

# Akutní stavy v paliativní hospicové péči

Andrea Kadlčíková

---

Bakalářská práce  
2021



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2020/2021

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Andrea Kadlčíková**  
Osobní číslo: **H18510**  
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Forma studia: **Prezenční**  
Téma práce: **Akutní stavy v paliativní hospicové péči**

### Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti akutních stavů v paliativní hospicové péči.

Příprava metodiky kvantitativního šetření

Formulace kritérií pro výběr respondentů.

Realizace šetření technikou dotazníku.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků šetření jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Forma zpracování bakalářské práce: **Tištěná/elektronická**

**Seznam doporučené literatury:**

- KALA, M. Urgentní stavy v paliativní hospicové péči. *Paliativna medicina a liečba bolesti* [online]. Solen, 2011, roč. 4 č. 3, s. 114-115 [cit. 2020-09-28]. ISSN 1339-4193. Dostupné z: [http://www.paliativnamedicina.sk/index.php?page=pdf\\_view&pdf\\_id=5399&magazine\\_id=13](http://www.paliativnamedicina.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=5399&magazine_id=13)
- KALA, M. Etické a komunikační aspekty terminální analgosedace. *Medicina pro praxi* [online]. Solen, 2014, roč. 11, č. 6, s. 266-268 [cit. 2020-09-28]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/med/2014/06/06.pdf>
- MATZO, M. a D. W. SHERMAN, ed. *Palliative care nursing: quality care to the end of life*. 5rd ed. New York: Springer Publishing Company, 2019. 727 s. ISBN 978-0-8261-2719-8.
- O'CONNOR, M. a S. ARANDA. *Paliativní péče: Pro sestry všech oborů*. Praha: Grada Publishing, 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
- PAYENOVÁ, S., J. SEYMOUROVÁ a CH. INGLETONOVÁ. *Principy a praxe paliativní péče*. Brno: Open University Press, 2004. 807 s. ISBN 978-80-87029-25-1.
- VORLÍČEK, J., Z. ADAM a Y. POSPÍŠILOVÁ, et al. *Paliativní medicina*. 2.vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 544 s. ISBN 80-247-0279-7.

Vedoucí bakalářské práce: **doc. MUDr. Miroslav Kala, CSc.**  
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **16. října 2020**  
Termín odevzdání bakalářské práce: **14. května 2021**

---

**Mgr. Libor Marek, Ph.D.**  
děkan



**PhDr. Pavla Kudlová, Ph.D.**  
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 7. ledna 2021

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval(a) samostatně a použitou literaturu jsem citoval(a). V případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor.

Ve Zlíně .....

.....

---

*1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:*

*(1) Vysoká škola nevydělěčně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.*

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

## **Poděkování**

Velmi děkuji panu doc. MUDr. Miroslavu Kalovi, CSc. za odborné vedení, pomoc, a především za cenné rady, které mi velmi pomohly při tvorbě a dokončení bakalářské práce. Mnohokrát děkuji také respondentům, kteří byli velmi ochotní při vyplňování dotazníků. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat celé své rodině a přátelům za podporu a pomoc v průběhu celého mého studia.

## **ABSTRAKT**

V bakalářské práci se zabýváme tématem urgentních stavů v paliativní hospicové péči. Koncept paliativní péče se stává každým rokem známější jak zdravotníkům, tak laické veřejnosti. Existuje mnoho dokumentů, knih či odborných prací týkajících se právě paliativní nebo hospicové péče, avšak v současných publikacích a monografiích není doposud věnována dostatečná pozornost právě symptomům vyžadujícím urgentní zásah zdravotnického personálu v zařízeních poskytujících specializovanou paliativní péči. Práce je složena z teoretické a praktické části. Teoretická část se skládá ze čtyř kapitol, ve kterých se snažíme přiblížit základní pojmy, vzdělávání či dostupnost paliativní péče v ČR, možnosti analgosedace a v neposlední řadě souhrn nejčastějších symptomů vyžadujících urgentní zásah ze strany personálu. V praktické části uvádíme výsledky dotazníkového šetření, které se zaměřuje právě na stavy vyžadující urgentní léčebný zásah a postup zaměstnanců v této situaci.

Klíčová slova: paliativní péče, hospicová péče, urgentní stavy v hospicové péči, paliativní analgosedace

## **ABSTRACT**

In this bachelor thesis we deal with the issue of urgent conditions in palliative hospice care. The concept of palliative care is becoming better known each year to healthcare professionals and the lay public. There are many documents, books or professional papers related to palliative or hospice care, but in my opinion, current publications and monographs do not pay enough attention to the symptoms requiring urgent intervention of medical staff in facilities providing specialized palliative care. The work consists of theoretical and practical part. The theoretical part consists of four chapters, in which we try to approach the basic concepts, education or availability of palliative care in the Czech Republic, the possibilities of analgosedation and, last but not least, a summary of the most common symptoms requiring urgent intervention by staff. In the practical part, we present the results of a questionnaire survey, which focus on conditions requiring urgent medical intervention and the progress of employees in this situation.

Keywords: palliative care, hospice care, acute conditions in hospice care, palliative analgosedation



*„Nikdo neví, co je smrt, a přece se jí všichni bojí, jako by uznávali, že je největším zlem, třeba je pro člověka největším dobrem.“*

*Platón*

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

# OBSAH

|                                                          |           |
|----------------------------------------------------------|-----------|
| <b>ÚVOD.....</b>                                         | <b>11</b> |
| <b>I TEORETICKÁ ČÁST .....</b>                           | <b>12</b> |
| <b>1 PALIATIVNÍ PÉČE .....</b>                           | <b>13</b> |
| 1.1 DEFINICE PALIATIVNÍ PÉČE.....                        | 13        |
| 1.2 TYPY PALIATIVNÍ PÉČE .....                           | 13        |
| 1.3 CÍLE PALIATIVNÍ PÉČE .....                           | 14        |
| 1.4 PŘÍJEMCE PALIATIVNÍ PÉČE .....                       | 15        |
| 1.5 PALIATIVNÍ PÉČE V ČR.....                            | 16        |
| 2.1 FINANCOVÁNÍ PALIATIVNÍ A HOSPICOVÉ PÉČE.....         | 18        |
| 2.2 POSKYTOVÁNÍ PÉČE .....                               | 18        |
| 2.2.1 Lůžková zařízení hospicové péče.....               | 19        |
| 2.2.2 Mobilní hospicová péče .....                       | 20        |
| 2.3 MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM .....                         | 21        |
| <b>3 URGENTNÍ STAVY V PALIATIVNÍ PÉČI .....</b>          | <b>23</b> |
| 3.1 DUŠNOST.....                                         | 23        |
| 3.2 NAUZE A ZVRACENÍ.....                                | 24        |
| 3.3 HEMOPTÝZA .....                                      | 25        |
| 3.4 KRVÁCENÍ.....                                        | 25        |
| 3.5 STAVY TĚŽKÉ ÚZKOSTI.....                             | 26        |
| 3.6 DELIRIUM.....                                        | 27        |
| 3.7 EPILEPTICKÉ ZÁCHVATY.....                            | 28        |
| <b>4 MANAGEMENT BOLESTI .....</b>                        | <b>30</b> |
| 4.1 BOLEST V PALIATIVNÍ MEDICÍNĚ .....                   | 31        |
| 4.2 PALIATIVNÍ ANALGOSEDACE .....                        | 32        |
| <b>II PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>                           | <b>34</b> |
| <b>5 CÍLE VÝZKUMU .....</b>                              | <b>35</b> |
| 5.1 METODIKA VÝZKUMU A CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ ..... | 35        |
| 5.2 INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT .....                     | 36        |
| <b>6 DISKUZE .....</b>                                   | <b>61</b> |
| <b>ZÁVĚR .....</b>                                       | <b>66</b> |
| <b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>                    | <b>67</b> |
| <b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>           | <b>70</b> |
| <b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>                              | <b>72</b> |
| <b>SEZNAM TABULEK.....</b>                               | <b>73</b> |

## ÚVOD

Téma bakalářské práce se zabývá problematikou urgentních stavů, které vyžadují okamžitý léčebný zásah ze strany personálu v paliativní a hospicové péči. Smrt je jediná jistota v životě, která nemine nikoho z nás. Paliativní péčí se rozumí ošetrovatelská péče o nemocného, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stadiu. Její hlavní náplní je zvýšení nebo alespoň udržení kvality života a mírnění obtíží. Paliativní péče umožňuje nemocným dožít svůj život důstojně, a pokud již život zachovat nelze, tak důstojně zemřít. Dané téma mě na první pohled velmi zaujalo, a důvodem, proč jsem si jej vybrala, bylo obohacení o další zkušenosti a získání nových informací.

V případě, že se u člověka objeví varovné příznaky, většinou jej dovedou k lékaři a mají ochranný charakter. V paliativní péči již tomu tak není. Ochranný význam zde nehraje roli, a většinou se výskyt symptomů stává stresující komplikací, která záporně ovlivňuje kvalitu života nemocného. Dramatickým vyústěním pokročilého onemocnění může být většinou průlomová bolest, dušení, hemateméza, těžko zvladatelné opakované zvracení, nakupení epileptických paroxysmů a stavy panické úzkosti. Pokud se u nemocného zmíněná situace objeví, je zapotřebí rychlá reakce dobře proškoleného a informovaného personálu.

V první kapitole teoretické části práce se zabýváme základními pojmy paliativní péče, jaké máme typy, cíle, kdo může být příjemcem a jaká je aktuální situace paliativní a hospicové péče v ČR. Důležitou součástí je také vzdělávání v této oblasti. Druhá kapitola se věnuje hospicové a paliativní specializované péči, dále se zabýváme urgentními stavy, které vyžadují okamžitý zásah ze strany personálu a poslední kapitola se věnuje bolesti a paliativní analgosedaci. V praktické části bakalářské práce jsme zjišťovali, co si zdravotníci představí pod pojmem urgentní stavy v paliativní hospicové péči, jestli se s nimi setkali a zda by věděli, jak danou situaci řešit. Dalším úkolem bylo zjistit úroveň vzdělání a informovanost o možnostech postgraduálního vzdělávání v ČR a jaká byla motivace zdravotníků pro výkon povolání v oblasti paliativní péče (Mirošová, 2016).

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

# 1 PALIATIVNÍ PÉČE

## 1.1 Definice paliativní péče

Během vývoje paliativní péče došlo k několika změnám a rozporům v terminologii, a i v současné době se odborníci ne vždy dokáží shodnout na přesné definici. Myšlenka paliativní péče a její využití v praxi se začala rozšiřovat v sedmdesátých letech 20. století. Definice v dnešní době můžeme nalézt hned několik, nejvíce se názory rozcházejí v otázkách komu, kdy a jakým způsobem má být paliativní péče poskytována. Hlavní cíl paliativní péče se u většiny shoduje, a to mírnění a prevence utrpení, zvyšování kvality života pacientů a rodinných příslušníků (Bužgová, 2015).

Světová zdravotnická organizace (dále WHO) vymezila v roce 1990 paliativní péči jako *„aktivní komplexní péči o pacienty, která usiluje o zlepšení kvality života pacientů, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožujícím onemocněním. Včasným rozpoznáním, kvalifikovaným zhodnocením a léčbou bolesti a ostatních tělesných, psychosociálních a duchovních problémů se snaží předcházet a mírnit utrpení těchto nemocných a jejich rodin“* (Vorlíček, Adam 2004, s. 24). V roce 2002 byla definice upravena a výsledkem je širší pojetí paliativní péče, která se již nezaměřuje pouze na nemocné v terminální fázi onemocnění, kdy pacientovi zbývají poslední dny až týdny života, ale zaměřuje se na větší rozsah diagnóz i brzká stadia onemocnění, pro které je paliativní péče relevantní.

Další definici určující paliativní péči popsala Evropská asociace paliativní péče (EAPC) jako komplexní aktivní péči o pacienta, který již nereaguje na léčbu, a je vnímán jako holistická bytost, u které klademe důraz na saturaci bio-psycho-socio-spirituálních potřeb v léčbě, včetně léčby bolesti a dalších příznaků. EAPC uvádí, že potvrzuje život a považuje umírání za normální proces, tudíž neodkládá ani neurychluje smrt, ale usiluje o zachování co nejvyšší kvality života pacienta. (European Association for Palliative Care, online).

Definice paliativní péče dle zákona 372/2011 Sb. o zdravotních službách (§ 5) říká, že paliativní péče je druhem zdravotní péče, jejímž účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevléčitelnou nemocí (Česko, 2011).

## 1.2 Typy paliativní péče

V laické veřejnosti je paliativní péče často ztotožňována s pojmem hospicová péče. Jde přitom o dva odlišné termíny.

Podle komplexnosti se paliativní péče dělí na:

- a) Obecnou, která je poskytována zdravotníky v rámci jejich jednotlivých odborností. Zde je brán zřetel nejvíce na včasné vyhodnocení stavu pacienta, zhodnocení smysluplnosti další léčby a péče zlepšující kvalitu života nemocného. Z doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 (O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících) vyplývá, že dobrou paliativní péči by měl být schopen poskytnout každý zdravotník (Marková, 2010).
- b) Specializovanou paliativní péči, poskytovanou týmem odborníků, kteří jsou v tomto oboru vzděláni, a jedná se o jejich hlavní pracovní náplň. Péče probíhá v institucích, kde je zapotřebí větší počet kvalifikovaného a odborně způsobilého personálu. Mezi formy specializované paliativní péče můžeme zařadit mobilní paliativní péči, lůžková zařízení hospicového typu, ambulance paliativní medicíny, oddělení paliativní péče a konziliární týmy v rámci zdravotnických zařízení, denní stacionáře a speciální hospicové poradny. V České republice je specializovaná paliativní péče popsána v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Mezi nejčastěji využívané formy patří mobilní a lůžkové hospice (Bužgová, 2015).

### 1.3 Cíle paliativní péče

V 90. letech 20. století byly cíle péče redefinovány v pojem „výsledky péče“. Mezi tři hlavní konečné výsledky paliativní péče patří zachování autonomie umírajícího, bezpečné a klidné umírání a efektivní truchlení rodinných příslušníků (Raudonis, 2001). V paliativní péči se již nepokračuje v léčbě pacientova onemocnění všemi intenzivními léčebnými prostředky, které by pacienta ještě více traumatizovaly, ale ponechá se více místa pro zlepšení kvality zbytku života. V oblasti paliativní medicíny někdy méně znamená více. Důležité je dbát na potřeby pacienta a společně s ošetřujícím týmem si vymezit konkrétní cíle a priority, kterých chceme dosáhnout (Sláma, Kabelka a Vorlíček, 2007). Resuscitační postupy u pacientů již nejsou indikovány, není ovšem přijatelná ani jakákoli forma eutanazie. Cíle během poskytování paliativní péče nejsou zcela neměnné, je důležité společně s pacientem důsledně cíle přehodnocovat, vyhodnocovat a přepracovat (Kala a Dorková, 2017).

Meier (a kol., 2010) popisují cíle paliativní péče takto:

- Péče vychází z přání nemocného;

- Péče je užitečnou pomocí pro nemocného;
- Je spolehlivá, neublíží nemocnému a neurychluje smrt;
- Je zahájena v příhodný čas, ne pozdě a ne brzy;
- Je důvěryhodná v tom, že zkouší všechny možnosti, které mohou přinést užitek.

Přesné potřeby a cíle nemocného v terminálním stadiu choroby můžeme naplnit pouze tehdy, kdy si na pacienta uděláme čas, vyslechneme jej a zjistíme, v čem jeho potřeby spočívají. Nemocnému tak dáváme najevo pro něj většinou velmi podstatnou věc – že s ním chceme trávit čas, že chceme sdílet jeho pocity a těžkosti a že společně nalezneme cíl péče (Kübler-Ross, 2015).

Pojem dystanázie – umělé prodlužování života je pro laickou veřejnost ne zcela známý, ale v oblasti zdravotnictví se v dnešní moderní době vyskytuje poměrně často. Používá se k označení prodloužení procesu umírání, biologicky prodlužuje pacientův život. Nemá vliv na důstojnost a kvalitu života nemocného v terminálním stadiu onemocnění a je v rozporu s cíli paliativní péče (Kutnohorská, 2007).

#### 1.4 Příjemce paliativní péče

Paliativní péče se od svých počátků soustředila především na péči o pokročile nemocné a umírající onkologické pacienty, další nemocí spojovanou se specializovanou paliativní péčí bylo HIV/AIDS. Sláma, Kabelka a Vorlíček (2007) uvádějí, že začátkem 21. století se pozornost obrátila i na potřeby lidí, kteří trpí jinými neonkologickými, chronickými a potenciálně letálními chorobami. Podle Kaly a Dorkové (2017) prospěch z paliativní péče mohou mít ti pacienti, kteří patří do vybraných diagnostických skupin:

- Nádorová onemocnění – fáze od ukončení protinádorové léčby do smrti, trvá obvykle několik měsíců, méně často týdnů nebo let. U onkologických diagnóz je nejsnáze vymežitelná fáze, kdy je pacient léčen kauzálně a kdy se přechází v paliativní péči;
- Konečná stadia chronického srdečního selhání, chronické obstrukční plicní nemoci, jaterní cirhózy, onemocnění ledvin – typické onemocnění, kdy se kombinuje kauzální léčba s paliativní, těžce stanovitelná prognóza;
- Neurologická onemocnění (demence, roztroušená skleróza, imobilizační syndrom po cévní mozkové příhodě) – pokročilá stadia vyžadující paliativní přístup mohou trvat od měsíců (ALS bez mechanické ventilace) až roky (demence).

- Polymorbidní geriatričtí pacienti – skupina s kombinací neurologických i interních diagnóz, kdy základní onemocnění progreduje pomalu, postupně ale narůstá křehkost pacienta a riziko fatálních komplikací. Stav narůstající křehkosti může trvat i roky;
- Konečná stadia onemocnění AIDS – potřeba paliativní péče v pokročilých stádiích je podobná jako u onkologických pacientů. S nově vyvinutými antiretrovirálními léky se doba přežití stanovila až na několik let.

## 1.5 Paliativní péče v ČR

Na rozdíl od vyspělých zemí se koncepce paliativní péče začala v České republice vyvíjet až po roce 1989. Důvodem byla hlavně odlišná politická a ekonomická situace, kterou byl vývoj zpožděn o několik desetiletí. V roce 1992 se otevřelo první oddělení paliativní péče v nemocnici v Babicích nad Svitavou. Průkopnicí v oblasti domácí hospicové péče byla lékařka Marie Svatošová, jejíž sdružení pro hospicovou péči „*Ecce homo*“ pomohlo vybudovat první samostatný lůžkový hospic Anežky České v Červeném Kostelci roku 1995. Marie Svatošová byla oceněna státním vyznamenáním za dlouhodobou práci, medailí za zásluhy. V prosinci roku 2020 byla pasována 26. rytířem českého lékařského stavu. Byla také dlouholetou prezidentkou *Asociace poskytovatelů paliativní péče (APHPP)*, která za pomoci Nadace rozvoje občanské společnosti vydala *Standardy hospicové a paliativní péče*. V roce 2009 vznikla další důležitá asociace s názvem *Česká společnost paliativní medicíny (ČSPM)*, která má za cíl podporovat a rozvíjet vzdělávání a kvalitní klinickou praxi v oblasti paliativní péče. V roce 2014 vzniklo v Praze *Centrum paliativní péče* s cílem rozvíjet výzkum, vzdělávání a osvětovou činnost (Bužgová, 2015).

V současné době poskytuje paliativní a hospicovou péči v České republice 86 zařízení napříč celou Českou republikou. Ve všech krajích můžeme nalézt alespoň jedno zařízení lůžkového nebo mobilního typu, podrobněji se jim budeme věnovat v kapitole hospicová a paliativní péče. „Situční analýza paliativní péče v České republice 2016“ popisuje, že až 49,2 % pacientů s indikací k paliativní péči umírá v lůžkových zařízeních akutní nebo dlouhodobé péče (Kabelka, Sláma a Loučka, 2016). V posledních letech tyto formy péče zažívají osvětu a vznikají paliativní oddělení, ambulance a konziliární paliativní týmy, které byly podpořeny v rámci programu Ministerstva zdravotnictví ČR „Podpora paliativní péče – zvýšení dostupnosti zdravotních služeb v oblasti paliativní péče v nemocnicích akutní a následné péče.“ Do projektu se zapojilo sedm velkých nemocnic, kde bylo podpořeno sedm



konziliárních paliativních týmů, a až na 50 zdravotnických zařízení si požádalo o granty na rozjezd paliativní péče v nemocnicích (Osvěta: Paliativní tým, 2019).

