jak uvádí MUDr. Svatošová, ve všech formách hospicové péče, ať v denních stacionářích, mobilní nebo lůžkové formě se dělí proces umírání na tři časové úseky. První, kterou nazýváme **pre finem**, začíná od okamžiku, kdy je nemocnému sdělena závažná diagnóza a uvědomí si, že může zemřít. Druhý úsek je vlastní umírání a označuje se jako **in finem**. Může trvat minuty, ale i měsíce. Třetí období **post finem** je péče o pozůstalé. (11)

## 1.8 Zákony a vyhlášky týkající se paliativní péče

Dne 1. 4. 2012 vstoupil v platnost nový zákon č.372/2011, *o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)*, který nahradil *zákon o péči o zdraví lidu z roku 1966*. V paragrafu 5 je definována paliativní péče, ale není zde dělena na obecnou a specializovanou, což je pro financování ze stran pojišťoven důležité. Dále je v paragrafu 10 uvedena paliativní péče jako „*zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním zařízení pacienta*“, což je změna oproti zákonu z roku 1966. Ve vyhlášce č. 411/2011 Sb., kterou se mění vyhláška č. 134/1998 Sb., je nově kapitola Paliativní medicína se dvěma novými kódy, které umožňují úhradu lékaři za specializovanou paliativní péči v domácím prostředí pacienta. (17)

## 1.9 Vzdělávání v paliativní péči

Při Institutu pro postgraduální vzdělávání ve zdravotnictví, existuje od roku 2001 Subkatedra paliativní medicíny v Rajhradu u Brna. V roce 2004 byl zákonem zřízen samostatný atestační obor pro lékaře „Paliativní medicína a léčba bolesti“. Tento se v roce 2010 rozdělil na dva samostatné nastavbové obory Paliativní medicína a Algeziologie. Z oboru „Paliativní medicína“ atestovalo v loňském roce 12 lékařů. Certifikované kurzy nastavbové specializace Paliativní medicína jsou pro lékaře, kteří nechtějí přímo v oboru paliativní medicíny atestovat, ale tento obor je zajímavý. (18)

Paliativní medicína jako samostatný obor je v současnosti vyučována pouze na lékařské fakultě v Brně. (10)

Vzdělání pro sestry pracující v paliativní péči představuje projekt ELNEC (End Of life Nursing Education Consortium), což je mezinárodní projekt, který znamená kompletní vzdělání pro sestry pracující v této oblasti. (19)

Dále se pak sestry mohou vzdělávat na akcích, které nabízí Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. (20)

## **2 PACIENT V PALIATIVNÍ PÉČI**

Základem paliativní medicíny je léčba bolesti a dalších symptomů, které mají zásadní význam pro kvalitu života nevléčitelně nemocného. Symptomy nám signalizují, že něco není v pořádku, mají ochrannou funkci. V paliativní medicíně jsou připomínkou těžkého onemocnění, nemocného obtěžují, snižují kvalitu jeho života. Proto je důležité symptomy potlačit nebo alespoň zmírnit. (21)

### **2.1 Nejčastější tělesné symptomy v paliativní péči**

#### **2.1.1 Bolest**

Bolest je velmi častý symptom v paliativní péči. Je nutné ji léčit, protože má velmi negativní dopad na kvalitu života nemocného a to ve všech sférách. Bolest je vždy subjektivní a je nutno, aby ji sestra posuzovala u každého pacienta individuálně. V paliativní péči rozlišujeme jednak náhodnou bolest u neoncologicky nemocných, chronickou bolest u neurologicky nemocných a zejména intenzivní bolest u nemocných s nádorovým onemocněním. Dalším typem bolesti je tzv. průlomová bolest, což je zhoršení chronické bolesti, která byla do té doby dobře analgeticky zvládnuta. Tato bolest přináší nemocnému značné utrpení fyzické i psychické, trvá několik vteřin, ale i celé hodiny a je značně intenzivní. (22, 23)

Bolest je nutno správně vyhodnotit, aby mohla být zahájena vhodná a účinná léčba. K tomu je nutné určit lokalizaci, charakter, intenzitu a časový faktor bolesti.

Lokalizaci bolesti zjišťujeme tak, že nemocný popíše místo a vyzařování bolesti. Můžeme použít i mapu bolesti, kam si nemocný zakresluje, kde bolest cítí.

Charakter bolesti určíme podle toho, jak nemocný bolest popisuje. Rozlišujeme bolest somatickou, viscerální a neuropatickou.

Intenzitu bolesti může sestra hodnotit podle různých škál. V praxi se osvědčila vizuální analogová škála (VAS), kdy pacient vyznačí intenzitu bolesti na úsečce v rozmezí od „žádné“ bolesti až po „nejhorší bolest, jakou si umí představit“. Někdy je úsečka nahrazena úhlopříčkou nebo vertikální úsečkou v podobě teploměru (Příloha 4).

U dětských pacientů nebo u pacientů s poruchou řeči, může sestra použít škálu výrazů obličeje pro posouzení bolesti (Příloha 5). Další neverbální metodou určování intenzity bolesti je numerická škála (NRS). Na levém konci stupnice, na úrovni čísla 0, je stav bez bolesti, na pravé straně pak nejvyšší číselná hodnota 100, určuje maximální bolest. Nemocný přiřadí intenzitě bolesti číslo, změny je vhodné zaznamenávat do tzv. deníku bolesti. Při hodnocení bolesti se také používá Melzackova škála intenzity bolesti, podle které pacient určuje bolest jako mírnou, nepříjemnou, silnou, krutou anebo nesnesitelnou. Při hodnocení časového faktoru zjišťujeme začátek bolesti, dobu trvání a frekvenci. Dalším důležitým kritériem v hodnocení bolesti je chování nemocného a jeho psychické prožívání. Zaměříme se na to, jak bolest ovlivňuje běžné činnosti nemocného, jeho náladu, spánek. (13, 21)

Symptomatická léčba bolesti v paliativní medicíně zahrnuje postupy farmakologické i nefarmakologické. Farmakologická léčba znamená léčbu analgetiky, mezi nefarmakologickou léčbu patří fyzioterapie, chirurgické metody a psychoterapie. Základem farmakologické léčby chronické bolesti v paliativní medicíně je podávání analgetik v pravidelných intervalech tak, aby se bolest nemohla rozvinout. Analgetickou léčbu dělíme dle WHO na tři stupně dle intenzity bolesti. Při prvním stupni podáváme nemocnému neopioidová analgetika, například paracetamol 500 - 1000mg až 4x denně a nesteroidní antirevmatika, jako je ibuprofen nebo diclofenac. Zde při pravidelném podávání u rizikových pacientů, kteří jsou warfarizováni nebo mají v anamnéze peptický vřed, doplňujeme omeprazolem k ochraně žaludeční sliznice. Jestliže tato analgetika nestačí, podáváme opioidy na středně silnou bolest. Do této skupiny patří tramadol, dihydrokodein a kodein, kombinace tramadolu s paracetamolem nebo oxykodon v nízkých dávkách. Na silnou bolest použijeme již silné opioidy, například morfin, fentanyl nebo buprenorfin ve formě transdermálních náplastí. Dávkování je přísně individuální, maximální denní dávka není stanovena. Nesprávné představy, mýty, o silných opioidech, vedou k tomu, že bolest není dostatečně mírněna, léky jsou často nasazovány pozdě a nesprávně dávkovány.

Kromě analgetik má v paliativní léčbě bolesti zastoupení i adjuvantní farmakoterapie, kam patří antidepressiva, anxiolytika, antiepileptika či kortikoidy. (22)

Chronickou bolest v paliativní medicíně je vhodné mírnit mimo léčby farmaky také pomocí psychoperateutických postupů. Bolest je doprovázena úzkostí, agresi, depresí,

pocity bezmoci a beznaděje a tyto emoce lze právě pomocí psychoterapeutických metod dobře zvládnout. Velmi důležité je, aby sestra zaujímala k pacientům empatický, vstřícný, chápavý a vlídný postoj. Z konkrétních přístupů se používá metoda sugesce, což je navození určitých představ, myšlenek, nebo stav změněného vědomí hypnóza. Obě tyto metody vedou k odvedení pozornosti pacienta od bolesti, umožňují mu kognitivně zhodnotit jeho situaci a navést ho na možnosti, jak situaci zvládnout na úrovni. Z dalších technik se používá autogenní trénink, meditace, imaginace, biologická zpětná vazba, tzv. biofeedback. V neposlední řadě je nutné jmenovat kognitivně behaviorální terapii, která odbourává nevhodné vzorce chování a myšlení a učí pacienta chovat se tak, jak je z hlediska tlumení bolesti pro něj nejvhodnější. (6, 24)

Všeobecná sestra má při zmírňování bolesti nezastupitelnou úlohu. Je první, komu se pacient svěří s tím, co ho trápí. Sestra stráví s pacientem nejvíce času a je schopna zhodnotit, zda pacient trpí. Podává analgetika dle ordinace lékaře, sleduje verbální i neverbální projevy bolesti, pravidelně provádí její hodnocení. Pomocí vhodné komunikace a přiměřené aktivizace odpoutává pozornost pacienta od bolesti, pomáhá při relaxačních metodách, zabezpečuje kontakt s rodinou. Nedílnou součástí ošetrovatelské péče je vypracování plánu na sledování bolesti a edukace pacienta, jak vést deník bolesti. (3)

### **2.1.2 Dušnost**

Dušnost je popisována jako subjektivní pocit nedostatku vzduchu. Dušnost je velmi nepříjemný symptom, protože je provázena obavami o vlastní život. Mezi příčiny dušnosti patří srdeční selhání, obstrukce dýchacích cest lokalizovaná (stridor, syndrom horní duté žíly) i generalizovaná (CHOPN, astma bronchiale v anamnéze), perikardiální výpotek, mnohočetné metastázy, pneumonie nebo anémie. Na vzniku dušnosti má vliv i psychická nepohoda nemocného.

Nejdůležitějším úkolem pro sestru je snížit pacientovi obavy, strach a primární úzkost. Důležité je zachovat klid, otevřít okno, zajistit vhodnou polohu vsedě nebo na pravém boku. Podáváme ordinovanou farmakoterapii, kam patří opioidy, bronchodilatancia, kortikoidy nebo anxiolytika. Při oxygenoterapii je nutné současně kontrolovat saturaci kyslíku pulzním oxymetrem. Snižuje-li podávání kyslíku pacientovu úzkost, je podáván vždy. (25)



### **2.1.3 Nauzea a zvracení**

Nauzea je nucení na zvracení, pocit nevolnosti. Je nutné ji léčit a zabránit tak vzniku fyzických, psychických i sociálních problémů. Zvracení je v paliativní péči časté. Je příznakem onemocnění trávicího traktu, srdečního selhání, hyperkalcémie, nitrolební hypertenze, edému mozku, poškození vestibulárního aparátu. Při zvracení může u nemocného dojít ke komplikacím, kam patří dehydratace, aspirace nebo poruchy vnitřního prostředí.

Sestra podává antiemetika, blokátory protonové pumpy, parenterální hydrataci dle ordinace lékaře. Snaží se upravit životosprávu nemocného pečlivým výběrem potravin a podle jeho přání, dbá na dostatečný příjem tekutin dle doporučení lékaře, pečuje o dutinu ústní. Při masivním zvracení je nutné zavést nasogastrickou sondu, parenterálně upravit hydrataci a vnitřní prostředí. (2, 22)

### **2.1.4 Zácpa**

Příčinou zácpy bývá často neprůchodnost střeva v souvislosti s nádorovým onemocněním, dehydratace, malý příjem potravy, podávání opioidů, porucha motility tračníku u geriatrických pacientů, imobilita. Zácpa není jen nepříjemný symptom, je potřeba ji léčit, aby nedošlo ke komplikacím, které postihují trávicí ústrojí a močový systém. Ošetrovatelská péče o pacienta se zácpou spočívá ve zvýšení příjmu tekutin, obsahu vlákniny v potravě, podávání laxativ ve formě čípků, kapek a sirupů. Bolestivé nadýmání řešíme podáváním deflantulans a rektální rourky. Významné je zajištění soukromí, dostatečného času a vhodné polohy při defekaci. Sestra vede přesný záznam vyprazdňování. (21)

### **2.1.5 Dehydratace**

Zvýšené ztráty a nedostatečný příjem tekutin jsou u terminálně nemocných velmi časté. Jako dehydrataci označujeme deficit tekutin. U nemocných dochází k únavě, bolesti hlavy, zmatenosti, sliznice jsou oschlé, kožní turgor snížen. Dalšími příznaky jsou hypotenze a tachykardie, pokles diurézy. Pocit žízně, u starších pacientů fyziologicky klesá. V závažných případech může dojít k bezvědomí s křečemi a k selhání ledvin, které je provázeno anurií. K dalším komplikacím patří uroinfekce a urolithiáza.

Součástí základní ošetrovatelské péče o nemocného je pravidelné podávání tekutin per os. Nepřijímá-li nemocný ústy, je nutná zvýšená péče o dutinu ústní. Pokud nemocný s delší životní prognózou nepřijímá dostatečný objem tekutin, zajišťujeme intravenózní hydrataci, v těchto fázích nemoci obvykle postačí denní příjem 1 litr tekutin. U bezprostředně umírajícího pacienta je omezený příjem tekutin považován za přirozený, proto nemocnému tekutiny nabízíme, ale nenutíme. U terminálně nemocného, který má již dříve zavedenou sondu (nazogastričnou, nazojejunální, nazoduodenální nebo gastrostomii nebo jejunostomii), můžeme tekutiny podávat tímto způsobem, jinak jen pro účely samotné hydratace se sonda nezavádí. Ve zdravotnických zařízeních se hydratace nejčastěji zajišťuje intravenózním podáním tekutiny. U nemocných v terminálním stádiu je ale někdy velmi obtížné periferní žilní vstup zajistit, často je nutná hospitalizace, aby byl zajištěn odborný dohled, neboť si nemocní často žilní vstup sami vytahují a v některých případech je nutné podání farmakologické sedace. Zde se nabízí otázka, je-li takový postup v souladu s důstojným umíráním. Jako vhodná forma pro zajištění dostatečné hydratace se jeví subkutánní podání tekutin – hypodermoklýza. Touto formou lze zajistit podání tekutin i u neklidného pacienta nebo v domácím prostředí. Při rozhodování, jakou formu hydratace zvolíme, je důležité zejména rozhodnutí pacienta nebo rodiny, komfort nemocného a prognóza jeho onemocnění. (2, 22)

### **2.1.6 Anorexie a malnutrice**

Nedostatečná výživa a nechutenství se u paliativně léčených pacientů objevuje často, zejména u pacientů s nádorovým onemocněním. Malnutrice často bývá příčinou úbytku svalové síly (sarkopenie) a následně příčinou imobility. Extrémní malnutrici označujeme jako kachexii. Příčinou je snížený příjem potravy, zvýšená potřeba kalorií a malabsorpce. Většina nemocných v pokročilém stádiu onemocnění má problémy s příjmem potravy. Mohou za to účinky léků, problémy s kousáním, polykáním, nevolnost a zvracení, deprese a jiné. Z dalších příčin je to opakovaná chemoterapie, radioterapie, chronické infekce nebo systémové zánětlivé onemocnění.

V léčbě můžeme využít nutriční nebo farmakologické možnosti. Nutriční přístup znamená využití všech druhů nutriční podpory. Patří sem úprava diety, farmaceutická výživa sipping, enterální výživa sondou, při postižení trávicího ústrojí léčba parenterální. Z farmakologických preparátů, které se v dnešní medicíně užívají je například gestagenní hormon Megestrolacetát, který se využívá v paliativní léčbě nemocných s nádorovou

anorexií a kachexií nebo kortikosteroidy. Hlavním cílem všech léčebných kroků je zajištění nejvyšší možné kvality života nemocného, proto je nezbytné u každého pacienta individuálně zvážit, jaká doporučení jsou pro něj vhodná.

Z ošetrovatelského hlediska sestra zajišťuje vhodné formy potravy a spolupracuje s nutričním specialistou. Dále se zaměřuje péčí zejména na péči o pokožku a na prevenci vzniku dekubitů. Pacienti s malnutricí nebo kachexií mají sníženou vitalitu tkání, poruchy vegetativních funkcí a proto je zde velké riziko jejich vzniku. Rizikovým faktorem je imobilita, inkontinence a tlak na predilekční místa. Sestra pacienta pravidelně polohuje, pokožku i lůžko udržuje v čistotě. Správnou manipulací s nemocným na lůžku, zabraňuje vzniku dekubitů třením, používá antidekubitní pomůcky. (21, 22)

U pacientů, kteří nepřijímají stravu per os, sestra věnuje zvýšenou péči dutině ústní. To znamená udržování stále vlhkých sliznic tekutinami, výplachy fyziologickým roztokem nebo cucáním ledových kostek. Pravidelné čištění zubů nebo zubní náhrady, při povlácích a mykózách v dutině ústní ošetřování různými roztoky, stírání štětičkou nebo tampónem. Při infekčních stomatitidách jako podpurný prostředek sestra potírá bolestivá místa lokálně anestetikem. (25)

## **2.2 Psychické symptomy terminálně nemocného a umírajícího pacienta**

### **2.2.1 Úzkost a strach**

Mezi časté psychické obtíže u terminálně nemocných patří úzkost a strach. Úzkostný stav v paliativní péči souvisí se strachem z bolesti, dušení nebo přímo se strachem z umírání. Projevuje se bušením srdce, pocením, vnitřním chvěním, nemocný může pociťovat neklid, závratě. Často má poruchy spánku, nechce být sám. Úzkost nemá předmět a člověka paralyzuje, strach naopak povzbuzuje, protože známe jeho důvod. (25)

Péče o nemocné s úzkostí vyžaduje od sestry komunikační znalosti. S pacientem je nutno komunikovat hned od sdělení diagnózy, protože s průběhem nemoci jeho úzkost stoupá. Sestra projevuje osobní zájem o pacienta, o jeho pocity, naslouchá mu a opakovaně trpělivě vysvětluje. Důležité je navázat s pacientem důvěryhodný vztah založený na emocionálních a etických vlastnostech sestry. K odstraňování úzkosti významně přispívá

psychologický přístup i psychoterapeutické techniky již výše zmiňované, zejména relaxační a meditační techniky. (26)

### **2.2.2 Smutek a deprese**

Smutek je přirozenou a pochopitelnou reakcí u pacientů s nevléčitelným onemocněním. Úkolem sestry je pomoci nemocnému dát najevo své pocity a projevit smutek navenek. Jako patologický smutek označujeme depresi. Nemocný je utlumený, není schopen téměř žádné činnosti, ztrácí energii, koncentraci, dochází k sociální izolaci. Deprese může onemocnění zhoršovat a vést ke zhoršení kvality života nemocného. V některých případech dochází až k suicidálním tendencím. Deprese je i v závěru života nemocí a vyžaduje psychologickou a psychiatrickou léčbu ať nefarmakologickou (behaviorální, kognitivní, interpersonální), či farmakologickou (antidepresiva).

V přístupu sestry k depresivnímu pacientovi hraje významnou roli projev pochopení pro stav pacienta, nedirektivní empatický rozhovor, akceptace jeho současného stavu. Chybná je bagatelizace potíží, doporučování nových aktivit a nucení k rozhodování. (25, 27)

### **2.2.3 Delirium**

V paliativní péči se často vyskytuje delirium, což je akutně vzniklá porucha vnímání, pozornosti, myšlení a psychomotorických jevů. Postihuje až dvě třetiny nemocných v terminálním stádiu. Dělíme ho na hyperaktivní a hypoaktivní. Mezi projevy hyperaktivního deliria řadíme výrazný psychomotorický neklid, svalové záškuby, křeče, mohou se objevit halucinace a bludy. Hypoaktivní delirium charakterizuje spavost, zpomalené myšlení a motorika. Mezi příčiny, které delirium vyvolávají, patří léky, například opioidy, benzodiazepiny, kortikoidy, digoxin a další. Dále ho vyvolává dehydratace, dušnost, infekce, močová retence, bolest, hypoxie, respirační nebo srdeční selhání, závislost na alkoholu, nikotinu nebo drogách. Příčinou vzniku deliria mohou být i vlivy prostředí, pocit životní prohry, strach ze smrti, existenciální úzkost, vina. Delirium je tedy komplexní syndrom, který postihuje oblast kognitivní, psychomotorickou i emoční. Ke stanovení diagnózy je nutný rozhovor s nemocným, pozorování jeho chování, kontakt s rodinou, vnímavost zdravotníka pro změny v mentálním stavu pacienta nebo různé dotazníky. Známý je dotazník kognitivních funkcí Mini Mental State Examination (MMSE). Vyšetření je nutno několikrát opakovat. Při diagnóze deliria jsou v tomto

dotazníku výrazné změny (Příloha 6). Léčba deliria v terminální fázi onemocnění spočívá zejména ve zjištění a řešení příčiny. Často pomůže úprava medikace. Jako lék první volby podáváme haloperidol, jehož účinkem je zlepšení kognitivních funkcí a zklidnění pacienta. Dalšími vhodnými léky jsou tiaprid, chlorpromazin, nedoporučují se benzodiazepiny, které mohou zhoršit u pacienta zmatenost. U agitovaného deliria se používá Dormicum.

Základem ošetrovatelské péče u pacienta s deliriem je komunikace, lidský přístup. Pacienta často uklidní jen blízkost sestry, tichý rozhovor, podržení za ruku. Nezbytnou součástí ošetrovatelského procesu je edukace rodiny. (2, 25)

## **2.3 Potřeby nevyléčitelně nemocného**

Lidská potřeba je projev nedostatku nebo přebytku, touha něčeho dosáhnout ve všech oblastech lidského bytí, to znamená v oblasti biologické, psychologické, sociální i spirituální. Uspokojení všech potřeb je nutné k vyrovnanosti celého organismu a souvisí s kvalitou života jedince. Hierarchii potřeb člověka znázorňuje Maslowova pyramida potřeb (Příloha 7). Tuto teorii uvedl americký psycholog již v roce 1943. Na nejnižším místě jsou potřeby fyziologické, směrem vzhůru pak potřeba bezpečí a jistoty, příslušnosti a lásky, potřeba uznání, sebeúcty a nejvyšší místo zaujímá potřeba seberealizace.

V důsledku nemoci se prioritita potřeb mění. Potřeby pacientů v pokročilých stádiích nevyléčitelných nemocí závisí na základním onemocnění, na tom, v jaké fázi onemocnění se pacient nachází, na věku, sociální situaci i psychickém stavu. (3, 28)

### **2.3.1 Potřeby biologické**

Biologické potřeby pacientů v paliativní péči mají určitá specifika. Velmi důležitá je potřeba být bez bolesti. Její léčba a způsoby zvládání jsou popsány již v kapitole o bolesti. Ošetrovatelskou péči v oblasti biologických potřeb je dále nutno zaměřit zejména na péči o pokožku, prevenci proleženin, na nutriční péči, na péči o vyprazdňování, pitný režim, dýchací cesty a dutinu ústní. Patří sem i péče o kvalitní spánek. Všechny součásti ošetrovatelské péče zajišťuje sestra individuálně tak, aby se pacient cítil co nejlépe. (3)

### **2.3.2 Potřeby psychologické**

Patří sem především potřeba respektování lidské důstojnosti. Každý člověk je jedinečnou bytostí, jako takového je nutno ho chápat a respektovat. Nemocný potřebuje se svým okolím komunikovat o svém strachu, obavách, potřebuje mít pocit bezpečí, proto je důležité nemocnému nikdy nelhat a poskytnout mu dostatek informací. Zásadou je nemocnému říkat jen tolik, kolik chce slyšet a tehdy, kdy to chce slyšet.

### **2.3.3 Potřeby sociální**

Člověk je tvor společenský, nežije osamocen, má potřebu někam patřit, mít rodinu, místo ve skupině, pocit příslušnosti. Každý člověk má potřebu mít někoho rád a být milován, zvláště pak člověk těžce nemocný. Nejsilnější vazby jsou většinou v rámci rodiny. Pacienta může trápit spousta problémů, proto potřebuje, aby ho blízcí vyslechli, poskytl mu útěchu a lásku.

### **2.3.4 Potřeby spirituální**

V péči o umírajícího má duchovní podpora mimořádný význam. Mnoho lidí se domnívá, že spirituální potřeby souvisí s tím, zda je člověk věřící. Ale není to tak. V průběhu vážné nemoci se lidé začínají zabývat otázkou smyslu života, konfrontují vlastní existenci. Každý člověk potřebuje mít jistotu, že jeho život měl a má až do poslední chvíle smysl, že mu bylo odpuštěno, potřebuje sám odpustit. Nemocnému je potřeba ukázat, že se dá v každé situaci žít smysluplně. Povinností sestry je, aby duchovním potřebám umírajícího věnovala pozornost. Důležitá je vhodná komunikace, která pomůže pacientovi vyjádřit jeho potřeby a vytvoří prostředí důvěry mezi sestrou a umírajícím. Sestra poskytuje informace i o duchovní službě, na přání umírajícího pak zajistí náboženskou pomoc duchovního.(11, 29)

## **2.4 Přístup k umírajícímu pacientovi**

Umírání představuje loučení se vším, co měl člověk rád a se všemi, které měl rád. Je jistě žádoucí, aby proběhlo důstojně a aby se umírající mohl připravit s pomocí rodiny nebo zdravotnického personálu na poslední cestu. Proto bychom při doprovázení umírajících měli dodržovat určité zásady. Nikdy umírajícímu nevnucujeme přijetí faktu, že jeho život končí. O smrti nezačíná sestra mluvit jako první, ale až tehdy, začne-li umírající

na toto téma mluvit sám. Projeví-li obavy, strach, snažíme se ho vyslechnout, negativní prožitky, pláč, hněv úzkost i strach přijímáme s porozuměním. Respektujeme prožívání a přání umírajícího, důležité je vzpomínání, bilancování. Rozhovor s umírajícím by měl být spíše nasloucháním nežli mluvením, sestra umírajícího ujistí, že je mu nablízku, že v této těžké chvíli není sám. Krátká, pravidelná přítomnost sestry, podržení za ruku, je více než tisíce slov. (30) Povinností zdravotníků je pečovat o umírajícího dle Charty umírajících (Příloha 8).