### 1.5.1 Vzdělávání v oblasti paliativní péče

Sneddonová (2007) popisuje vzdělávání jako složitý pojem, kdy nemluvíme o samostatné události, nýbrž o procesu, který má humanistický základ a jeho účelem je prohloubit účastníkově chápání a schopnost učit se (Payenová, Seymourová a Ingletonová, 2007).

V posledních letech došlo v paliativní péči k významnému vývoji, a to i v oblasti vzdělávání. Velká pozornost je věnována všeobecným sestřím, pro které existuje několik specializačních kurzů. ELNEC je intenzivní 2–3 dny trvající vzdělávací kurz obohacený o modelové situace a kazuistiky. Nově v ČR vznikl také kurz ESPERO pro sestry či lékaře, který se zaměřuje na komunikační dovednosti s pacienty. Mezi další kurzy patří například kurz paliativní medicína, výzkum v oblasti paliativní medicíny nebo paliativní péče v nemocnici. Pro lékaře byl v roce 2004 zřízen samostatný atestační obor „Paliativní medicína a léčba bolesti“, *„který se snaží studovat a léčit tělesné a duševní potřeby a projevy pokročilého onemocnění metodami medicíny založené na důkazech (Evidence Based Medicine)“* (Sláma, 2007, s. 25). Roku 2011 se obor rozdělil z důvodu zjištění rozdílů mezi léčbou bolesti a paliativní péčí, což dělalo problémy v uplatnění lékařů, ale také odlišností pacientů. Nyní se lékaři mohou zapsat do specializačního programu „Paliativní medicína“. Každý rok získá specializaci přibližně 10–15 lékařů. V České republice se oborům paliativní péče věnují pouze tři lékařské fakulty, ani v jedné se však nejedná o povinný předmět. Lékaři si mohou specializaci doplnit také v rámci postgraduálního vzdělávání, tyto kurzy zprostředkovává například Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví nebo Česká společnost paliativní medicíny (Singer, 2019).

## 2 PALIATIVNÍ A HOSPICOVÁ PÉČE

„Lékař může vyléčit někdy, ulevit často, ale potěšit vždy.“ Slova, která platí všeobecně ve zdravotnictví, ale vztahují se především na paliativní péči. Myšlenka hospicového hnutí se zrodila v Londýně, kdy Cecilly Saundersová založila Hospic St. Christophera (Vorlíček a kol., 2004). Od té doby uplynulo mnoho času a k roku 2012 bylo ve světě téměř 8 000 hospicových zařízení. Rychlý nárůst hospicových služeb nastal dle Payenové (2007) v USA, kdy v průběhu třiceti let vzniklo kolem 3 000 hospiců.

### 2.1 Financování paliativní a hospicové péče

Financování zařízení, která poskytují paliativní péči, může být různé. Například nemocniční oddělení poskytující paliativní péči bývá financováno zdravotními pojišťovnami, ale dotace od MPSV již nemívá. Variant financování paliativní a hospicové péče je několik. Naprostá většina lůžkových zařízení hospicové péče není zřizována státem, nemají zajištěného zřizovatele a jejich činnost není hrazena z veřejného rozpočtu. Financovány jsou z více zdrojů, které jsou nutností pro chod hospiců. Péče o pacienta je pouze z 50–60 % hrazena zdravotní pojišťovnou, 20 % hradí Ministerstvo práce a sociálních věcí a zbylé finance si hospic musí zajišťovat sám. Nejčastěji se jedná o dotace ze státního rozpočtu, dary nadací, fondů, firem i jednotlivců a v neposlední řadě je důležitá přímá spoluúčast pacienta a jeho rodiny, kteří platí poplatek ve výši jejich příjmu, aby byla péče dostupná pro každého. Domácí hospicová péče je na tom obdobně, pojišťovna nehradí celou částku, která se pohybuje kolem 1900 Kč na pacienta. Dále je omezena limitem 30 dnů, kdy je proplácena částka v plné výši, při překročení se snižuje na polovinu (Singer, 2019).

### 2.2 Poskytování péče

Zařízení paliativní či hospicové péče poskytuje pacientovi symptomatickou léčbu a péči, ale současně se snaží uspokojit i potřeby psychické, sociální a spirituální. Neslibuje vyléčení či uzdravení, ale nebere naději. Z časového hlediska je délka péče velmi individuální, jedná se o tři časové úseky (prae finem, in finem, post finem), které mohou trvat dny, měsíce ale i roky. V těchto časových úsecích může pacient využívat různé typy hospicové péče, především v období prae finem může využít domácí hospicovou péči nebo denní stacionář. Hospicová zařízení mohou poskytovat mimo jiné také péči respitní neboli odlehčovací. Jedná se o službu sociální a bývá hrazena z dotací MPSV. Zde se obrací pozornost především na pečující osoby. Nemocný se na určitou dobu přemístí do zařízení, které poskytuje

specializovanou paliativní péči, aby rodina nebo pečující osoba mohla načerpat nové síly. V hospicích často funguje i služba sociálního poradenství, které využívá často rodina nemocného, pozůstalí ale i nemocní. Důležité je zmínit také půjčovnu zdravotnických pomůcek, které nejsou běžně dostupné všem. Mluvíme například o polohovacím lůžku, chodítku, WC židli a další. Režim dne v hospici se naprosto liší od nemocničních zařízení. Péče se přizpůsobuje nemocnému, proto pokud to jeho zdravotní stav dovoluje, může bez omezení opustit pokoj i budovu, návštěva může být přítomna 24 hodin denně. Pokoj je často vybaven obrazy, fotkami rodiny, blízkých a předměty, které pro nemocného mají citovou hodnotu. V hospici mohou být pořádány také menší kulturní akce, jako například krátké divadelní představení, koncerty nebo dětská vystoupení (Vorlíček a kol., 2004).

### 2.2.1 Lůžková zařízení hospicové péče

Hospic, dříve překládán jako útulek pro pocestné, řadíme mezi zdravotně sociální zařízení, které mimo zdravotní péči poskytuje i sociální poradenství. Hospice jako specializované jednotky paliativní péče poskytovaly a dodnes poskytují lůžkovou péči umožňující ubytování rodiny spolu s nemocným. Obvyklá délka pobytu se pohybuje v rozmezí 3-4 týdnů, proto díky dostatečnému počtu a kvalifikaci personálu, který je speciálně vzděláván a připravován na péči o umírající pacienty, umírajícím a jejich rodinám se dostává maximální možná míra fyzického a psychického komfortu (Marková, 2010).

Dle Vorlíčka a kol. (2007, s. 511) pacient v hospici ví, že:

- *nebude trpět bolestí;*
- *bude respektována jeho důstojnost a individualita;*
- *v posledních chvílích života nebude sám.*

Do hospice jsou přijímáni pacienti, u kterých již není možná kauzální léčba, ale pokračuje léčba symptomatická s cílem minimalizace bolesti a jiných symptomů, vyplývajících ze základní choroby a jejich komplikací. Nemocní zpravidla splňují několik podmínek: postupující choroba nemocného ohrožuje na životě, momentálně nepotřebuje akutní nemocniční péči a za třetí, pokud nestačí nebo není možná péče domácí. Ne všichni nemocní však v hospici zemřou, poté, co se podaří zvládnout bolest a zlepšit celkový stav, zhruba třetina pacientů odchází domů. Vorlíček a kol. (2007) popisují nejčastější důvody žádostí o přijetí do hospice. Z 90 % bylo ošetřování nemocného příliš odborné, nebo náročné. Z 60 % byla nutná léčba bolesti nebo jiných symptomů a z 30 % se rodina ošetřováním vyčerpala, nebo pacient rodinu neměl. Nemocný se do hospice dostane na vlastní žádost,

kterou může zaslat poštou, faxem, e-mailem nebo stáhnout z webových stránek vybraného hospice. Součástí musí být také informovaný souhlas pacienta a lékařská zpráva. Musí být seznámen, že v hospici se již nebude pokračovat ve snaze nemoc vyléčit, ale budou se především saturovat symptomy. V současné době existuje v České republice 19 zařízení poskytujících lůžkovou hospicovou péči.

### ***Hospic Citadela – Diakonie CCE – lůžkový hospic***

Hospic citadela ve Valašském Meziříčí je jedním ze středisek rodiny diakonie Českobratrské církve evangelické, jedná se o neziskovou organizaci zaměřenou na specializační paliativní péči. Cena služeb se pohybuje kolem 550 Kč /den. Zařízení poskytuje také duchovní služby, návštěvy kaple a duchovního kterékoli církve. Celkově je zde registrováno 36 lůžek (Diakonie Českobratrské církve evangelické).

### ***Hospic na Svatém Kopečku***

Nachází se v Olomouci v bývalém poutním domě, vedle baziliky. Byl zřízen charitou a funguje od roku 2002. Nabízí hospicovou odlehčovací pobytovou službu, s celkovou kapacitou 30 lůžek v jednolůžkových nebo dvoulůžkových pokojích. Cena služeb se pohybuje okolo 440 Kč / den a návštěva platí symbolický poplatek 50 Kč za noc (Hospic Na Svatém Kopečku).

### ***Hospic Anežky České***

Jak jsme již zmínili výše, jedná se o vůbec první hospic na českém území, zakladatelkou je MUDr. Marie Svatošová a budova ve tvaru lodě se nachází poblíž centra v Červeném Kostelci. Zařízení nabízí mnoho dalších služeb včetně ambulance, denního stacionáře nebo půjčovny pomůcek. Celková kapacita hospice je 30 lůžek a pacienti si za jednolůžkový pokoj zaplatí 280 Kč na den, u doprovodu je to částka 90 Kč (Oblastní charita Červený Kostelec).

## **2.2.2 Mobilní hospicová péče**

Mobilní neboli domácí hospicová péče (DHP) poskytuje specializovanou paliativní péči v domácím prostředí pacienta formou návštěv lékaře specialisty, sester, ošetřovatelů, pečovatelů a dalších členů multidisciplinárního paliativního týmu. Důležitým členem týmu je praktický lékař, který indikuje domácí péči. Péče může být poskytována 24 hodin, 7 dní v týdnu, s čímž úzce souvisí i finanční náročnost služby (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2007). Základním předpokladem je fungující rodinné zázemí, protože rodina je přímým účastníkem péče a u pacienta provádí základní ošetřovatelskou péči a úkony, které je zdravotníci naučí.

Existuje mnoho překážek, které znemožňují tento typ péče. Patří zde například nemoc jiného člena rodiny, nedostatečné podmínky pro poskytování péče a další. Pokud není přítomna žádná překážka, je důležité připravit rodinu na péči o nemocného (Haškovcová, 2007). Podstatnou oblastí je ošetrovatelská péče, kde je potřeba nemocného nakrmit, umýt, obléci nebo aplikovat léky. Nedílnou součástí je psychická podpora důležitá jak pro pečujícího, tak pacienta. I přes nelehký průběh dle Vorlíčka a kol. (2004) si většina pacientů v terminálním stadiu onemocnění přeje prožít závěr života doma. Je to místo, které znají, které je naplněno blízkými lidmi, a mají zde možnost sami určovat svůj denní režim.

Marková (2010) popisuje tři základní podmínky pro přijetí do DHP:

- Přítomnost rodinného příslušníka, který bude ochoten a schopen 24hodinové péče;
- Nemocný si přeje, aby péče probíhala v domácím prostředí, a s touto formou souhlasí;
- Nemocnému a rodině je k dispozici tým odborníků, který poskytuje péči dle domluvy.

Prvním poskytovatelem domácí péče se stala v roce 2001 organizace Cesta domů, kdy za podpory Ministerstva zdravotnictví vznikl roku 2003 první „domácí hospic“. V současné době dochází k rychlému rozvoji domácí péče a dle portálu [www.umirani.cz](http://www.umirani.cz) evidujeme 70 poskytovatelů mobilní paliativní péče. První návštěva probíhá v domácím prostředí pacienta, kdy se rozhoduje o jeho převzetí do domácí péče a je stanoven plán DHP. Následující návštěvy probíhají většinou při změně zdravotního stavu, minimálně však jednou týdně. Sestra dochází za pacientem dle ordinace lékaře i několikrát denně. Pečující osoba obdrží telefonní číslo na svou pečující sestru a při sebemenší komplikaci ji může kontaktovat (Haškovcová, 2007).

### 2.3 Multidisciplinární tým

Úspěšná paliativní léčba vyžaduje, aby byla věnována pozornost všem aspektům pacientova utrpení. Základní jednotkou je tedy tým složený z řady odborníků, kteří se vzájemně setkávají a diskutují, jak nejúčinněji individuálně řešit problémy nemocného. Mají stejný cíl, na který společně soustředí síly (Vorlíček a kol., 2004). Mezi největší výhody dobře fungujícího multidisciplinárního týmu patří profesionalita, kreativní přístup, partnerská komunikace, edukace, zapojení pacienta do péče a jednotná dokumentace, do které mohou nahlížet všichni profesionálové včetně pacienta a rodiny. Sepisují se zde všechny údaje, které jsou pro celkovou pohodu pacienta důležité. Záznamy rodiny hrají velkou roli při

poskytování domácí hospicové péče v době nepřítomnosti zdravotníka (Marková, 2010). Mezi nevýhody multidisciplinární péče patří velká časová náročnost. Díky spolupráci členů týmu je zjednodušena analýza problémů a klade se důraz na zlepšení ošetrovatelské péče a efektivní vyhodnocení výsledků (O'Connor, Aranda, 2005). Tým by měl mít jasnou vizi, kam směřuje, jaké má cíle, měl by si definovat způsoby práce a rozdělit role.

Tabulka 1 Složení multidisciplinárního týmu (in Marková, 2010) a (in Vznik a vývoj hospicové péče, 2012)

|                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Lékaři se specializací v oboru (paliatr), ale i lékaři dalších oborů dle stavu pacienta | Neprovádí žádné invazivní léčebné zákroky, pacientům ordinuje vše, co může zlepšit kvalitu života. Zná postupy paliativní medicíny, dbá na přání pacienta a rodiny a klade důraz na osobnostní růst, v oblasti komunikace a psychologie. |
| Dobrovolník                                                                             | Bez jejich pomoci by nemohl fungovat žádný hospic, jejich činnost je neodmyslitelná. Nikdy nevykonává žádné zdravotní ani jiné specializované úkony, hlavní náplní je nemocného aktivizovat.                                             |
| Sociální pracovník                                                                      | Vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální oblast včetně právních problémů.                                                                                                                                                         |
| Psycholog                                                                               | Poskytování psychologické podpory nemocnému a jeho rodině v těžké životní situaci, tišení úzkosti, strachu a zármutku.                                                                                                                   |
| Fyzioterapeut                                                                           | Vykonává rehabilitační péči dle aktuálního stavu pacienta.                                                                                                                                                                               |
| Nutriční specialista                                                                    | Zajišťuje nutriční podporu dle aktuálního zdravotního stavu pacienta, doporučí vhodné stravování, doplňky stravy a věnuje se také hydrataci pacienta.                                                                                    |
| Pastorační pracovník                                                                    | Pečuje o duchovní a náboženské potřeby pacientů a jejich blízkých. V řadě hospiců můžeme nalézt kapli, či bohoslužby.                                                                                                                    |
| Pacient a jeho rodina                                                                   | Nedílná součást multidisciplinárního týmu.                                                                                                                                                                                               |

### 3 URGENTNÍ STAVY V PALIATIVNÍ PÉČI

Léčba bolesti a dalších symptomů patří již k základům paliativní medicíny. Zmírňování obtíží má zásadní význam pro kvalitu života nemocného. U nemocných v hospicích se již neprovádí různá diagnostická vyšetření nebo kauzální léčba nemoci i symptomů jako v nemocničním zařízení. I zde mohou nastat akutní situace, vyžadující urgentní zásah personálu. Včasný léčebný zásah zmírní dopady dramatického stavu na pacienta i rodinu. U některých pacientů indikovaných pro hospicovou péči hrozí dramatické vyústění primární choroby a s tím souvisejí nejčastěji komplikace jako dušení, nezadržitelné zvracení, průlomová bolest, stavy panické úzkosti nebo nakupení epileptických paroxysmů. Vyloučen není ani vznik kardiovaskulární nebo cévní mozkové příhody. Zásadním rozdílem mezi akutní péčí v nemocničním zařízení a hospici je, že lékař se snaží omezit tělesné a psychické utrpení, nikoli stabilizovat pacienta (Kala, Dorková, 2017). V následující kapitole se budeme věnovat podrobněji komplikacím výše zmíněným a způsobům jejich léčby.

#### 3.1 Dušnost

Dušnost je definována jako „*subjektivní pocit nedostatku vzduchu, který vzniká u nemocného s pokročilým onemocněním, kdy požadavky dodání kyslíku jsou vyšší, než je organismus schopen zajistit. Na jeho vzniku se podílí faktory fyziologické, psychické a sociální*“ (Vorlíček a kol., 2004). Dušnost je subjektivní pocit, proto nemusí fyzická změna dýchání odrážet to, jak se pacient v danou chvíli cítí. V posledních dnech života se často objevuje Cheyne-Stokesovo dýchání, které může navenek personál vyděsit, ale pacientovi výrazné problémy nedělá. Na druhou stranu se může zdát, že nemocný dýchá bez problémů, ale přesto si stěžuje na potíže. Dušnost můžeme z hlediska časového rozdělit na akutní, subakutní a chronickou. Pro nás je nejdůležitější akutní dušnost a příčiny jejího vzniku.

Mezi nejčastější příčiny řadíme akutní srdeční selhání při již dříve zjištěném kardiovaskulárním onemocnění, obstrukci dýchacích cest způsobenou nádorem, kolapsem, infekcí, progresí chronické obstrukční plicní nemoci nebo edémem. Edém vzniká často u syndromu horní duté žíly. Další příčinou může být ascites, obrna hlasivek, výpotek, plicní embolie, po podání léků vyvolávající bronchospasmus, nebo celková vyčerpanost a slabost organismu (Vorlíček a kol., 2004). Invazivní výkony, které by vedly ke kauzálnímu řešení problému, jako je zavedení tracheostomie nebo hrudního sání, se v hospicové péči neprovádí. Často jsou pacienti s tracheostomií již do hospiců přijímáni. V tomto případě může být účinná první pomoc zprůchodnění neprůchodné tracheostomie, punkce ascitu a při

pneumotoraxu punkce plíce tlustou jehlou, čímž dosáhneme odstranění vzduchu z hrudní dutiny (Kala, Dorková, 2017). Pokud není možné kauzálně vyřešit příčinu, obracíme se na léčbu symptomatickou. V první řadě se pacienta snažíme uklidnit, pomůžeme nalézt úlevovou polohu, někdy také pomůže otevření okna nebo dechová a relaxační cvičení. Z farmakoterapie podáváme zejména opioidy, především Morfin ve formě s.c. injekcí, kapek či sirupu. Dávky se titrují podobně jako u bolesti, ale doporučuje se začít s menší dávkou, kterou pomalu zvyšujeme až do zmírnění příznaků. Benzodiazepiny jako Diazepam či Lexaurin pomáhají pravděpodobně díky svým anxiolytickým a sedativním účinkům, kortikosteroidy (Prednison, Solumedrol) mají částečně bronchodilatační účinky, zmenší otok v okolí nádoru a zabrání otoku plic. Dále využíváme mukolytika, bronchodilatancia, expektorancia, popřípadě antibiotika. Neméně důležité je zmínit přínos oxygenoterapie, která u pacientů v terminální fázi onemocnění často přináší úlevu, i bez výskytu akutní dušnosti (O'Connor, Aranda, 2005).

### 3.2 Nauzea a zvracení

Nevolnost je nepříjemný „subjektivní pocit, který často popisujeme jako nepříjemné „nutkání na zvracení“. Často je doprovázena aktivací autonomního nervstva, mezi jejíž projevy patří bledost, studený pot, slinění, tachykardie nebo průjem“ (O'Connor, Aranda, 2005). Nauzea může vyústit ve zvracení, které dle Vorlíčka, a kol., (2004) definujeme jako „vypuzení žaludečního obsahu způsobené silnou přetrvávající kontrakcí břišního svalstva“.

Příčinou nevolnosti jsou patologické procesy v GIT nebo metabolické příčiny jako hypokalcémie nebo hypoglykémie s ketoacidózou, podávání opioidů, cytostatik, antibiotik a jiných dráždivých léků, infekce, zvýšený nitrolební tlak nebo strach či úzkost. Jelikož se jedná o subjektivní pocit, při vyšetření je nejdůležitější vnímat to, co nám řekne verbálně či neverbálně pacient a podle toho jednat. Léčba probíhá symptomaticky, před nasazením farmakologické léčby se snažíme vyřešit nevolnost konzervativně. Podávání malých porcí jídla v sedě, přidání soli, nenucení do jídla, kvalitní hygiena dutiny ústní, podávání vychlazené Coca-Coly bez bublin, zmrzlina a u některých pacientů dokonce piva či vína (Kala, Dorková, 2017). Pokud nedosáhneme úpravy stavu, přichází na řadu farmakologická léčba, při níž se nejčastěji uplatňují prokinetika podporující motilitu žaludku a střeva s relaxací pyloru a zvýšením tonu dolního jícnového svěrače (Degan, Motilium). Podáváme půl hodiny před jídlem p. o. nebo per rektum 3–4 denně. Při léčbě chemoterapií nebo radioterapií a následném zvracení jsou účinné kortikosteroidy nebo setrony (Ondansetron). Další skupinou jsou tzv. butyrofenony, kde řadíme Haloperidol, jejich nežádoucí účinky jsou



zvýšené sedativní stavy. Podávají se per os ve formě kapek, intramuskulárně nebo subkutánně (Vorlíček a kol., 2004). Při nezvladatelném zvracení lze zavést nasogastrickou sondu pro odvod žaludečního obsahu, a to zejména u obstrukce střeva trávicí trubice. Invazivní výkon přináší pacientovi značnou úlevu (O'Connor, Aranda, 2005).

### 3.3 Hemoptýza

Hemoptýza neboli vykašlávání krve či příměs krve ve sputu je příznak, který nemusí vždy pocházet z plic, ale také z dutiny nosní, orofaryngu a horních částí trávicího ústrojí, pokud je krev při masivním krvácení aspirována (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2011).

Příčiny vykašlávání krve až hematemézy rozlišujeme v paliativní péči do čtyř skupin:

1. Nádorová onemocnění dýchacích a polykacích cest – nádory plic a průdušek, endobronchiálně rostoucí metastázy do plic.
2. Nenádorová onemocnění dýchacích cest – akutní infekce dýchacích cest, CHOPN, chronická bronchitida a další chronické záněty, absces nebo kaverna.
3. Iatrogenní příčiny – poranění dýchacích cest při endoskopickém vyšetření, intubaci nebo při manipulaci s tracheostomickou kanylou.
4. Ostatní – krvácivé onemocnění, embolie plic, těžká plicní hypertenze a další.

Symptomatická léčba zahrnuje úpravu režimových opatření: Fowlerova poloha a chladný obklad s ledem na hrudník. Můžeme aplikovat vasokonstrikční látky, anxiolytika a antitusika. Pro rychlý nástup účinku je vhodné farmaka podávat parenterálně.

Antitusikum Silomat i.v. nebo i.m. až čtyři denně, Morfin až 20 mg s.c. až šest denně. K uklidnění parenterálně Midazolam i.m, s.c. Haloperidol nebo Plegomazin, dalšími skupinami léků jsou hemostyptika a vazokonstrikční léky, které jsou indikovány hlavně v akutní fázi, pro dlouhodobou léčbu nemají efekt. Jako prevence recidivy se doporučuje nepít horké nápoje a nekoupat se v horké vodě (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2011).

### 3.4 Krvácení

Krvácení v paliativní péči je velmi nepříjemným a obávaným příznakem zejména u pacientů s pokročilým nádorovým onemocněním. Jedná se o jednu z nejzávažnějších komplikací, která může pacienta ohrozit na životě. Přeléčené krvácení může způsobit další komplikace, ovlivněním růstu nebo metastazování nádoru. Krvácivé stavy mohou probíhat dvěma způsoby, prvním je mikroskopické krvácení, které pacient ani personál zpočátku nemusí

zaregistrovat. Druhý, závažnější typ je makroskopické krvácení (hemateméza, hemoptýza, krvácení z rány nebo z tělních dutin) (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2011).

Příčinou může být více faktorů, které společně komunikují. Řadíme zde poruchu krevní srážlivosti (onemocnění jater, DIC, vředů a další), prorůstání nádoru do okolních tkání s poraněním cévy nebo užívání léků ovlivňujících krevní srážlivost, jako jsou steroidy, Warfarin nebo nesteroidní antirevmatika. Trombocytopenie neboli snížení počtu trombocytů může být způsobeno jejich útlakem v důsledku nádorové léčby, klinickým příznakem je krvácení do kůže a sliznic různé intenzity. Trombocytopenii nacházíme často u pacientů s hemakoonkologickým onemocněním, nebo po léčbě léky ovlivňující krevní srážlivost. Léčba je podobná u obou případů. Podávání hemostyptik, a především léčba základní příčiny (Vorlíček a kol., 2004).

Pokud je krvácení z důvodu základní choroby předvídatelné, je možné nemocnému preventivně podávat Etamsylát (Dicynone – 1 kapsle 4x denně), kyselinu tranexamovou (Exacyl – 2–4 kapsle 2x denně) nebo Kanavit kapky. Důležité je připravit na situaci rodinu nemocného a seznámit s postupem také personál. Při masivním krvácení může pacient ztratit vědomí dříve, než je zahájena paliativní sedace, v tom případě uvedeme pacienta do stabilizované polohy a můžeme podat diazepam rectal tube, buklálně pak midazolam (Bodnár et al.).

### 3.5 Stavy těžké úzkosti

Úzkostný stav se v paliativní péči objevuje velmi často v souvislosti se strachem z bolesti, dušení, ze smrti nebo ztrátou životních perspektiv. Může se také jednat o neurčité pocity úzkosti z nejisté budoucnosti. Příznaky úzkosti můžeme rozdělit na psychické, psychomotorické a psychosomatické (Vorlíček a kol., 2004). Nejčastější projevy úzkosti jsou poruchy spánku, neklid, napětí, pocity nepříjemného sevření, tachykardie, pocení, hyperventilace nebo neschopnost být sám. Pacient se může vyhýbat komunikaci, být zamlklý a uzavřený. Opačně se můžeme setkat také s křikem, který mnohdy uleví. I kdyby byl křik směřován na personál, je důležité zachovat profesionalitu a uvědomit si, že primárně patří pacientovým obtížím (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2011).

Důležitým členem týmu je v tomto případě sestra, která s pacientem tráví nejvíce času a jejím úkolem je poznat úzkost a hovořit o možné příčině (Marková, 2010). Komunikace o existenciálních otázkách nebývá lehké téma, ale v hospicové péči velmi důležité. Mnohdy docílíme zmírnění potíží empatickým, otevřeným rozhovorem a časem stráveným s pacientem. Sestra by měla pacientovi pečlivě naslouchat, klást dotazy pro úplné pochopení

situace, odpovídat na dotazy pacienta, utěšovat, a především udržovat v pacientovi naději. Zmírnění úzkostí může ovlivnit také přítomnost psychologa, realizace relaxačních technik a modliteb (O'Connor, Aranda, 2005).

Nezvládnutá úzkost může přejít až do manifestujících poruch, které se již neobejdou bez účinného léčebného zásahu (Kala, Dorková, 2017). K farmakologickému ovlivnění úzkosti se podávají anxiolytika (Alprazolam, Diazepam), a při dlouhodobém trvání se přidávají i antidepresiva (Citalec, Prothiaden), která mají dobu nástupu účinku až za 2–4 týdny (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2011).

### 3.6 Delirium

*Delirium je akutně vzniklá porucha v oblasti pozornosti, vnímání, myšlení, spánkového cyklu a psychomotoriky* (Kabelka, Juříčková, Sláma, 2011). Rychlost nástupu delirantního stavu je individuální u každého pacienta, spolu s projevy zmatenosti. Příčiny se mohou dělit na:

- a) Predisponující faktory, jako je pokročilý věk, předchozí kognitivní deficit, deficit zraku či sluchu, těžká deprese, malnutrice a další závažné onemocnění.
- b) Vyvolávající faktory, nejvýznamnější jsou uvedeny v následující tabulce.

Tabulka 2 Vyvolávající příčiny deliria (in O'Connor, Aranda, 2005)

|                      |                                                                       |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| Léky                 | opioidy, steroidy, psychotropní léky, antidepresiva, chemoterapeutika |
| Nemoc                | onemocnění mozku, metastázy do mozku                                  |
| Metabolické příčiny  | hypoglykémie, selhávání orgánů, dehydratace                           |
| Hypoxie              | plicní embolie, srdeční nebo respirační selhání                       |
| Abstinence           | nikotin, alkohol a jiné návykové látky                                |
| Existenciální otázky | strach ze smrti, popření nemoci, smutek, zlost                        |
| Infekce              | dýchacích cest, močových cest                                         |

Porucha se podle projevů dělí na hyperaktivní, u kterého mezi klinické projevy řadíme zrychlené psychomotorické tempo, přítomnost halucinací či bludů nebo agrese. Naopak pro hypoaktivní delirium je typické zpomalené myšlení, nesoustředěnost, zvýšená spavost až apatie (Kabelka, Juříčková, Sláma, 2011). V zařízení se můžeme setkat také s vytrháváním invazivních vstupů, svlékáním nebo vylézáním z lůžka (Kala, Dorková, 2017). Často se

delirium projeví při zhoršení primární choroby, proto je důležité nebagatelizovat příznaky a hledat příčinu (O'Connor, Aranda 2005).

Důležitým pojmem je terminální delirium, které se vyskytuje u pacientů v posledních dnech a hodinách života, projevuje se zvýšenou aktivitou nemocného, neklidem, vysvlékáním, sténáním, výkřiky a někdy také svalovými záškuby. Terapií je v tomhle případě podání benzodiazepinů, protože mají sedativní a anxiolytický účinek. Midazolam kontinuálně s.c. nebo i.v. infuzí, kdy lze přidat Haloperidol. Velmi dobrá zkušenost je také s podáním diazepamem rectal tube (Kala, 2011).

Při léčbě deliria je vždy nutný klidný a trpělivý přístup personálu, jasná a srozumitelná komunikace, častější kontakt s pacientem v kratších úsecích, tlumené noční světlo, dostatek spánku, hydratace a další. Nikdy pacientovi halucinace nevyvracíme, ale ani je nepodporujeme. Použití omezovacích prostředků je vždy krajní řešení a podléhá ordinaci lékaře. Použití je nutné řádně zdůvodnit a dokumentovat (Kala, Dorková, 2017). Farmakologická léčba je velmi často součástí terapie, dle typu deliria se užívají různá farmaka. Když je sedativní účinek nežádoucí a jedná se o hypoaktivní delirium, podáváme Haloperidol p.o., s.c. na noc, Tiaprid s.c., i.v. nebo Risperidon p.o. Při agitovaném deliriu, kdy očekáváme sedaci, jsou podávána sedativní antipsychotika (Tisercil, Buronil, Tiaprid). A u akutního deliria s agresí jsou vhodné léky, které lze bezpečně parenterálně aplikovat postupně i ve vysokých dávkách (Tiaprid/Haloperidol + diazepam i.m, i.v., Plegomazin i.m) (Kabelka, Juříčková, Sláma, 2011).

### 3.7 Epileptické záchvaty

Nakupení epileptických záchvatů se objevuje u nemocných s přímým poškozením mozkové tkáně, tedy u primárních nebo sekundárních nádorů mozku. Přítomnost záchvatu může signalizovat progresi onemocnění, komplikací jako krvácení nebo rozvoj edému mozku (Vorlíček a kol., 2004). U primárních mozkových tumorů je léčba a kompenzace stavu složitější než u mozkových metastáz. Epileptický záchvat se může objevit také u neonekologického onemocnění, především u pacientů v permanentním vegetativním stavu. Projevy, které signalizují záchvat, jsou: pokračující kvantitativní porucha různého stupně, unilaterální oslabení svalů na obličeji nebo končetinách, bolesti svalů, hlavy, inkontinence, méně často pokousání jazyka. Rozlišujeme záchvaty parciální, generalizované, jednoduché a komplexní. Nejzávažnějším typem jsou generalizované, projevující se nejčastěji tonicko-klonickými křečemi, které mohou vyústit v hlubokou poruchu vědomí. Nejzávažnější komplikací je status epilepticus, nakupení jednotlivých záchvatů s trváním 2–3 minut po

dobu déle než 30 minut. Nejčastější příčinou je vynechání léčby (Kabelka, Havlénová, 2009). V akutní fázi se snažíme zabránit pádu a poranění a udržet průchodné dýchací cesty, lék první volby je diazepam i.m. 10–20 mg, nebo diazepam rectal tube s možností jednoho opakování. Nedoporučuje se preventivní podávání antiepileptik u nemocných s mozkovými metastázemi, antiepileptika se nasazují až po prvním záchvatu (Vorlíček a kol., 2004).

## 4 MANAGEMENT BOLESTI

Definice bolesti můžeme nalézt hned několik, v práci bychom chtěli uvést takové, které se používají nejčastěji a vystihují podstatu bolesti.

Podle Mezinárodní asociace pro výzkum bolesti a WHO je bolest definována jako „*nepříjemná senzorická a emocionální zkušenost spojená s akutním nebo potenciálním poškozením tkání*“ (Rokyta a kol., 2017). Definice je zaměřena na subjektivní prožívání bolesti, tuto teorii posiluje také McCaffery (1968, cit. dle O'Connor, Aranda, 2005, s. 89), který říká, že „*bolest je vždy to, co pacient označí za bolest a vyskytuje se vždy, kdy to pacient říká*“. V roce 2020 byla definice IASP revidována, rozšířena a říká, že: „*Bolest je nepříjemná smyslová a emocionální zkušenost spojená se skutečným nebo potenciálním poškozením tkáně nebo podobná té, která je se skutečným nebo potenciálním poškozením tkáně spojená.*“ (IASP, 2020) Můžeme tedy říci, že bolest je individuálním prožitkem, má emoční a senzorickou složku, má časové charakteristiky a neurčité hranice (Payenová, Seymourová a Ingletonová, 2007). Bolest můžeme rozdělit dle několika klasifikačních schémat například podle délky trvání, intenzity, charakteru a lokalizace. Vaňásek, Čermáková a Kolářová (2014) rozlišují délku trvání bolesti na dva typy:

- a) Akutní bolest – délka trvání se pohybuje od několika minut do 3 měsíců, vzniká na podkladě poškození tkáně nebo orgánu, mechanicky nebo nemocí. Velmi dobře ji můžeme lokalizovat a má informativní charakter, tedy přivádí pacienta k lékaři.
- b) Chronická bolest – dlouhodobá kolem 3–6 měsíců, často celoživotní. Výrazně limituje a snižuje pacientův život. Je příkladem bolesti, která pozbyla svého původního smyslu a stala se onemocněním.

Dle etiopatogeneze lze bolest rozdělit na:

- a) Nociceptivní somatická – vzniká podrážděním nociceptivních receptorů ve tkáních a patří zde například prorůstání nádorů do okolních tkání, postižení kostí nebo vertebrogenní bolest.
- b) Nociceptivní viscerální – vyvolaná drážděním nociceptorů v hrudní nebo břišní dutině, obvykle se velmi špatně lokalizuje. Bolest při nádorovém postižení slinivky břišní, střev, jater nebo močového měchýře.
- c) Neuropatická – postižení centrálního a periferního nervového systému, bolest u onemocnění CNS, diabetická neuropatie, vhodnou terapií jsou antidepresiva.
- d) Smíšená – kombinace neurotické a nociceptivní bolesti (Vorlíček, 2012).

Hodnocení intenzity bolesti je nejvýznamnější parametr při rozhodování o dalším léčebném postupu. Existuje celá řada metod pro měření intenzity bolesti, ale nejdůležitějším ukazatelem by měl být pacientův údaj. Nástroje můžeme rozdělit do dvou skupin (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2011).

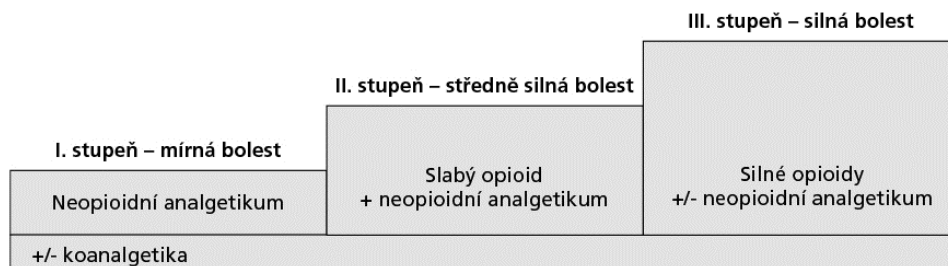
Jednoduché nástroje měření intenzity bolesti – zde patří nejčastěji používaná VAS škála, tedy vizuální analogová škála bolesti, dále zde řadíme verbální nebo numerickou škálu. Druhou skupinou jsou vícerozměrné nástroje měření bolesti, které fungují na principu dotazníku a většinou jsou zde propojeny jak numerické, tak vizuální škály. Pro hodnocení nenádorové bolesti je ve světě užíván McGillův dotazník bolesti (Příloha I), pro nádorovou bolest je nejčastěji využíván BPI – Brief Pain Inventory (Příloha II) (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012).

#### 4.1 Bolest v paliativní medicíně

Bolest je jedním z nejčastějších symptomů pokročilých stadií onemocnění, Vyskytuje se až u tří čtvrtin pacientů v terminální fázi onemocnění. Nemocní často udávají, že obavy ze silných bolestí, které nemoc doprovází, jsou silnější než z vlastní nemoci (Vorlíček a kol., 2004). Bolest velmi intenzivně ovlivňuje pacienta po všech stránkách a může vystupňovat až v depresi, poruchy spánku nebo v únavu. Je ovlivňována celkovou osobností, aktuálním psychickým stavem, ale i sociálními a spirituálními vlivy (Kala, Dorková, 2017). „*V paliativní medicíně se snažíme zmírnit bolest pacientovu, nikoli bolest nervových zakončení.*“ Pro správné vyhodnocení a terapii bolesti je velmi důležitá podrobná anamnéza, cíleně mířené otázky, a především precizní fyzikální vyšetření pacienta. Užitečné otázky pro sběr dat jsou například: Kde to bolí? Jak moc to bolí? Jak bolest vypadá? Od kdy to bolí a objevuje se pravidelně? Co myslíte, že vaši bolest způsobuje? Co bolestem ulevuje? (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2011) V hospicových zařízeních se často setkáváme s pacienty, kteří jsou kvůli primární chorobě v celkově špatném klinickém stavu a nejsou schopni komunikace. Zde může být ukazatelem bolesti naříkání, psychomotorický neklid nebo tachykardie či tachypnoe. V paliativní medicíně se můžeme setkat s pojmem „*průlomová bolest*“. Jde o typ bolesti, která se objevuje při značném poklesu hladiny podávaných analgetik, nebo při manipulaci s nemocným. Prevencí je podat v dostatečné časové rezervě analgetika a tím zmírnit pacientovo utrpení (Kala, Dorková, 2017).

Léčba bolesti v hospicové péči se nejčastěji saturuje podáváním medikamentů, způsob jejich podávání je z 80 % až 90 % perorální, transdermální a rektální. Zásadou pro podávání analgetik u chronické bolesti je podávání v pravidelných časových intervalech, kdy další

dávka je podána dříve, než odezní účinek předešlé. Další zásadou je postupné navyšování dávky – titrace. WHO pro tento účel vypracovala analgetický žebříček (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2011).



Obrázek 1 Analgetický žebříček (Farmakoterapie nádorové bolesti, 2013)

Do 1. stupně můžeme zařadit paracetamol p.o. nebo per rektum. Výhodou je, že nepoškozuje gastrointestinální trakt, bezpečná denní dávka je 4 g, při vyšších dávkách hrozí riziko hepatotoxicity. Dalšími analgetiky jsou kyselina acetylsalicylová a nesteroidní antirevmatika. Do 2. stupně patří kodein a Dihydrokodein s efektem až 12 hodin, ale způsobem podání pouze perorálně, Tramadol 4–6 hodin ve formě čípků, tablet i kapek. K silným opioidům, které se podávají při stupni číslo 3, nejčastěji řadíme morfin, který můžeme aplikovat jakýmkoli způsobem, kromě intramuskulárního, který je oproti subkutánnímu více bolestivý a má stejný účinek, proto se nepoužívá. Sufentanyl jako další lék ze skupiny opioidů je dostupný pro parenterální a spinální podání, v hospicové péči pacienti většinou invazivní vstupy nemají, proto se preferuje podání jiných forem léků (Vaňásek, Čermáková a Kolářová, 2014). V posledních letech se ukázalo jako velmi účinné podávání fentalylu transdermální nebo rektální cestou, další způsoby podávání jsou bukalní tablety, sublingvální podání, nasální sprej nebo bukalní solubilní film (Kala, Dorková, 2017). Nejčastějším nežádoucím účinkem při podávání opioidů je zácpa, proto je důležité hned při začátku léčby věnovat maximální pozornost pravidelnému vyprazdňování a jako prevenci podat změkčující laxativa, tekutiny a stravu obsahující vlákninu (Vorlíček a kol., 2004).