## 2.5 Představy umírajícího pacienta o laskavé péči

Péče o nevyлéčitelně nemocného, umírajícího pacienta musí být spojena s láskou. Na otázku, zda musí mít sestra v hospici specializační vzdělání, odpověděla zakladatelka českého hospicového hnutí MUDr. Svatošová takto: „Ano, musí mít srdce a musí mít ráda lidi.“ (31)

Představy pacientů o laskavé péči vyjádřil krátce před svou smrtí pacient v jednom britském hospici: „*Když ke mně přijdete i přesto, že víte, co všichni víme, že umírám. Když ke mně přijdete, i když reprezentujete profese, které selhaly v zajištění mého uzdravení. Když ke mně přijdete a věříte ve mne, uzdravení-neuzdravení. Když se mnou trávíte čas, ačkoli vám to nemohu vrátit. Když mě berete jako individualitu. Když si vzpomenete na maličkosti, které jsou mi milé, když vzpomenete na mé blízké. Když se zajímáte i o mou minulost a dokážete mluvit o mé budoucnosti. Když se nesoustředíte na mé nálady, ale na mou osobu. Když slyším svou rodinu, jak o vás hezky mluví a raduje se, že jsme spolu. Když se dokážete smát a být šťastní uprostřed vaší těžké práce. Tím se ve vašich rukách cítím bezpečný a dává mi to jistotu, že zvládnou i okamžik smrti, až přijde.*“ (32, s. 21-22)

## 2.6 Fáze umírání podle Elizabeth Kübler Rossové

Na těžké životní situace reaguje každý člověk individuálně, roli zde hrají vnější okolnosti, dosavadní zkušenosti a osobnost nemocného člověka. Přesto můžeme reakce těžce nemocného a umírajícího člověka posuzovat podle určitých „fází“, které popsala ve svém modelu poprvé v roce 1969 americká psychologka Elizabeth Kübler-Rossová (Příloha 9).

První fází je fáze šoku, popírání. Člověk si nechce připustit, že je nevléčitelně nemocný, nemůže tomu uvěřit. Druhá fáze představuje stav agrese, hněvu, vzpoury. Nemocný má zlost na zdravé lidi, na zdravotníky, hledá viníka. Ve třetí fázi začíná vyjednávat, smlouvat, hledá zázračné uzdravení v podobě alternativní medicíny, je schopen cokoli udělat pro své uzdravení. Ve čtvrté fázi, která je charakterizována smutkem a depresemi, přemýšlí nad tím, jak zajistí rodinu, má strach z utržené ztráty, z účtování. Poslední fází je akceptace nemoci, smíření se se svým stavem, vyrovnání, pokora.

Těmito fázemi neprochází jen nemocný, ale i jeho rodina. Některé fáze se mohou vracet, střídat, nebo úplně chybí. Rodina většinou prožívá jednotlivé fáze jinak než nemocný. Není dobré, když je pacient ve stádiu smíření ale rodina ještě ve stádiu smlouvání. Ideální je když je nemocný i rodina ve stejné fázi, ale tohoto stavu není vždy jednoduché dosáhnout. Pacient i rodina potřebují podporu a pomoc od někoho, kdo se ujme role doprovázejícího. Může to být někdo z přátel, zkušená všeobecná sestra, nebo duchovní, někdo, kdo pacientovi a jeho rodině pomůže přijmout a akceptovat pravdu. (32)

## **2.7 Doprovázení pozůstalých**

Součástí paliativní péče je i péče o pozůstalé. Ta začíná již před smrtí a trvá až do doby po smrti pacienta. Pozůstalí procházejí fázemi truchlení a je potřeba zjistit, zda nejeví známky komplikovaného truchlení.

### **2.7.1 Fáze truchlení**

Obvyklá fáze, kdy se objevuje nejprve šok, pak pocity viny, vzteku, bolestné vzpomínky na zemřelého, ale i psychosomatické příznaky, jako je bolest hlavy, pocení, vzestup krevního tlaku, trvá týdny až měsíce. Nalezení nové role, nových vztahů, obvyklé rovnováhy pak měsíce až roky. U komplikovaného truchlení trvají akutní reakce na ztrátu déle než rok, může dojít k rozvoji různých komplikací, jako jsou fobie, závislost na alkoholu, hypochondrie, někdy suicidální pokusy. Samozřejmě záleží na typu onemocnění, ale i na kvalitě péče v období kolem smrti, na osobnosti pozůstalých a na vztazích v rodině.

### **2.7.2 Zásady podpory pozůstalých**

Ve fázi těsně před smrtí a bezprostředně po ní je hlavní zásadou citlivá komunikace s pozůstalými. Je vhodné zapojit rodinu do péče o pacienta, vyhovět požadavkům



náboženských rituálů. Po úmrtí zdravotník vyjádří soustrast, seznámí rodinu vhodným způsobem o průběhu smrti, ujistí nejbližší, že pacient netrpěl. Důležitý je individuální přístup, klidný rozhovor a nabídka dalšího kontaktu. Pro pozůstalé je nezbytné, aby dali volný průchod emocím, protože bez truchlení nedojdou k vyrovnání. Povinností každého zdravotníka je pomoci pozůstalým přijmout a akceptovat ztrátu, prožít svůj zármutek a citově se odpoutat od zemřelého. (2)

### **3 ETICKÉ PRINCIPY V PALIATIVNÍ PÉČI**

Změny v péči o nevléčitelně nemocné přinesly potřebu ošetřovat pacienta tak, aby byly respektovány všechny zdravotnické principy. Na prvním místě v paliativní medicíně je zachovávat důstojnost pacienta až do konce života a uplatňovat základní etické principy.

#### **3.1 Princip autonomie (svébytnosti)**

Poukazuje na to, že každý člověk by měl mít právo určovat podle svých etických zásad své chování a jednání. Autonomie je protikladem paternalistického přístupu, jehož podstatou je rozhodování lékaře v otázkách diagnostiky a léčby pacienta bez ohledu na jeho přání a postoje. Tento postoj je oprávněný pouze při akutním ohrožení života, kdy se lékař musí rychle rozhodnout.

#### **3.2 Princip beneficence (prospěšnosti)**

Princip prospěšnosti znamená neškodit, předcházet poškozením, odstraňovat je. Vyjadřuje závazek konat dobro, všeobecné sestry jsou povinné dělat vše, co prospívá pacientovi, aktivně se zabývat jeho potřebami, realizovat aktivní ošetrovatelskou péči.

#### **3.3 Princip nonmaleficence (neškodnosti)**

Neškodit a nedovolit ublížit pacientovi. Jsou však určité situace, kdy může dojít k nežádoucímu poškození i při pozitivních činnostech.

#### **3.4 Princip spravedlnosti (justice)**

Princip znamená spravedlnost mezi potřebami jedince a tím, co mu společnost poskytuje. Pokud mají pacienti stejné potřeby v oblasti zdraví, měli by jim být poskytnuty stejně. Například kvality poskytovaných služeb, dostupnost paliativní medicíny v různých oblastech. Princip má souvislost s rozdělováním prostředků, nikdo nemá dostávat více než jiní.

### **3.5 Informovanost pacienta**

Jeden z nejdůležitějších etických principů. Informovaný souhlas je souhlas s poskytnutím péče, dostatek informací zabezpečí pacientovo racionální rozhodování. První informací dostává pacient, má právo být o svém zdravotním plně informován, ale má možnost toto právo odmítnout. Pacient uvádí, kdo má být o jeho stavu informován a komu informace nepodávat. Nejtěžší je podání informací o nepříznivé prognóze zdravotního stavu. Důležité je právo pacienta na poskytnutí pravdivých informací.

### **3.6 Důstojné umírání a smrt**

Nejdůležitějším aspektem důstojného umírání a smrti je blízkost druhého člověka. Nikdo by neměl umírat sám a opuštěný. Všeobecné sestry by měly respektovat potřebu sebeúcty člověka, zabraňovat diskriminaci pacienta, umožňovat mu svobodně konat na základě jeho informovanosti o diagnostických, léčebných nebo ošetrovatelských úkonech. Nedílnou součástí je zmírňovat utrpení nemocného v souladu s aktuálními poznatky o člověku, což znamená respektování člověka v jeho dimenzi tělesné, psychické, emoční, sociální a spirituální. (33)

# **PRAKTICKÁ ČÁST**

## **4 FORMULACE PROBLÉMU**

### **4.1 Hlavní problém**

Cílem vyspělé společnosti je zajistit každému člověku důstojný odchod ze života. S tím souvisí zabezpečení kvalitní péče o pacienty, kteří mají pokročilé, nevléčitelné onemocnění a také péče o jejich rodiny. Důležité je, nevyhýbat se tématům spojených s umíráním a smrtí a zvýšit povědomí o paliativní péči, o jejích možnostech u široké veřejnosti.

### **4.2 Dílčí problémy**

Výzkumné šetření práce je zaměřeno na informovanost široké laické veřejnosti o pojmu paliativní péče, o tom, komu je určena, kde a v jakých formách lze tuto péči poskytovat.

## **5 CÍL A ÚKOL PRŮZKUMU**

Cílem průzkumného šetření je:

1. Zjistit a zhodnotit informovanost veřejnosti o obecné paliativní péči
2. Zjistit názor veřejnosti na umírání
3. Zjistit znalosti veřejnosti o hospicové péči
4. Zjistit znalosti veřejnosti o domácí hospicové péči

## 6 METODIKA

Pro výzkumné šetření míry informovanosti veřejnosti o paliativní péči byla zvolena kvantitativní metoda. Ke sběru dat byla použita metoda anonymního nestandardizovaného dotazníku. Obsahoval 23 otázek, které byly uzavřené. V každé otázce byla správná jen jedna odpověď. Jedna otázka v dotazníku byla polouzavřená.

### 6.1 Hypotézy

H1: Věk respondentů ovlivňuje míru informovanosti o paliativní péči

H2: Pohlaví respondentů neovlivňuje náhled na umírání v naší společnosti

H3: Většina veřejnosti nemá dostatečné informace o hospicové péči

H4: Většina veřejnosti nemá povědomí o specializované péči domácího hospice

*Většina znamená 51% a více.*

*H3: Za dostatečné považují správnou odpověď na 5 ze 7 položených otázek.*

*H1: ověřuji otázkami 3,4,5,6,7,8*

*H2: ověřuji otázkami 9,10,11,12*

*H3: ověřuji otázkami 13,14,15,16,17,18,19*

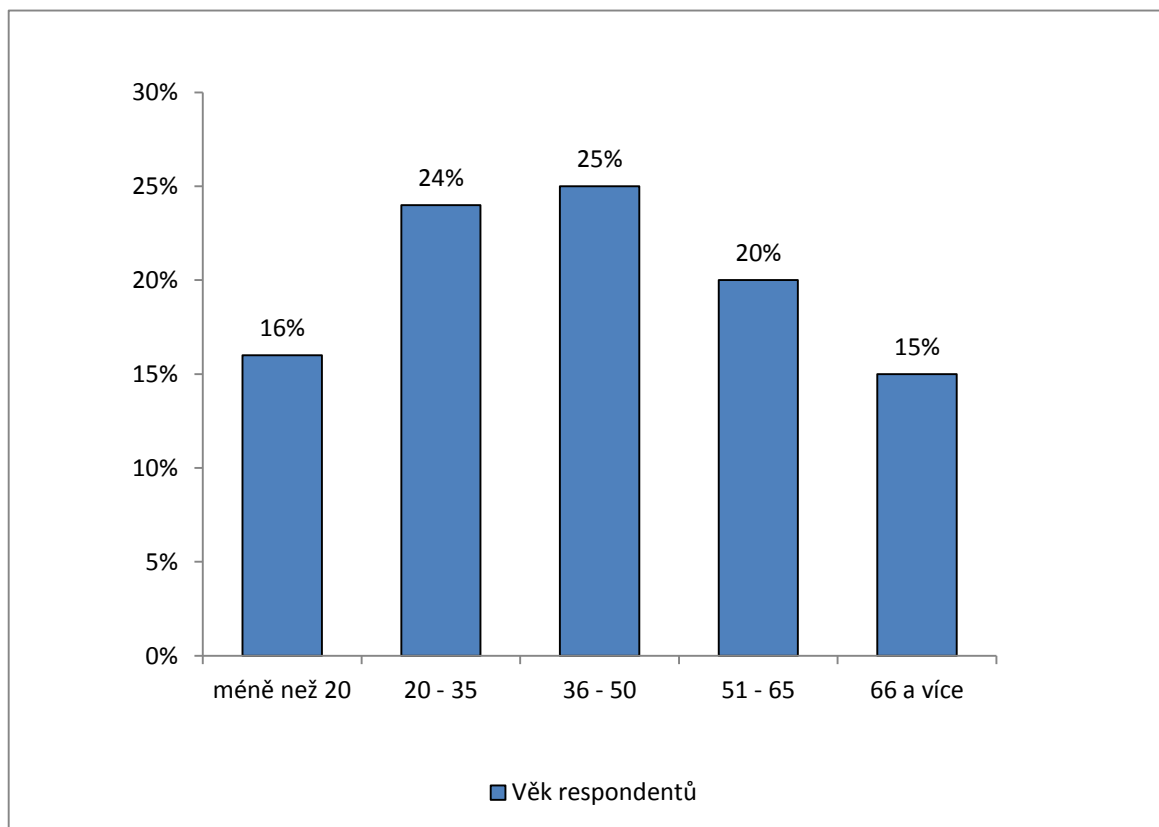
*H4: ověřuji otázkami 20,21,22,23*

## **7 VZOREK RESPONDENTŮ**

Dotazník byl určen pro laickou veřejnost a byl rozdán v únoru 2013 na území Plzeňského kraje. Celkem bylo osloveno 160 respondentů, návratnost dotazníků byla 158 dotazníků, to je 98,7%. 14 dotazníků bylo vyřazeno pro chybné vyplnění, dva dotazníky byly vráceny nevyplněné. 142 dotazníků bylo při analýze považováno za 100%. Respondentům byla snaha rozdávat dotazníky cíleně dle věkových skupin.

## 8 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Graf 1 Váš věk

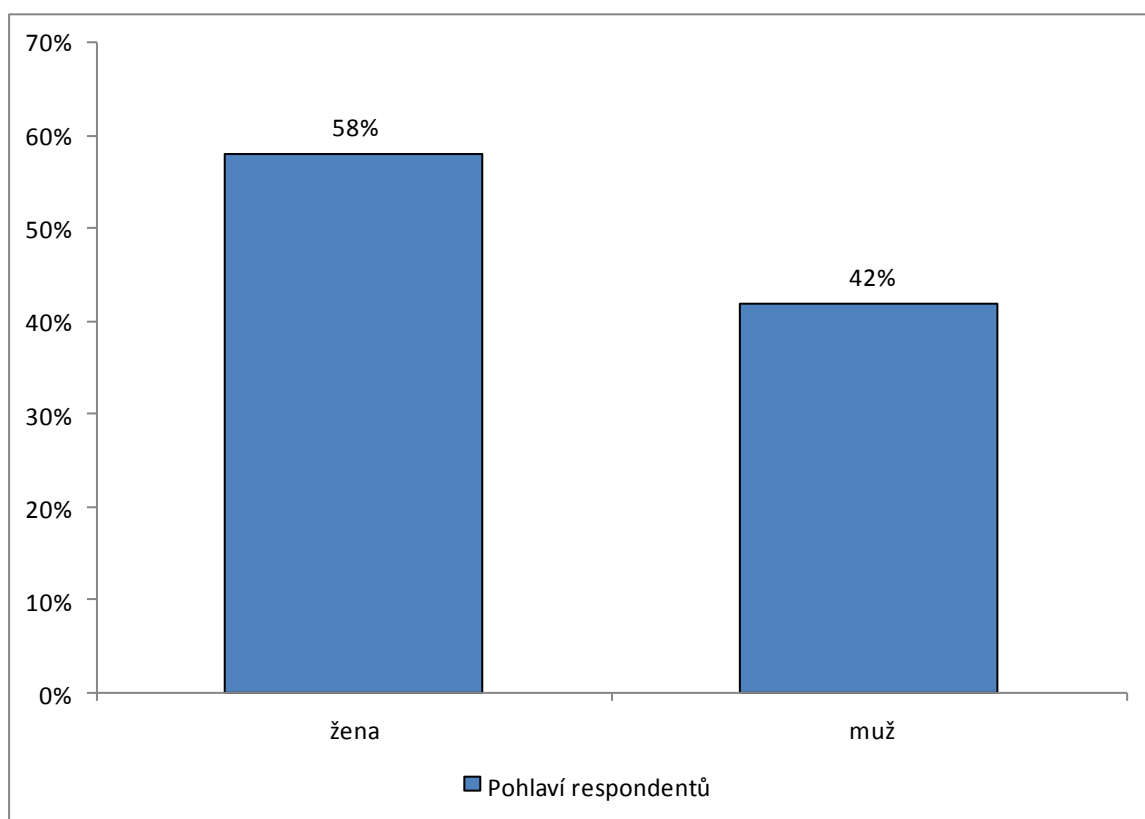


*Zdroj: vlastní*

První otázka se týkala věkového rozložení respondentů. Nejvíce dotazovaných bylo ve skupině 36-50 let, a to 35 respondentů, což činí 25%. Naopak nejmenší zastoupení měla skupina nad 66 let, kde odpovídalo 21 lidí, tj. 15% respondentů.



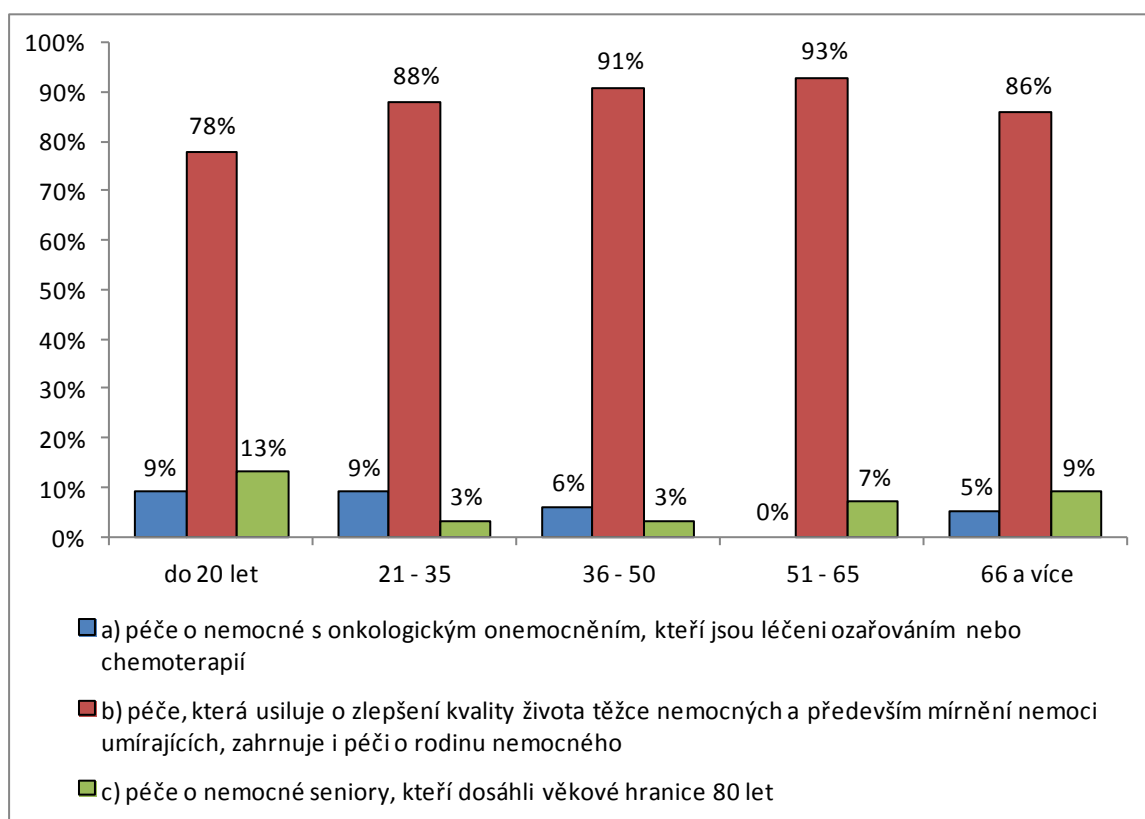
**Graf 2 Vaše pohlaví**



*Zdroj: vlastní*

Pohlaví respondentů bylo zastoupeno také nerovnoměrně. Mého dotazníkového šetření se zúčastnilo 83 žen, tj. 58% a 59 mužů, tj. 42%.

**Graf 3 Paliativní péče je**

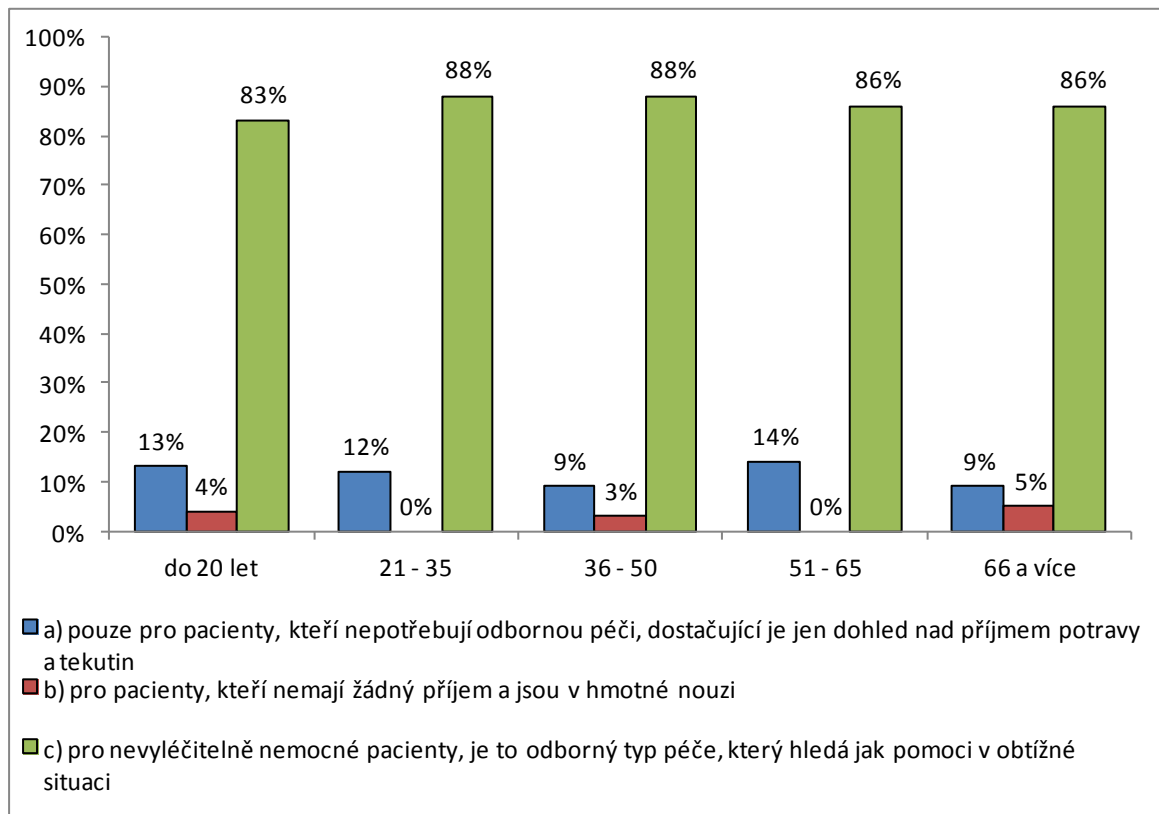


*Zdroj: vlastní*

Správná odpověď: b)

Na otázku, co je paliativní péče, odpověděli respondenti s ohledem na rozdělení do věkových skupin celkem vyrovnaně. Nejvíce správných odpovědí, 93%, měla skupina ve věku 51 – 65 let, nejméně, 78%, pak skupina do 20 let.

**Graf 4 Paliativní péče je určena**

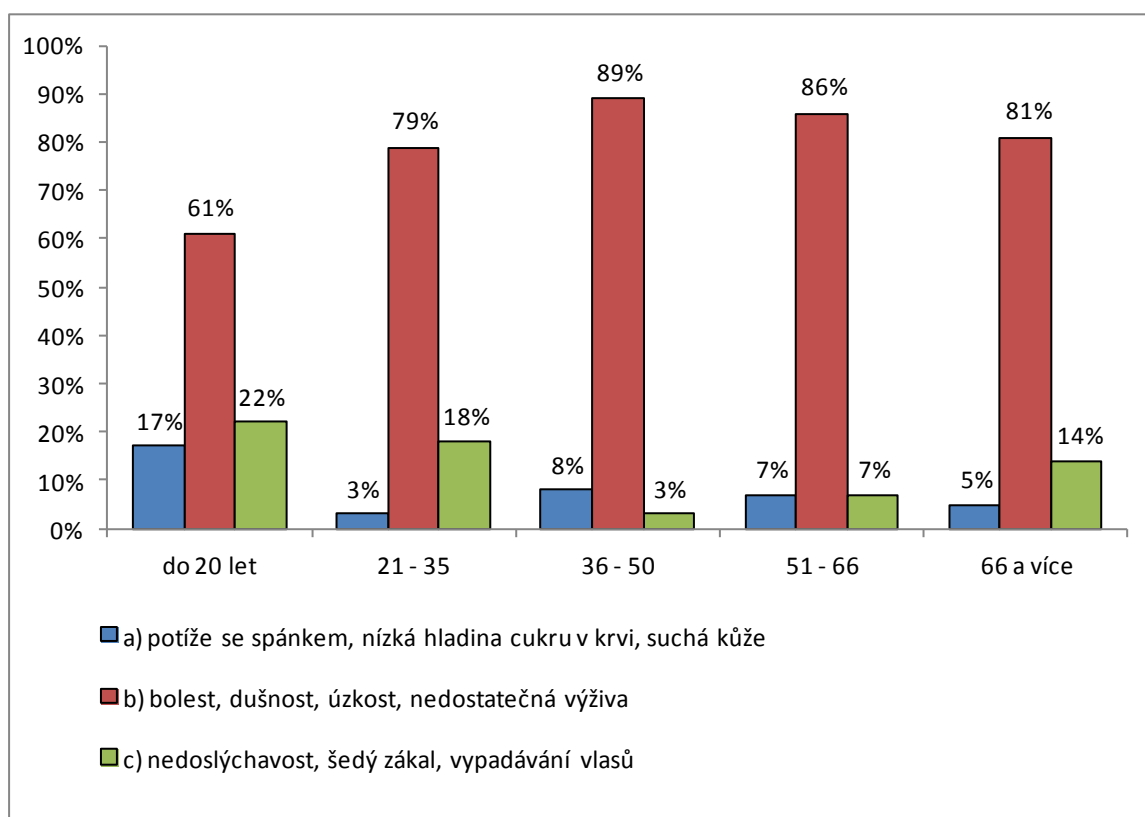


*Zdroj: vlastní*

Správná odpověď: c)

Téměř shodný počet správných odpovědí uvedli respondenti na otázku, komu je paliativní péče určena. Ve věkové skupině 21 – 35 let i ve skupině 36 – 50 let to bylo 88% respondentů. Nejméně správných odpovědí, 83%, uvedla skupina do 20 let.