## 4.2 Paliativní analgosedace

Cílem paliativní analgosedace je zmírnění vnímání utrpení, a to prostřednictvím snížení úrovně vědomí u nemocného na stupeň somnolence až kómatu. K uvedenému léčebnému postupu by se však mělo přistoupit až v krajním řešení po splnění určitých podmínek. Především je důležité otázku sedace otevřeně probrat s pacientem či rodinou nemocného



a léčebný postup aplikovat pouze s jejich souhlasem (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2007). Pokud není možné získat informovaný souhlas, je podle Evropské asociace paliativní péče paliativní analgosedace doporučeným postupem. Další neméně důležitou podmínkou pro zahájení paliativní analgosedace je vyčerpání všech dostupných léčebných metod, které by mohli zmírnit pacientovo utrpení bez ovlivnění stavu vědomí. Zahájení paliativní analgosedace bývá konzultováno také mezi členy multidisciplinárního týmu, do kterého patří většinou lékař, pastorační pracovník, psycholog a sociální pracovník (Kala, 2014).

Principem paliativní analgosedace je kontinuální podávání léků dávkovačem. Obvykle se používají vysoké dávky midazolamu, který je podáván do podkoží. Místo zmíněného midazolamu lze použít kontinuálně levopromazin intravenózně. Druhým dávkovačem bývá aplikován morfin. Samotný morfin je však k navození paliativní analgosedace nevhodný. Rychlost a dávku analgosedace postupně titrujeme až k dosažení požadovaného efektu.

Pokud je již jednou paliativní sedace zahájena, zpravidla pokračuje až do úmrtí nemocného. Klíčovým faktorem je proto včasný a otevřený rozhovor s pacientem a rodinnými příslušníky. Důležité je upozornit na fakt, že zahájení paliativní analgosedace sebou přináší omezení schopnosti komunikace, snížení schopnosti mobility a také pocity zvýšené spavosti a únavy. Na druhou stranu je potřeba zdůraznit, že u nemocného dojde ke značné úlevě od potíží, ať už se jedná o bolest, dušnost či nepříjemné psychické stavy (Kala, Dorková, 2017).

Paliativní analgosedace je předmětem diskuzí jak mezi laiky, tak zdravotnickými pracovníky, kteří jsou součástí péče o nemocné v terminálním stadiu choroby. Tato léčebná metoda stojí na tenké hranici a je zde zapotřebí velké empatie a zodpovědného přístupu, který ji odlišuje od často s ní spojované eutanazie (Kala, 2014).

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 5 CÍLE VÝZKUMU

Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit, zda jsou nelékařští zdravotničtí pracovníci dostatečně informováni o klinických příznacích v terminálním stadiu onemocnění vyžadujících urgentní léčebný zásah. Je zjišťováno, zda se respondenti setkali s urgentním stavem u pacientů v hospicovém zařízení, nemocničním zařízení, které poskytuje paliativní péči, nebo v domácím prostředí klientů. Dále jak na vzniklou situaci reagovali a jaký byl postup při řešení této situace. Prvním dílčím cílem je zjistit vzdělání pracovníků a informovanost o možnostech postgraduálního vzdělávání v oblasti paliativní péče. Dílčí cíl číslo dvě zjišťuje, co nelékařské zdravotnické pracovníky motivovalo k tomuto jak fyzicky, tak psychicky náročnému zaměstnání, kde je zapotřebí velká dávka empatie, psychická odolnost, ale také schopnosti rychlé reakce a dostatečné vědomosti.

### Dílčí cíle

1. Zjistit úroveň vzdělání NLZP v paliativní hospicové péči.
2. Zjistit motivaci při výběru povolání NLZP v paliativní péči.
3. Zjistit, zda mají NLZP dostatečné znalosti při řešení urgentních stavů u P/K v zařízení poskytujícím specializovanou paliativní péči.

### 5.1 Metodika výzkumu a charakteristika respondentů

Pro výzkum k praktické části práce jsme zvolili kvantitativní metodu sběru dat. Výzkum byl realizován pomocí dotazníkového šetření, který byl originálně vytvořen pouze pro potřeby bakalářské práce. Dotazník se skládal z pěti stran a obsahoval celkem 26 položek. Celkově se v dotazníku objevuje 14 uzavřených otázek s možností volby jedné již vytvořené odpovědi, dvě polouzavřené s možností vlastní odpovědi a 10 otázek otevřených, které respondentům umožnily vyjádřit se vlastními slovy. (Plná verze dotazníku je uvedena v Příloze IV.)

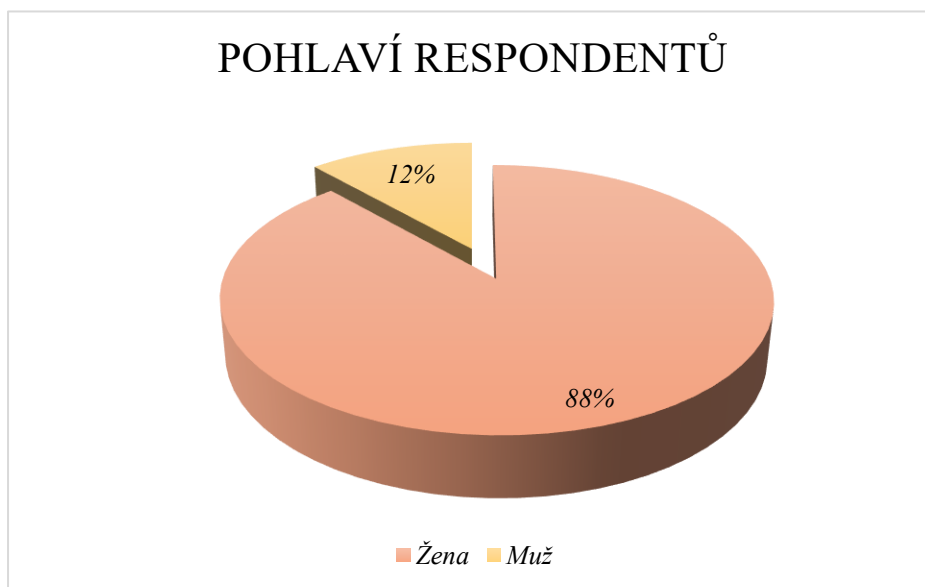
Výzkum byl určen pro nelékařské zdravotnické pracovníky pracující v oblasti paliativní péče. Před začátkem výzkumu bylo osloveno celkem sedm zařízení poskytujících paliativní péči, z toho šest zařízení s vyplněním dotazníků ochotně souhlasilo. Konkrétní zařízení jsou vypsána v dotazníku pod otázkou č. 4. Výzkum probíhal v období od 31. března 2021 do 19. dubna 2021, kdy bylo distribuováno celkem 125 dotazníků v tištěné podobě. Z důvodu pandemie COVID-19 a vytíženosti pracovníků se vrátilo pouze 57 tištěných dotazníků, kdy návratnost činila pouhých 46,4 %. Z toho důvodu jsme přistoupili k možnosti elektronické

distribuce dotazníků přes portál survio.com. Na rozdíl od tištěné verze dotazníku v elektronické chyběla otázka č. 4, tedy v jakém zařízení respondenti poskytují paliativní péči. Zbytek dotazníku je zcela identický. Přes internetový portál dotazník vyplnilo 37 respondentů. Celkem se výzkumu zúčastnilo 95 respondentů a návratnost činí 76 %. Hodnota tedy přesáhla minimální návratnost, která je podle Žiakové a kol. (2009) 60–70 %.

## 5.2 Interpretace získaných dat

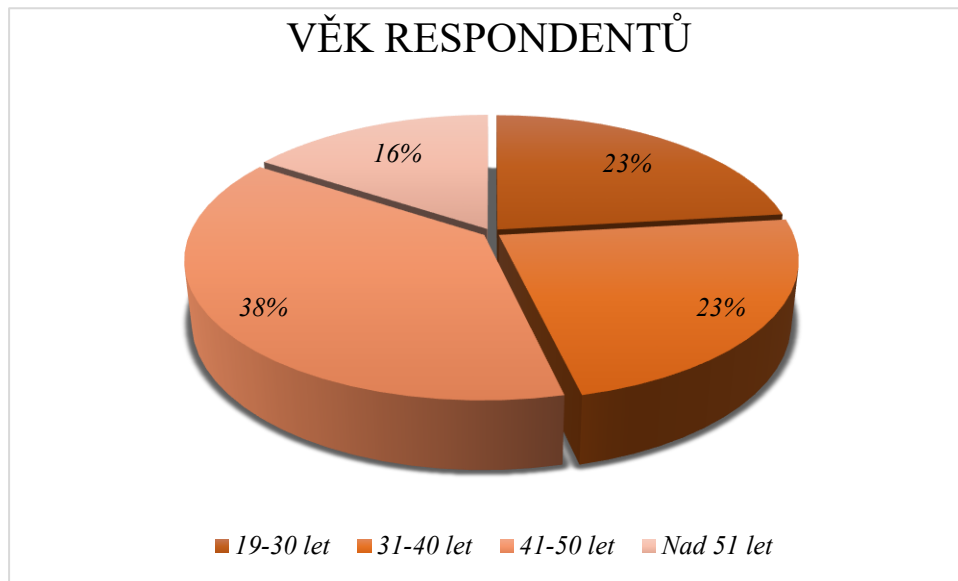
Analýza získaných dat byla provedena pomocí datové matice v systému Microsoft Excel. Zhodnotili jsme absolutní, relativní a validní četnost. Následně byla data převedena do systému grafů v systému Microsoft Excel pro lepší přehlednost. Otázky, na které odpovídalo všech 95 respondentů, jsou vyhodnocovány v grafech pomocí relativní četnosti, tedy ze 100 %. U otázek, kde jsou chybějící hodnoty a neodpovídalo na ně všech 95 respondentů, byly grafy zpracovány z validní četnosti. Jedná se o otázky číslo 4, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26. Pro vyhodnocení dat byly použity grafy koláčové, prstencové, sloupcové a pruhové.

**Otázka č. 1** Jaké je vaše pohlaví?



Graf 1 Pohlaví respondentů

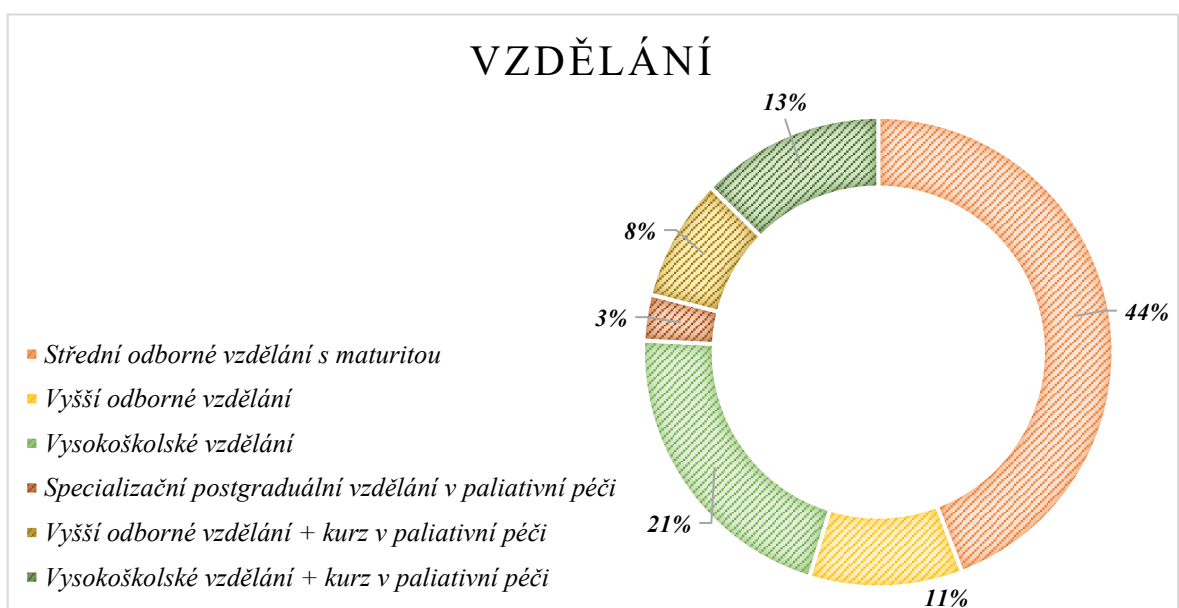
Z výsledku grafu vyplývá, že práce praktické či všeobecné sestry je stále spíše ženské povolání, ač četnost mužů ve zdravotnictví každým rokem stoupá, našeho výzkumu se zúčastnilo 84 (88 %) žen a pouze 11 (12 %) mužů.

**Otázka č. 2** Jaký je váš věk?

Graf 2 Věk respondentů

Otázky se účastnilo všech 95 respondentů, čili celek dává 100 %. Jednalo se o otázku otevřeného typu, proto jsme se rozhodli odpovědi kategorizovat pro větší přehlednost.

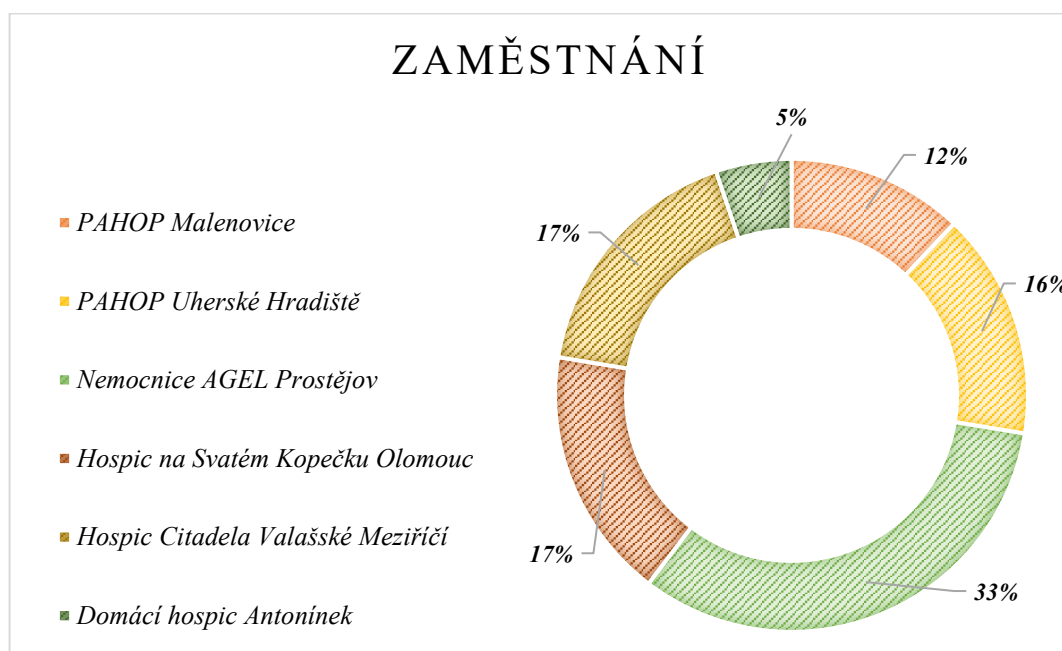
Nejpočetnější skupinou byli zaměstnanci v letech 41–50 let, celkem se výzkumu zúčastnilo 36 (38 %) pracovníků v daném věkovém rozmezí. Nejméně zastoupená skupina s 15 (16 %) respondenty patřila zaměstnancům v letech 51 a více.

**Otázka č. 3** Vaše nejvyšší dosažené vzdělání je?

Graf 3 Vzdělání respondentů

Největší zastoupení měla odpověď číslo 1 neboli *střední odborné vzdělání s maturitou*, celkem tuto možnost zvolilo 42 (44 %) respondentů. Z průzkumu vyplývá, že osm (8 %) respondentů dokončilo *vyšší odborné vzdělání a zúčastnili se také kurzu v paliativní péči*. Dvanáct (13 %) respondentů má *vysokoškolské vzdělání a kurz v paliativní péči* a odpověď *specializační postgraduální vzdělání* označili tři (3 %) respondenti. Z grafu můžeme vyčíst, že celkem 24,21 % respondentů se zúčastnilo vzdělávacích aktivit k paliativní péči.

**Otázka č. 4** *V jakém zařízení poskytujícím paliativní péči pracujete?*

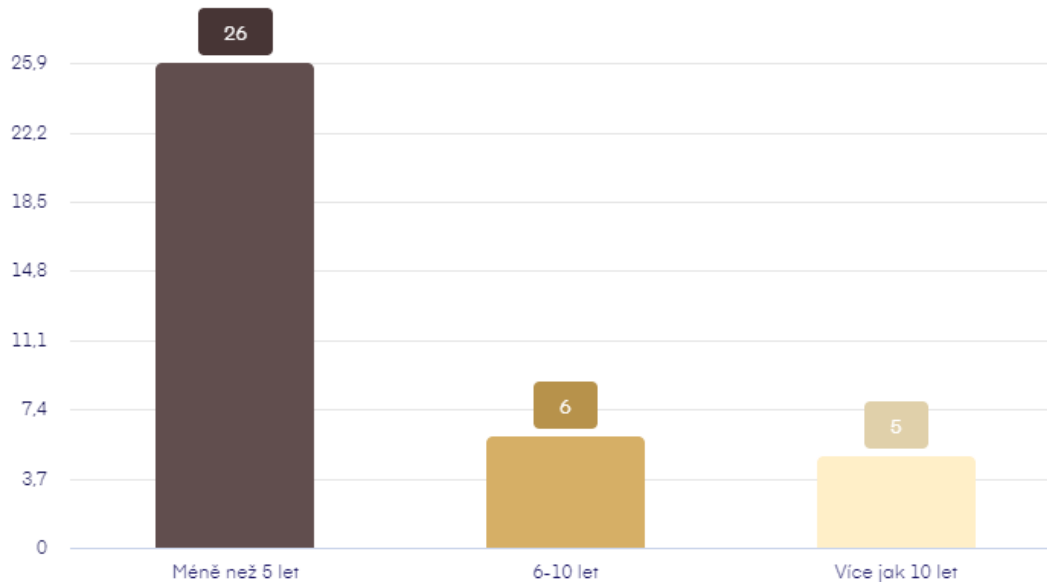


Graf 4 Pracoviště respondentů

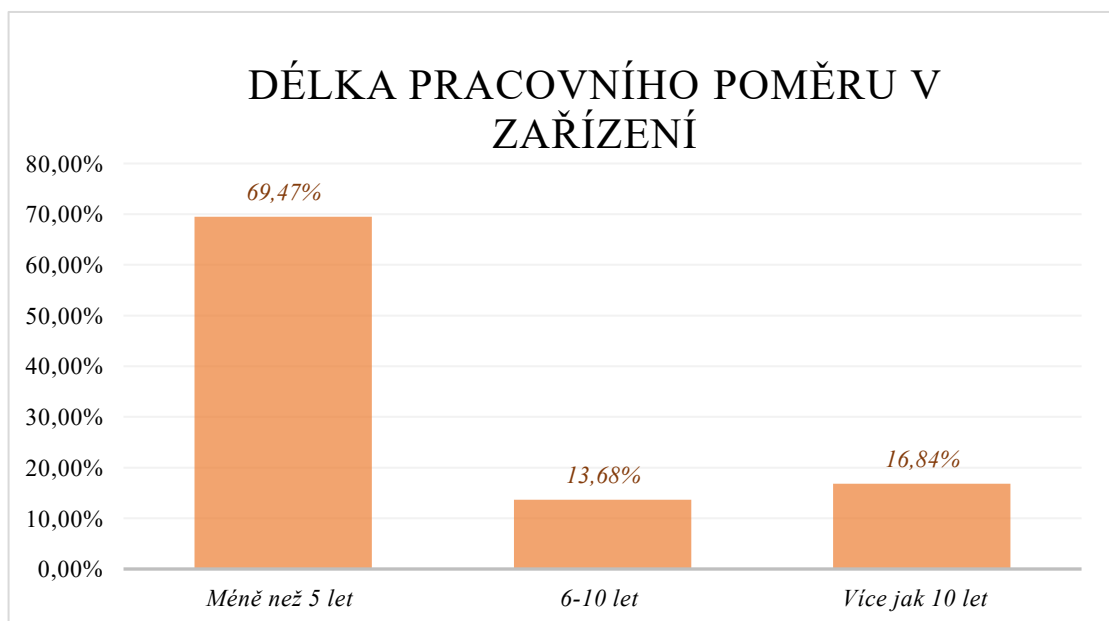
V otázce číslo 4, jak bylo výše zmíněno, je rozdíl mezi tištěnou a elektronickou verzí dotazníku. Data v grafu jsou vyhodnocena od 58 respondentů, kteří obdrželi tištěnou verzi. Zbytek, tedy 37 respondentů, zde chybí. Nejvíce respondentů, celkem 19 (33 %), uvedlo, že pracují v *nemocnici Agel v Prostějově*. Naopak nejméně zastoupený je *Domáci hospic Antoníněk v Uherském Hradišti* s celkem třemi (5 %) respondenty.