**Graf 5 Nejčastější potíže u nemocných v paliativní péči**

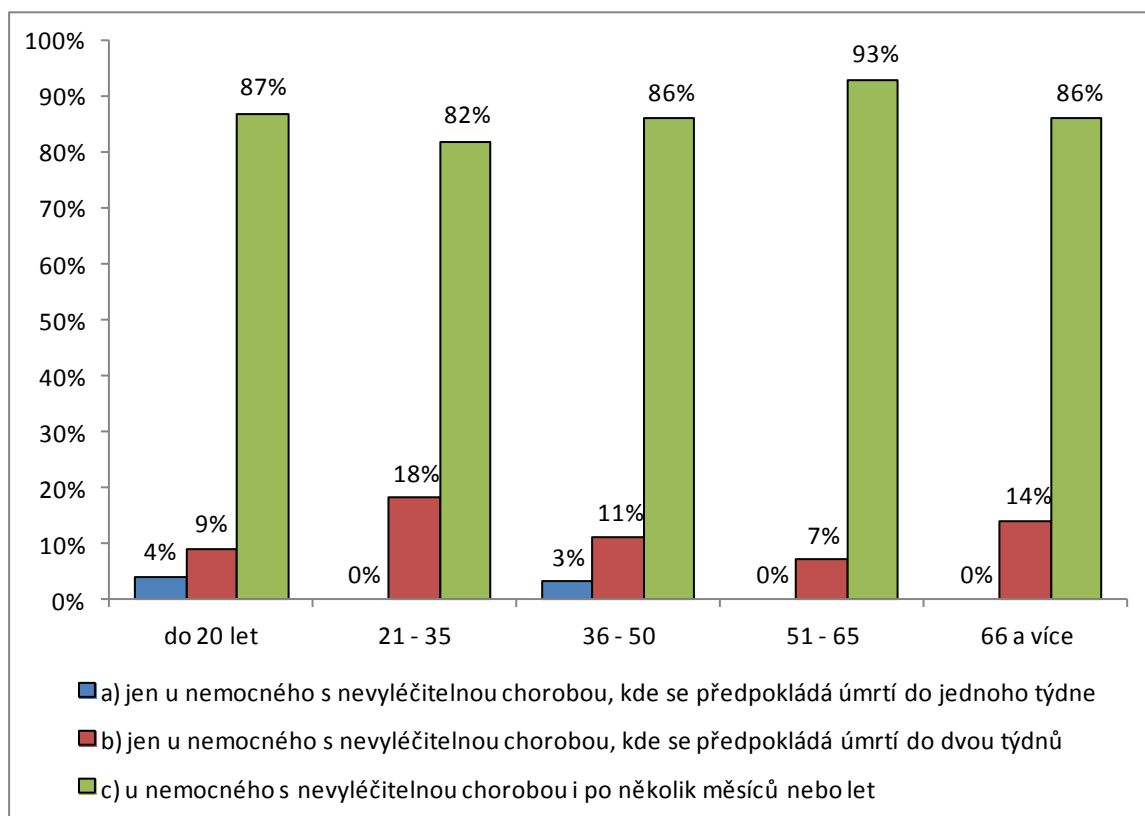


*Zdroj: vlastní*

Správná odpověď: b)

Jaké jsou nejčastější potíže u nemocných v paliativní péči, určila nejlépe skupina ve věku 36 – 50 let, správně odpovědělo 89% dotázaných, nejhorší výsledek, 61%, jsem vyhodnotila opět u skupiny respondentů do 20let.

**Graf 6 Paliativní péče se poskytuje**

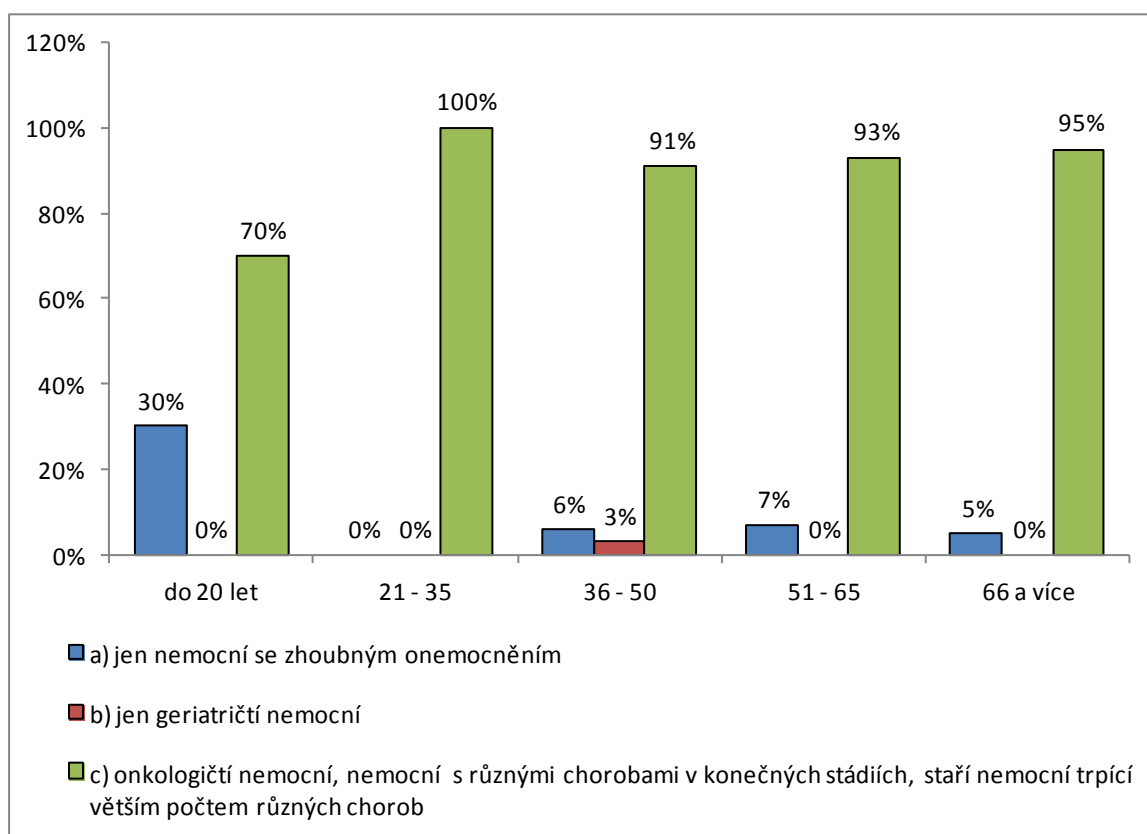


*Zdroj: vlastní*

Správná odpověď: c)

Nejvíce správných odpovědí, 93%, na otázku, u jakých nemocných se paliativní péče poskytuje, bylo z věkové skupiny 51 – 65 let, nejméně ze skupiny 21 – 35 let, 82%.

**Graf 7 Paliativní péči mohou využít**

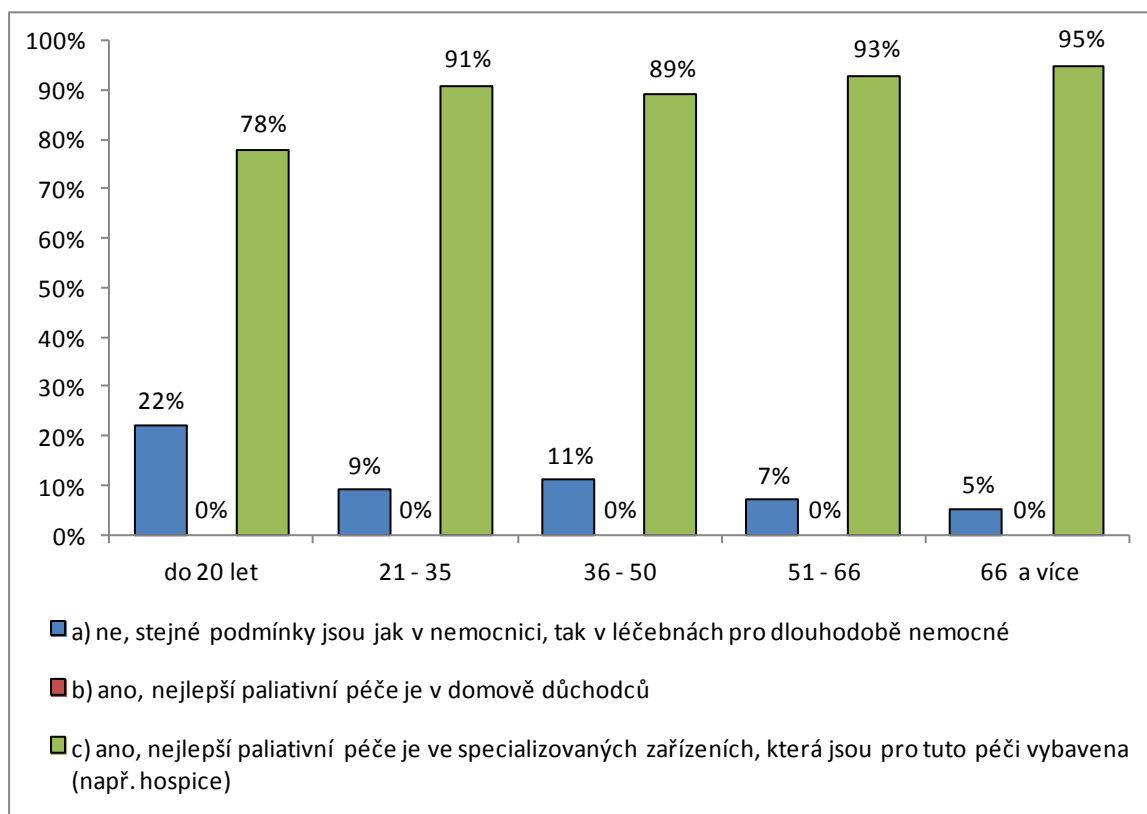


*Zdroj: vlastní*

Správná odpověď: c)

Ve skupině 21 – 35 let odpověděli všichni respondenti správně (100%). V ostatních skupinách také značně převládaly správné odpovědi, nejhorším výsledkem se prezentovala skupina respondentů do 20 let, kde správnou odpověď, že paliativní péči mohou využít nemocní v konečných stádiích různých onemocnění, uvedlo 70% respondentů. 30% respondentů z této skupiny, předpokládá, že paliativní péče je určena jen pro nemocné se zhoubným onemocněním.

**Graf 8 Závislost kvality paliativní péče s ohledem na místo, kde je poskytována**

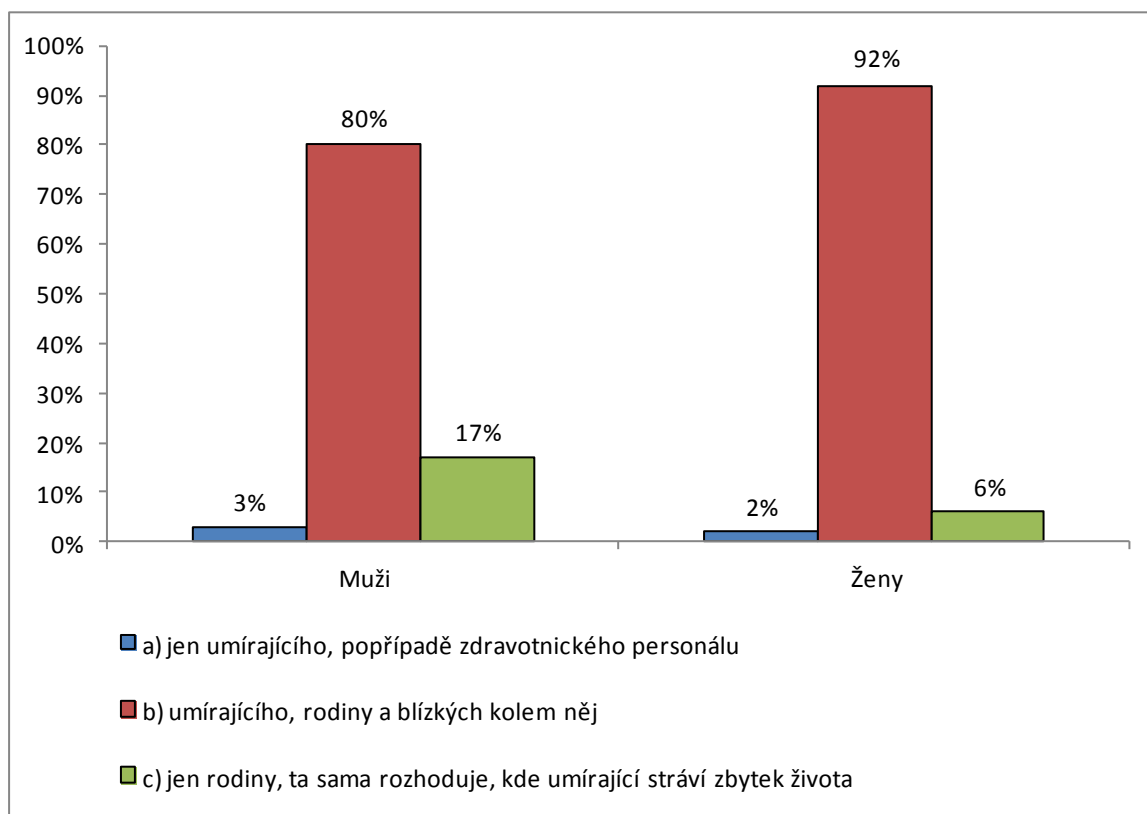


*Zdroj: vlastní*

Správná odpověď: c)

Nejvíce správných odpovědí uvedli respondenti ve věkové skupině 66 a více let. 95% správně odpovědělo, že nejlepší paliativní péče je poskytována ve specializovaných zařízeních, nejméně správných odpovědí, 78%, uvedli respondenti z nejmladší věkové skupiny do 20 let.

**Graf 9 Umírání se týká**



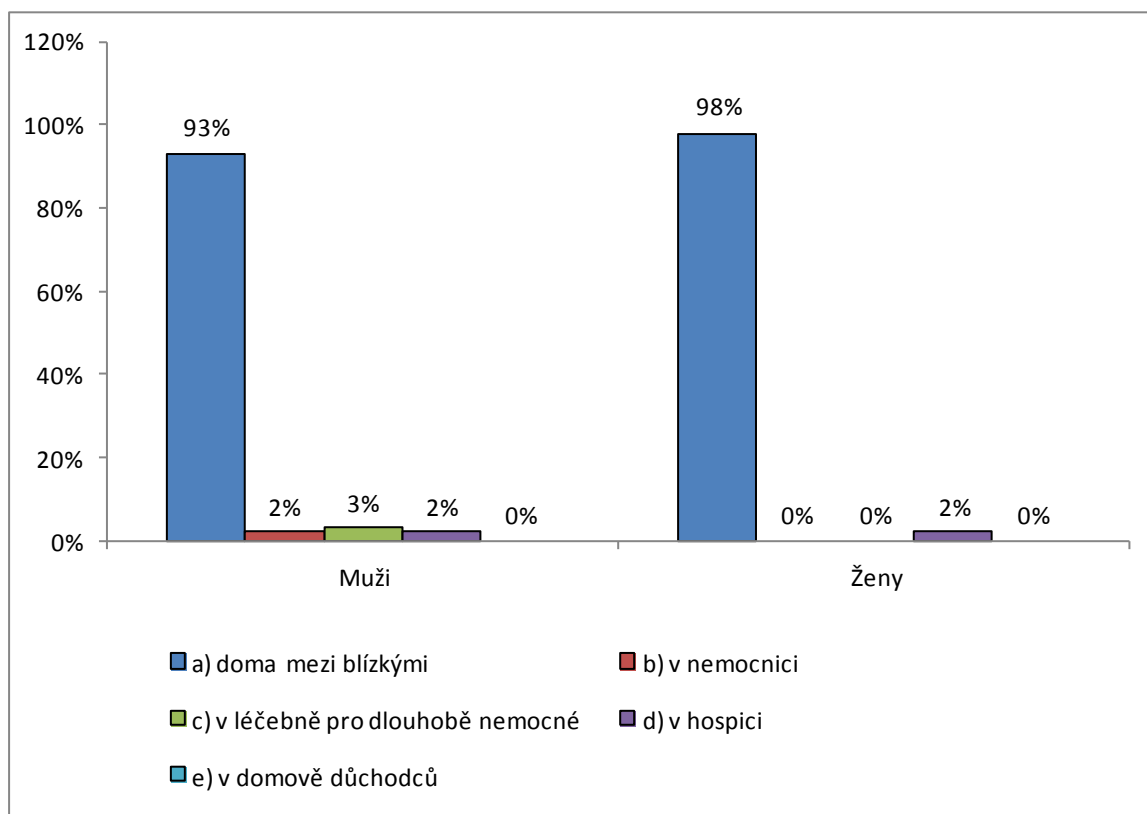
*Zdroj: vlastní*

Správná odpověď: b)

Při porovnávání mužů a žen na uvedenou otázku, odpovědělo 80% mužů a 92% žen, že se týká umírajícího, rodiny a jeho blízkých. 17% žen a 6% mužů uvedlo, že jen rodiny, která sama rozhoduje o tom, kde umírající stráví zbytek života a 3% žen a 2% mužů si myslí, že umírání se týká jen umírajícího.



**Graf 10 Lidé si nejčastěji přejí zemřít**

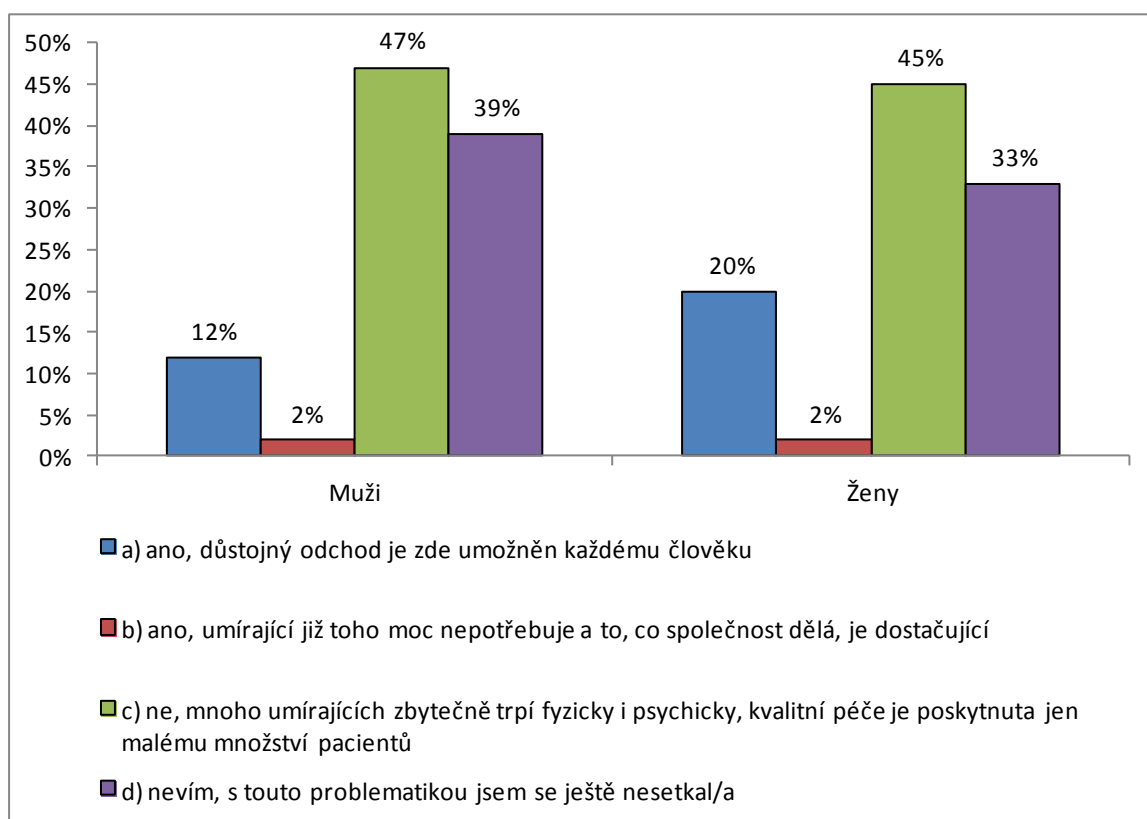


*Zdroj: vlastní*

Správná odpověď a)

Během výzkumu bylo zjištěno, že 98% žen a 93% mužů si myslí, že si lidé nejvíce přejí zemřít doma. Muži ve 3% dále uvedli léčebnu pro dlouhodobě nemocné a 2% mužů shodně nemocnici a hospic. 2% žen uvedlo, že si lidé přejí zemřít v hospici.

**Graf 11 Naše společnost poskytuje umírajícím maximální péči**

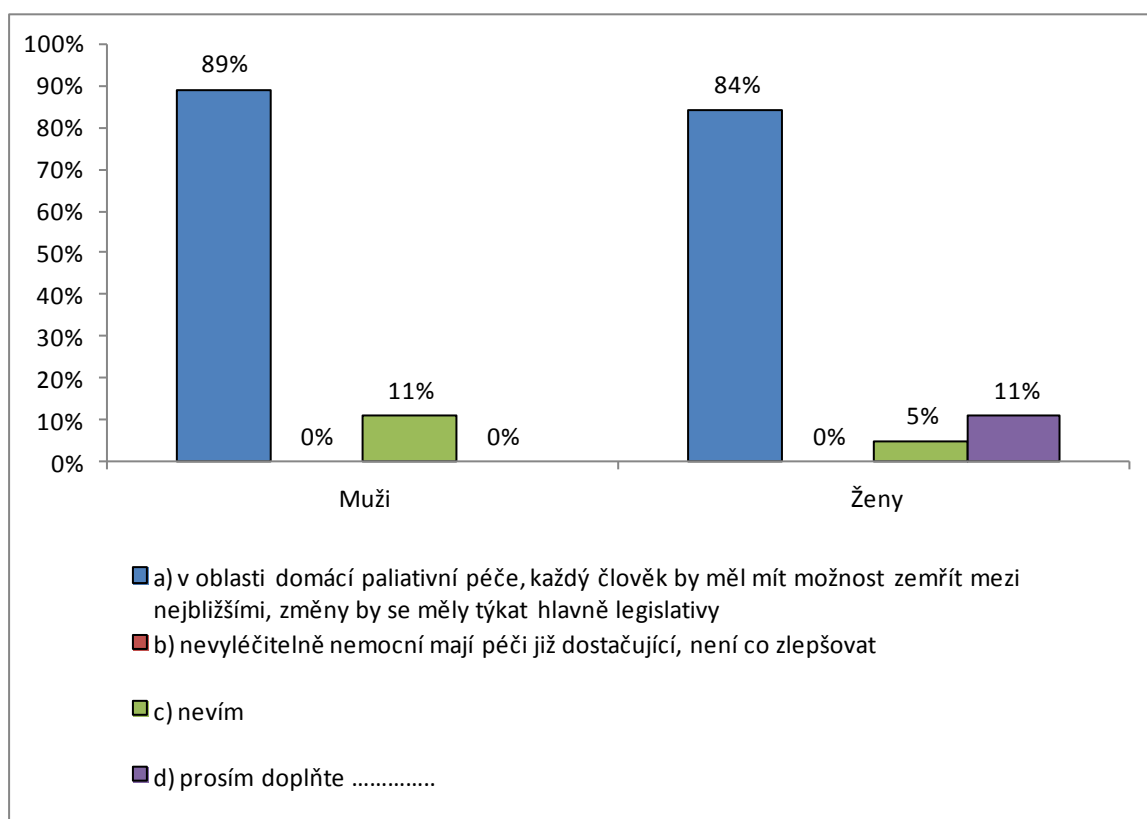


*Zdroj: vlastní*

Správná odpověď: c)

Na dotaz, zda naše společnost poskytuje umírajícím dostatečnou péči, označilo 47% mužů a 45% žen odpověď, že neposkytuje. 39% mužů a 33% žen uvedlo, že se s touto problematikou ještě nesetkali. Jen 12% mužů a 20% žen si myslí, že je v naší společnosti umožněn důstojný odchod každému člověku. 2% dotázaných obou pohlaví pak shodně odpověděla, že umírající toho již moc nepotřebuje, a to co společnost pro ně dělá, je dostačující.

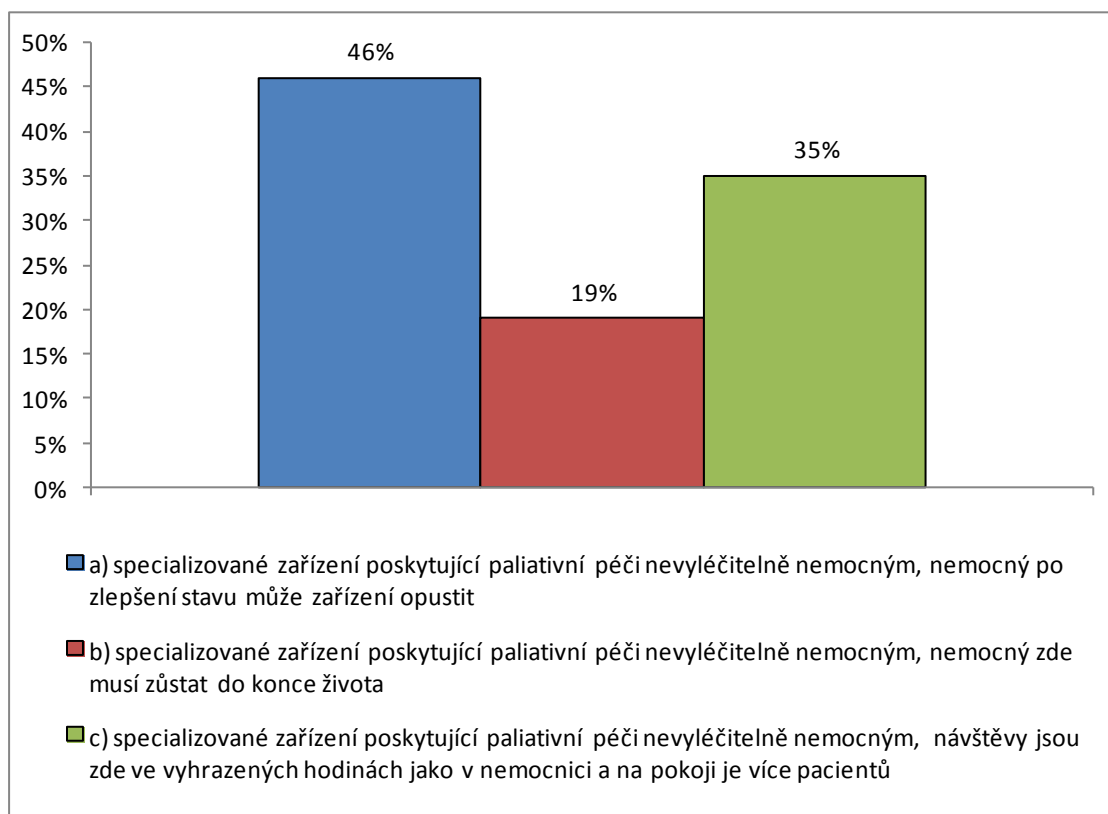
**Graf 12 Péče o umírající by se měla zlepšit**



*Zdroj: vlastní*

Na tuto otázku odpovídali jen ti respondenti, kteří odpověděli na předchozí otázku, že umírajícím není poskytnuta v naší společnosti maximální péče. Z 28 mužů odpovědělo 89% a z 37 žen 84%, že péče o umírající by se měla zlepšit v oblasti paliativní péče tak, aby každý člověk měl možnost zemřít mezi nejbližšími, změny by se měli týkat hlavně legislativy. 11% mužů a 5% žen uvedlo, že neví, v jakých oblastech by se měla péče o umírající zlepšit, 11%, tj. 4 ženy pak uvedly svůj vlastní názor. Dvě ze žen uvedly, že by umírající měl mít možnost rozhodnout o své smrti sám, další dvě by pak uvítaly více komunikace a lidskosti v přístupu zdravotnického personálu.

**Graf 13 Hospicem nazýváme**

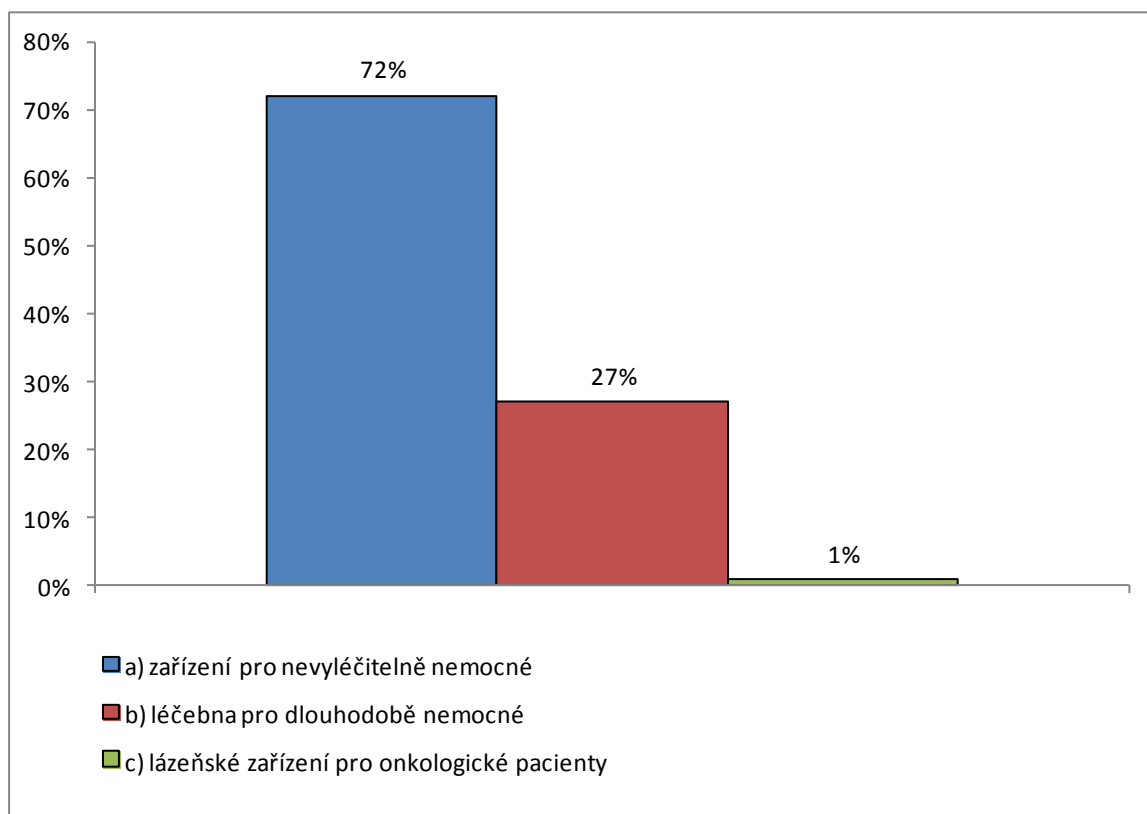


*Zdroj: vlastní*

Správná odpověď: a)

46% respondentů z celkového počtu 142 si myslí, že hospic může nevyléčitelně nemocný po zlepšení stavu opustit, 19% respondentů uvedlo, že zde nemocný musí zůstat do konce života a 35% respondentů odpovědělo, že v hospici je na pokoji více pacientů a návštěvní hodiny jsou stejné jako v nemocnici.

**Graf 14 Hospic je**

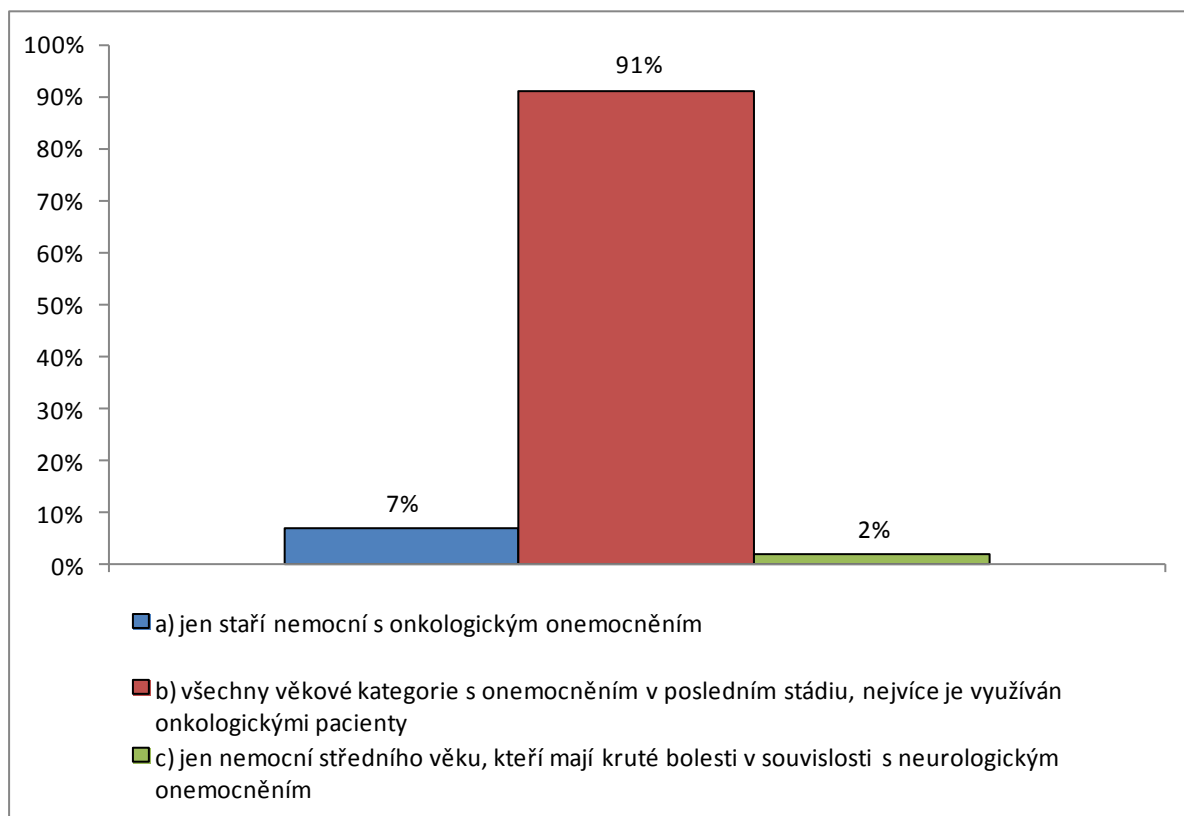


*Zdroj: vlastní*

Správná odpověď: a)

Na otázku, co je hospic, odpověděla převážná většina dotázaných tj. 72%, že je to zařízení pro nevyléčitelně nemocné. 27% si myslí, že hospic je léčebna pro dlouhodobě nemocné a 1%, že je to zařízení pro onkologické pacienty.

**Graf 15 V hospici mohou být hospitalizováni**

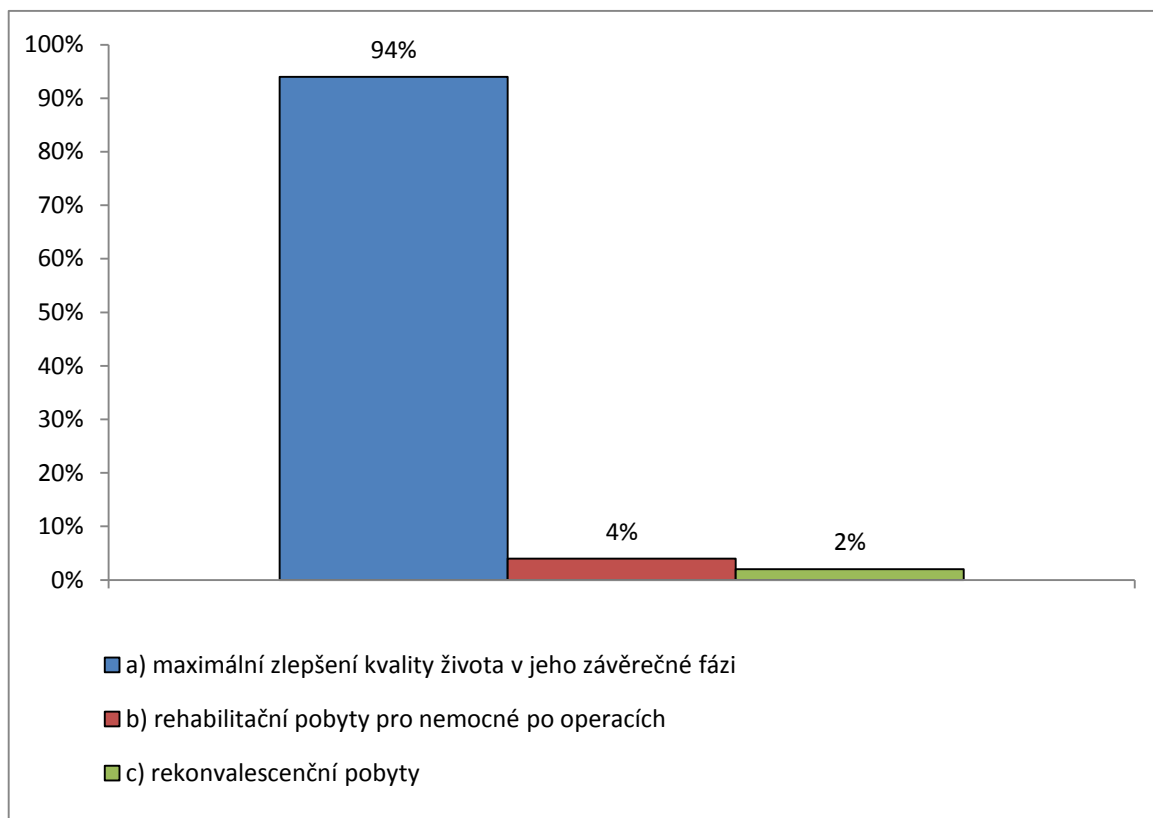


*Zdroj: vlastní*

Správná odpověď: b)

Pouze 2% dotázaných uvedla, že v hospici mohou být hospitalizováni jen nemocní středního věku s krutými bolestmi neurologického původu, 7% respondentů si myslí, že v hospici mohou být hospitalizováni jen nemocní s onkologickým onemocněním a 91% uvedlo, že hospic mohou využít všechny věkové kategorie s onemocněním v posledním stádiu a že je nejvíce využíván onkologickými pacienty.

**Graf 16 Hospic nabízí**

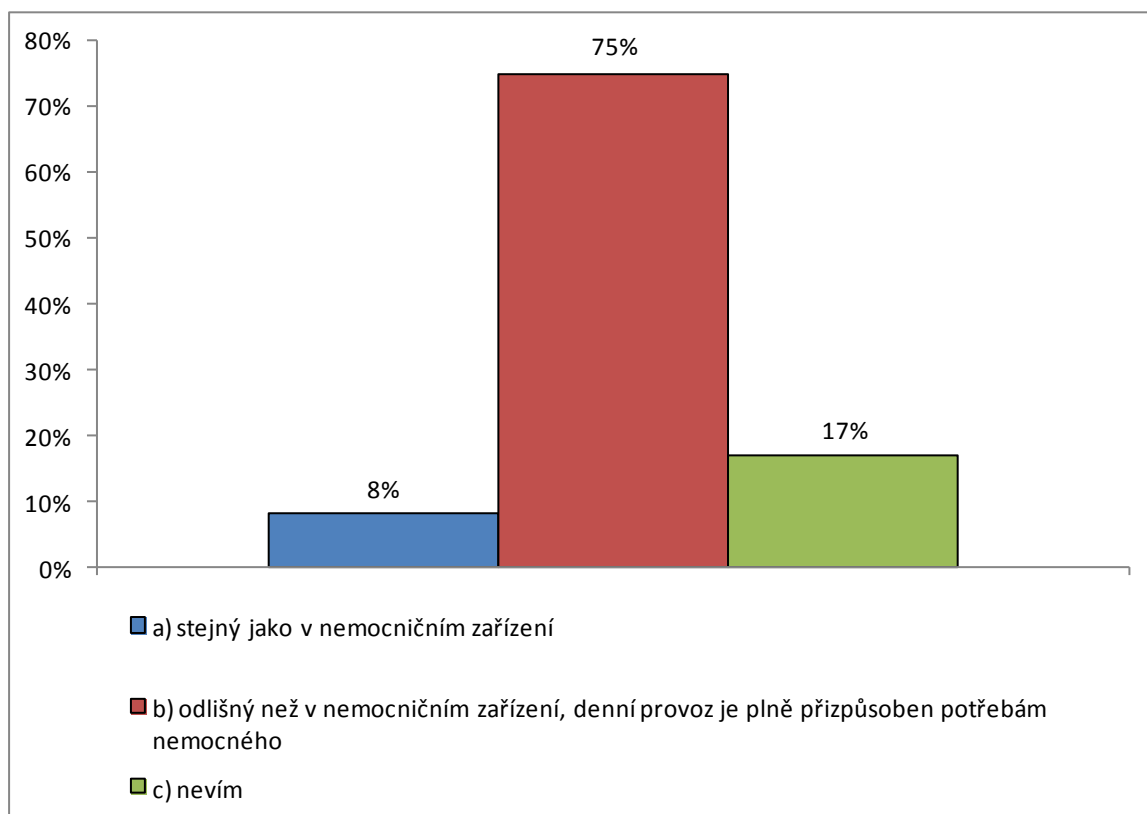


*Zdroj: vlastní*

Správná odpověď: a)

94% respondentů v otázce č. 16 správně uvedlo, že hospic nabízí maximální zlepšení kvality života v jeho závěrečné fázi, jen 4% dotázaných se domnívají, že hospic nabízí rehabilitační pobyty po operacích a 2% respondentů uvedli, že hospic nabízí rekonvalescenční pobyty.

**Graf 17 Režim v hospici**



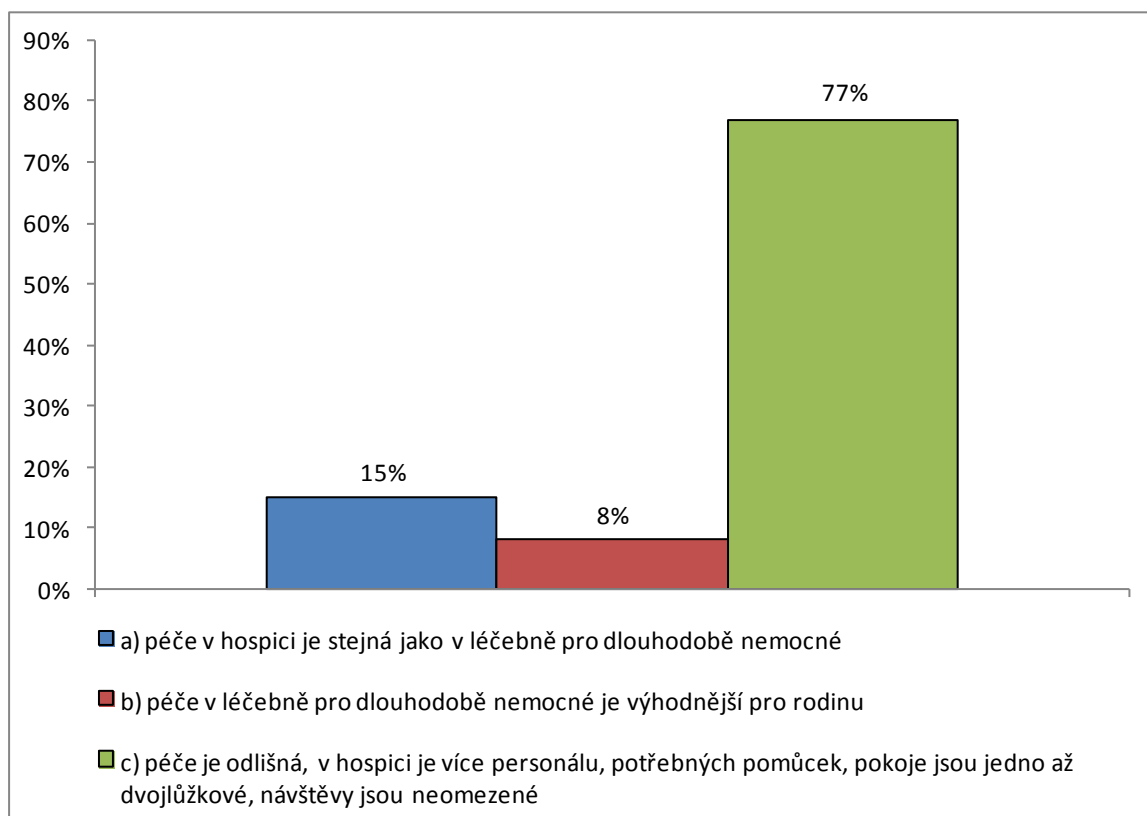
*Zdroj: vlastní*

Správná odpověď: b)

V otázce, jaký je režim v hospici, uvedlo 75% dotázaných správně, že je plně přizpůsoben potřebám nemocného a je odlišný než v nemocnici. 8% respondentů se domnívá, že je stejný jako v nemocnici a 17% odpovědělo – nevím.



**Graf 18 Rozdíly v péči o nemocné v hospici a v léčebně pro dlouhodobě nemocné**

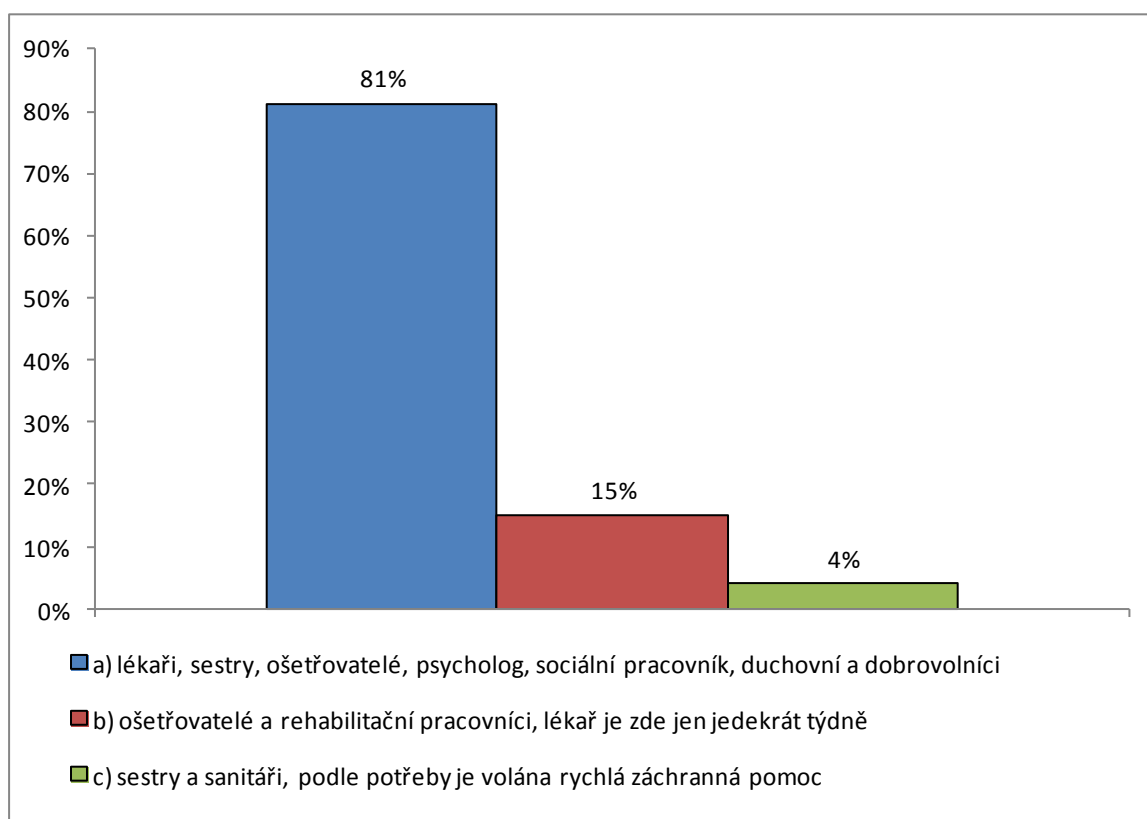


*Zdroj: vlastní*

Správná odpověď: c)

Péči v hospici jako odlišnou od péče poskytované v léčebně pro dlouhodobě nemocné označilo 77% respondentů, 15% si myslí, že péče v hospici je shodná s péčí v léčebně pro dlouhodobě nemocné a 8% uvedlo, že péče v léčebně pro dlouhodobě nemocné je výhodnější pro rodinu.

**Graf 19 V hospici o nemocné pečují**

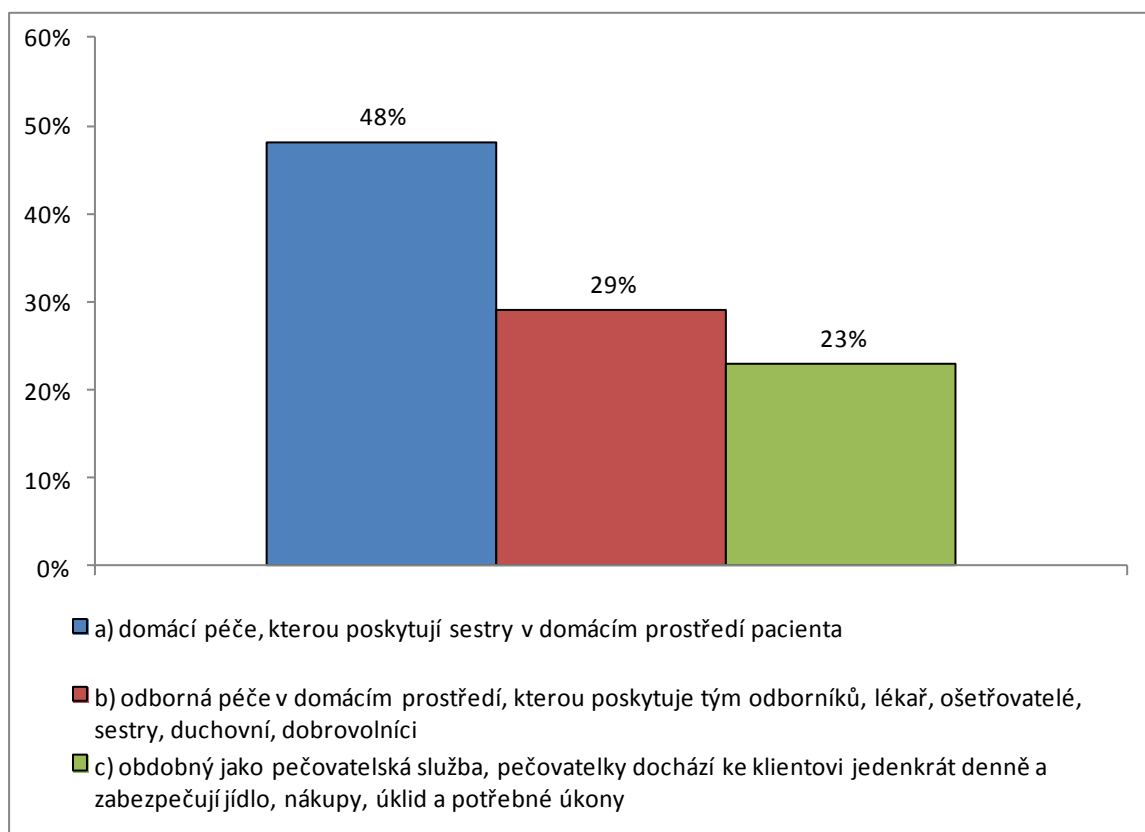


*Zdroj: vlastní*

Správná odpověď: a)

Dotaz, kdo pečuje o nemocné v hospici, správně zodpovědělo 81% respondentů. Jen 4% dotázaných si myslí, že v hospici pracují pouze sestry a sanitáři a 15% dotázaných, že o nemocné pečují jen ošetřovatelé a rehabilitační pracovníci a že lékař je zde pouze jedenkrát týdně.

**Graf 20 Co je domácí neboli mobilní hospic**

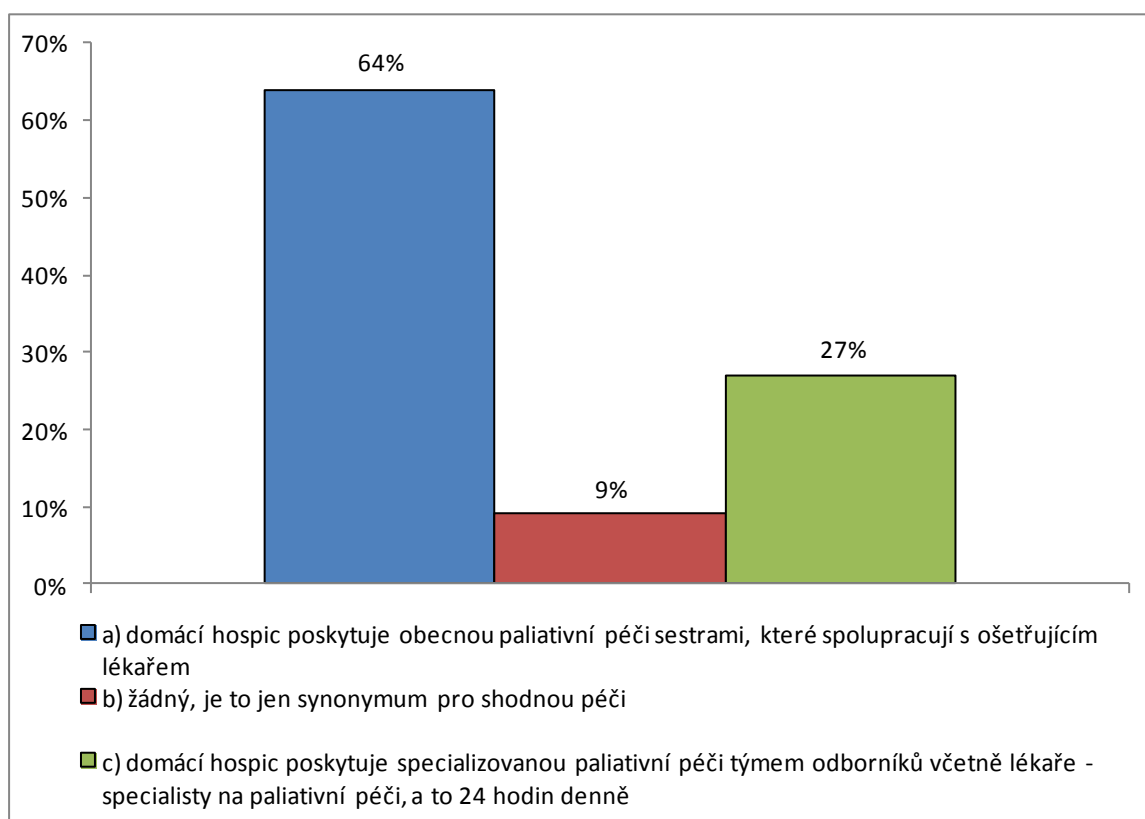


*Zdroj: vlastní*

Správná odpověď: b)

U otázky, co je domácí neboli mobilní hospic, uvedlo 48% respondentů, že je to péče o pacienta, kterou provádějí v domácím prostředí pouze sestry, 23% respondentů uvedlo, že je to obdobná služba jako pečovatelská a jen 29% respondentů správně uvedlo, že domácí neboli mobilní hospic je odborná péče v domácím prostředí, kterou poskytuje tým odborníků.