Otázka č. 5 Jak dlouho v daném zařízení pracujete?

## 5. Jak dlouho pracujete v zařízení poskytující paliativní péči ?



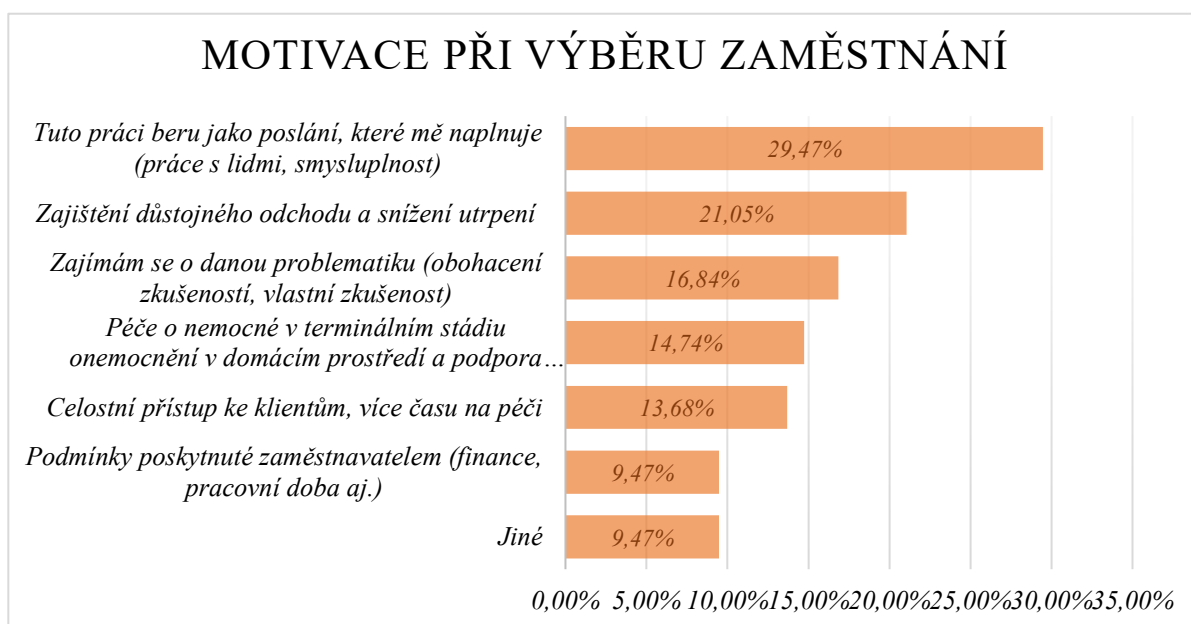
Graf 5 Délka praxe v daném zařízení



Graf 6 Délka pracovního poměru v daném zařízení

Této otázce se účastnili všichni respondenti, v elektronické verzi byla otázka pouze jinak zformulována. Nejčastější variantou odpovědi k otázce č. 5 byla první možnost s délkou pracovního poměru *kratší než 5 let*, a to až u 66 (69,5 %) respondentů. Osobně mě však velmi zaujalo, že 16 (16,8 %) respondentů pracuje v zařízení, které poskytuje paliativní péči *více než 10 let*. Je to obdivuhodné, že zvládají v tomto náročném prostředí každodenní stres, a to již tak dlouhou dobu, nejspíše také proto, aby nemocným zpřijemili poslední chvílky života.

**Otázka č. 6** *Jaká byla vaše motivace pro práci v zařízení poskytující paliativní péči?*



Graf 7 Motivace k práci v paliativní péči

K položce č. 6 v dotazníkovém šetření se vztahuje otázka otevřeného typu, tudíž respondenti mohli napsat svými slovy, z jakého důvodu se rozhodli pracovat právě v oblasti paliativní péče. Všechny odpovědi byly velmi zajímavé a individuální, avšak kvůli přehlednosti jsme se pokusili nejčastěji opakující se odpovědi zařadit do kategorií. Výsledek grafu je pro nás velmi potěšující, a to z důvodu, že pouze devět (9,5 %) respondentů uvedlo jako motivaci *finance, či podmínky poskytnuté zaměstnavatelem*. Celkem 28 (29,5 %) respondentů uvedlo, že *svou práci bere jako poslání*, a právě v tomto oboru vidí pravý smysl. Dvacet (21 %) respondentů motivovalo, že pomohou *umírajícím zajistit důstojný odchod a snížení utrpení* na sklonku života. Další často se opakující odpověď byla *vlastní zkušenost* respondentů se smrtí blízkého člena rodiny nebo *získání nových zkušeností*, a to celkem z 16 (16,8 %) odpovědí. Čtrnáct (14,7 %) respondentů vidí motivaci v *péči o nemocného v domácím*



prostředí a v přítomnosti rodiny. Celostní péči o nemocného a více času na péči označilo 13 (13,7 %) respondentů. V kategorii „jiné“ jsme ponechali následující odpovědi:

„Z legrace.“

„25 let práce primáře.“

„Dělat jinou práci než většina.“

„Předchozí zaměstnání na dětské onkologii.“

„Nebyla, je to součást práce u ZZS.“

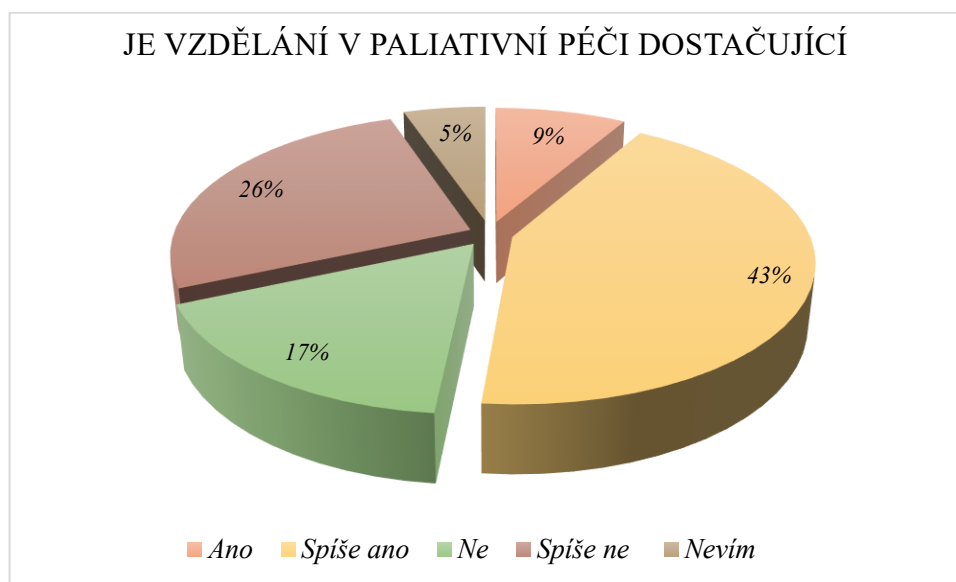
„Pomáhat lidem na okraji společnosti.“

„Možnost budovat tým mobilního hospice.“

„Potřeba být užitečná.“

„Předchozí zaměstnání na oddělení ARO.“

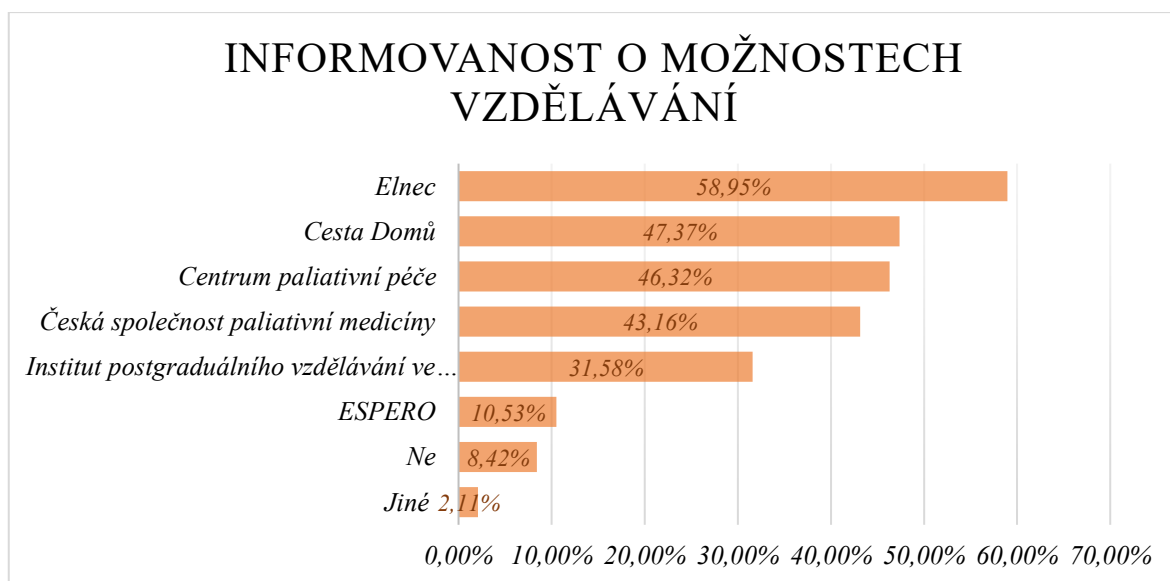
**Otázka č. 7** Myslíte si, že je vzdělání v oblasti paliativní péče dostačující?



Graf 8 Dostatečnost vzdělání pro paliativní péči

Z grafu můžeme vyčíst, že pouze osm (9 %) respondentů uvedlo, že je vzdělávání v paliativní péči *dostačující*, nejfrekventovanější odpovědí bylo „*spíše ano*“ a to u 41 (43,1 %) respondentů. Druhá nejčastější varianta byla „*spíše ne*“ u 25 (26,3 %) zaměstnanců a následuje odpověď „*ne*“ s 16 (16,8 %) hlasy. Odpověď „*nevím*“ byla zastoupena pouze u pěti (5,2 %) respondentů.

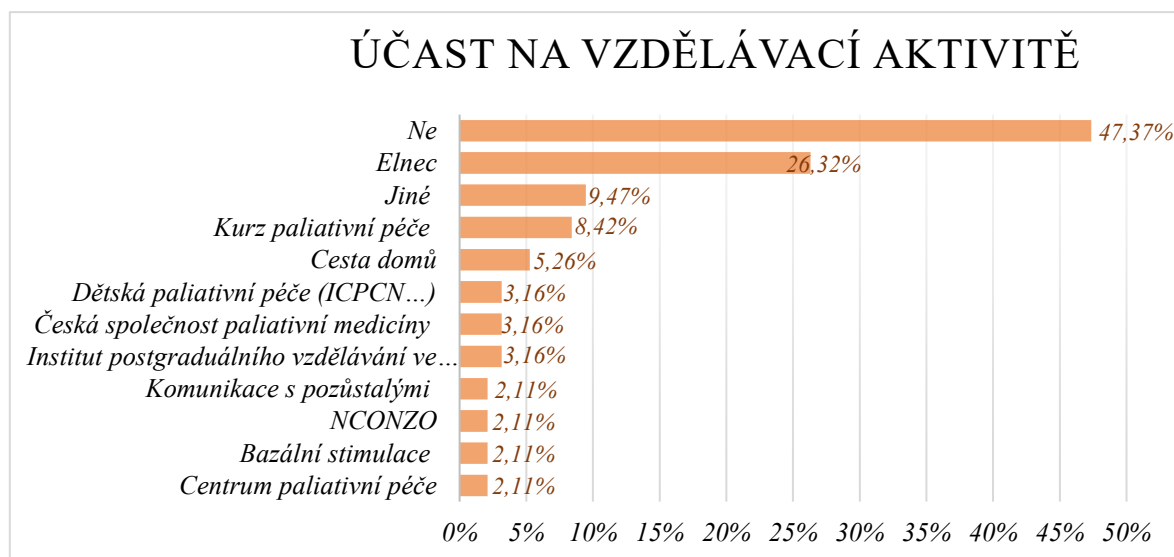
**Otázka č. 8** Slyšel/a jste někdy o níže uvedených možnostech postgraduálního vzdělávání?



Graf 9 Informovanost o možnostech vzdělávání

Nejčastěji respondenti volili vzdělávací kurz *ELNEC*, a to až z 56 (59 %) případů. O 11 (47,4 %) respondentů méně zvolilo kurzy pořádané zařízením *Cesta domů*, následovalo *Centrum paliativní péče* s 44 (46,3 %) odpověďmi. Možnost vlastní odpovědi využili dva (2,1 %) respondenti, kteří uvedli kurz *NCONZO* a *ICPCN*. O žádné výše uvedené vzdělávací aktivity neslyšelo z našeho průzkumu celkem osm (8,4 %) respondentů.

**Otázka č. 9** Zúčastnil/a jste se někdy vzdělávacího kurzu nebo webináře souvisejícím s paliativní péčí? Pokud ANO uveďte jakého:



Graf 10 Účast na vzdělávací aktivitě

Položka číslo 9 byla v dotazníku otevřená a respondenti měli odpovídat, jestli se někdy zúčastnili vzdělávacího kurzu o paliativní péči. Zde 45 (47,4 %) respondentů z našeho výzkumu uvedlo, že se nikdy neúčastnilo žádné vzdělávací aktivity, naopak nejvíce navštěvovaným kurzem je Elnec, a to až u 25 (26,3 %) respondentů. Do kategorie „jiné“ jsme opět zařadili méně často opakující se odpovědi:

„Ano.“

„Dr. Sláma.“

„Již si nepamatuji.“

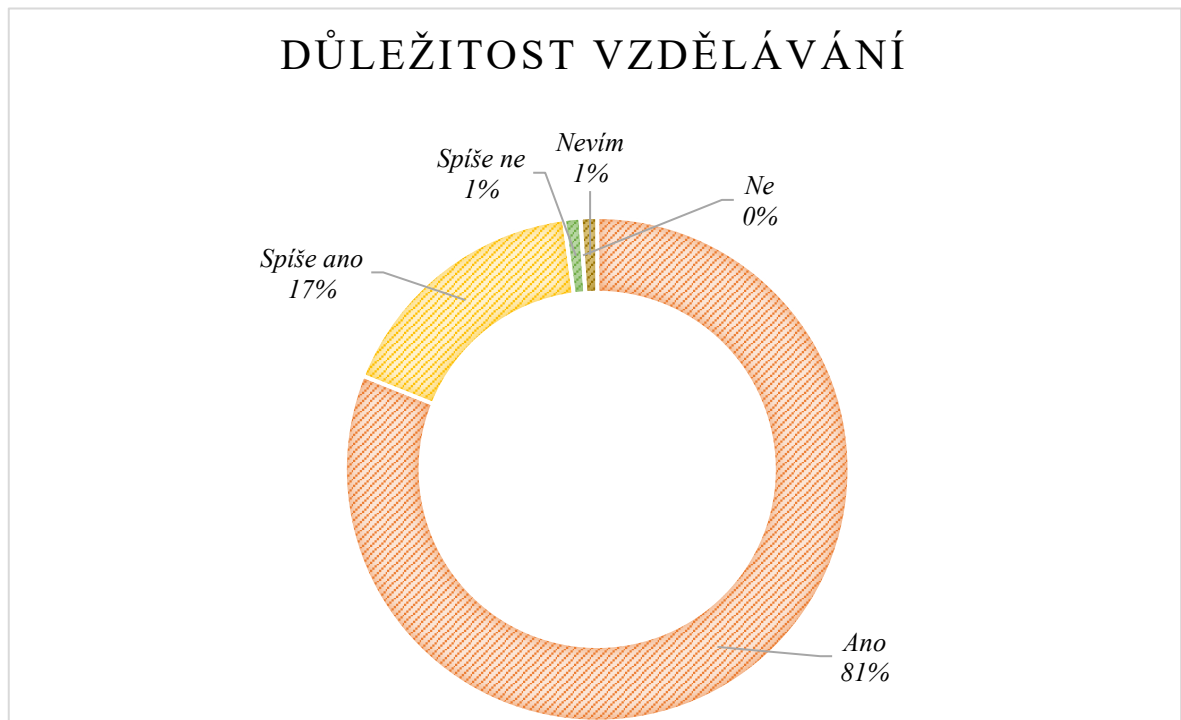
„Seminář od pana docenta Kaly.“

„Samostudium.“

„Hýblová.“

„Kurz k přípravě na atestaci.“

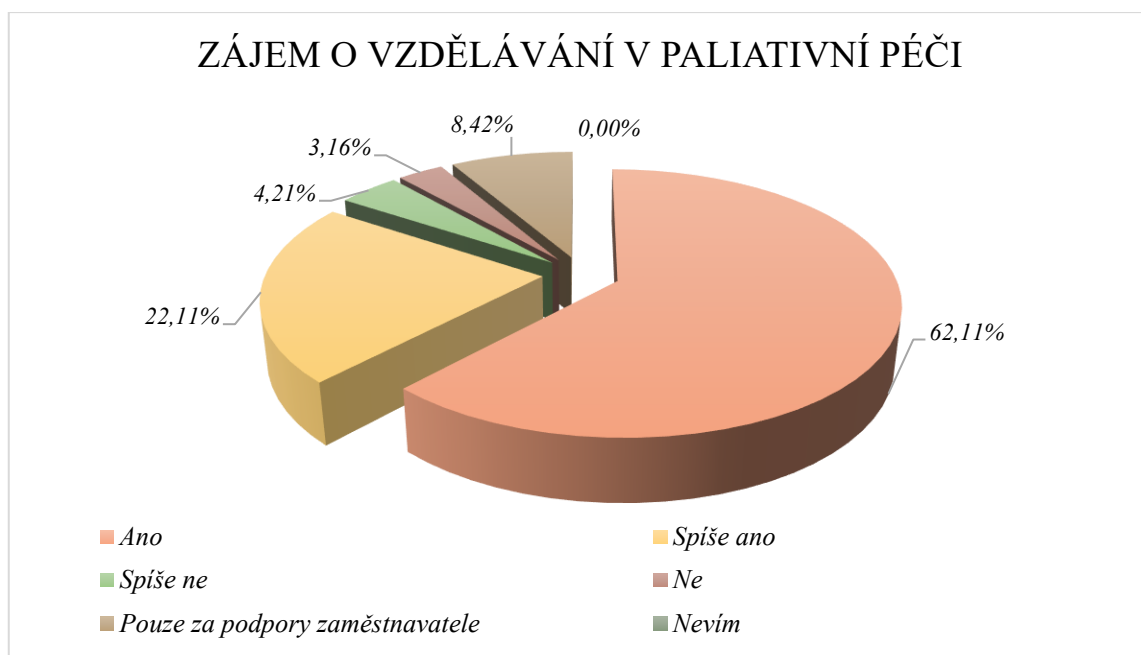
**Otázka č. 10** *Myslíte si, že jsou vzdělávací aktivity přínosné pro zvyšování úrovně paliativní péče?*



Graf 11 Důležitost vzdělávání

V otázce, zda je důležité se vzdělávat se a získávat nové vědomosti a znalosti v paliativní péči, je výsledek zcela jasný. Tady 77 (81 %) respondentů označilo odpověď „ano“, 16 (16,8 %) „spíše ano“, a to pokládáme za velmi pozitivní výsledek. Odpověď „ne“ nezvolil žádný respondent.

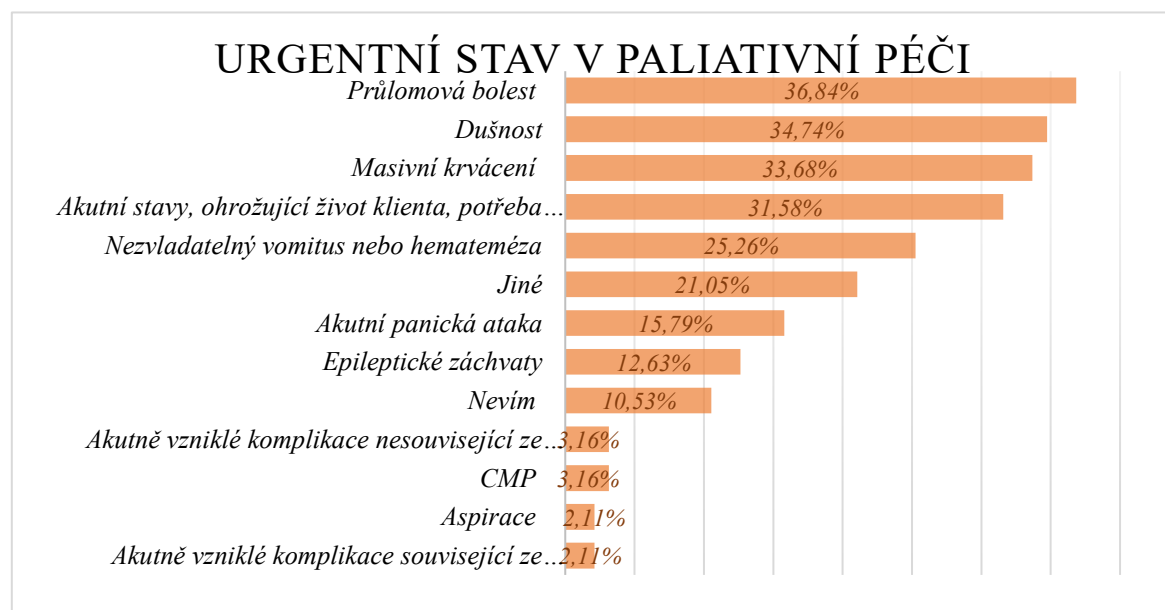
**Otázka č. 11** Máte zájem o další vzdělávání v oblasti paliativní péče?