**Graf 21 Rozdíl mezi agenturou domácí péče a domácím hospicem**

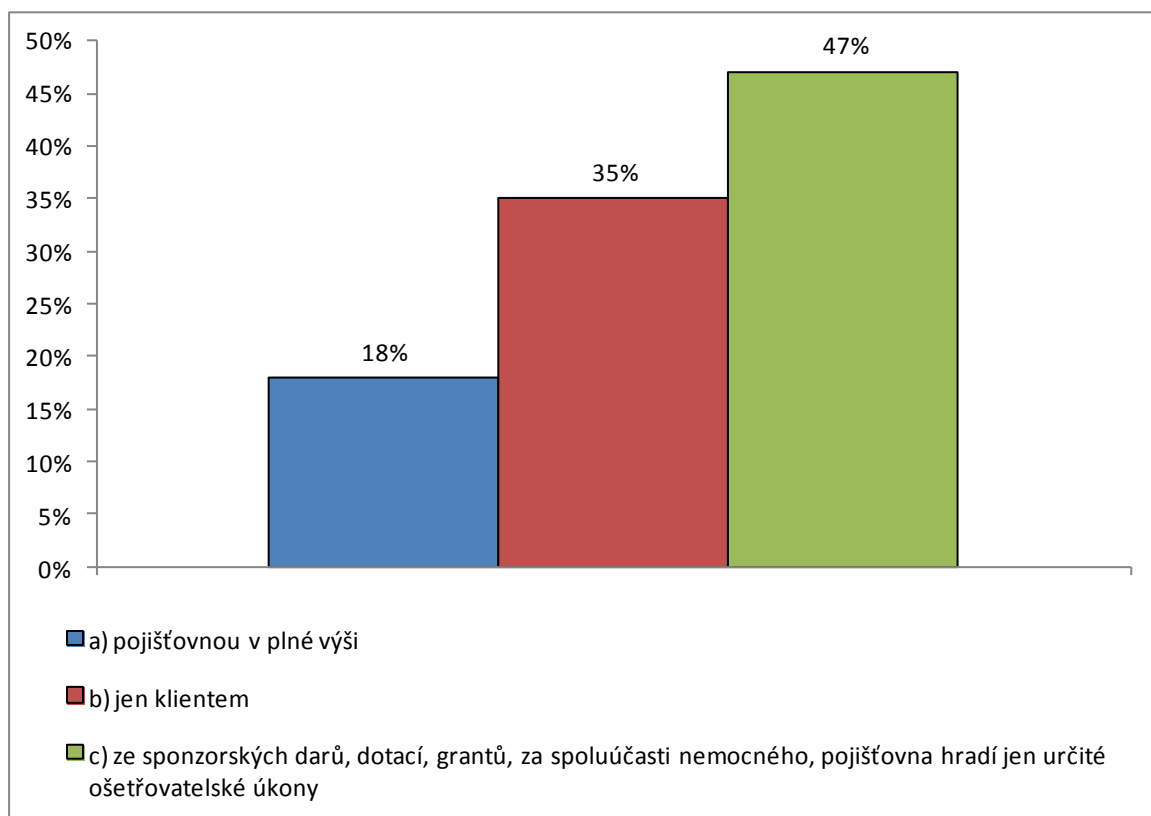


*Zdroj: vlastní*

Správná odpověď: c)

Obdobně dopadla i další otázka, jaký je rozdíl mezi agenturou domácí péče a mobilním hospicem. Jen 27% dotázaných ví, že mobilní hospic poskytuje specializovanou paliativní péči týmem odborníků včetně lékaře a to 24 hodin denně. 64% všech dotázaných se domnívá, že domácí hospic poskytuje obecnou paliativní péči sestrami, které spolupracují s ošetřujícím lékařem a 9% respondentů si myslí, že mezi agenturou domácí péče a domácím hospicem není žádný rozdíl.

**Graf 22 Úhrada péče domácího hospice**

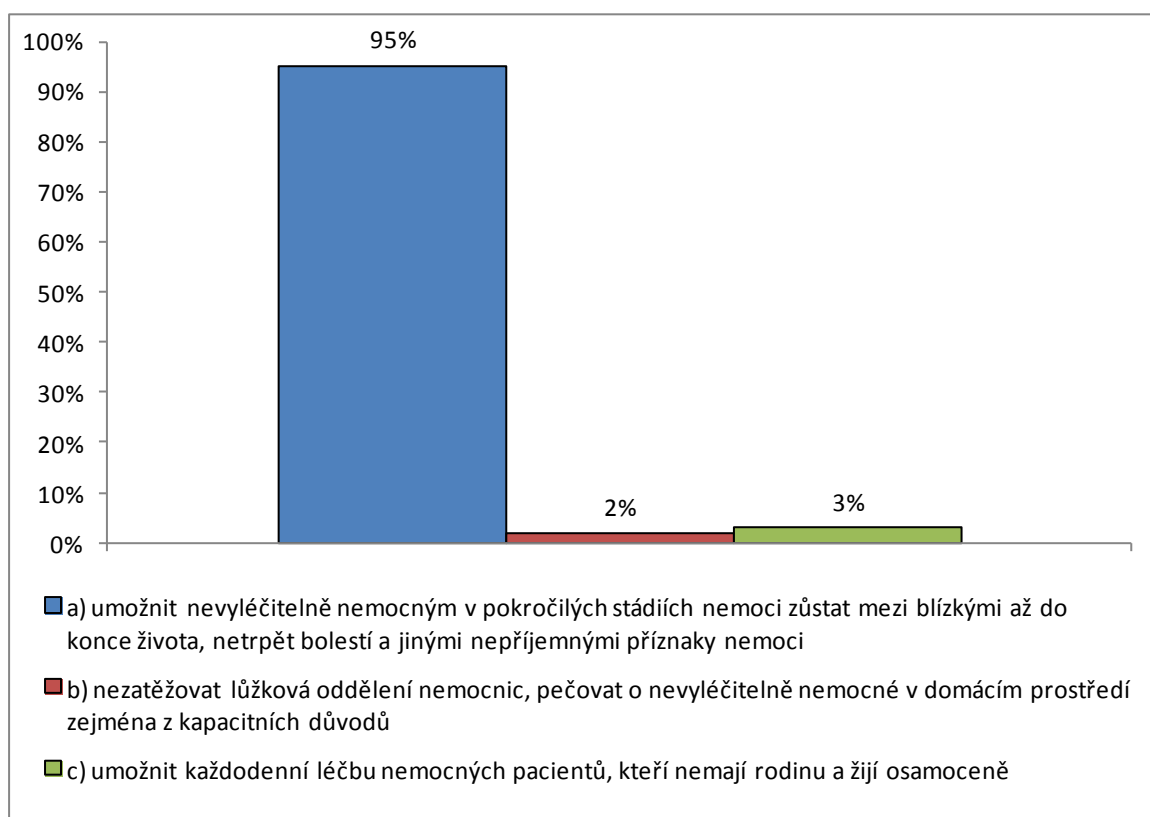


*Zdroj: vlastní*

Správná odpověď: c)

Další z otázek byla, jak je péče domácího hospice hrazena. Na tuto odpovědělo 47% respondentů správně, že ze sponzorských darů, dotací, grantů, za spoluúčasti nemocného, pojišťovna hradí jen některé ošetrovatelské úkony, 35% respondentů uvedlo, že péče je hrazena jen klientem a 18% respondentů, že péči hradí v plné výši zdravotní pojišťovna.

**Graf 23 Cíle domácího hospice**



*Zdroj: vlastní*

Správná odpověď: a)

Poslední dotaz z mého dotazníku byl zaměřen na znalosti veřejnosti o tom, co je cílem péče domácího hospice. 95% respondentů uvedlo, že domácí hospic umožňuje nevléčitelně nemocným pacientům zůstat mezi blízkými až do konce života, netrpět bolestí ani jinými nepříjemnými symptomy, 3% respondentů uvedla, že domácí hospic je pro pacienty, kteří žijí osamocně a 2% dotázaných si myslí, že cílem domácích hospiců je nezatěžovat lůžková oddělení nemocnic.

## 9 DISKUSE

V mé bakalářské práci jsem se zaměřila na problematiku paliativní péče v České republice. Mezi lidmi je toto téma často opomíjené a smrt mnohdy tabuizovaná, protože ideálem je mladý, zdravý, krásný, úspěšný a výkonný jedinec. Většina lidí nedomyslí to, že i každého dnes mladého a zdravého člověka čeká závěr života a je jen na nás, na lidech, za jakých podmínek se s tímto světem rozloučíme. Mnoho odborníků na paliativní péči se v posledních letech usilovně snaží dostat paliativní medicínu na plnohodnotnou úroveň s ostatními medicínskými obory, zlepšit podmínky pro kvalitní poskytování paliativní péče a zařadit všechny její formy do našeho zdravotního systému. K tomu patří jak vzdělávání lékařů a všeobecných sester v oboru Paliativní medicína, ale i edukace veřejnosti v naší republice. Problematika péče o nevléčitelně nemocného mě provází jako všeobecnou sestru v mém zaměstnání, tak i u mě doma v mé rodině. Při vykonávání povolání se denně setkávám s těmito pacienty, pečuji o ně a jsem s nimi často do poslední chvíle. Přesto, že moje pracoviště není dobře vybaveno na paliativní péči (nedostatek personálu, pomůcek), zemře na našem oddělení ročně kolem 50 nevléčitelně nemocných klientů. Já i moje kolegyně se snažíme těmto umírajícím poskytnout maximální péči. V podmínkách našeho pracoviště je to ale velmi svízelné a mnohdy nemožné. Nemocní umírají osamocení, nedostává se jim tak potřebného kontaktu s rodinou a ze strany personálu často není možná individuální péče. Na našem oddělení byla hospitalizována několik měsíců i moje babička, její zdravotní stav se rychle zhoršoval a obávala jsem se nejhoršího. Proto se moji rodiče rozhodli, že v posledních dnech budou o babičku pečovat doma. Po návratu mezi blízké se její stav neuvěřitelně zlepšil, babička začala komunikovat, spolupracovala, vrátila se jí chuť do života. Osobní zkušenost mě přivedla na myšlenku zjistit, jaký náhled má naše společnost na péči o nevléčitelně nemocného, umírajícího člověka, zda lidé znají pojem paliativní péče, či zda jsou informováni o specializované paliativní péči v hospicích nebo v domácím prostředí.

V praktické části jsem vyhodnotila odpovědi 142 respondentů, kteří jsou v oblasti medicíny laici. Stanovila jsem si čtyři hypotézy, které jsem vyhodnotila podle získaných odpovědí z dotazníků.

První hypotéza: „Věk ovlivňuje znalosti veřejnosti o paliativní péči“, měla odhalit závislost informovanosti na věku respondentů. K této hypotéze se vztahují otázky 3, 4, 5,

6, 7 a 8. Předpokládala jsem, že nejmenší znalosti budou mít mladí lidé do 20 let, protože se dá předpokládat, že se doposud s tímto pojmem setkali jen velmi málo. Protože byl v každé věkové skupině jiný počet respondentů, bylo nutné přepočítat počty odpovědí z absolutní četnosti na relativní četnost. Při vyhodnocení výsledků jsem zjistila, že znalosti vzhledem k věku jsou velmi vyrovnané a to především ve skupinách 21 – 35 let (88%), 36 – 50 let (89%) a ve skupině nad 66 let (88%) v průměrném procentuálním vyhodnocení správných odpovědí, které příslušely k první hypotéze. Nejlepšího výsledku dosáhli respondenti ve věku 51 – 65 let (91%), i když jejich náskok před druhou skupinou nebyl tak markantní. Nejhoršího výsledku v součtu správných odpovědí v procentech dosáhla nejmladší skupina do 20 let (76%). Dílčí výsledky jsou zobrazeny v tabulce č. 1 (Příloha 10). První hypotéza se mi tak potvrdila. Při vyhodnocování jsem si uvědomila, že ve druhé skupině jsou také mladí lidé a že celkový výsledek této skupiny může být zkreslen staršími respondenty. Věkové rozložení do jednotlivých skupin k dosažení relevantního výsledku, bych tedy v příštím výzkumu volila jinak.

Musím přiznat, že výsledky mě příjemně překvapily, nepředpokládala jsem tolik úspěšných odpovědí. Většina oslovených totiž v první chvíli netušila, co pojem paliativní péče znamená a teprve po přečtení otázek a možných odpovědí pochopili, k jakému tématu se můj výzkum vztahuje. Zkoumat tuto problematiku je nelehké a setkala jsem se i s negativními reakcemi, kdy mi bylo nepřímo sděleno, že pro některé respondenty bylo nepříjemné se těmito otázkami zabývat. Dva prázdné, nevyplněné dotazníky mi byly vráceny se slovy, že toto téma oslovené nezajímá.

Pomocí druhé hypotézy: „Pohlaví respondentů neovlivňuje náhled na umírání v naší společnosti“, jsem zkoumala, zda je mezi muži a ženami rozdíl v názorech na umírání. Zastoupení žen bylo početnější (83) než počet mužů (59), proto bylo potřeba vypočítat relativní četnost v procentech stejně jako u první hypotézy, aby bylo možno porovnat výsledek. Hypotéza se týkala otázek č. 9, 10, 11. Polouzavřená otázka č. 12 byla doplňková. V otázce 10, kde si nejčastěji lidé přejí zemřít, uvedlo 93% mužů a dokonce 98% žen odpověď, že doma. Ve srovnání s výzkumem veřejného mínění o umírání a péči o nevyléčitelně nemocné, které provedla agentura STEM/MARK pro hospicové občanské sdružení Cesta domů v září 2011, je tento výsledek vyšší. Tehdy výzkum uvedl, že 78% lidí si přeje zemřít doma. (34) Tento výsledek dokazuje, že si lidé stále více uvědomují, že člověk by neměl umírat v osamocení mezi cizími lidmi, ale v blízkosti svých nejbližších.



Vyhodnocení otázek 9, 10, a 11 ukázalo, že v otázkách spojených s umíráním v průměru 73% mužů a 78% žen odpovědělo správně. Výsledky zobrazuje tabulka č. 2 (Příloha 11). Z těchto výsledků je zřejmé, že mezi muži a ženami je jen minimální rozdíl v názoru na umírání. Hypotéza č. 2 se tedy potvrdila. V doplňkové otázce č. 12, v jakých oblastech by se měla péče o umírající změnit, vyjádřily svůj vlastní názor jen 4 ženy. Jedna z nich napsala: „Člověk by měl mít možnost sám se rozhodnout, kdy to své trápení ukončit.“

Třetí hypotéza se týkala vědomostí veřejnosti o hospicové péči. K této hypotéze spadají otázky 13, 14, 15, 16, 17, 18 a 19. Nyní jsem již respondenty do skupin nedělila, ale hodnotila jako celek. Kritérium dostatečných znalostí jsem si určila podmínkou, že respondent musí správně odpovědět na 5 otázek ze 7. Většina pak byla stanovena na 51% a více. Tento požadavek splnilo 112 respondentů, tedy 79% a proto byla moje třetí hypotéza opět potvrzena. Z výzkumu mě zaujalo, že dost velký počet respondentů 49 (35%) u otázky č. 13 uvedl, že v hospici jsou návštěvy ve vyhrazených hodinách jako v nemocnici a že na pokoji je větší počet pacientů. To vypovídá o tom, že povědomí o hospicové péči není na takové úrovni, jaká by byla žádoucí. U otázky č. 15, kdo může být v hospici hospitalizován, vybralo možnost „jen onkologičtí pacienti“, 7% respondentů. V porovnání s výsledkem podobné výzkumné otázky z bakalářské práce Pavli Zemanové z roku 2011, Hospicová péče v ČR, která uvádí 19%, je patrné, že veřejné povědomí již připouští, že hospice neslouží jen výhradně onkologickým pacientům, ale že je zde možno hospitalizovat i pacienty s jinými nevléčitelnými nemocemi v posledních stádiích onemocnění. (34)

Abych mohla sama posoudit péči o nevléčitelně nemocné a prostředí, kde je péče poskytována, navštívila jsem po domluvě s hlavní sestrou paní Kalousovou, Hospic sv. Lazara v Plzni. Hned při příchodu do recepce mě prostředí příjemně oslovilo. Vrchní sestra paní Kalousová mi podala informace o založení hospice, o provozu, složení pacientů, financování. Pak mi ukázala veškeré prostory hospice. Velký dojem na mě udělalo příjemné, účelné vybavení pokojů, sanitárních zařízení, společenská místnost, kde probíhají různé přednášky nebo promítání filmů, či pracovna pro ergoterapii. Součástí hospice je i terasa, kde mohou posedět pacienti, kterým to zdravotní stav dovolí, imobilní sem dle přání personál doveze. Celé zařízení je bezbariérové, na všech 5 patrech, kde je celkem 28 lůžek, vládne nepopsatelný klid a pohoda. V přízemí je vzpomínková kniha na zemřelé pacienty a u ní nepřetržitě zapálená svíce. V suterénu je pak prostor pro poslední

rozloučení příbuzných se zemřelým. I toto místo na mě dýchlo svojí důstojností, nepocítovala jsem ani trochu strachu či odporu, spíše lítosti, že se takto nemůžeme rozloučit se všemi zemřelými. Paní Kalousová mě informovala, že v hospici probíhají pravidelná setkání příbuzných i pozůstalých pacientů, kteří jsou nebo byli jejich klienty. Společně pak vzpomínají na zemřelé, mnozí se sem vrací již po několik let. První, co mě po návštěvě hospice napadlo, bylo, že by toto zařízení mohlo být inspirací pro mnohé pracovníky ve zdravotnictví, kteří se se smrtí každodenně setkávají. Pohoda, klid, láska a důstojnost, to jsou slova, která vyjadřují mé pocity z návštěvy Hospice sv. Lazara.

Poslední hypotézu jsem zaměřila na výzkum informovanosti veřejnosti o mobilní specializované hospicové péči. Jak již uvádím v teoretické části, v ČR existuje síť agentur home care. Tyto agentury poskytují ošetrovatelskou péči na základě indikace ošetrujícího lékaře nebo ambulantního specialisty. Služba je hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Pouze některé z těchto agentur se více soustředí na péči o pokročile nemocné a umírající a jsou schopny zajistit i péči psychologa, sociálního pracovníka či spirituální služby. Standardní domácí ošetrovatelská péče o pacienty v závěru života nemá většinou charakter multiprofesní týmové spolupráce. Ošetrující lékař není součástí týmu a nelze počítat s jeho návštěvami u pacienta doma, hlavně mimo ordináční hodiny. Většina zařízení home care nemá dostupnost 7 dní v týdnu, 24 hodin denně. Sestry, které v těchto agenturách pracují, nejsou specificky vyškoleny v oboru paliativní medicíny. Mobilní specializovaná paliativní péče předpokládá existenci multidisciplinárního týmu, jehož součástí je lékař specialista na paliativní péči, dále speciálně vyškolené všeobecné sestry, sociální pracovník, psycholog, duchovní, dobrovolníci. Dostupnost služeb je 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. Od roku 2001 rozvíjí Hospicové občanské sdružení Cesta domů v Praze model mobilního hospice a je iniciátorem jednání se státní správou a VZP o vhodném způsobu financování této péče. I přes zahraniční zkušenosti, přes ekonomickou výhodnost této péče či výzkumy veřejného mínění, není péče zařízení tohoto typu hrazena z veřejného zdravotního pojištění, protože je z pohledu pojišťoven nevýhodná a nepotřebná. V České republice jsou v současné době pouze 4 mobilní hospice. V Plzeňském kraji tato služba není k dispozici.

Výzkumné otázky, které se týkají specializované mobilní hospicové péče, jsou otázky 20, 21, 22 a 23. Hned v první otázce se mi potvrdila nejasná terminologie pojmů domácí péče a domácí mobilní hospic. Jen 29% respondentů správně odpovědělo, že mobilní domácí hospic je specializovaná paliativní péče týmem odborníků. V další otázce

uvedlo 64% dotázaných, že domácí hospic poskytuje obecnou paliativní péči všeobecnými sestrami, jen 27% respondentů označilo správnou odpověď, že tuto péči poskytuje tým odborníků včetně lékaře – specialisty a to 24 hodin denně. Jak je tato péče hrazena uvedlo správně 47% respondentů. Nejlépe dopadla otázka č. 23, ve které 95% oslovených označilo, že cílem domácích hospiců je umožnit nevyléčitelně nemocným zůstat mezi blízkými až do konce života, netrpět bolestí a jinými nepříjemnými symptomy, které těžkou nemoc provázejí.

Konečný průměrný procentuální podíl správných odpovědí činil 49,5%, většina respondentů tedy neodpověděla správně, a hypotéza číslo 4 se potvrdila.

## ZÁVĚR

Ve své práci jsem se snažila zmapovat informovanost veřejnosti o paliativní péči. Poté, co jsem se seznámila s odbornou literaturou a články, osobně navštívila některá zařízení, kde se paliativní péče poskytuje, ale i diskutovala po emailech s odborníky v této oblasti, např. s MUDr. L. Kabelkou z Masarykova onkologického ústavu v Brně, zjistila jsem, že nevyřešených otázek v této oblasti je velmi mnoho. Mým cílem bylo zjistit informovanost laické veřejnosti o obecné paliativní péči, její názor na otázky, které se týkají umírání a dále její informovanost o specializované hospicové péči. Jak jsem předpokládala, znalosti veřejnosti nejsou na dobré úrovni. Největší povědomí bylo prokázáno v oblasti obecné paliativní péče. Je zřejmé, že laici mají základní znalosti, ale neproniknou celou problematikou paliativní péče a zejména otázkami v oblasti legislativy. Nedostatek míst v hospicích supluje lůžka v léčebnách pro dlouhodobě nemocné, kde nelze poskytovat specializovanou paliativní péči. Agentury home care zase nahrazují málo rozšířené specializované mobilní týmy. A právě v tomto bodě je veřejnost matena, protože neví, kam se má v případě, kdy potřebuje pomoci s péčí o svého blízkého obrátit. K tomu přispívá i neznalost a neinformovanost ošetřujících ambulantních lékařů, lékařů v nemocnicích i všeobecných sester. A zde si myslím, že je nutno začít s osvětou. Mým rodičům, kteří se starají o moji babičku, která je polymorbidní, imobilní a trpí bolestmi, ošetřující lékařka ani jednou za uplynulé tři roky nenabídla pomoc týmu odborníků vzdělaných v oblasti paliativní péče. Na závěr své bakalářské práce jsem proto vytvořila informační leták, který je určen jak pro širokou veřejnost, tak i pro všeobecné sestry, které jsou s pacienty a jejich rodinami v častém kontaktu a mohou jim tak informace snadno předávat. V letáku jsou uvedeny základní formy poskytování paliativní péče v České republice (Příloha 12).