Graf 12 Zájem o vzdělávání v paliativní péči

Ve výsledcích grafu s číslem 12 můžeme vidět velmi kladný výsledek, související také s dílčím cílem naší práce. Více než polovina všech dotázaných, konkrétně 59, odpověděla, že mají zájem o další vzdělání v paliativní péči. U 21 hlasů byla odpověď *spíše ano*, která je také velmi přívětivá. Osm respondentů zvolilo možnost *pouze za podpory zaměstnavatele*, variantu *spíše ne* zvolili pouze čtyři respondenti a o další vzdělávání nemají zájem tři zaměstnanci. Varianta *nevím* nebyla využita.

**Otázka č. 12** Co si představíte pod pojmem Urgentní stavy v paliativní hospicové péči?



Graf 13 Urgentní stav v paliativní péči

Otázka číslo 12 zjišťuje, co si respondenti vybaví pod pojmem urgentní stavy v paliativní hospicové péči. Jednalo se o otázku otevřenou, kdy respondent vyjadřoval svůj vlastní názor. Odpovědi byly velmi barvitě a často se skládaly z několika názorů, proto jsme nejčastěji se opakující odpovědi kategorizovali a zbytek méně častých odpovědí, označených v kategorii „jiné“ jsou uvedeny níže. Nejčastěji se objevující odpovědi byly: *průlomová bolest, dušnost, masivní krvácení, akutně vzniklé stavy, kdy je zapotřebí rychlé reakce personálu, nezvladatelné zvracení, hemateméza nebo akutní panická ataka*. Kategorie „jiné“ má zde větší procentuální zastoupení, avšak odpovědi se liší. Kategorie „nevím“ je zastoupena 10 (10,5 %) respondenty. Tři (3,2 %) zaměstnanci odpověděli, že pod pojmem urgentní stav si představí *akutně vzniklé komplikace nesouvisející se základní diagnózou*, opačnou odpověď zvolili celkem dva (2,1 %) respondenti, kteří popsali urgentní stav jako *akutně vzniklé komplikace související se základní diagnózou*.

#### ***Jiné odpovědi respondentů:***

„*Jakýkoli nekomfort, který narušuje klidný průběh odcházení ze světa.*“

„*Pacient akutně připojený na dýchací přístroj.*“

„*Náhlé příhody břišní.*“

„*Stavy, kde se nepředpokládá KPR.*“

„*Bližící se smrt.*“

„*Masivní zahlenění.*“

„*Nemožnost se vymočit.*“

„*Zachování kvality života.*“

„*Nutnost odsávání pacienta.*“

„*Stavy, které nejdou řešit na místě.*“

„*křeče, strach.*“

„*Obstrukce močových cest.*“

„*Zástava dechu.*“

„*Potřeba stabilizovat změnu stavu.*“

„*Hypoglykemické kóma.*“

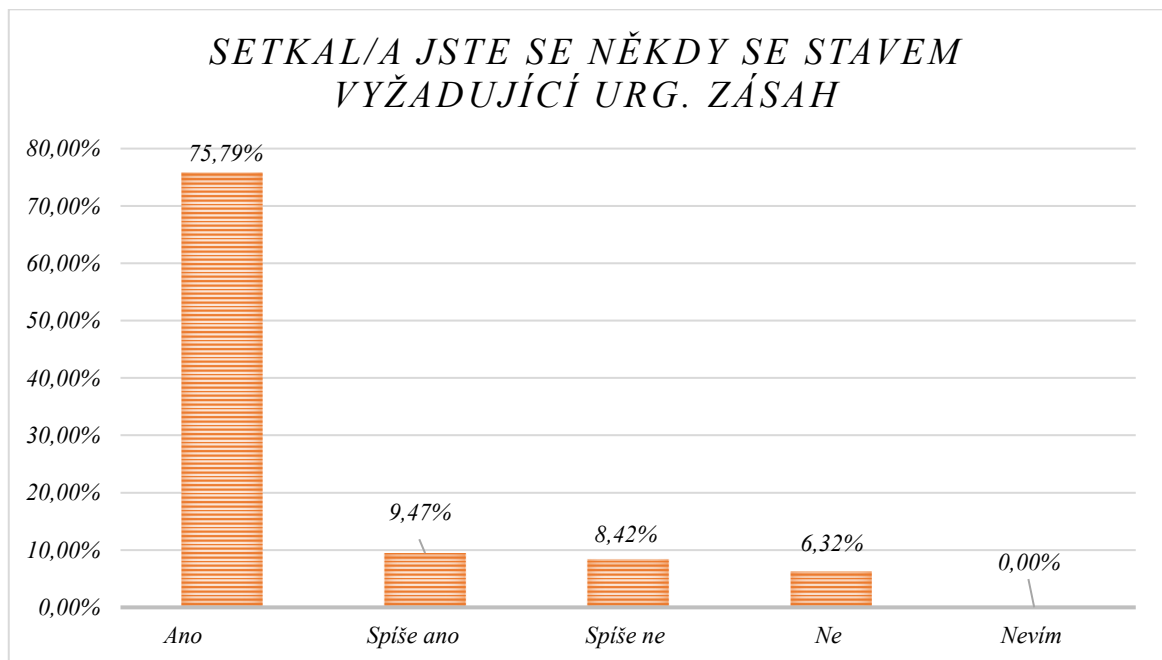
„*Obavy z budoucnosti.*“

„*Masivní zahlenění.*“

„*Symptomatická léčba.*“

„*Malnutrice*“

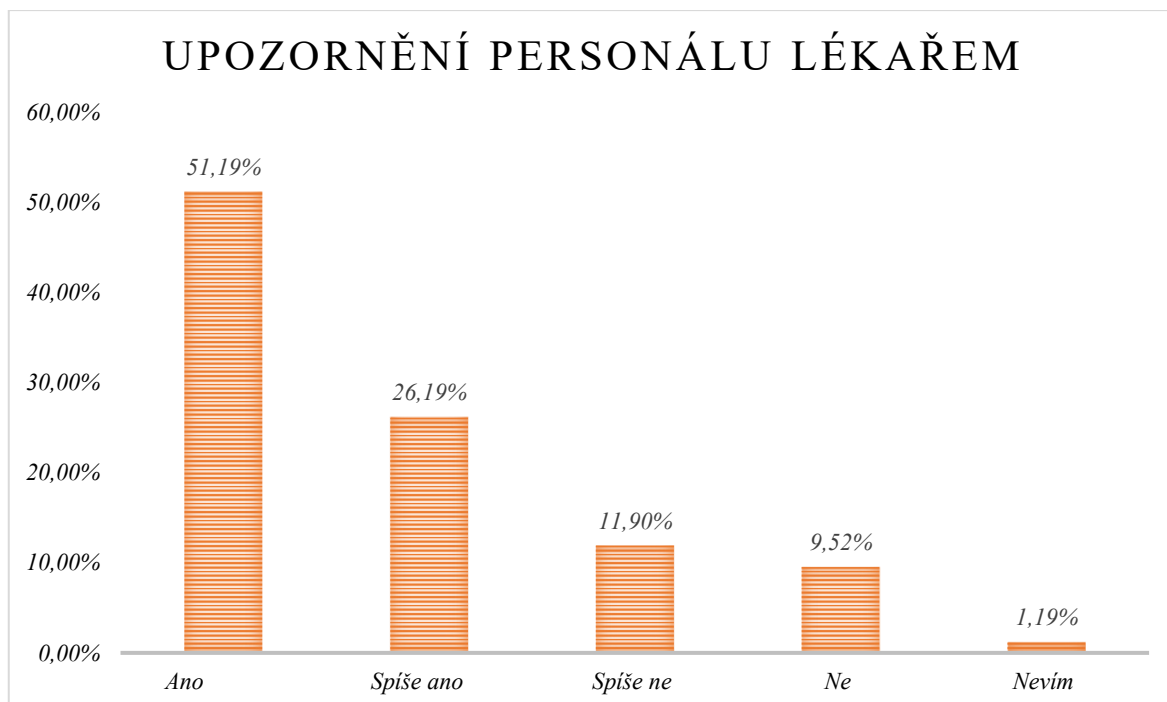
**Otázka č. 13** Setkal/a jste se ve své praxi u P/K se stavem, který vyžadoval urgentní zásah ze strany personálu?



Graf 14 Urgentní stav v paliativní péči

Z grafu č. 14 můžeme vyčíst, že většina, konkrétně 72 (75,8 %) dotázaných respondentů v našem výzkumu, se již během své praxe ve zdravotnictví setkala se stavem vyžadujícím okamžitý zásah ze stran personálu. Odpověď „spíše ano“ zvolilo devět (9,5 %) respondentů, možnost „spíše ne“ osm (8,4 %) a nikdy se ve své praxi s urgentním stavem nesešlo celkem šest (6,3 %) zaměstnanců. Respondenti, kteří zvolili odpověď „ne“, či „spíše ne“ dále v tištěném dotazníku nepokračovali. U elektronické verze bylo pokračování dobrovolné.

**Otázka č. 14** *Byl/a jste předem na možnost vzniku stavu upozorněna lékařem?*

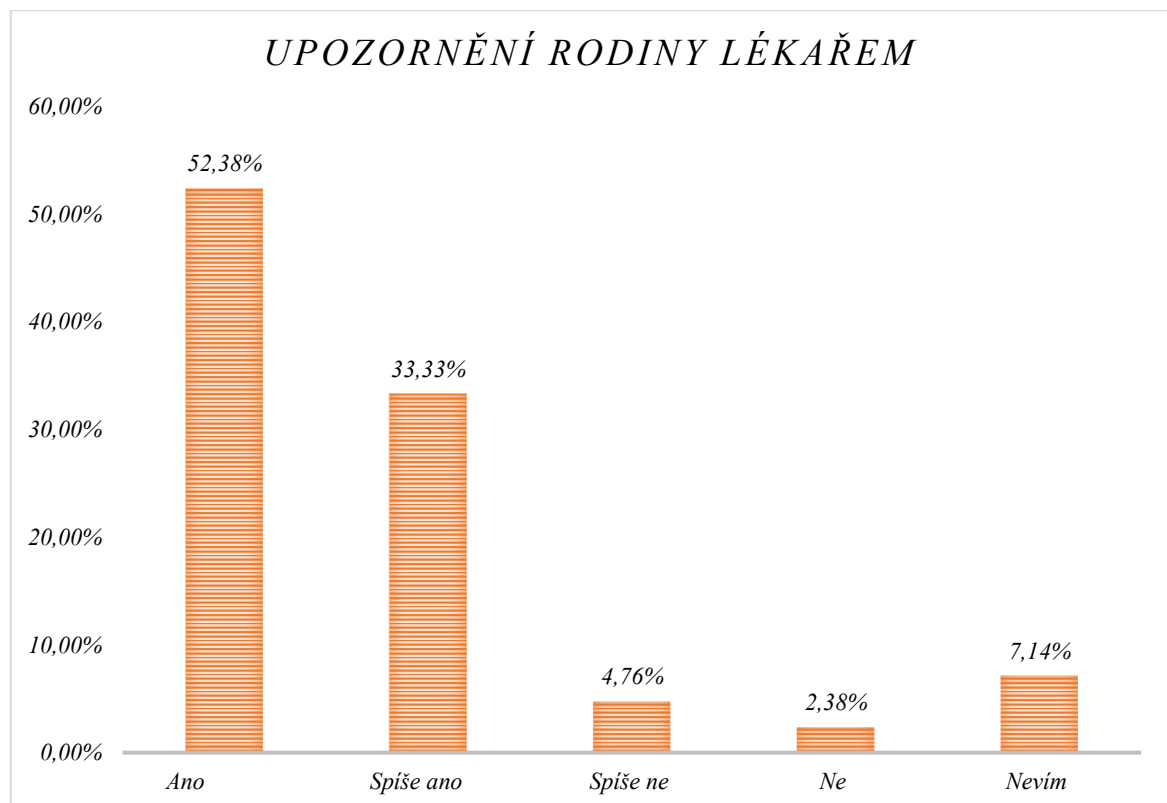


Graf 15 Upozornění personálu lékařem

Z výsledku grafu vidíme, že 43 (51,2 %) respondentů bylo na vznik stavu upozorněno a připraveno. Dále 22 (26,2 %) respondentů uvedlo variantu „*spíše ano*“, dalších 10 (11,9 %) „*spíše ne*“, osm (9,5 %) respondentů upozorněno nebylo „*vůbec*“ a jeden (1,2 %) respondent uvedl variantu „*nevím*.“ Jedenáct respondentů dále v dotazníku nepokračovalo.



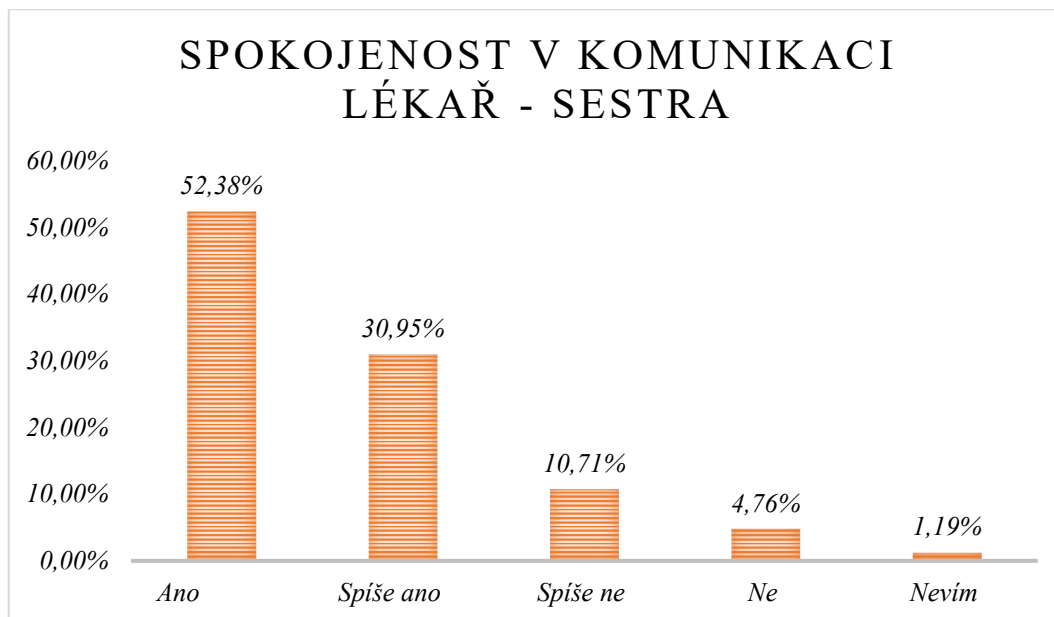
**Otázka č. 15** Byla na možnost vzniku stavu upozorněna rodina nemocného?



Graf 16 Upozornění rodiny lékařem

Výsledky jsou velmi podobné jako u předchozí otázky, pozitivní je, že až 44 (52,3 %) respondentů uvedlo variantu „Ano“, 28 (33,3 %) „spíše ano“, šest (7,1 %) respondentů „nevědělo“ a celkem šest respondentů uvedlo variantu „ne“ (2,4 %) nebo „spíše ne“ (4,8 %).

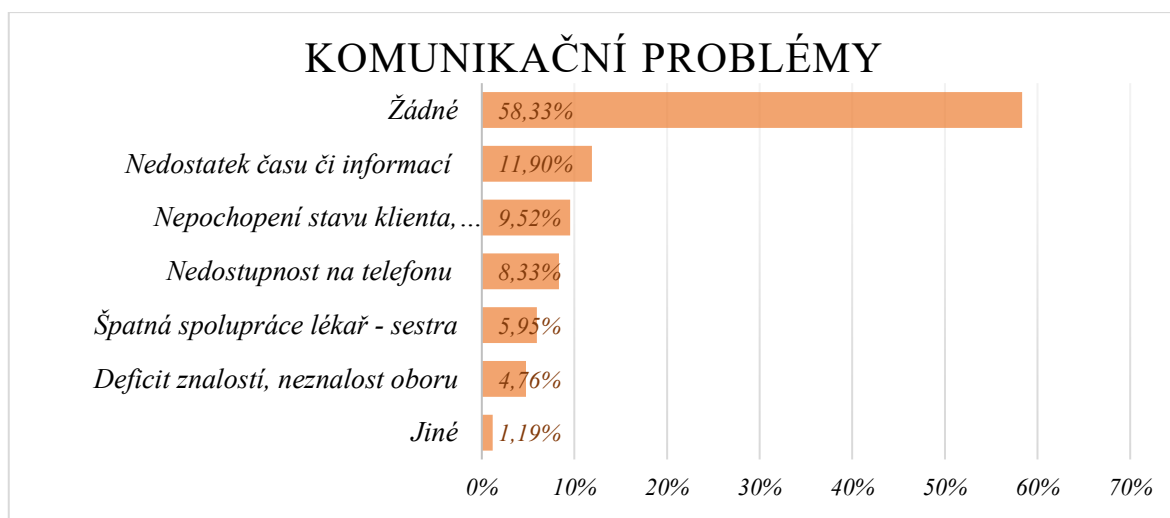
*Otázka č. 16 Jste spokojen/a při řešení urgentního stavu s úrovní komunikace mezi nelékařskými zdravotnickými pracovníky a lékaři?*



Graf 17 Spokojenost v komunikaci lékař-sestra

Z výsledku Grafu č. 17 lze vyčíst, že z celkového počtu 84 respondentů až 44 (52,4 %) je spokojeno v komunikaci s lékařem na svém pracovišti. Variantu „*spíše ano*“ zvolilo 26 (31 %) respondentů, „*spíše ne*“ devět (10,8 %), nespokojeni jsou čtyři (4,8 %) respondenti a odpověď „*nevím*“ zadal jeden (1,2 %) respondent.

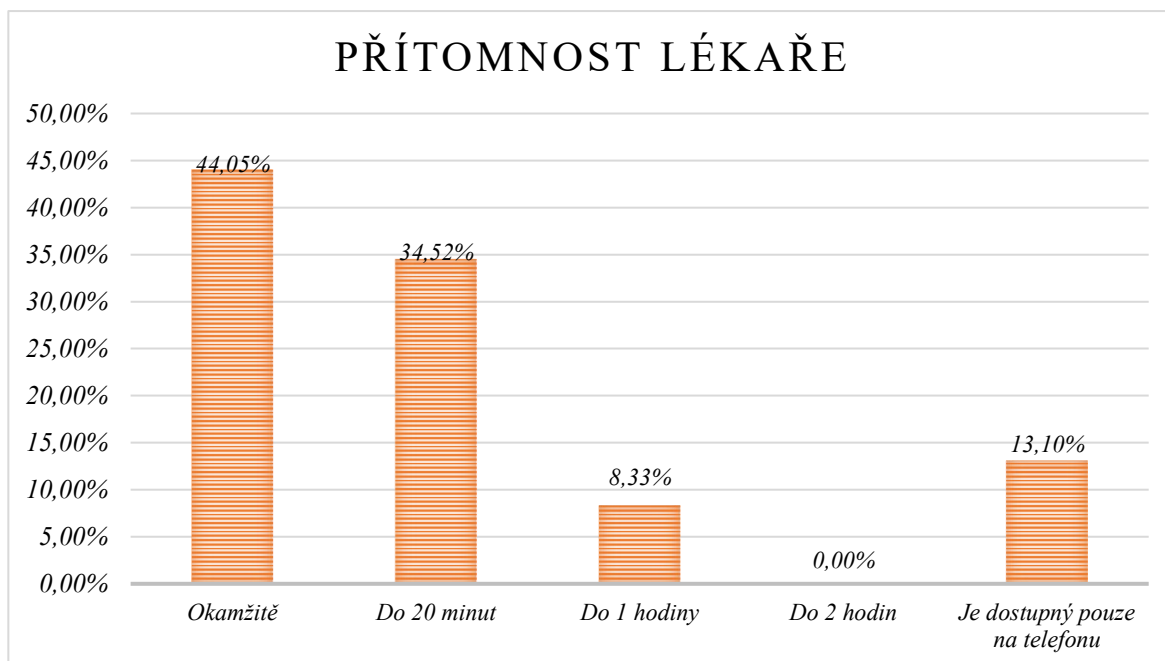
**Otázka č. 17** S jakými komunikačními problémy se případně setkáváte?