## SEZNAM ZDROJŮ

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION: *WHO Definition of Palliative Care*. [online]. © 2013 [cit. 2013-01-14]. Dostupné z:  
<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
2. SLÁMA, Ondřej, KABELKA, Ladislav a VORLÍČEK, Jiří. *Paliativní medicína pro praxi*. 2. vyd. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-849-0
3. PLEVOVÁ, Ilona a kol. *Ošetrovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3558-0.
4. SKÁLA, Bohumil a kol. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stadiu nemoci: Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2011. ISBN 997-80-86 998-31-0.
5. KABELKA, Ladislav. *Principy neonkologické paliativní péče - pohled geriatra*. [online]. 2008 [cit. 2013-01-15]. Dostupné z:  
[http://www.solen.sk/index.php?page=pdf\\_view&pdf\\_id=3279](http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=3279)
6. VORLÍČEK, Jiří, ABRHÁMOVÁ, Jitka, VORLÍČKOVÁ, Hilda a kol. *Klinická onkologie pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1716-6.
7. SKŘIČKOVÁ, Jana. *Dvacet let paliativní péče v České republice - ohlédnutí za významnými etapami*. Olomouc: SOLEN, 2011. Dostupné z:  
[http://www.solen.cz/incpdfs/act-000102-0001\\_10\\_1.pdf](http://www.solen.cz/incpdfs/act-000102-0001_10_1.pdf)
8. KIZÁK, Juraj. *Rozhovor s prezidentem Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče Ing. Jakubem Forejtem*. [online]. 3. 1. 2013 [cit. 2013-01-16]. Dostupné z:  
<http://www.hospice.cz/2013/01/rozhovor-s-prezidentem-asociace-poskytovatelu-hospicove-paliativni-pece-ing-jakubem-forejtem/>
9. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2., přepr. vyd. Praha: Galén, c2007, 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.
10. ČESKÁ SPOLEČNOST PALIATIVNÍ MEDICÍNY. *Paliativní péče v ČR v roce 2013: Základní epidemiologická data a potřeba paliativní péče v ČR* [online]. Brno a Praha, 2013 [cit. 2013-02-27]. Dostupné z:  
<http://www.paliativnimedicina.cz/aktualita/paliativni-pece-v-cr-v-roce-2013>
11. SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 7., dopl. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011, 149 s. ISBN 978-807-1955-801.
12. MOCO VÁ, Marie. *MUDr. Marie Svatošová*. [online]. [cit. 2013-01-16]. Dostupné z:  
<http://www.i17-11.cz/marie-svatosova>

13. VORLÍČEK, Jiří, ADAM, Zdeněk a POSPÍŠILOVÁ Yvona. *Paliativní medicína. 2.*, přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0279-7
14. CESTA DOMŮ. *Přijímání pacientů: podmínky přijetí do domácí péče* [online]. [cit. 2013-01-15]. Dostupné z: <http://www.cestadomu.cz/prijimani-klientu.html>
15. VALJETOVÁ, Jana a SLÁMA, Ondřej. ČESKÁ SPOLEČNOST PALIATIVNÍ MEDICÍNY. *Organizace paliativní a hospicové péče v přirozeném prostředí pacienta v ČR: Stanovisko České společnosti paliativní medicíny ČSL JEP* [online]. 2012 [cit. 2013-01-15]. Dostupné z: [http://www.paliativnimedicina.cz/sites/www.paliativnimedicina.cz/files/users/simicek/stanovisko\\_cspm\\_mspp.pdf](http://www.paliativnimedicina.cz/sites/www.paliativnimedicina.cz/files/users/simicek/stanovisko_cspm_mspp.pdf)
16. HOSPIC SV. ALŽBĚTY. *Hospicová poradna při Hospici sv. Alžběty* [online]. 2009 [cit. 2013-01-15]. Dostupné z: <http://socialnipece.brno.cz/skupina/seniori/katalog/92/hospicova-poradna-pri-hospici-sv-alzbety/>
17. ČESKÁ SPOLEČNOST PALIATIVNÍ MEDICÍNY. ZÁKONY A VYHLÁŠKY V ČR: *Legislativní ohlédnutí za rokem 2011.* [online]. [cit. 2013-01-16]. Dostupné z: <http://www.paliativnimedicina.cz/standardy-normy/zakony-vyhlasiky-v-cr>
18. ČESKÁ SPOLEČNOST PALIATIVNÍ MEDICÍNY. KURZY PRO LÉKAŘE: *Kurzy pro lékaře pořádané Institutem paliativní medicíny ČSPM ČLS JEP.* [online]. [cit. 2013-01-16]. Dostupné z: <http://www.paliativnimedicina.cz/institut-paliativni-mediciny/kurzy-pro-lekare>
19. ČESKÁ SPOLEČNOST PALIATIVNÍ MEDICÍNY. KURZY PRO SESTRY: *Vzdělávací kurz pro všeobecné sestry v oblasti hospicové a paliativní péče.* [online]. [cit. 2013-01-16]. Dostupné z: <http://www.paliativnimedicina.cz/institut-paliativni-mediciny/kurzy-pro-sestry>
20. NÁRODNÍ CENTRUM OŠETŘOVATELSTVÍ A NELÉKAŘSKÝCH ZDRAVOTNICKÝCH OBORŮ. *Nabídka vzdělávacích akcí 2013* [online]. 2013 [cit. 2013-01-16]. Dostupné z: [http://www.nconzo.cz/c/document\\_library/get\\_file?uuid=08bb8457-eb3b-4a82-b7b3-ead26f5ad5f3&groupId=11063](http://www.nconzo.cz/c/document_library/get_file?uuid=08bb8457-eb3b-4a82-b7b3-ead26f5ad5f3&groupId=11063)
21. O'CONNOR, Margaret. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů.* 1. české vyd. Překlad Jana Heřmanová. Praha: Grada, 2005, 324 s. ISBN 80-247-1295-4.

22. KALVACH, Zdeněk. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. 1.vyd. Praha: Cesta domů, 2010, 134 s. ISBN 978-80-904516-4-3.
23. GOROGHOVÁ, Lucie a KUTHANOVÁ, Sandra. *Paliativní péče a léčba průlomové bolesti*. [online]. 15. 10. 2012 [cit. 2013-01-16]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/paliativni-pece-a-lecba-prulomove-bolesti-467104>
24. JANÁČKOVÁ, Laura. Bolest a psychoterapie. *Zdravotnické noviny* [online]. 2009, č. 10 [cit. 2013-03-01]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/bolest-a-psychoterapie-423524>
25. MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1.vyd. Praha: Grada, 2010, 128 s. ISBN 978-802-4731-711.
26. VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. 3. aktualiz. vyd., 1. vyd. v nakl. Portál. Praha: Portál., 2003, 397 s. ISBN 80-717-8740-X.
27. VENGLÁŘOVÁ, Martina a MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
28. ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1.vyd. Praha: Grada, 2011, 134 s. Sestra. ISBN 978-802-4732-237.
29. KOZIER, Barbara, ERB, Glenora Lea a OLIVIERI, Rita. *Ošetrovatelstvo: koncepcia, ošetrovatelský proces a prax*. Martin: Vydavateľstvo Osveta, c1995, xxxi, 836 s. ISBN 80-217-0528-0.
30. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2002, 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
31. HOSPICE. *O důstojném životě terminálně nemocných: otázky a odpovědi* [online]. [cit. 2013-03-03]. Dostupné z: <http://www.hospice.cz/otazky-a-odpovedi/>
32. SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 6., dopl. vyd., (V KNA 1.). V Kostelním Vydří: APHPP, 2008, 151 s. ISBN 978-80-7195-307-4.
33. SESTRA. *Uplatňování etických principů v paliativní péči*. Praha: Mladá fronta a.s., 2012, roč. 22, 10/2012. ISSN 1210-0404.
34. CESTA DOMŮ. *Neumíráme tam, kde si přejeme* [online]. 2011 [cit. 2013-03-20]. Dostupné z: <http://www.cestadomu.cz/res/data/053/006113.pdf>
35. ZEMANOVÁ, Pavla. *Hospicová péče v ČR*. Plzeň, 2011. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Lenka KROUPOVÁ

# SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Váš věk

Graf 2 Vaše pohlaví

Graf 3 Paliativní péče je

Graf 4 Paliativní péče určena

Graf 5 Nejčastější potíže nemocných v paliativní péči

Graf 6 Paliativní péče se poskytuje

Graf 7 Paliativní péči mohou využít

Graf 8 Závislost kvality paliativní péče s ohledem na místo, kde je poskytována

Graf 9 Umírání se týká

Graf 10 Lidé si nejčastěji přejí zemřít

Graf 11 Naše společnost poskytuje umírajícím dostatečnou péči

Graf 12 Péče o umírající by se měla zlepšit

Graf 13 Hospicem nazýváme

Graf 14 Hospic je

Graf 15 V hospici mohou být hospitalizováni

Graf 16 Hospic nabízí

Graf 17 Režim v hospici

Graf 18 Rozdíly v péči o nemocné v hospici a v LDN

Graf 19 V hospici o nemocné pečují

Graf 20 Co je domácí neboli mobilní hospic je

Graf 21 Rozdíl mezi agenturou domácí péče a domácím hospicem

Graf 22 Úhrada péče domácího hospice

Graf 23 Cíle domácího hospice



## **SEZNAM ZKRATEK**

AIDS - Acquired Immune Deficiency Syndrome

CMP - cévní mozková příhoda

ČSPM - Česká společnost paliativní medicíny

ELNEC - End Of life Nur Sing Education Consortium

CHOPN – chronická obstrukční plicní nemoc

MMSE – mini mental state examination

MSPP – mobilní specializovaná paliativní péče

NRS – numerická škála

USA – Spojené státy americké

VAS – vizuální analogová škála

VZP – Všeobecná zdravotní pojišťovna

# SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Dotazník

Příloha 2 Standardy paliativní péče 2013

Příloha 3 Pražská charta

Příloha 4 Vizuální analogová škála bolesti

Příloha 5 Škála bolesti – obličej

Příloha 6 Test kognitivních funkcí – Mini Mental State Exam (MMSE)

Příloha 7 Maslowova hierarchie potřeb

Příloha 8 Charta práv umírajících

Příloha 9 Fáze umírání podle Kübler – Ross

Příloha 10 Tabulka 1 – vyhodnocení hypotézy č. 1

Příloha 11 Tabulka 2 – vyhodnocení hypotézy č. 2

Příloha 12 Informační leták o paliativní péči

# PŘÍLOHA 1

## Dotazník

Dobrý den, jmenuji se Miroslava Fialová. Jsem studentkou 3. ročníku bakalářského oboru Všeobecná sestra na Fakultě zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni.

Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku, který je základem mé bakalářské práce na téma „Informovanost veřejnosti o paliativní péči“. Práce by měla sloužit ke zlepšení informovanosti veřejnosti o možnostech a využití paliativní péče v naší republice.

Dotazník je zcela anonymní a jeho získané informace budou sloužit výhradně ke zpracování mé práce. Vámi vybranou odpověď, prosím, zakroužkujte. U každé otázky je vždy správná jen jedna odpověď. Velice děkuji za Váš čas a ochotu při vyplnění dotazníku.

### 1. Váš věk

- a) do 20let
- b) 21 – 35let
- c) 36 – 50let
- d) 51 – 65let
- e) 66 a více let

### 2. Vaše pohlaví?

- a) muž
- b) žena

### 3. Paliativní péče je

- a) péče o nemocné s onkologickým onemocněním, kteří jsou léčeni ozařováním nebo chemoterapií
- b) péče, která usiluje o zlepšení kvality života těžce nemocných a především mírnění bolesti umírajících, zahrnuje i péči o rodinu nemocného
- c) péče o nemocné seniory, kteří dosáhli věkové hranice 80 let

**4. Pro koho si myslíte, že je paliativní péče určena?**

- a) pouze pro pacienty, kteří nepotřebují odbornou péči, dostačující je jen dohled nad příjmem potravy a tekutin
- b) pro pacienty, kteří nemají žádný příjem a jsou v hmotné nouzi
- c) pro nevléčitelně nemocné, je to odborný typ péče, který hledá, jak pomoci v obtížné situaci

**5. Dokážete určit, jaké jsou nejčastější potíže u nemocných v paliativní péči?**

- a) potíže se spánkem, nízká hladina cukru v krvi, suchá kůže
- b) bolest, dušnost, úzkost, nedostatečná výživa
- c) nedoslýchavost, šedý zákal, vypadávání vlasů

**6. Paliativní péče se poskytuje**

- a) jen u nemocného s nevléčitelnou chorobou, kde se předpokládá úmrtí do jednoho týdne
- b) jen u nemocného s nevléčitelnou chorobou, kde se předpokládá úmrtí do dvou týdnů
- c) u nemocného s nevléčitelnou chorobou i po několik měsíců nebo let

**7. Kdo si myslíte, že může paliativní péči využít?**

- a) jen nemocní se zhoubným onemocněním
- b) jen geriatrickí nemocní
- c) onkologičtí nemocní, nemocní v konečných stádiích různých chorob, staří nemocní, kteří trpí větším počtem různých závažných chorob

**8. Záleží na tom, kde je paliativní péče poskytována?**

- a) ne, stejné podmínky jsou jak v nemocnici, tak v léčebnách pro dlouhodobě nemocné
- b) ano, nejlepší paliativní péče je v domovech důchodců
- c) ano, nejlepší paliativní péče je ve specializovaných zařízeních, která jsou pro tuto péči vybavena různými pomůckami (např. polohovací lůžka, pomůcky pro prevenci proleženin, pomocná zařízení při koupelích ležících pacientů atd.)

**9. Umírání se týká**

- a) jen umírajícího, popřípadě zdravotnického personálu
- b) umírajícího, rodiny a blízkých kolem něj
- c) jen rodiny, ta sama rozhoduje, kde umírající stráví zbytek života

**10. Kde nejčastěji si přejí lidé zemřít?**

- a) doma mezi blízkými
- b) v nemocnici
- c) v léčebně pro dlouhodobě nemocné
- d) v hospici
- e) v domově důchodců

**11. Naše společnost poskytuje všem umírajícím maximální péči**

- a) ano, důstojný odchod je zde umožněn každému člověku
- b) ano, umírající již toho moc nepotřebuje a to, co společnost dělá, je dostačující
- c) ne, mnoho umírajících zbytečně trpí fyzicky i psychicky, kvalitní péče je poskytnuta jen malému množství pacientů
- d) nevím, s touto problematikou jsem se ještě nesetkal/a

**jestliže jste na otázku 11. odpověděli za a, b nebo d, pokračujte až otázkou č. 13**

**12. V jakých oblastech by se měla péče o umírající dle Vašeho mínění zlepšit?**

- a) v oblasti domácí paliativní péče, každý člověk by měl mít možnost zemřít mezi nejbližšími, změny by se měly týkat hlavně legislativy
- b) nevléčitelně nemocní mají péči již dostačující, není co zlepšovat
- c) nevím
- d) prosím doplňte

.....

### **13. Hospicem nazýváme**

- a) specializované zařízení poskytující paliativní péči nevyléčitelně nemocným, nemocný po zlepšení stavu může zařízení opustit
- b) specializované zařízení poskytující paliativní péči nevyléčitelně nemocným, nemocný zde musí zůstat do konce života
- c) specializované zařízení poskytující paliativní péči nevyléčitelně nemocným, návštěvy jsou zde ve vyhrazených hodinách jako v nemocnici a na pokoji je více pacientů

### **14. Hospic je**

- a) zařízení pro nevyléčitelně nemocné
- b) léčebna pro dlouhodobě nemocné
- c) lázeňské zařízení pro onkologické pacienty

### **15. Kdo si myslíte, že v hospici může být hospitalizován?**

- a) jen staří nemocní s onkologickým onemocněním
- b) všechny věkové kategorie s onemocněním v posledním stádiu, nejvíce je využíván onkologickými pacienty
- c) jen nemocní středního věku, kteří mají kruté bolesti v souvislosti s neurologickým onemocněním

### **16. Hospic nabízí**

- a) maximální zlepšení kvality života v jeho závěrečné fázi
- b) rehabilitační pobyty pro nemocné po operacích
- c) rekonvalescenční pobyty pro seniory

### **17. Jaký je podle Vašeho názoru režim v hospici?**

- a) stejný jako v nemocničním zařízení
- b) odlišný než v nemocničním zařízení, denní provoz je plně přizpůsoben potřebám nemocného
- c) nevím

**18. Jaké jsou podle Vás rozdíly v péči o nemocné v hospici a v léčebně pro dlouhodobě nemocné?**

- a) péče v hospici je stejná jako v léčebně pro dlouhodobě nemocné
- b) péče v léčebně pro dlouhodobě nemocné je výhodnější pro rodinu
- c) péče je odlišná, v hospici je více personálu, potřebných pomůcek, pokoje jsou jedno až dvojlůžkové, návštěvy jsou neomezené

**19. Kdo si myslíte, že o nemocné v hospici pečuje?**

- a) lékaři, sestry, ošetřovatelé, psycholog, sociální pracovník, duchovní a dobrovolníci
- b) ošetřovatelé a rehabilitační pracovníci, lékař je zde jen jedenkrát týdně
- c) sestry a sanitáři, podle potřeby je volána rychlá záchraná pomoc

**20. Domácí neboli mobilní hospic je**

- a) domácí péče, kterou poskytují sestry v domácím prostředí pacienta
- b) specializovaná paliativní péče v domácím prostředí, kterou poskytuje tým odborníků, lékař, ošetřovatelé, sestry, duchovní, dobrovolníci
- c) obdobný jako pečovatelská služba, pečovatelky dochází ke klientovi jedenkrát denně a zabezpečují jídlo, nákupy, úklid a další potřebné úkony

**21. Dokážete určit rozdíl mezi agenturou domácí péče a domácím hospicem?**

- a) domácí hospic poskytuje obecnou paliativní péči sestrami, které spolupracují s ošetřujícím lékařem
- b) žádný, je to jen synonymum pro shodnou péči
- c) domácí hospic poskytuje specializovanou paliativní péči týmem odborníků, včetně lékaře – specialisty na paliativní péči a to 24 hodin denně

**22. Péče domácího hospice je hrazena**

- a) zdravotní pojišťovnou v plné výši
- b) jen klientem
- c) ze sponzorských darů, dotací, grantů, za spoluúčasti nemocného, pojišťovna hradí jen určité ošetřovatelské úkony

### **23. Cílem domácích hospiců je**

- a) umožnit nevléčitelně nemocným v pokročilých stádiích nemoci zůstat mezi blízkými až do konce života, netrpět bolestí a jinými nepříjemnými příznaky nemoci
- b) nezatěžovat lůžková oddělení nemocnic, pečovat o nevléčitelně nemocné v domácím prostředí zejména z kapacitních důvodů
- c) umožnit každodenní léčbu nemocných pacientů, kteří nemají rodinu a žijí osamoceně



# Standardy paliativní péče 2013



**Česká společnost  
paliativní medicíny**  
České lékařské společnosti  
Jana Evangelisty Purkyně

*Vznik tohoto dokumentu podpořilo  
Ministerstvo zdravotnictví ČR v roce 2012.  
Děkujeme.*



Autoři:

**MUDr. Ondřej Sláma, Ph.D.**  
**Martina Špínková**  
**MUDr. Ladislav Kabelka, Ph.D.**

Konzultanti:

Doc. MUDr. Ladislav Slováček, Ph.D., MUDr. Eva Hegmonová,  
MUDr. Dagmar Palasová, MUDr. Eva Hegmonová, MUDr. Jana Valjentová,  
MUDr. Bohumil Skála, Ph.D., Mgr. Radka Alexandrová,  
MUDr. Zdeněk Kalvach, CSc., Alžběta Marková, MSc.

## Úvod

Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP předkládá odborné i laické veřejnosti **Standardy paliativní péče**. Jsou koncipovány jako **popis cílového stavu**, o který je třeba v péči o nevyлéčitelně nemocné usilovat. Nejedná se o minimální, „nepodkročitelné“ požadavky. Tyto standardy mají za cíl podpořit a usnadnit implementaci paliativní péče u pacientů s nevyлéčitelným onemocněním v celém průběhu péče a ve všech prostředích zdravotnického systému, a umožnit tak koncepční rozvoj paliativní péče v naší zemi. Text vychází z několika standardů zahraničních<sup>1</sup>, ze zkušeností předních českých paliativních odborníků a navazuje na dosud publikované standardy české<sup>2</sup>.

Text je poměrně stručný – počítá s tím, že v paliativní péči platí jako v každé jiné oblasti zdravotnictví základní organizační, etické a personální principy, soustřeďuje se tedy spíše na to, co je pro paliativní péči specifické.

Předpokládáme, že stejně jako je tomu v zahraničí, budou i tyto standardy průběžně upravovány v závislosti na vývoji a změnách v léčebných a ošetrovatelských postupech, nových poznatcích lékařské vědy a v organizaci zdravotní a sociální péče.

Text je otevřen k připomínkám všem, kteří se paliativní péči věnují. Připomínky je možné poslat na [info@paliativnimedicina.cz](mailto:info@paliativnimedicina.cz), označení standardy pp. Uzávěrka pro další redakci textu je 31. 12. 2013.

V Brně a Praze 15. 1. 2013

MUDr. Ondřej Sláma, Ph.D.  
Martina Špinková  
MUDr. Ladislav Kabelka, Ph.D.

<sup>1</sup> **Americké standardy:** *National Consensus Project for Quality Palliative care. Clinical practice guidelines for quality palliative care. Second edition. Pittsburgh 2009, ISBN 978-1-934654-11-8.* **Australské standardy:** *Palliative care Australia. Standards for providing quality palliative care for all Australians, 2005, ISBN 0-9752295-4-0.* **Rumunské standardy:** *National standards in palliative care. Brasov 2002.*

<sup>2</sup> Cesta domů. *Standardy mobilní specializované paliativní péče v ČR*, Praha, 2004. Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče. *Standardy hospicové paliativní péče*. Praha 2006. <http://www.asociacehospicu.cz/nase-projekty/standardsy-kvality/>. Cesta domů. *Standardy mobilní specializované paliativní péče v ČR*, Praha 2007. <http://www.cestadomu.cz/res/data/027/003258.pdf>.

## Principy paliativní péče

Paliativní péče je komplexní, aktivní a na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevyléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stadiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým<sup>3</sup>.

### Paliativní péče

- chápe umírání jako součást lidského života a vychází z toho, že každý člověk závěrečnou část svého života se všemi jejími fyzickými, psychickými, sociálními, duchovními a kulturními aspekty prožívá individuálně
- vychází důsledně z přání a potřeb pacientů a jejich rodin a respektuje jejich hodnotové priority
- je založena na multiprofesní spolupráci a integruje v sobě lékařské, ošetrovatelské, psychologické, sociální a spirituální aspekty
- nabízí všestrannou účinnou oporu příbuzným a přátelům umírajících a pomáhá jim zvládat jejich zármutek i po smrti blízkého člověka

## Cílová skupina paliativní péče

Cílovou skupinu paliativní péče tvoří pacienti v pokročilých a konečných stádiích nevyléčitelných chorob.

Onemocnění a stavy, které v pokročilých stádiích obvykle vyžadují paliativní péči, jsou:

- nádorová onemocnění
- neurodegenerativní onemocnění typu roztroušené skleróze, Parkinsonovy nemoci, demence, ALS
- konečná stadia chronických orgánových onemocnění: srdečních, plicních, jaterních a ledvinných
- AIDS
- polymorbidní geriatrickí pacienti
- pacienti v persistujícím vegetativním stavu
- některé vrozené pediatrické syndromy a onemocnění
- kriticky nemocní pacienti s nevratným multiorgánovým selháváním v prostředí intenzivní péče

Právo na paliativní péči by měli mít všichni pacienti, kteří žijí s onemocněním, které ohrožuje jejich život, a to bez ohledu na základní diagnózu. Paliativní péče se podobně týká i rodin a dalších blízkých lidí těchto pacientů.

<sup>3</sup> V §5 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách je paliativní péče vymezena jako specifický druh zdravotní péče „jejímž účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevyléčitelnou nemocí“

## Standardy paliativní péče

### Základní předpoklady

- **Závěr života (poslední měsíce a týdny života s nevléčitelným onemocněním) představují specifickou klinickou situaci a kontext**, kdy je třeba přehodnotit všechny léčebné a ošetrovatelské intervence a společně s pacientem a jeho rodinou nově pojmenovat cíle a priority léčby a péče.
- **Existuje zásadní rozdíl mezi dobrou a špatnou péčí o nevléčitelně nemocné.** Přestože pacienti i přes dobrou paliativní péči v důsledku své nemoci umírají, mohou a mají díky paliativní péči v závěru života zakoušet účinné mírnění tělesných obtíží, podporu a pomoc v psychické a sociální oblasti a respekt ke své autonomii a důstojnosti.
- Paliativní péče je poskytována v souladu s platnými profesními a etickými kodexy<sup>4</sup> a s platným právním řádem<sup>5</sup>.
- **Paliativní péče je součástí systému zdravotní péče** a platí pro ni všechny obecně platné standardy a požadavky na poskytování zdravotní péče jako např. **bezpečnost, minimalizace omylů a rizik, správné vedení zdravotní dokumentace a efektivní vedení.**
- Standardy paliativní péče rozlišují v souladu s mezinárodními doporučeními<sup>6</sup> **dvě úrovně poskytování paliativní péče**: obecnou a specializovanou paliativní péči.
  - a) **Obecnou paliativní péčí** rozumíme dobrou klinickou praxi, která je poskytována zdravotníky v rámci jejich odborností. Jejím základem je včasné rozpoznání nevléčitelného charakteru onemocnění a identifikace a ovlivňování oblastí, které jsou významné pro kvalitu pacientova života (např. racionální využití kauzálních léčebných postupů, léčba symptomů, empatická komunikace, pomoc při organizačním zajištění péče a při využití služeb ostatních specialistů, zajištění domácí ošetrovatelské péče atd.). Obecnou paliativní péčí by měli umět poskytnout všichni zdravotníci s ohledem na specifika své odbornosti.
  - b) **Specializovaná paliativní péče** je aktivní multiprofesní péče poskytovaná pacientům a jejich rodinám týmem odborníků, kteří jsou v otázkách paliativní péče speciálně vzděláni a disponují potřebnými zkušenostmi. Specializovaná paliativní péče je poskytovaná pacientům, kteří komplexností svých potřeb (tělesných nebo psychosociálních) přesahují možnosti poskytovatelů obecné paliativní péče.

<sup>4</sup> Etický kodex České lékařské komory. Stavovský předpis č. 10, Praha 2007

<sup>5</sup> Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

<sup>6</sup> EAPC: Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě. Doporučení Evropské asociace pro paliativní péče 2009. Český překlad vydala Cesta domů a Česká společnost paliativní medicíny, Praha 2010

### **Základní organizační formy specializované paliativní péče**

V ČR se v roce 2013 vyskytují následující organizační formy:

- mobilní paliativní péče (paliativní péče ve vlastním nebo náhradním sociálním prostředí pacienta)
- ambulance paliativní medicíny<sup>7</sup>
- samostatně stojící lůžkové zařízení hospicového typu<sup>8</sup>
- oddělení paliativní péče v rámci jiných lůžkových zdravotnických zařízení

V zahraničí jsou budovány i další formy specializované paliativní péče

- konziliární tým paliativní péče v rámci zdravotnického zařízení
- denní stacionář paliativní péče
- zvláštní zařízení specializované paliativní péče (např. specializované poradny a tísňové linky, zařízení určená pro určité diagnostické skupiny atd.)

---

<sup>7</sup> ambulance odbornosti 720

<sup>8</sup> podle § 22a Zákona č.48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, zvláštní ústavní péče – paliativní péče lůžková

# 1. Základní struktura a průběh péče

## Standard 1.1

**Lékaři všech odborností by měli u pacientů s chronickým progresivním onemocněním včas rozpoznat pokročilý a potenciálně život ohrožující charakter onemocnění.**

- Stav pacienta s přepokládanou prognózou kratší než 6 měsíců je třeba považovat za specifickou klinickou situaci. Významným cílem léčby se stává udržení dobré kvality života.
- Ošetřující lékař<sup>9</sup> by měl pacienta přiměřeným způsobem informovat o dalším předpokládaném průběhu onemocnění a společně s ním stanovit cíle další léčby a péče.
- Ošetřující lékař, který pacienta sleduje pro základní onemocnění, které pacienta prognosticky limituje, je zodpovědný za navržení plánu paliativní péče.

## Standard 1.2

**Plán paliativní péče vychází z rozpoznaných a vyjádřených potřeb, přání a preferencí pacienta a jeho rodiny. Pacient je podporován, aby se na jeho tvorbě aktivně podílel**

Podle závažnosti poruch kognitivních funkcí a vnímání můžeme pacienty vyžadující paliativní péči rozdělit na dvě skupiny:

- **pacienti bez poruch vnímání a kognitivních funkcí, kteří si skutečnost život ohrožujícího onemocnění uvědomují**, a způsob, jakým tuto skutečnost psychicky zpracovávají, je důležitým tématem péče. Pacienti se podílejí na tvorbě léčebného plánu a formulují své preference; jejich přání a vůle jsou základním rámcem pro poskytování paliativní péče.
- **pacienti s výraznými změnami kognitivních funkcí a vnímání**. U těchto pacientů je třeba pečlivě posoudit způsobilost k rozhodování (schopnost zhodnotit přínosy a rizika a schopnost vyjádřit souhlas) s jednotlivými léčebnými postupy i s celkovým plánem péče. V případě pacientovy nezpůsobilosti je třeba plán paliativní péče realizovat v pacientově nejlepším zájmu společně se zákonným zástupcem a v konsenzu s pacientovými blízkými (rodinou)<sup>10</sup>.

## Standard 1.3

**Ošetřující lékař rozhoduje podle svých možností a podle komplexnosti pacientových tělesných a psycho-sociálních obtíží o tom, zda je pro pacienta dostatečná obecná paliativní péče nebo zda jeho stav vyžaduje konziliární vyšetření nebo předání do péče poskytovatele specializované paliativní péče.**

- V případě, že je pacient pravidelně sledován u více specialistů, je třeba, aby bylo jednoznačně určeno, kdo je pro pacienta ošetřujícím lékařem, který vede a koordinuje léčebný plán paliativní péče.

<sup>9</sup> ošetřujícím lékařem se dle §18 Zákona č.48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, rozumí všeobecný praktický lékař, ambulantní specialista nebo lékař v lůžkovém zařízení

<sup>10</sup> doporučení pro rozhodování v prostředí intenzivní medicíny je shrnuto v Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli.



- Ošetřující lékař je zodpovědný za stanovení a realizaci plánu paliativní péče.
- Ošetřující lékař musí informovat ostatní specialisty, u kterých je pacient sledován, o předpokládané limitované prognóze a cílech plánu paliativní péče.
- Ošetřující lékař v případě potřeby konzultuje zařízení specializované paliativní péče nebo pacienta předává do péče takového zařízení.

#### Standard 1.4

**Plán paliativní péče je realizován multiprofesním týmem, jehož základními členy jsou lékař, sestra a sociální pracovník. Dalšími důležitými členy týmu pro hodnocení potřeb pacienta a realizaci paliativní péče má být psycholog a duchovní; může případně být i fyzioterapeut, ergoterapeut a nutriční specialista.**

- Obecná paliativní péče
  - Ošetřující lékař podle potřeby spolupracuje s příslušnými lékaři specialisty, indikuje potřebnou ošetrovatelskou péči a spolupracuje se sociálním pracovníkem, psychologem, popř. jinými specialisty.
- Specializovaná paliativní péče
  - V zařízení specializované paliativní péče se předpokládá 24 hodinová dostupnost zdravotnických členů multiprofesního týmu.
  - Setkávání týmu se koná zpravidla jednou týdně. Účastní se jej všichni pracovníci, kteří se věnují péči o klienty a pacienty na všech úrovních poskytovaných služeb. Na setkání mohou být přizváni konzultanti různých odborností.

Složení multiprofesního týmu v **lůžkovém zařízení specializované paliativní péče** (lůžkový hospic nebo oddělení paliativní péče) vyjádřený formou počtu pracovních úvazků pro zařízení s kapacitou 30 lůžek:

- Lékař 2 (z toho vedoucí lékař se zvláštní odbornou způsobilostí v paliativní medicíně nebo paliativní medicíně a léčbě bolesti), sestra 10, ošetrovatel 10, psycholog 0,5, sociální pracovník 1,0, nemocniční kaplan 0,2.
- V mimopracovní době je zajištěna dostupnost lékaře formou telefonické příslužby. Sloužící lékař je v případě potřeby schopen do 30 minut přijet na oddělení

Složení multiprofesního týmu **mobilní specializované paliativní péče**, který zajišťuje trvalou paliativní péči pacientům ve vlastním sociálním prostředí vyjádřený formou počtu pracovních úvazků:

- Lékař 2 (z toho vedoucí lékař se zvláštní odbornou způsobilostí v paliativní medicíně nebo paliativní medicíně a léčbě bolesti), lékaři sloužící pohotovost na telefonu z domova 4 (DPP), sestra 5, psycholog 0,2 nebo DPP, terénní sociální pracovník 0,6, poradenský pracovník 1,0, kaplan 0,1, koordinátor dobrovolníků v terénu 1,0.
- V mimopracovní době je zajištěna dostupnost lékaře formou telefonické příslužby. Sloužící lékař je v případě potřeby schopen do 60 minut pacienta navštívit.

### Standard 1.5

**Na realizaci plánu paliativní péče se podílejí náležitě edukovaní dobrovolníci, u kterých probíhá pravidelná supervize.**

- Dobrovolníci, kteří pracují v paliativní péči, musejí projít základním školením a pravidelně se účastnit supervizí od koordinátora dobrovolníků.
- Činnost dobrovolníků je definována v písemné smlouvě, která zahrnuje její typ, rozsah a rozvrh.
- Dobrovolnické činnosti zahrnují: přímou práci s pacienty a jejich rodinami (např. dělání společnosti, drobné nákupy, úlevu od péče, transport pomůcek do rodin klientů, případně jejich montáž a zaučení rodiny v zacházení s těmito pomůckami (mobilní péče), dopravu, úklid, péče o truchlící pozůstalé, administrativní práci (např. kancelářskou práci, fundraising, pomoc při organizování akcí, údržba budov a zařízení).

### Standard 1.6

**Paliativní péče je poskytována v prostředí a místě, které v maximální míře odpovídá pacientově přání a potřebám**

- Součástí plánu paliativní péče je zjištění, zda má pacient a jeho rodina specifická přání ohledně místa poskytování péče.
- Při poskytování paliativní péče má obecně přednost poskytování péče v přirozeném sociálním prostředí pacienta.
- Při poskytování paliativní péče je pravidelně přehodnocováno, zda je zajištění péče v daném prostředí technicky možné, bezpečné a v souladu s přáním pacienta a jeho rodiny.
- V případě propuštění domů, hospitalizace nebo přijetí do jiného typu ústavní péče je třeba pokračovat v realizaci plánu paliativní péče.
- Kontinuita péče při přechodech mezi různými zařízeními a poskytovateli je zajištěna přímou komunikací mezi poskytovateli a náležitě vedenou zdravotnickou dokumentací, v které jsou popsány základní parametry plánu paliativní péče.

### Standard 1.7

- Členům týmu je poskytována systematická podpora ke zvládnutí emoční zátěže plynoucí z péče o pacienty s nevléčitelným onemocněním. Pacienti v paliativní péči jsou specifictví nárokem na péči ze strany vždy několika profesí v týmu. Pravidelná setkání týmu s pečlivou diskusí všech aspektů péče u jednotlivých pacientů jsou zcela zásadní podporou pro jednotlivé členy týmu.
- Standardní jsou případové, týmové supervize a vzájemné intervize členů týmu.

### Standard 1.8

**Všichni členové multiprofesního týmu jsou podporováni v kontinuálním vzdělávání a jsou jim k tomu vytvořeny podmínky.**

## 2. Péče o tělesný stav a potřeby

### Standard 2.1

**Součástí paliativní péče jsou všechny léčebné postupy, které vedou k udržení života v přijatelné kvalitě.**

- Vzájemné zastoupení kauzálních (ovlivňujících základní onemocnění) a symptomatických postupů je indikováno dle aktuálního klinického stavu, předpokládané prognózy a přání pacienta, vždy však s ohledem na jejich dopad na kvalitu života.
- Součástí paliativní péče je komplexní léčba symptomů (s využitím nefarmakologických, farmakologických i invazivních metod), nutriční péče (včetně enterální a parenterální výživy), hematologická péče (včetně např.transfúzní léčby a léčby trombembolické nemoci), antimikrobiální léčba (včetně podávání antibiotik, antimykotik a virostatik).

### Standard 2.2

**Bolest a ostatní symptomy jsou pravidelně hodnoceny a léčeny v souladu s nejnovějšími poznatky lékařské vědy<sup>11</sup> a moderního ošetřovatelství<sup>12</sup>**

- Cílem je bezpečné a včasné odstranění bolesti a dalších závažných symptomů, případně jejich omezení na úroveň pro pacienta přijatelnou po celou dobu poskytované péče.
- Ošetřující lékař je zodpovědný za pravidelné hodnocení a léčbu tělesných symptomů.
- Ošetřovatelské postupy jsou aplikovány s ohledem na potřeby, funkční zdatnost a přání pacienta a jeho rodiny.
- Ošetřující lékař je zodpovědný za zajištění léků a pomůcek potřebných k mírnění tělesných a psychických obtíží. Pokud není ošetřující lékař z objektivních důvodů schopen potřebné léky zajistit, měl by pacienta odeslat k jinému poskytovateli zdravotních služeb, který potřebné léky, pomůcky nebo péči zajistí.
- Druhy a množství pomůcek a přístrojů v zařízení specializované paliativní péče závisí na velikosti zařízení (počtu pacientů) a jejich diagnózách a funkčním stavu. Pomůcky a přístroje jsou pravidelně revidovány a udržovány autorizovanými firmami podle doporučení výrobce.

<sup>11</sup> Doporučené postupy pro paliativní léčbu nejčastějších symptomů jsou popsány např. v materiálu Světové zdravotnické organizace *Cancer Pain Relief and Palliative Care. WHO Technical Repport Series.No 804, Ženeva, 1990.* dále Skála, B., Sláma O.et al , *Paliativní péče o pacienta v terminální fázi nemoci. Doporučený postup pro všeobecné praktické lékaře. Praha: SVL. 2005.* Dále Sláma, O., Kabelka, L., Vorlíček, J. *Paliativní medicína pro praxi. Praha. Galén. 2007.*

<sup>12</sup> Ošetřovatelské postupy v paliativní péči jsou popsány např. v *O'Connor, M.,Aranda, S. Paliativní péče pro sestry všech oborů. Praha: Grada. 2005.* Dále *Marková, M. Sestra a pacient v paliativní péči. Praha: Grada. 2010.*

### 3. Psychologické a psychiatrické aspekty péče

#### Standard 3.1

**Psychický stav pacienta a jeho rodiny je pravidelně hodnocen a jsou včas aplikovány nefarmakologické a farmakologické léčebné postupy v souladu s nejnovějšími poznatky lékařské vědy<sup>13</sup> a moderního ošetrovatelství.**

- Ošetřující lékař pravidelně hodnotí míru pacientovy adaptace na skutečnost nevyléčitelného onemocnění.
- Ošetřující lékař u pacienta pravidelně hodnotí přítomnost psychických symptomů: úzkosti, deprese, poruch spánku a deliria a aktivně je léčí s využitím obecně uznávaných nefarmakologických a farmakologických postupů.
- Pravidelně je hodnocena schopnost adaptace na závažné onemocnění u pacientovy rodiny, je hodnocena přítomnost známek vyčerpání a dalších psychických syndromů (úzkost, deprese).
- Ošetřující lékař v případech obtížně zvládnutelných symptomů konzultuje stav pacienta nebo jeho rodiny s psychologem, psychiatrem nebo jiným specialistou.

#### Standard 3.2

**Podpora a péče v období zármutku a truchlení je poskytována všem pacientům a jejich rodinám v rozsahu, který vychází z jejich potřeb.**

- Obecná paliativní péče
  - Součástí péče o pacientovu rodinu je podpůrná komunikace s rodinou pacienta před pacientovou smrtí a bezprostředně po ní.
  - Při projevech závažných psychických projevů po úmrtí pacienta ošetřující lékař zprostředkuje náležitou pomoc (psycholog, speciální poradce)
- Specializovaná paliativní péče
  - Péče pro truchlící pozůstalé je považována za nedílnou součást služeb specializované paliativní péče.
  - Péči pro truchlící pozůstalé zajišťují: koordinátor péče o truchlící (psycholog, sociální pracovník nebo poradce), další členové týmu a proškolení dobrovolníci
  - Péče pro truchlící pozůstalé může zahrnovat: podporu před i po smrti blízkého, poradenství jednotlivci a rodině, naplánované dopisování, telefonní rozhovory, návštěvy, vzpomínkové ceremoniály a pohřby, duchovní a pastorační služby, práci s podpůrnými skupinami a odkazy na příslušné sociální organizace.

<sup>13</sup> Management nejčastějších psychiatrických symptomů je přehledně zpracován např. v *Sláma, O., Kabelka, L., Vorlíček, J. Paliativní medicína pro praxi. Praha. Galén. 2007.*

## 4. Sociální aspekty péče

### Standard 4.1

**U pacienta je provedeno komplexní multiprofesní zhodnocení jeho sociálních potřeb a plán paliativní péče musí tyto potřeby efektivně řešit.**

- Obecná paliativní péče
  - Ošetřující lékař chápe význam sociální dimenze strádání na konci života.
  - Ošetřující lékař pacientům a jejich rodinám přímo zajišťuje nebo zprostředkuje sociální poradenství nebo sociální péči.
- Specializovaná paliativní péče
  - Členy multiprofesního týmu jsou kvalifikovaní zdravotně - sociální pracovníci a sociální pracovníci, kteří identifikují psychologické a sociální potřeby pacientů, rodin a dalších blízkých osob, a to před smrtí i po ní
  - Sociální služby zahrnují: vyhodnocení psycho-sociální situace pacienta, plánování péče, účast na multiprofesních poradách, poradenství, administrativní spolupráci s úřady, správu finanční hotovosti a cenností pacientů v zařízeních paliativní péče, vzdělávání, podpůrnou péči o pacienta/pečující blízké, asistenci při přípravě pohřbů, podporu truchlícím rodinám, plánování propuštění, účast na výběru a školení dobrovolníků, supervizi.

## 5. Existenciální, spirituální a náboženské aspekty péče

### Standard 5.1

**U pacienta je provedeno zhodnocení jeho spirituálních potřeb a role spirituální dimenze při zvládnání závažného onemocnění. Plán paliativní péče musí tyto potřeby zohledňovat a s potenciálem spirituální dimenze pracovat.**

- Obecná paliativní péče
  - Ošetřující lékař chápe význam spirituální dimenze při prožívání a zvládnání závažného onemocnění.
  - Ošetřující lékař je schopen pacientům a jejich rodinám včas zprostředkovat kvalifikovanou pomoc v oblasti duchovní péče.
- Specializovaná paliativní péče
  - Spirituální péče je nedílnou součástí specializované paliativní péče.
  - Členem multiprofesního týmu je kvalifikovaný pracovník v oblasti spirituální péče (např. kaplan, pastorační pracovník).
  - Specializovaná paliativní péče respektuje pacientovu názorovou, hodnotovou a případně náboženskou orientaci a příslušnost. Pomoc a péče jsou nabízeny způsobem odpovídajícím individuálním, rodinným, kulturním a náboženským hodnotám.
  - V rámci péče jsou citlivě zjišťovány duchovní a existenciální názory (včetně názorů na život a smrt, nadějí a obav, rozhodujících životních postojů a přesvědčení, pocitů viny, víry v posmrtný život, v odpuštění a otázek spojených s koncem života) s cílem identifikace duchovního a existenciálního zázemí a s tím spojených rituálů a praktik pacienta a jeho rodiny.
  - Na základě přání pacienta nebo jeho rodiny je zprostředkován kontakt s duchovními jejich vlastní víry či jejich náboženskými komunitami.
  - Tým paliativní péče respektuje a případně pomáhá zajistit náboženské a duchovní rituály podle přání pacienta a rodiny v okamžiku úmrtí.

## 6. Kulturní aspekty péče

### Standard 6.1

**Potřeby pacienta a jeho rodiny jsou hodnoceny a řešeny kulturně citlivým způsobem.**

- Obecná paliativní péče
  - ošetřující lékař zohledňuje specifika týkající se způsobu sdělování informací a forem rozhodování vyplývající z kulturní příslušnosti pacienta a jeho rodiny
- Specializovaná paliativní péče
  - Plán paliativní péče je realizován tak, aby respektoval spektrum kulturních, sociálních, jazykových, stravovacích a rituálních praktik pacientů a jejich rodin.

## 7. Péče o umírajícího pacienta

### Standard 7.1

**Terminální stav (umírání) je včas rozpoznán a tato skutečnost je citlivým způsobem sdělena pacientovi a jeho blízkým. Je neprodleně zahájena péče zaměřená na mírnění dyskomfortu při umírání.**

- Skutečnost, že se nevyléčitelně nemocný nachází v terminálním stavu (nevratné selhávání jedné nebo více funkčních soustav, které očekávatelně vede k smrti v časovém horizontu hodin až dnů), vytváří specifický klinický a etický kontext.
- Cílem péče o umírajícího pacienta je mírnění nepříjemných tělesných projevů nemoci a dosažení maximálního možného pohodlí. Léčebné postupy vedoucí k oddálení smrti ve skutečnosti pouze uměle prodlužují proces umírání a zvyšují utrpení pacienta i jeho rodiny.
- Za realizaci plánu péče o umírajícího pacienta je zodpovědný ošetřující lékař.
- S ohledem na předpokládaný vývoj onemocnění je vhodné s pacientem včas hovořit o možných komplikacích a možnostech využití specifických život prodlužujících léčebných postupů. Přání a preference pacienta je třeba respektovat. Pokud vyjádřil svou vůli ohledně rozsahu léčebné péče formou dříve vysloveného přání, je toto třeba respektovat.
- Pacient a členové rodiny by měli být o známkách a symptomech blížící se smrti poučeni způsobem, který odpovídá možnostem jejich chápání, věku a kulturnímu zázemí.
- S pacientem a rodinou je nutné dosáhnout shody v otázce místa, kde má probíhat péče. Pokud si pacient přeje (nebo dříve vyslovil přání), aby péče probíhala v domácím prostředí, je třeba toto přání zohlednit. Pokud je pacient v terminálním stavu v lůžkovém zařízení, je třeba umožnit v maximální možné míře přítomnost pacientových blízkých u lůžka.
- Symptomy související s koncem života je třeba pravidelně hodnotit a řešit v souladu s poznatky lékařské vědy, moderního ošetřovatelství a s preferencemi pacienta a jeho rodiny. U všech umírajících pacientů musí být systematicky hodnocena a mírněna bolest, dušnost, úzkost a delirium.
- Plán péče musí být pravidelně a pružně revidován tak, aby odpovídal měnícím se potřebám pacienta a rodiny.

### Standard 7.2

**Péče o tělo zemřelého je prováděna s úctou a respektem k osobě zemřelého a kulturním a náboženským zvykům pacienta a jeho rodiny a v souladu s platnými zákony.**

### Standard 7.3

**Po úmrtí pacienta je rodině pacienta je poskytnuta bezprostřední rada a pomoc a je nabídnuta systematická podpora v období truchlení.**

- viz Standard 3.1

## 8. Etické a právní aspekty péče

### Standard 8.1

**Pacientova přání a preference jsou respektována, pokud nejsou v přímém rozporu s dobrými mravy nebo platnými zákonnými normami.**

- Při tvorbě plánu paliativní péče je třeba zjistit pacientova přání a preference v řadě oblastí. Za zvláště důležité je třeba považovat následující oblasti:
  - **místo, kde bude péče probíhat** (domácí nebo jiné vlastní sociální prostředí, lůžkové zařízení akutní nebo dlouhodobé péče)
  - **lékař** nebo poskytovatel zdravotních služeb (viz Standard 1.3)
  - **cíle léčby a z toho plynoucí přiměřené diagnostické a léčebné postupy** (viz Standard 8.2)
- Eutanázie (usmrcení pacienta na jeho vlastní žádost) ani asistovaná sebevražda nejsou součástí paliativní péče.

### Standard 8.2

**Součástí tvorby plánu paliativní péče je diskuse mezi lékařem a pacientem o rozsahu diagnostických a léčebných metod v rámci paliativní péče a využití tzv. život prodlužujících léčebných postupů.**

- Součástí paliativní péče jsou všechny léčebné postupy, které vedou k udržení života v přijatelné kvalitě (viz Standard 2.1).
- U každého diagnostického a léčebného postupu je zvažován přínos pro pacienta a riziko a dyskomfort, které jsou s postupem spojené. Pacienta je třeba o přínosu a riziku náležitě poučit.
- Důležitou součástí plánu paliativní péče je zjištění pacientova postoje k zahájení léčebných postupů, které mohou prodloužit život v situaci, kdy pacient nebude schopen vyslovit své přání. Tato tzv. „dříve vyslovená přání“ je třeba dokumentovat v souladu s platným právním řádem<sup>14</sup>.
- Při poskytování paliativní péče jsou pacienti podporováni, aby svá přání a preference vyjádřili, a tato přání jsou respektována.

### Standard 8.3

**Poskytovatelé obecné i specializované paliativní péče znají a respektují etická pravidla a zákonné normy, které upravují péči o pacienta v závěru života.**

<sup>14</sup> Dříve vyslovená přání podle §36 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách



## Odkazy na důležité dokumenty

### Publikované standardy paliativní péče

- National Consensus Project for Quality Palliative care. Clinical practice guidelines for quality palliative care. Second edition. Pittsburgh 2009, ISBN 978-1-934654-11-8.
- Palliative care Australia. Standards for providing quality palliative care for all Australians, 2005, ISBN 0-9752295-4-0.
- National standards in palliative care in Romania. Brasov 2002.
- Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče. Standardy hospicové paliativní péče. Praha 2006. <http://www.asociacehospicu.cz/nase-projekty/standardy-kvality/>
- Cesta domů. Standardy mobilní specializované paliativní péče v ČR, Praha 2007. <http://www.cestadomu.cz/res/data/027/003258.pdf>
- European Association for Palliative Care (EAPC): The White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: Recommendations from the EAPC. Český překlad Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě. Praha 2010 <http://www.cestadomu.cz/res/data/038/004556.pdf>

### Doporučení Rady Evropy

- Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících – „Charta práv umírajících“ česky na <http://www.umirani.cz/charta-pravumirajicich.html>
- Doporučení Rady Evropy 23/2004 členským státům O organizaci paliativní péče. Česky na <http://www.cestadomu.cz/res/data/027/003297.pdf>

*(ostatní viz poznámky pod čarou v tomto dokumentu)*

## PŘÍLOHA 3



### ***Pražská charta - výzva vládám, aby mírnily utrpení nevléčitelně nemocných a uznaly přístup k paliativní péči jako lidské právo.***

European Association for Palliative Care (EAPC - Evropská asociace paliativní péče), International Association for Palliative Care (IAHPC- Mezinárodní asociace paliativní péče), die Worldwide Palliative Care Alliance (WPCA - Světová aliance paliativní péče) a Human Rights Watch (HRW) usilují společně o přijetí široce dostupné paliativní péče mezi základní lidská práva.

#### **Právo na paliativní péči**

Přístup k paliativní péči byl uznán úpravami Organizace spojených národů za zákonný nárok a zároveň je některými mezinárodními organizacemi považován za jedno z lidských práv, které vyplývá z práva na nejvyšší dosažitelnou úroveň tělesného a duševního zdraví. Pokud pacienti čelí silným bolestem, může být neschopnost vlády zajistit paliativní péči hodnocena jako kruté, nelidské nebo ponižující zacházení. Paliativní péče umí účinně mírnit utrpení a předcházet mu. Finanční náklady na její poskytování přitom nemusejí být vysoké.

Přes výše uvedené skutečnosti vlády mnoha zemí ještě nepodnikly dostatečné kroky k zajištění dostupnosti paliativní péče pacientům s nevléčitelným onemocněním.

#### **Definice paliativní péče**

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) je paliativní péče přístup, který zlepšuje kvalitu života pacientům a jejich rodinám, kteří čelí obtížím spojeným s život ohrožujícím onemocněním. Včasným rozpoznáním, správným zhodnocením a léčbou bolesti a ostatních tělesných, psychosociálních a spirituálních obtíží je možné utrpení předcházet nebo je alespoň účinně mírnit.

Základem paliativní péče je multiprofesní přístup, který umožňuje doprovázet pacienta, rodinu i jeho nejbližší v jeho vlastním prostředí. V jistém smyslu paliativní péče představuje základní koncept péče: péči, která důsledně vychází z individuálních potřeb pacienta a to bez ohledu na to, v jakém prostředí je poskytována.

Paliativní péče přitakává životu, jejím cílem je zachování co nejlepší kvality života až do jeho konce. Umírání považuje paliativní péče za přirozený proces; proto smrt ani neurychluje ani neoddluže.



## Palliative Care - A Human Right

### EAPC, IAHPC, WPCA a HRW

#### Vycházejí ze skutečnosti, že:

- kardiovaskulární onemocnění a zhoubné nádory jsou nejčastější příčinou úmrtí ve vyspělých zemích, a že většina pacientů v průběhu nemoci trpí bolestí, dušností, únavou, depresí nebo jinými symptomy,
- paliativní péče se u těchto pacientů prokázala jako účinný léčebný přístup stejně jako u pacientů v pozdních a konečných fázích chronické obstrukční plicní nemoci, selhání ledvin, neurologických chorob (např. roztroušená skleróza, amyotrofická laterální skleróza (ALS)) a u pacientů v pozdní fázi syndromu demence,
- paliativní péče nabízí jedinečný inovativní model pro systém zdravotní a sociální péče se zaměřením na pacientovy preference. Nabízí komplexní přístup kombinující znalosti (například o úlevě od bolesti), dovednosti (například v komunikaci s pacientem a jeho blízkými) a postoje (individuální přístup k pacientovi).

#### Konstatují, že:

- v rozvojových zemích je HIV/AIDS hlavní příčinou úmrtí, že pacienti umírající na HIV/AIDS často čelí závažným symptomům a že velké procento pacientů, kterým se dostane léčby, nadále pociťuje bolest, únavu a další nepříjemné symptomy,
- jiné infekční nemoci jako je malárie a tuberkulóza se v rozvojových zemích mohou rozvinout do nevléčitelných fází a v těchto případech pacienti potřebují paliativní péči,
- implementace paliativní péče v rozvojových zemích prokázala značný vliv na zmírnění utrpení a na zkvalitnění života u HIV/AIDS pacientů a pacientů s jinými nemocemi,
- mnoho pacientů potřebuje podporu v oblasti psychosociální nebo spirituální během vývoje jejich nemoci.



## Palliative Care - A Human Right

### Prohlašují, že:

- paliativní péče může efektivně zmírnit utrpení a to za relativně nízkých nákladů,
- přínosy paliativní péče nejsou omezeny jen na péči na konci života. Včasné zapojení paliativní péče dokáže prokazatelně nejen zlepšit kvalitu života, ale také snížit potřebu náročných a zatěžujících léčebných postupů.

### Vyjadřují znepokojení, že:

- i přes prokázanou účinnost paliativní péče je v mnoha zemích její dostupnost omezená nebo je tato péče zcela nedostupná. Tento stav vede, obzvláště v rozvojových zemích, ke zbytečnému utrpení milionů pacientů.

### EAPC, IAHPC, WPCA a HRW

#### Vyzývají vlády, aby:

1. vypracovaly zdravotní politiku, která zohlední potřeby pacientů s život limitujícím nebo terminálním onemocněním:

- vypracovaly zdravotní politiku, která by integrovala paliativní péči do systému péče, souběžně s ostatními formami zdravotních služeb,
- zajistily zákonem podporu příbuzným pacienta po dobu poskytování péče a po jeho úmrtí,

2. zabezpečily těm, kteří to potřebují, dostupnost nezbytných léčivých přípravků včetně přípravků, které podléhají zákonu o návykových látkách (např. opioidů):

- identifikovaly a odstranily omezení a překážky v dostupnosti opioidů pro lékařské použití,
- vypracovaly vhodný systém stanovení potřeby a zajištění dodávky, aby byla garantovaná trvalá dostupnost těchto léčebných přípravků,
- zajistily bezpečnou a spolehlivou distribuci přípravků tak, aby opioidy byly pacientům s bolestí dostupné vždy a nezávisle na jejich základní diagnóze, prognóze, místě léčby a zeměpisné poloze,



## Palliative Care - A Human Right

3. zajistily adekvátní vzdělání v paliativní péči a léčbě bolesti všem zdravotnickým pracovníkům v rámci pregraduální přípravy i následné specializační přípravy:

- provedly změny v náplni pregraduálního vzdělávání všech profesí, které se na poskytování péče podílejí (lékaři, zdravotní sestry, psychologové, lékárníci atd.). Změny by těmto profesím umožnily získat základní znalosti v paliativní péči, aby byli schopni tuto péči pacientům poskytnout ve všech místech a prostředích zdravotnického systému,
- podpořily rozvoj a implementaci paliativní péče v postgraduálním vzdělávání a rozvoj programů specializované paliativní péče, v jejichž rámci by bylo možné poskytnout náležitou péči i pacientům s velmi komplexními potřebami,
- zajistily dostupnost kurzů paliativní péče pro všechny zdravotníky v rámci systému kontinuálního celoživotního vzdělávání,

4. zajistily integraci paliativní péče do systému zdravotní péče na všech úrovních:

- na úrovni zdravotního systému vypracovaly plán na vytvoření jednotek paliativní péče, paliativních týmů a programů. Při tvorbě tohoto plánu je třeba vycházet z validních epidemiologických dat o rozmístění pacientů s potřebou paliativní péče.

### Signatáři a zástupci národních i mezinárodních organizací paliativní péče

**Naléhavě žádají:**

- aby vlády na celém světě umožnily pacientům a jejich rodinám naplnit své právo na přístup k paliativní péči tím, že tuto péči začlení do systému zdravotní péče a zajistí dostupnost nutných léků včetně opioidů,
- aby významné světové organizace a fóra, jako jsou Rada Evropy (CoE), Světová zdravotnická organizace (WHO), Světové zdravotnické shromáždění (WHA), Světová lékařská asociace (WMA) a Mezinárodní rada sester (ICN) prosazovaly právo na paliativní péči.



## Palliative Care - A Human Right

### Vybízejí:

- regionální a národní organizace a sdružení paliativní péče k podpoře takového pojetí paliativní péče, která se nesoustředí pouze na rozvoj specializovaných služeb a zařízení, ale jenž k problému paliativní péče přistupuje z hlediska veřejného zdravotnictví,
- akademické instituce, fakultní nemocnice a vysoké školy v rozvojových i vyspělých státech, aby vzdělávaly a motivovaly zdravotnický personál, který pracuje s nevléčitelně nemocnými, k uplatnění paliativní péče.

### Vyjadřují naději:

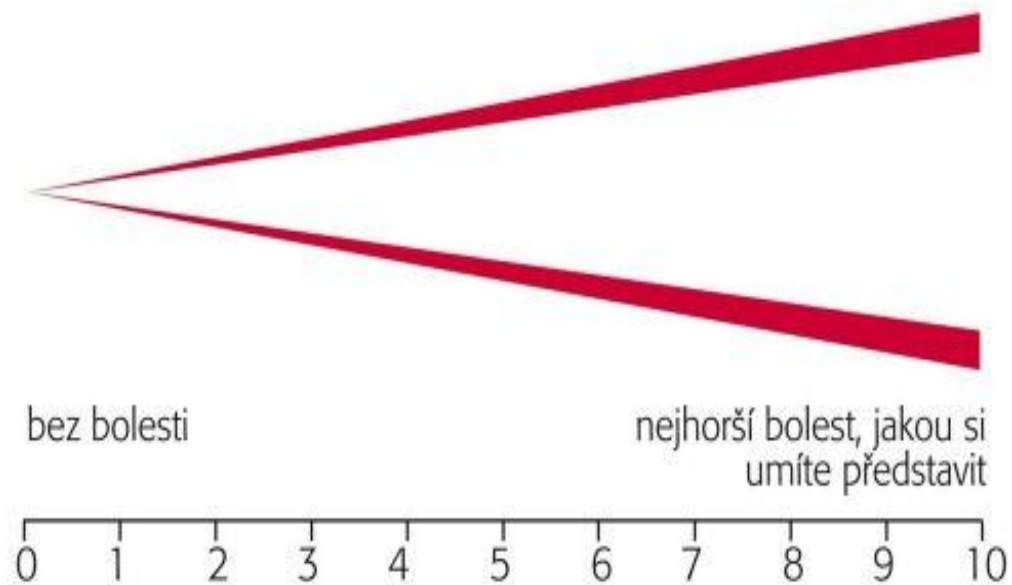
- že široká veřejnost uzná potřebu dostupnosti paliativní péče všem občanům a podpoří Pražskou chartu skrze účast v sociálních a mediálních aktivitách a podpisem Petice.

Zdroj:

[http://www.paliativnimedcina.cz/files/users/simicek/the\\_prague\\_charter\\_2013\\_cz.pdf](http://www.paliativnimedcina.cz/files/users/simicek/the_prague_charter_2013_cz.pdf)

## PŘÍLOHA 4

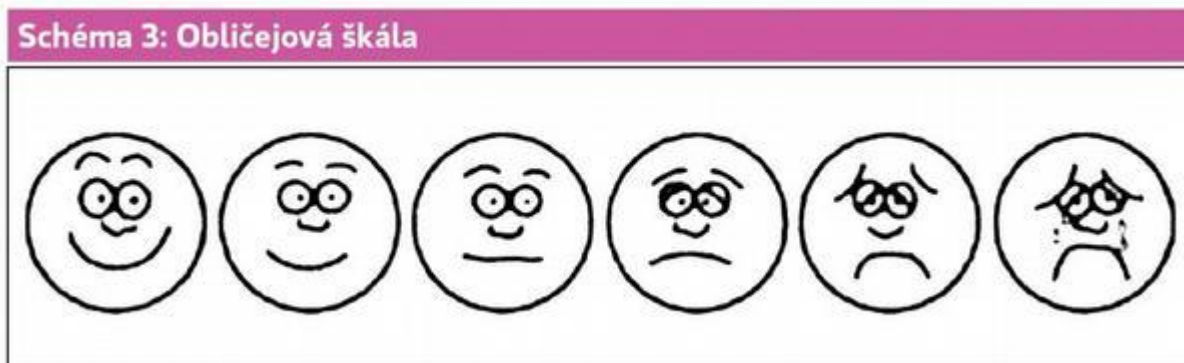
### Vizuální analogová škála bolesti



Zdroj: [http://www.dama.cz/zdravi/images/stupne\\_bolesti.jpg](http://www.dama.cz/zdravi/images/stupne_bolesti.jpg)

## PŘÍLOHA 5

### Škála bolesti - obličej




Zdroj: [http://img.mf.cz/344/850/56\\_3.jpg](http://img.mf.cz/344/850/56_3.jpg)



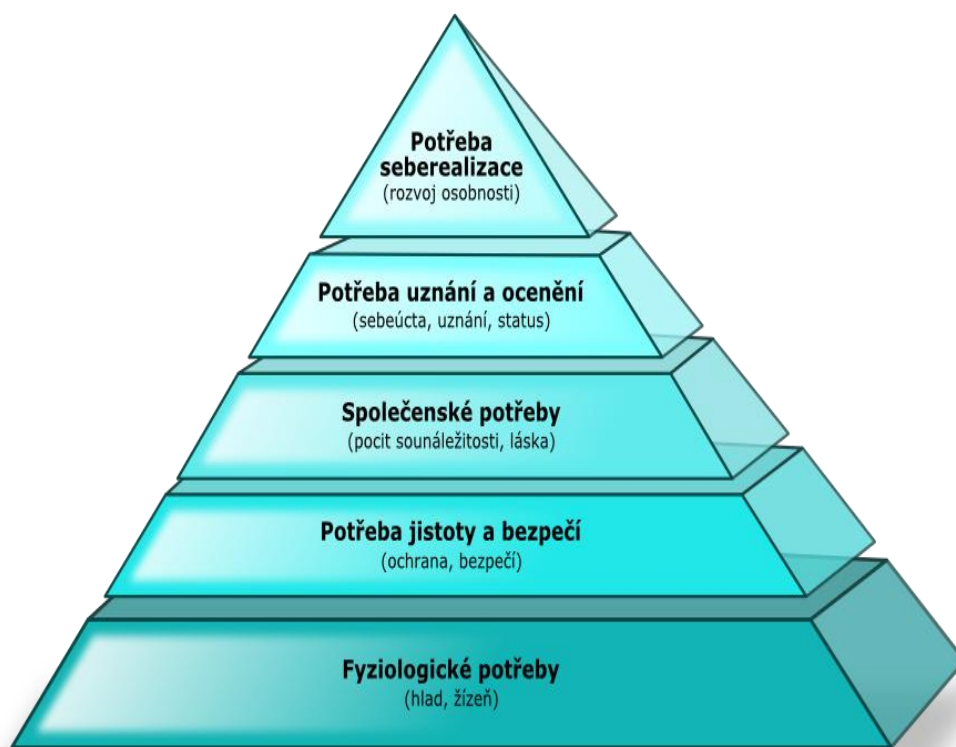
# PŘÍLOHA 6

## Test kognitivních funkcí-Mini Mental State Exam (MMSE)

Oblast hodnocení:	Max.skóre:
<b>1.Orientace:</b> Položte nemocnému 10 otázek. Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Který je teď rok?</li> <li>- Které je roční období?</li> <li>- Můžete mi říci dnešní datum?</li> <li>- Který je den v týdnu?</li> <li>- Který je teď měsíc?</li> <li>- Ve kterém jsme státě?</li> <li>- Ve které jsme zemi?</li> <li>- Ve kterém jsme městě?</li> <li>- Jak se jmenuje tato nemocnice?(toto oddělení?,tato ordinace?)</li> <li>- Ve kterém jsme poschodí?(pokoji?)</li> </ul>	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
<b>2.Paměť:</b> Vyšetřující jmenuje 3 libovolné předměty(nejlépe z pokoje pacienta-například židle,okno,tužka)a vyzve pacienta,aby je opakoval. Za každou správnou odpověď je dán 1 bod	3
<b>3.Pozornost a počítání:</b> Nemocný je vyzván aby odečítal 7 od čísla 100 a to 5 krát po sobě. Za každou správnou odpověď je 1 bod.	5
<b>4.Krátkodobá paměť (=výbavnost):</b> Úkol zopakovat 3 dříve jmenovaných předmětů (viz bod 2.)	3
<b>5.Řeč,komunikace a konstrukční schopnosti:</b> (správná odpověď nebo splnění úkolů = 1 bod) Ukažte nemocnému dva předměty (př.tužka,hodinky) a vyzvěte ho aby je pojmenoval. Vyzvěte nemocného aby po vás opakoval: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Žádná ale</li> <li>- Jestliže</li> <li>- Kdyby</li> </ul> Dejte nemocnému tříступňový příkaz: „ <i>Veźměte</i> papír do pravé ruky, <i>přeložte</i> ho na půl a <i>položte</i> jej na podlahu.“ Dejte nemocnému přečíst papír s nápisem „Zavřete oči“. Vyzvěte nemocného,aby napsal smysluplnou větu (obsahující podmět a přísudek, která dává smysl) Vyzvěte nemocného,aby na zvláštní papír nakreslil obrazec podle předlohy.1 bod jsou li zachovány všechny úhly a protnutí vytváří čtyřúhelník. <div style="text-align: center;">  </div>	2 1 1 1 1 1
<b>Hodnocení:</b> 00 – 10 bodů těžká kognitivní porucha 11 – 20 bodů středně těžká kognitivní porucha 21 – 23 bodů lehká kognitivní porucha 24 – 30 bodů pásmo normálu	

# PŘÍLOHA 7

## Maslowova hierarchie potřeb



Zdroj:

[http://halek.info/www/prezentace/marketingcviceni4/obrazky/maslowova\\_pyramida\\_potreb.png](http://halek.info/www/prezentace/marketingcviceni4/obrazky/maslowova_pyramida_potreb.png)

## **PŘÍLOHA 8**

### **Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících.“**

#### **(„Charta práv umírajících“)**

1. Posláním Rady Evropy je chránit důstojnost všech lidí a práva, která z ní lze odvodit.
2. Pokrok medicíny umožňuje v současné době léčit mnohé dosud neléčitelné nebo smrtelné choroby, zlepšení lékařských metod a rozvoj resuscitačních technik dovolují prodloužení života lidského jedince a odsouvání okamžiku jeho smrti. V důsledku toho se však často nebere ohled na kvalitu života umírajícího člověka a na osamělost a utrpení jak pacienta, tak jeho blízkých a těch, kdo o něj pečují.
3. V roce 1976 v rezoluci č. 613 deklarovalo Parlamentní shromáždění, „že umírající nemocný si nejvíce ze všeho přeje zemřít v klidu a důstojně, pokud možno v komfortu a za podpory jeho rodiny a přátel.“ V Doporučení číslo 779 z roku 1976 k tomu dodalo, že „prodloužení života by nemělo být jediným cílem medicínské praxe, která se musí současně zabývat i úlevou od utrpení.“
4. Konvence o ochraně lidských práv a lidské důstojnosti s ohledem na aplikaci biologie a medicíny od té doby vyjádřila důležité zásady a připravila cestu, aniž se explicitně věnovala specifickým potřebám nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí.
5. Povinnost respektovat a chránit důstojnost všech nevléčitelně nemocných a umírajících osob je odvozena z nedotknutelnosti lidské důstojnosti ve všech obdobích života. Respekt a ochrana nacházejí svůj výraz v poskytnutí přiměřeného prostředí, umožňujícího člověku důstojné umírání.
6. Jak v minulosti i v současnosti ukázaly mnohé zkušenosti s utrpením, je třeba tato opatření uskutečňovat zvláště v zájmu nejzranitelnějších členů společnosti. Tak jako lidská bytost začíná svůj život ve slabosti a závislosti, stejně tak potřebuje ochranu a podporu, když umírá.
7. Základní práva odvozená z důstojnosti nevléčitelně nemocných nebo umírajících osob jsou dnes ohrožena mnoha faktory:

- Nedostatečnou dostupností paliativní péče a dobré léčby bolesti
- Častým zanedbáváním léčby fyzického utrpení a nebráním zřetele na psychologické, sociální a spirituální potřeby
- Umělým prodlužováním procesu umírání buď nepřiměřeným používáním medicínských postupů, nebo pokračováním v léčbě bez souhlasu nemocného
- Nedostatečným kontinuálním vzděláváním a malou psychologickou podporou ošetřujícího personálu činného v paliativní péči
- Nedostatečnou péčí a podporou příbuzných a přátel terminálně nemocných či umírajících osob, kteří by jinak mohli přispět ke zmírnění lidského utrpení v jeho různých dimenzích
- Obavami nemocného ze ztráty autonomie, že bude závislým na rodině i institucích a stane se pro ně zátěží
- Chybějícím nebo nevhodným sociálním i institucionálním prostředím, které by mu umožňovalo pokojné rozloučení s příbuznými a přáteli
- Nedostatečnou alokací prostředků a zdrojů pro péči a podporu nevyléčitelně nemocných nebo umírajících
- Sociální diskriminací, která je vlastní umírání a smrti

8. Shromáždění vyzývá členské státy, aby ve svých zákonech stanovily nezbytnou legislativní i sociální ochranu, aby se zabránilo těmto nebezpečím a obavám, se kterými mohou terminálně nemocní nebo umírající lidé být v právním řádu konfrontováni, a to zejména:

- Umírání s nesnesitelnými symptomy (například bolesti, dušení, atd.)
- Prodlužováním umírání terminálně nemocného nebo umírajícího člověka proti jeho vůli
- Umírání o samotě a v zanedbání
- Umírání se strachem, že jsem sociální zátěží

- Omezováním život udržující léčby (life-sustaining) z ekonomických důvodů
- Nedostatečným zajištěním financí a zdrojů pro adekvátní podpůrnou péči terminálně nemocných nebo umírajících

9. Shromáždění proto doporučuje, aby Výbor ministrů vyzval členské státy Rady Evropy, aby ve všech ohledech respektovaly a chránily důstojnost nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí, a to tím:

a) že uznají a budou hájit nárok nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí na komplexní paliativní péči a že přijmou příslušná opatření:

- aby zajistily, že paliativní péče bude uznána za zákonný nárok individua ve všech členských státech
- aby byl všem nevléčitelně nemocným nebo umírajícím osobám dopřán rovný přístup k přiměřené paliativní péči
- aby byli příbuzní a přátelé povzbuzováni, aby doprovázeli nevléčitelně nemocné a umírající a aby jejich snaha byla profesionálně podporována. Pokud se ukáže, že rodinná nebo soukromá péče nestačí nebo je přetěžována, musejí být k dispozici alternativní nebo doplňkové formy lékařské péče
- aby ustavily ambulantní týmy a síť pro poskytování paliativní péče, které by zajišťovaly domácí péči vždy, pokud je možné pečovat o nevléčitelně nemocné nebo umírající ambulantně
- aby zajistily spolupráci všech osob podílejících se na péči o nevléčitelně nemocného nebo umírajícího pacienta
- aby vyvinuly a vyhlásily kvalitativní normy pro péči o nevléčitelně nemocné nebo umírající
- aby zajistily, že nevléčitelně nemocné a umírající osoby, pokud si nebudou přát jinak, dostanou přiměřenou paliativní péči a tišení bolestí, i kdyby tyto léčba mohla mít u příslušného jedince jako nežádoucí (vedlejší) účinek léčby za následek zkrácení života jedince

- aby zajistily, že ošetřující personál bude vyškolen a veden tak, aby mohl každému nevléčitelně nemocnému nebo umírajícímu člověku poskytnout v koordinované týmové spolupráci lékařskou, ošetrovatelskou a psychologickou péči v souladu s nejvyššími možnými standardy
- aby založily další a rozšířily stávající výzkumná, výuková a doškolovací centra pro obor paliativní medicíny a péče, stejně jako pro interdisciplinární thanatologii
- aby zajistily alespoň ve větších nemocnicích vybudování specializovaných oddělení paliativní péče a thanatologických klinik, které by mohly nabídnout paliativní medicínu a péči jako integrální součást každé lékařské činnosti
- aby zajistily, že bude paliativní medicína a péče ukotvena ve veřejném vědomí jako důležitý cíl medicíny

b) tím, že budou chránit právo nevléčitelně nemocných a umírajících osob na sebeurčení a že pro to přijmou nutná opatření:

- aby se prosadilo právo nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby na pravdivou, úplnou, ale citlivě podanou informaci o jejím zdravotním stavu a aby přitom bylo respektováno přání jedince, který nechce být informován
- aby měla každá nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba možnost konzultovat ještě jiné lékaře než svého pravidelného ošetřujícího
- aby bylo zajištěno, že žádná nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba nebude ošetřována a léčena proti své vůli, že při svém rozhodování nebude ovlivňována nikým jiným a že na ni nebude nikým činěn nátlak. Musejí být zvažena taková opatření, aby takové rozhodnutí nebylo učiněno pod ekonomickým tlakem
- aby bylo zajištěno, že bude respektováno odmítnutí určitého léčebného postupu, vyjádřené v písemném projevu vůle (*living will*), v „pořizení“ nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby, která již nebude aktuálně schopná se vyjádřit. Dále musí být zajištěno, aby byla stanovena kritéria platnosti takových prohlášení, pokud jde o rozsah předem vyjádřených pokynů (*advance directives*), ale i pokud jde o jmenování zmocněnců a rozsah jejich pravomocí. Rovněž musí být zajištěno, že rozhodnutí, učiněná zmocněncem v zastoupení nemocného neschopného se

vyjádřit, a která se opírají o předchozí vyjádření vůle nebo o předpokládanou vůli nemocného, budou uznána jen tehdy, když v nastalé akutní situaci nemocný sám svou vůli nijak neprojeví nebo když ji není možno poznat. V takovém případě musí být jasná souvislost s tím, co příslušná osoba říkala v době krátce před okamžikem rozhodování, nebo přesněji, krátce než začala umírat, a to v odpovídající situaci, bez cizího ovlivnění a nátlaku, a ještě při zachovaných duševních schopnostech. Konečně má být zajištěno, aby nebyla respektována zástupná rozhodnutí, jež se opírají jen o všeobecné hodnotové soudy platné v příslušné společnosti a aby ve sporných případech bylo vždy rozhodnuto ve prospěch života a jeho prodloužení

- aby bylo zajištěno, že výslovná přání nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby týkající se určitých léčebných postupů budou respektována bez ohledu na zásadní terapeutickou odpovědnost lékaře, pokud nejsou v rozporu s lidskou důstojností
- aby bylo zajištěno, že v případě, kdy není k dispozici předchozí vyjádření vůle pacienta či pacientky, nebude porušeno jeho právo na život. Musí být vytvořen katalog léčebných úkonů, které musejí být poskytnuty za všech okolností a jež nesmí být zanedbány

c) že zachovají předpis, zakazující úmyslné usmrcení nevléčitelně nemocných nebo umírajících osob a že zároveň:

- uznají, že právo na život, zejména ve vztahu k nevléčitelně nemocným a umírajícím osobám, je členskými státy garantováno v souladu s článkem 2 Evropské úmluvy o lidských právech, který říká, že „nikdo nemá být úmyslně zbaven života“
- uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, nezakládá v žádném případě právní nárok na smrt z ruky jiné osoby
- uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, samo o sobě nezakládá legální ospravedlnění činností, úmyslně způsobujících smrt

*Zdroj: <http://www.umirani.cz/charta-prav-umirajicich.html>*

## PŘÍLOHA 9

Tabulka: Fáze umírání podle Kübler-Ross			
Fáze	Projevy	Co s tím?	
1.	<b>Negace</b> šok, popírání	„Ne, já ne, pro mne to neplatí. To není možné.“ „To je určitě omyl.“ „Zaměnili výsledky.“	Navázat kontakt, získat důvěru.
2.	<b>Agrese</b> hněv, vzpoura	„Proč zrovna já?“ „Čí je to vina?“ Zlost na zdravotníky...	Dovolit odreagování, nepohoršovat se.
3.	<b>Smlouvání</b> vyjednávání	Hledání zázračných léků, léčitelů, diet, pověr. Ochoten zaplatit cokoli. Činí velké sliby.	Maximální trpělivost, pozor na podvodníky.
4.	<b>Deprese</b> smutek	Smutek z utrpené ztráty. Smutek z hrozící ztráty. Strach o zajištění rodiny.	Trpělivost naslouchat, pomoci urovnat vztahy, pomoci hledat řešení (zajištění rodiny apod.).
5.	<b>Smíření</b> souhlas	Vyrovnaní, pokora, skončil boj, je čas loučení. „Dokonáno jest.“ „Do tvých rukou...“	Mlčenlivá lidská přítomnost, držet za ruku, utřít slzu. Pozor! Rodina možná potřebuje více pomoci než pacient.

Zdroj: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/etika-umirani-a-smrti-461772>



## PŘÍLOHA 10

Tabulka 1 – vyhodnocení hypotézy č. 1

	otázka 3	otázka 4	otázka 5	otázka 6	otázka 7	otázka 8	průměr
<b>méně než 20</b>	78%	83%	61%	87%	70%	78%	<b>76%</b>
<b>20 – 35</b>	88%	88%	79%	82%	100%	91%	<b>88%</b>
<b>36 – 50</b>	91%	88%	89%	86%	91%	89%	<b>89%</b>
<b>51 – 60</b>	93%	86%	86%	93%	93%	93%	<b>91%</b>
<b>66 a více</b>	86%	86%	81%	86%	95%	95%	<b>88%</b>

*Zdroj: vlastní*

## PŘÍLOHA 11

**Tabulka 2 – vyhodnocení hypotézy č. 2**

	<b>otázka 9</b>	<b>otázka 10</b>	<b>otázka 11</b>	<b>průměr</b>
<b>muži</b>	80%	93%	47%	<b>73%</b>
<b>ženy</b>	92%	98%	45%	<b>78%</b>

*Zdroj: vlastní*

# PALIATIVNÍ PÉČE

(PÉČE O NEVYLÉČITELNĚ NEMOCNÉHO)

INFORMACE PRO VEŘEJNOST



## Co je paliativní péče?

**Paliativní péče** je komplexní, aktivní a na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stádiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým.

## Je Váš blízký nevléčitelně nemocný?

Potřebujete s péčí pomoci?

Máte několik možností:

### 1. Lůžkový hospic – specializovaná péče

- specializované lůžkové zařízení pro nemocné v pokročilém stádiu nevléčitelného onemocnění
- **péči zajišťuje specializovaný tým (ve stejném složení jako u mobilního hospice)**
- vytváří příjemné prostředí pro pacienta i jeho rodinu
- pokoje jsou jednolůžkové, některé dvojlůžkové s přistýlkou pro blízkou osobu
- návštěvy jsou neomezené po 24 hodin denně
- přináší nemocnému jistotu, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, že nebude osamocen a že bude zachována jeho lidská důstojnost

### 2. Mobilní hospic – mobilní specializovaná paliativní péče

- péče o nemocného v domácím prostředí
- **tým pracovníků, který je speciálně vzdělaný v oblasti paliativní péče a těžce nemocnému je k dispozici 24 hodin denně, 7 dní v týdnu**
- tvoří jej lékaři - specialisté, všeobecné sestry, ošetrovatelé, psycholog, duchovní a dobrovolníci
- nabízí spolupráci při ošetřování pacienta v konečném stádiu života v domácím prostředí
- zapůjčení speciálních pomůcek pro zvýšení kvality péče o pacienta
- v rodině musí být alespoň jedna osoba připravená celodenně pečovat o pacienta

K 1. 3. 2013 je tento druh specializované péče dostupný v ČR pouze v Praze, Brně a Ostravě

### 3. Domácí péče s hospicovou složkou – obecná paliativní péče

- péče o nemocného v domácím prostředí
- **tým všeobecných sester domácí ošetrovatelské péče, který v rámci své standardní činnosti pečuje také o pacienty v pokročilých a konečných stádiích nevléčitelných nemocí**
- pravidelně spolupracují s praktickým lékařem, ambulantními specialisty (např. ambulance bolesti, psycholog aj.)
- v rodině musí být alespoň jedna osoba připravená celodenně pečovat o pacienta

Zdroje: [www.paliativnimedicina.cz/files/users/simicek/stanovisko\\_cspm\\_mspp.pdf](http://www.paliativnimedicina.cz/files/users/simicek/stanovisko_cspm_mspp.pdf), <http://goo.gl/p5lMI>

Zdroj: [www.paliativnimedicina.cz/files/users/simicek/stanovisko\\_cspm\\_mspp.pdf](http://www.paliativnimedicina.cz/files/users/simicek/stanovisko_cspm_mspp.pdf),  
<http://goo.gl/p5lMI>