Graf č. 18 Komunikační problémy

Otázka č. 19 byla otevřená, kdy respondenti mohli napsat svými slovy, s jakými komunikačními nedostatky se v praxi setkávají. Nejčastěji se opakující odpověď byla k našemu potěšení „s žádnými“, a to až u 49 (58,3 %) respondentů z celkového počtu 84. Celkem 10 respondentů uvedlo „nedostatek času a informací o pacientovi“, osm (9,5 %) „nepochopení stavu P/K, nezvládání péče či nesmířenost se smrtí.“ Další opakující se odpovědi, hlavně u mobilních služeb poskytujících specializovanou paliativní péči, je „nedostupnost lékaře na telefonu“ až v sedmi (8,3 %) případech. „Špatná spolupráce mezi lékařem a sestrou“ komplikuje výkon v zaměstnání pěti (6 %) respondentům. „Neznalost oboru“ uvedli čtyři (4,8 %) respondenti a jeden respondent uvedl problémy „psychické, smyslové a komunikační.“

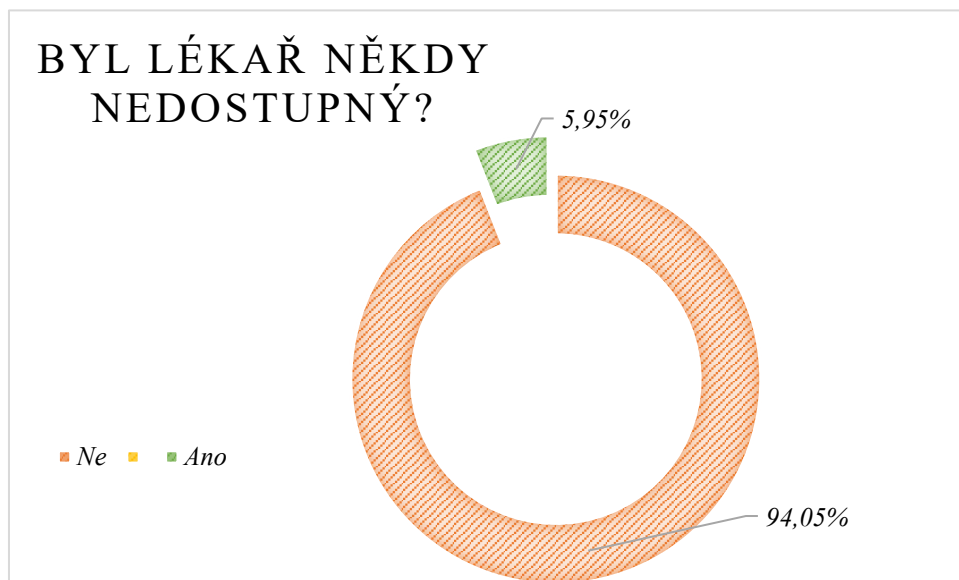
**Otázka č. 18** V případě, že se u pacienta objeví stav vyžadující urgentní léčebný zásah, je lékař k dispozici:



Graf 18 Přítomnost lékaře

Otázka č. 18 zjišťuje, kdy je lékař k dispozici, pokud se u nemocného vyskytne stav vyžadující urgentní péči. Z celkového počtu 84 respondentů uvedlo 36 (44 %) variantu „okamžitě“, 29 (34,5 %) uvedlo, že je lékař k dispozici „do 20 minut.“ sedm (8,3 %) respondentů má zkušenost, že byl lékař k dispozici až za „1 hodinu“ a 11 (13,1 %) respondentů má lékaře „dostupného pouze na telefonickou konzultaci.“

**Otázka č. 19** *Stalo se vám někdy, že v případě rozvoje stavu, který u pacienta vyžadoval urgentní léčebný zásah, byl lékař zcela nedostupný?*



Graf 19 Nedostupnost lékaře

Z grafu č. 20 jsme zjistili, že lékař byl až v 94 %, tedy u 79 respondentů vždy k dispozici. Odpověď „ano“ uvedlo pět respondentů (6 %), respondenti si v této situaci museli poradit sami, proto jsme je požádali, aby vzniklou situaci popsali.

*„Situace se stala v ranních hodinách, kdy pacientka začala být dušná, hyposaturovala a lékař nebyl k zastížení.“*

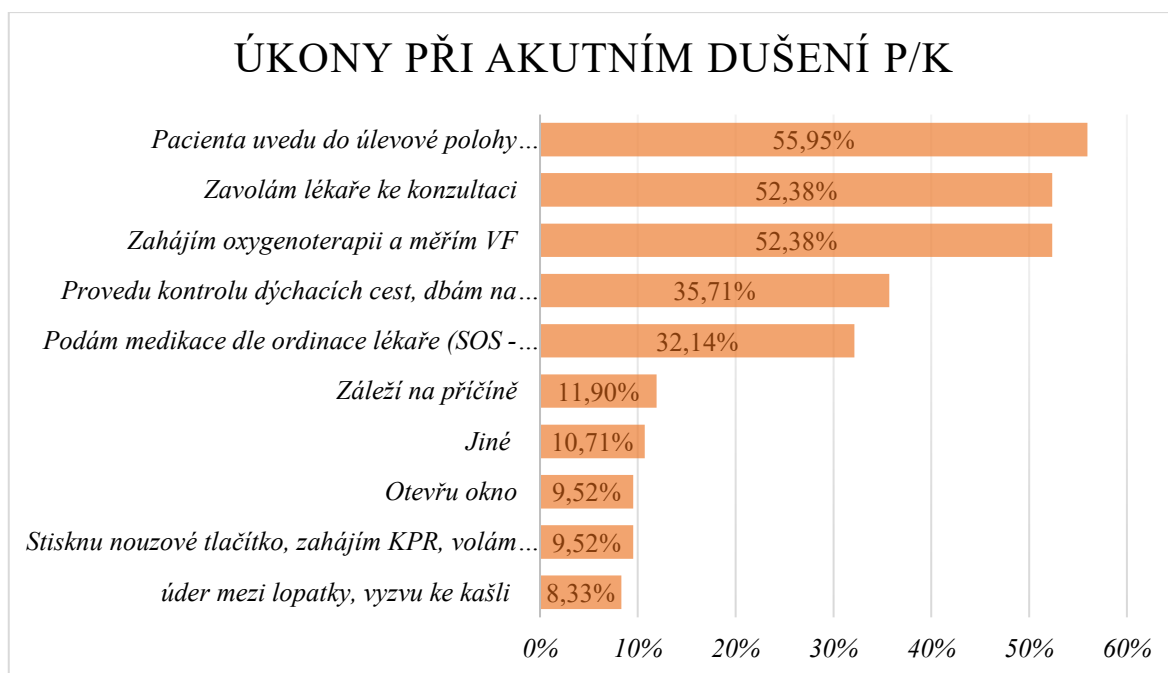
*„Měla jsem zkušenost na noční směně, kdy lékař byl pouze na příslužbě.“*

*„Hypoglykemické kóma a nebylo možné zastihnout sloužícího lékaře.“*

*„Lékař nezvedal telefon ke konzultaci.“*

*„Řešil stav jiného pacienta.“*

**Otázka č. 20** Popište svými slovy, jak byste postupoval/a při náhle vzniklém dušení u P/K?



Graf 20 Úkony při akutním dušení

Při náhle vzniklém dušení by 47 (56 %) respondentů uvedlo nemocného do Fowlerovy či ortopnoické polohy pro zlepšení ventilace plic. „Následuje telefonické spojení s lékařem ke konzultaci“ a „zahájení oxygenoterapie s měřením vitálních funkcí“ s 44 (52,4 %) odpověďmi. Třicet (35,7 %) respondentů uvedlo, že „provede kontrolu dýchacích cest a dbá na prevenci aspirace“. Další opakující se odpovědí je podání farmakologických přípravků dle ordinace lékaře. Nejvíce využívané léky jsou tzv. SOS medikace (Morfin s.c, Apaurin, Dormicum, Buscopan, Midazolam...) tuto variantu uvedlo 27 (32,1 %) respondentů. Do kategorie „jiné“ jsme nadále zařadili méně se opakující odpovědi:

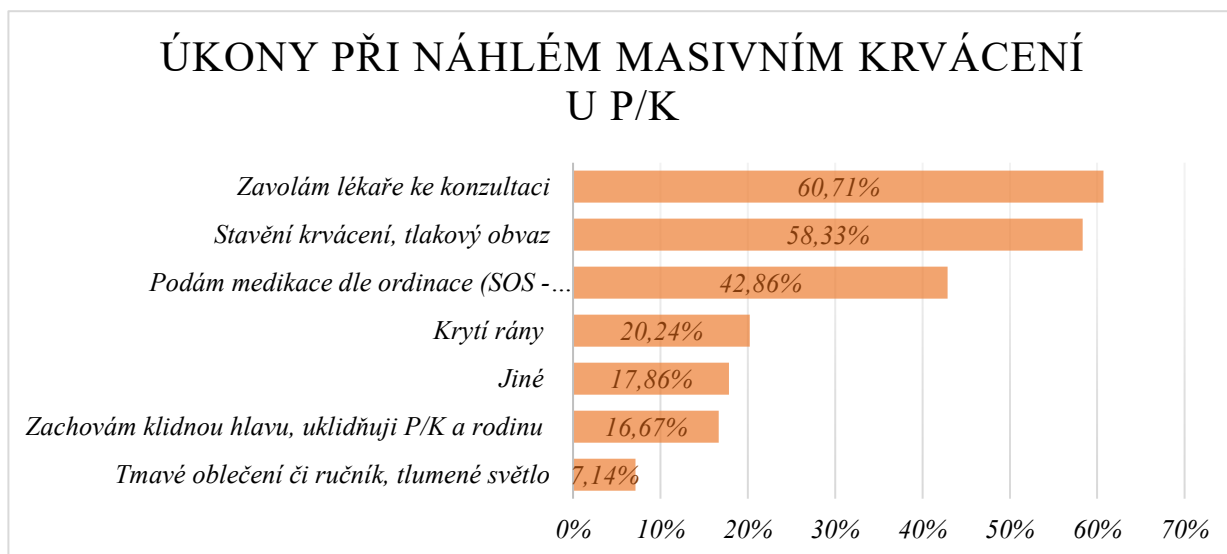
„Uvolním oděv, výměna tracheostomie.“

„Zavedu periferní žilní kanylu.“

„Uklidňuji pacienta a rodinu nemocného.“

„Dle postupů první pomoci.“

**Otázka č. 21** Popište svými slovy, jak byste postupoval/a při náhlém masivním krvácení u P/K (z rány, tracheostomie, kožní metastázy atd....)



Graf 21 Úkony při náhlém masivním krvácení

U otázky č. 21 měli respondenti napsat svými vlastními slovy, co by udělali, kdyby se u nemocného objevilo náhlé masivní krvácení. Zde by 51 (60,7 %) respondentů neprodleně kontaktovalo lékaře. S celkem 49 (58,3 %) odpověďmi následuje stavění krvácení pomocí tlakového obvazu, 36 (42,9 %) respondentů by podalo farmaka dle ordinace lékaře, nejčastěji – SOS medikace (Dicynone, Gelaspon, Pamba, Kanavit, Exacyl, sedace P/K – Dormicum, Midazolam). Do kategorie „jiné“ jsme zařadili další méně se opakující odpovědi:

„Zahájím KPR.“

„Fyzikální chlazení“

„Volám RZP.“

„Stisknutí nouzového tlačítka.“

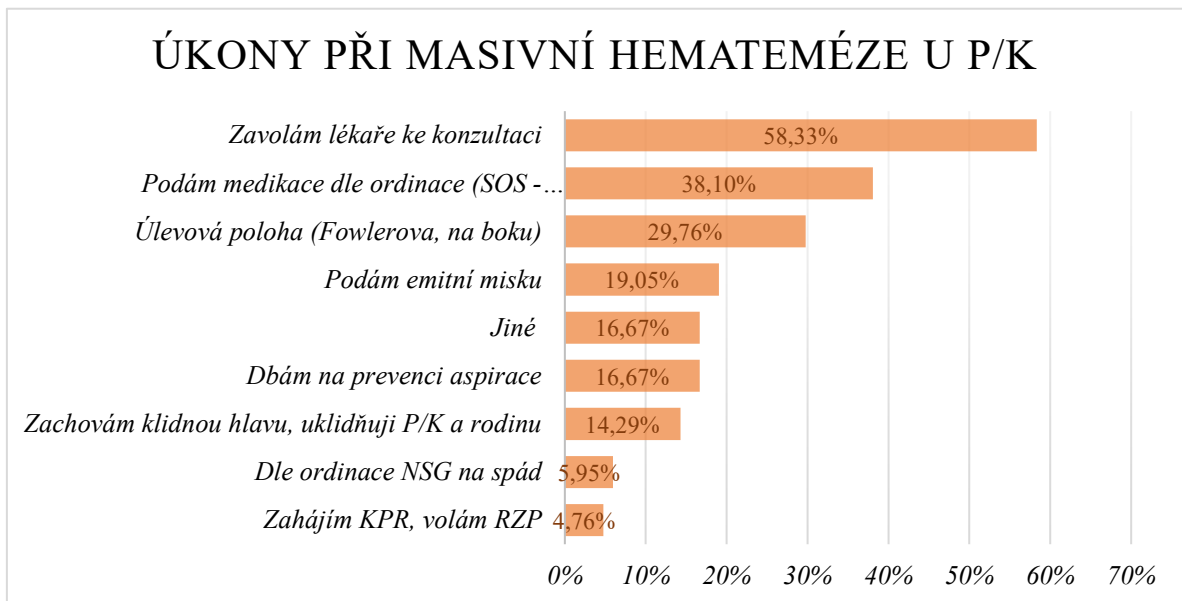
„Odsávání z tracheostomie.“

„Měření vitálních funkcí.“

„Záleží dle druhu krvácení.“

„Zajištění periferní žilní kanyly.“

**Otázka č. 22** Popište svými slovy, jak byste postupoval/a při masivní hemateméze u P/K?



Graf 22 Úkony při masivní hemateméze

Z grafu č. 23 jsme zjistili, že 49 (58,3 %) respondentů by kontaktovalo lékaře ke konzultaci, dalších 32 (38,1 %) by podalo farmaka dle ordinace, kdy nejčastěji se opakující medikace byly Dicynone, Pamba, Exacyl, Gelaspon, Torecan, Ondansetron a Sedace P/K. Do úlevové polohy Fowlerovy nebo stabilizované by nemocného uvedlo 25 (29,8 %) respondentů a emitní misku uvedlo 16 (19 %) respondentů. Kategorie „jiné“ zde má poměrně velké procentuální zastoupení, avšak odpovědi se liší.

**Jiné odpovědi respondentů:**

„Čisté prádlo a jednorázová podložka.“

„Je to individuální a záleží na příčině.“

„Dle stavu pacienta a jeho diagnóze.“

„Zavedení periferní žilní kanyly.“

„Odsávání z tracheostomie.“

„Ledování oblasti břicha.“

„Měření vitálních funkcí.“

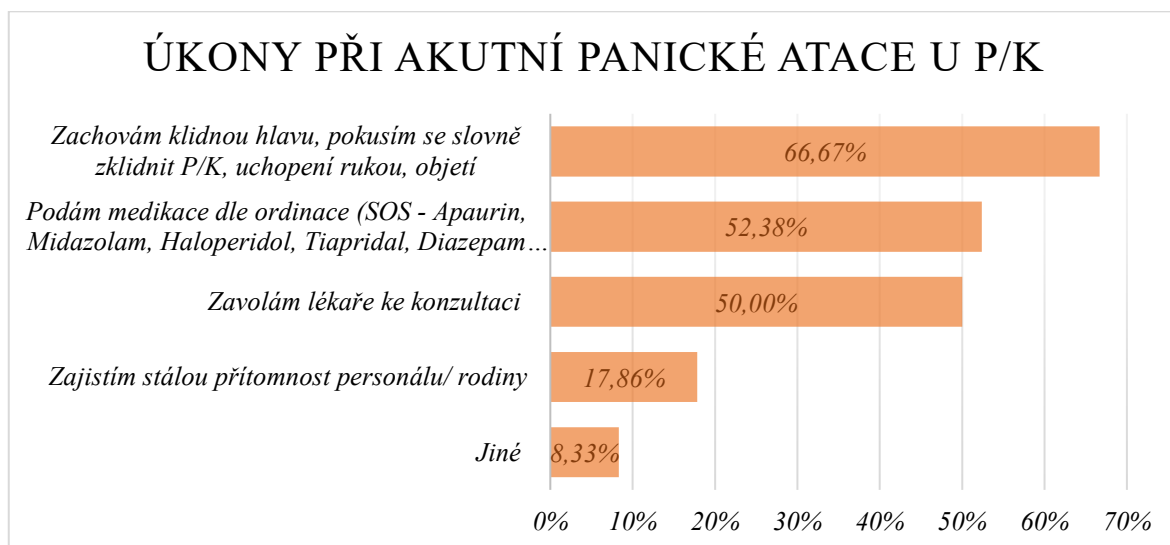
„Zatažení závěsů.“

„Tmavé oblečení.“

„DTTO“



**Otázka č. 23** Popište svými slovy, jak byste postupoval/a při akutních stavech panické úzkosti u P/K?



Graf 23 Úkony při akutní panické atace

Z Grafu č. 24 jsme zjistili, že 56 (66,7 %) respondentů by se pokusilo nemocného *uklidnit verbálně, pomocí slov, doteků, popřípadě objetí*. Dalších 44 (52,4 %) dotázaných zvolilo *podání medikace*, nejčastěji SOS – Apaurin, Midazolam, Haloperidol, Tiapridal, Diazepam či Neurol. Přesně polovina z celkového počtu 84 respondentů by *zavolala lékaře ke konzultaci* a dalších 15 (17,9 %) zaměstnanců by zajistilo *stálou přítomnost personálu nebo rodiny do stabilizace stavu*. V kategorii „jiné“ zůstali následující odpovědi:

„Zajištění bezpečí klienta.“

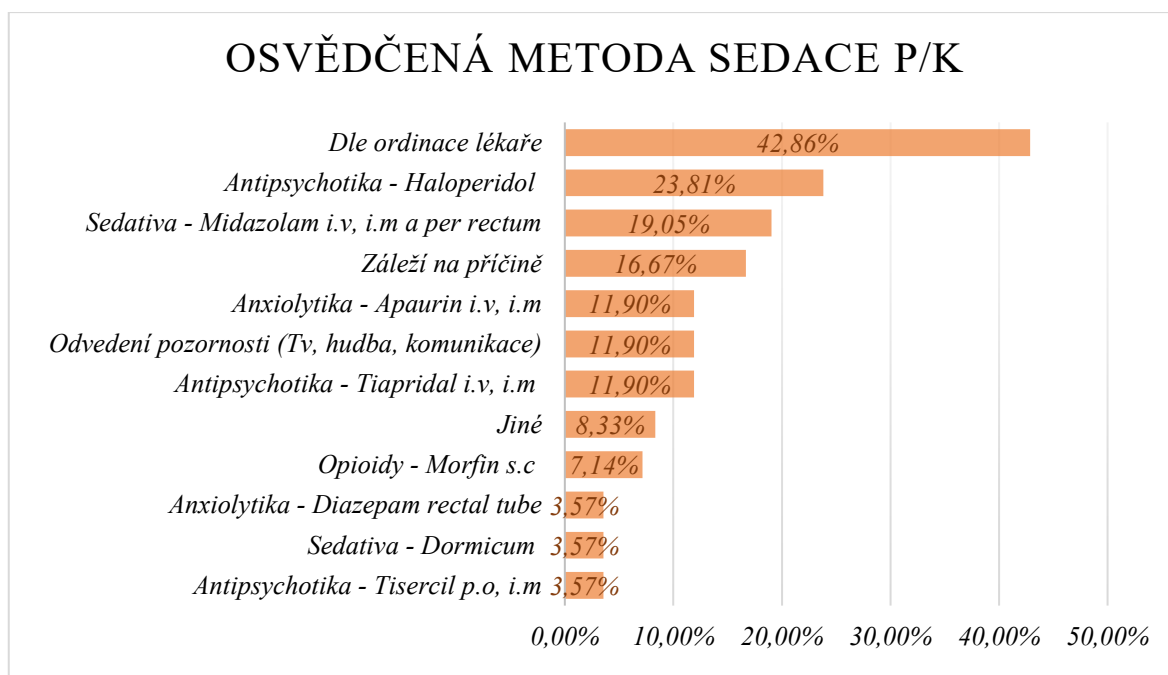
„Záleží na příčině vzniku ataky.“

„Podám kyslíkovou terapii.“

„Sáček k ústům.“

„DTTO.“

**Otázka č. 24** Jaká je na vašem pracovišti osvědčená metoda pro sedaci neklidného P/K?



Graf 24 Osvědčená metoda sedace

Otevřená otázka č. 24 měla za úkol zjistit, jaká je u respondentů nejčastější metoda pro sedaci neklidného pacienta. Zde 36 (42,9 %) respondentů uvedlo *dle ordinace lékaře*. Další odpovědi byly konkrétní a nejčastěji opakující se variantou bylo podání *Haloperidolu*, a to u 20 (23,8 %) respondentů. Následuje *Midazolam* s 16 (19 %) odpověďmi. Četnou odpovědí s 10 (12 %) hlasy bylo *odvedení pozornosti P/K, povídání si, zapnutí televize či rádia* aj. V kategorii „jiné“ zůstali méně se opakující odpovědi:

„Celková anestezie“

„Dechová cvičení“

„Neurol“

„Lexaurin“

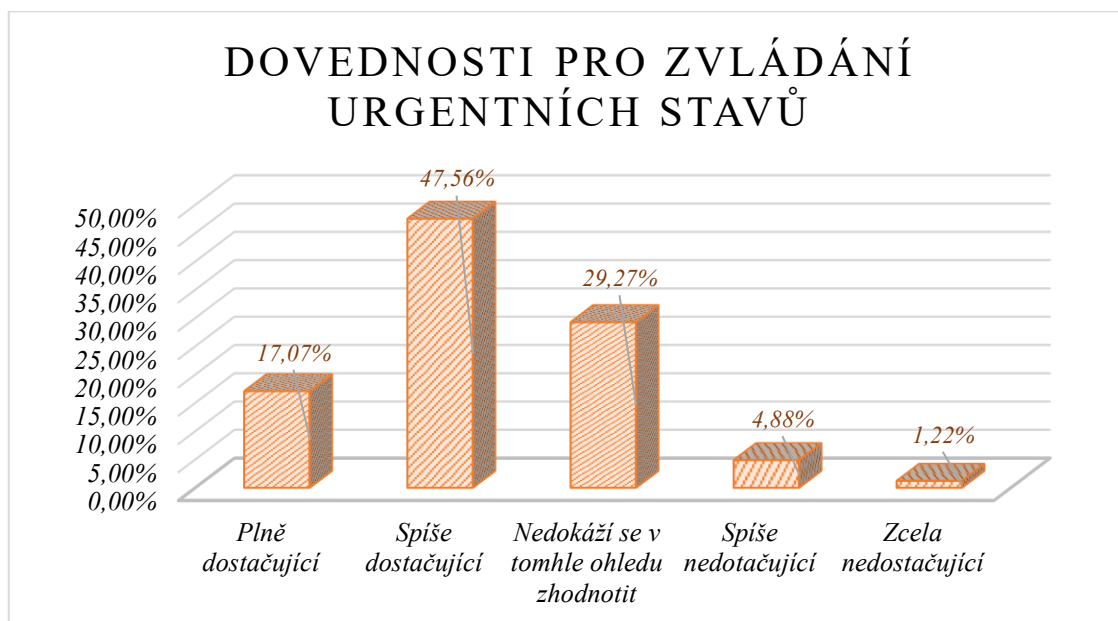
„Buscopan“

„Postranice“

„Plegomazin“

„Nevím“

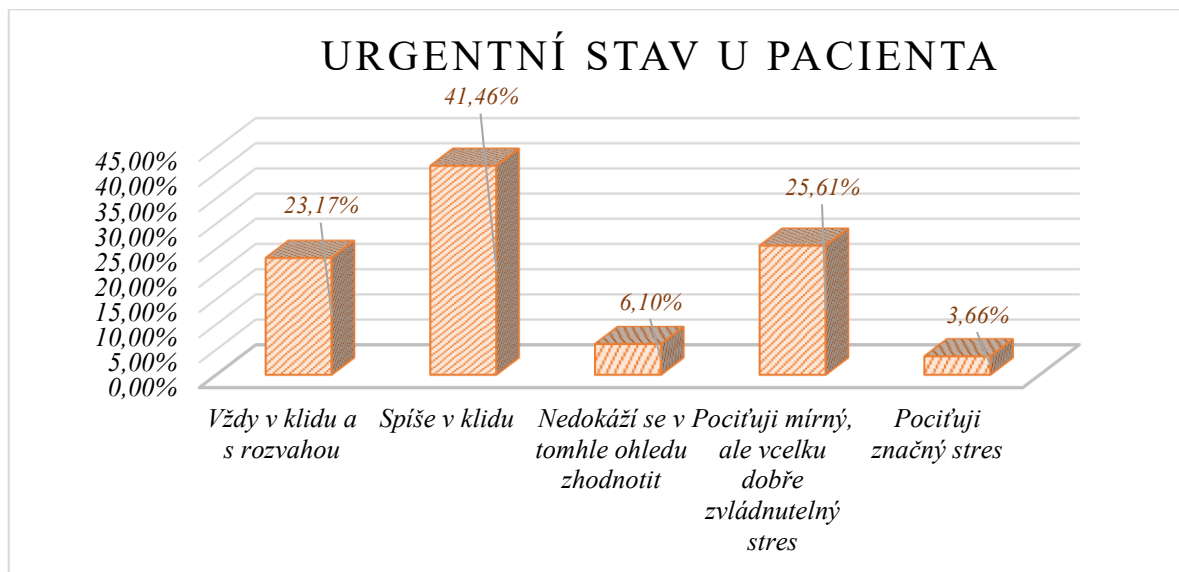
**Otázka č. 25** Pro zvládání urgentních stavů v paliativní péči pokládám své odborné zkušenosti a kompetence za?



Graf 25 Dovednosti pro zvládání urgentních stavů

V otázce č. 25 jsme zjišťovali, jak respondenti hodnotí své odborné zkušenosti a kompetence. Zjistili jsme, že variantu „*plně dostačující*“ zvolilo 14 dotázaných, za „*spíše dostačující*“ označilo své zkušenosti 39 (47,6 %) respondentů, dalších 24 (29,2 %) vybralo variantu „*nedokáží se v tomhle ohledu hodnotit*“. Čtyři (4,9 %) respondenti označili „*spíše nedostačující*“ a jeden respondent „*zcela nedostačující*“.

**Otázka č. 26** V případě, že u P/K proběhne stav vyžadující urgentní léčebný zásah, zvládám tuto situaci?



Graf 26 Urgentní stav u pacienta

U závěrečné otázky č. 26 jsme zjišťovali, jak zvládají respondenti setkání se stavem, který vyžaduje urgentní léčebný zásah. Z počtu 82 respondentů odpovědělo 19 (23,2 %) „vždy v klidu a s rozvahou“, dalších 34 (41,5 %) uvedlo „spíše v klidu“, pět (6,1 %) se v tomto ohledu nedokáže zhodnotit. Dvacet jedna (25,6 %) dotázaných označilo variantu „mírného stresu“ a další tři (3,7 %) „pocítuje značný stres.“

## 6 DISKUZE

V této kapitole se budeme zabývat zhodnocením výsledků získaných při dotazníkovém šetření. Akademická práce urgentních stavů v paliativní a hospicové péči v námi zvoleném aspektu zatím publikována nebyla, a proto nelze naše závěry porovnat s výsledky zjištěnými jinými autory.

### **Hlavní cíl č. 1 Zjistit, zda jsou NLZP dostatečně informováni o klinických příznacích v terminálním stadiu onemocnění vyžadující urgentní léčebný zásah.**

K hlavnímu cíli se vztahují otázky č. 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18.

Otázka č. 12 byla otevřeného typu, kdy respondent měl popsat, co si vybaví pod pojmem urgentní stavy v paliativní hospicové péči. Z celkového počtu 95 respondentů odpovědělo 10 z nich, že neví, co si pod daným pojmem představit. Jednalo se především o respondenty s krátkou délkou praxe v daném zařízení. Mezi nejčastěji opakující se odpovědi patřily průlomová bolest, masivní krvácení a dušení. Další častou odpovědí bylo, že se jedná o stav, kdy je zapotřebí rychlé reakce personálu, nezvladatelné zvracení, hematéméza nebo akutní panická ataka. Méně často opakující se odpovědi byly masivní zahlenění, epileptické záchvaty, CMP, aspirace a další. Z odpovědí vyplývá, že většina dotázaných je informována o klinických příznacích v terminálním stadiu onemocnění vyžadující urgentní léčebný zásah.

V otázce č. 13 se ptáme, zda se respondenti v průběhu své praxe již setkali se stavem vyžadujícím okamžitý léčebný zásah. Z celkového počtu 95 respondentů uvedlo 81 z nich, že ano, a zbylých 14 odpovědělo ne. Ti, kteří odpověděli ne, dále v dotazníku nepokračovali. V elektronické verzi bylo pokračování dobrovolné.

V otázce č. 14, zda byli zdravotníci předem na možnost rozvoje stavu upozorněni lékařem, jsme zjistili, že 65 respondentů lékař předem upozornil, tudíž se mohli předem připravit. Dalších 10 respondentů odpovědělo „spíše ne“ a osm nebylo na možnost rozvoje stavu připraveno vůbec.

Velmi pozitivní výsledek uvádí následující otázka č. 15, která zkoumala, zda byla předem upozorněna rodina nemocného. Z celkového počtu 84 respondentů uvedlo 72 z nich, že lékař rodinu nemocného předem upozornil a varoval. Šest dotázaných odpovědělo, že neví, a zbylých šest zvolilo odpověď ne. Z výsledků vyplývá, že komunikace mezi lékařem a rodinou je na kvalitní úrovni.

Otázka č. 16 zjišťuje spokojenost v komunikaci mezi lékařem a NLZP. Z výsledků vyplývá, že zdravotníci jsou spokojeni s úrovní komunikace s lékařem. Pouze 13 respondentů z celkového počtu 84 odpovědělo, že pocítuje v komunikaci značné nedostatky.

V otázce č. 17 měli respondenti popsat, zda se setkávají s nějakými komunikačními nedostatky a případně je popsat. U 49 dotázaných se žádné komunikační problémy mezi lékařem a NLZP nevyskytují. Respondenti, kteří označili odpověď „ano“, se nejčastěji opakovali v tom, že lékař nemá dostatek času a informací o P/K. Zajímavou odpovědí bylo, že nezvládají péči a nejsou smíření se smrtí. Další častou odpovědí byla nedostupnost lékaře na telefonu nebo neznalost oboru.

Výsledek otázky č. 18 tedy je-li lékař k dispozici v případě rozvoje urgentního stavu, může být v určitých situacích poměrně problémová. Jedenáct respondentů uvedlo, že je lékař dostupný pouze na telefonu a sedm respondentů odpovědělo přítomnost lékaře do jedné hodiny. Z výsledků vyplývá, že NLZP si musí umět poradit i sám bez přítomnosti lékaře, z toho důvodu je nutné klást větší důraz na tuto problematiku v rámci příslušného vzdělávání a také v organizaci práce zdravotnických týmů.

### **Dílčí cíl č. 1 Zjistit vzdělávání NLZP v paliativní hospicové péči.**

K dílčímu cíli č. 1 se vztahují otázky č. 3, 7, 8, 9, 10, 11.

Otázka č. 3 zjišťovala, jaké mají respondenti nejvyšší dosažené vzdělání. Největší zastoupení měla možnost střední odborné vzdělání s maturitou, a to u 42 respondentů. Pozitivní je, že celkem 23 respondentů má vystudovanou VOŠ nebo VŠ a k tomu ještě kurz v paliativní péči nebo specializační postgraduální vzdělání. Věřím, že toto číslo bude i nadále růst a vzdělaných zdravotníků v oblasti paliativní péče bude přibývat.

Přesvědčit nás o tom mohou také výsledky otázky č. 7, kde měli dotázaní odpovědět, zda je vzdělávání v paliativní péči dostačující. Pouze osm z celkového počtu 95 respondentů si myslí, že je vzdělávání v pořádku.

Otázka č. 8 zkoumá, o jaké vzdělávací aktivitě respondenti z našeho výzkumu slyšeli. Jednalo se o selektivní otázku s možnostmi volby více odpovědí, popřípadě si respondent mohl napsat vlastní odpověď. Nejznámější je vzdělávací kurz ELNEC, který zvolilo 59 respondentů, následují vzdělávací aktivity pořádané zařízením Cesta domů a vzdělávání Centrem paliativní péče. Vlastní odpověď zvolili dva respondenti, uvedli kurzy NCONZO a ICPCN. Celkem osm respondentů nikdy neslyšelo o žádné vzdělávací aktivitě v paliativní péči.

Otázka č. 9 byla podobná s tím rozdílem, že respondenti měli uvést, jaké vzdělávací aktivity se v průběhu své praxe ve zdravotnictví zúčastnili. Dvacet pět respondentů uvedlo kurz ELNEC, pět dotázaných se zúčastnilo kurzu Cesty domů, osm má za sebou kurz paliativní péče. Celkem 45 respondentů se nikdy žádné vzdělávací aktivity nezúčastnilo.

V otázce č. 10, zda je důležité se vzdělávat a získávat nové vědomosti a znalosti v paliativní péči, je výsledek zcela jasný a velmi nás potěšil. Devadesát tři respondentů si myslí, že je důležité se stále vzdělávat a obohacovat své zkušenosti. Odpověď „ne“ nezvolil žádný respondent.

Otázka č. 11, zda mají respondenti zájem o další vzdělávání v oblasti paliativní péče, má velmi kladný výsledek. Osmdesát respondentů uvedlo, že mají v plánu se v budoucnu zúčastnit nějaké vzdělávací aktivity. To je pro růst kvality péče v paliativní medicíně chvályhodný výsledek.

### **Dílčí cíl č. 2 Zjistit motivaci při výběru povolání NLZP v paliativní péči.**

K dílčímu cíli č. 2 se vztahuje otázka č. 6

Otázka č. 6 zkoumá, co bylo hlavním důvodem a co zdravotníky motivovalo při volbě zaměstnání v oboru paliativní péče. Odpovědi byly velmi barvitě a různorodé. Nejvíce opakující odpovědí bylo, že 28 respondentů bere tuto práci jako poslání, které je naplňuje a vidí v tomto oboru pravý smysl. Následuje odpověď zajištění důstojného odchodu ze světa a snížení utrpení na konci života, kterou zvolilo 20 respondentů. Mezi další vlastní odpovědi respondentů patří např. vlastní zkušenost se smrtí blízkého, získání nových zkušeností, péče v domácím prostředí P/K nebo komplexní péče a více času na P/K. Velmi potěšující je, že pouze pro devět respondentů je motivací získání finančního ohodnocení nebo podmínky poskytnuté zaměstnavatelem. Velmi zajímavou odpovědí bylo např. z legrace, 25 let práce primáře nebo možnost budovat tým mobilního hospice. Z výsledků můžeme vidět, že respondenti z našeho výzkumu dělají tuto práci srdcem a rádi.

### **Dílčí cíl č. 3 Zjistit, zda mají NLZP dostatečné znalosti při řešení urgentních stavů u P/K v zařízení poskytujícím specializovanou paliativní péči.**

K dílčímu cíli č. 3 se vztahují otázky č. 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26.

V otázce č. 20 jsme zjišťovali, jak by NLZP postupovali při náhle vzniklém dušení u P/K. Zde 47 respondentů odpovědělo, že by nemocného uvedlo do úlevové (Fowlerovy či ortopnoické) polohy, dalších 44 zavolá lékaře ke konzultaci a zahájí oxygenoterapii

s měřením vitálních funkcí. Třicet respondentů by provedlo kontrolu dýchacích cest a dbalo na prevenci aspirace. Mezi nejčastěji se opakující medikace, které by zdravotníci podali, byly uvedeny: SOS medikace (morfin s.c., Apaurin, Dormicum, Buscopan nebo Midazolam). Osm respondentů by do pokoje pustilo čerstvý vzduch otevřením okna. Méně se opakující odpovědi byly uvolnění oděvu, zavedení periferní žilní kanyly nebo postup dle standardů první pomoci.

Otázka č. 21 zjišťuje, jak by NLZP postupoval při náhlém masivním krvácení u P/K. Zde jednoznačně převládá odpověď: neprodleně zavolám lékaře ke konzultaci, kterou napsalo 51 respondentů. V těsném závěsu s 49 odpověďmi je stavění krvácení pomocí tlakového obvazu. Následuje podání medikace dle ordinace lékaře nejčastěji SOS medikace, jako jsou Dicynone, Gelaspon, Pamba, Kanavit, Exacyl nebo sedace P/K). Zajímavou odpovědí bylo odsávání z tracheostomie, volání RZP nebo zahájení KPR.

Otázka č. 22 zkoumá, jak by NLZP postupoval při náhle vzniklé masivní hemateméze u P/K. Většina respondentů, konkrétně 49, by nejdříve zavolalo lékaře ke konzultaci, následuje podání medikace dle ordinace lékaře s 32 hlasy. Nejčastěji se opakující medikace byly podobné jako u masivního krvácení s tím rozdílem, že zde přibyl Ondansetron a Torecan. Dvacet pět respondentů by uvedlo nemocného do úlevové polohy a 16 použilo emitní misku. Zajímavé zde byly odpovědi jako zatažení závěsů, volba tmavého oblečení nebo čisté prádlo, které se mohou zdát zbytečné, ale hlavně pro rodiny nemocných může hrát značnou roli, jestli uvidí blízkého člena umírat v kaluži krve nebo když vidí, že personál byl na tuto situaci připravený a podnikl výše zmíněné kroky.

Otázka č. 23 Zjišťuje, co by respondenti udělali při náhle vzniklé akutní panické atace u P/K. Důležitý krok, který je zde zastoupen u 56 respondentů, je pokusit se nemocného uklidnit slovně, chytit za ruce, popřípadě obejmout a zjišťovat jeho pocity, jak můžeme pomoci, co pro něj můžeme udělat a další. Druhou nejčastější odpovědí bylo podání medikace dle ordinace lékaře – SOS medikace (Apaurin, Midazolam, Haloperidol, Tiapridal, Diazepam a Neurol). Přesně polovina z celkového počtu 84 respondentů by zavolala ke konzultaci lékaře. Dalších 15 dotázaných by zajistilo stálou přítomnost personálu nebo rodiny a kaplana do stabilizace stavu.

V otázce č. 24 jsme zjišťovali, jaká je nejčastější ověřená metoda pro sedaci neklidného P/K. Nejčastější odpovědí bylo dle ordinace lékaře u 36 respondentů. Další odpovědi se již specializovaly přímo na název léčivého přípravku nebo provedení úkonu. Nejčastěji je na pracovištích podáván Haloperidol, následuje Midazolam. Další čtenou odpovědí s 10 hlasy



bylo odvedení pozornosti komunikací, zapnutí rádia či televize. Zajímavou odpovědí bylo uvedení nemocného do celkové anestezie a jeden respondent odpověděl „nevím“.

Otázka č. 25 zkoumá, jak respondenti hodnotí své dovednosti a znalosti při zvládnání urgentních stavů u P/K. Zjistili jsme, že celkem 53 respondentů z celkového počtu 82 zvolilo možnost „ano“ nebo „spíše ano“. Poměrně velký počet respondentů uvedl, že se nedokáží v tomto ohledu zhodnotit, celkem tuto odpověď vybralo 24. Za spíše nedostačující označili své vědomosti čtyři respondenti a jeden respondent je ohodnotil za zcela nedostačující.

Otázka č. 26 se zajímá o zvládnání stresu při setkání s urgentním stavem u P/K. Pouze 19 dotázaných uvedlo, že situaci zvládá vždy v klidu a s rozvahou, dalších 34 spíše v klidu a pět respondentů se v tomto ohledu nedokáže ohodnotit. Mírný stres pocítuje 21 dotázaných a značný stres celkem tři respondenti. Výsledek nám tedy ukazuje, že je zde poměrně velké procentuální zastoupení sebejistých a schopných pracovníků zvládat stresové situace. Na druhou stranu se jedná o velmi náročnou situaci a přítomnost stresu je zde zcela na místě. Nemůžeme proto říci, že ti, kteří se v této situaci stresují, nejsou dobrými členy týmu nebo nedokáží saturovat vzniklý urgentní stav u pacienta.

Tento dílčí cíl zjišťoval, jak by personál reagoval při vzniku nějakého stavu, který by vyžadoval urgentní zásah ze strany personálu. Závěrem můžeme říci, že znalosti a zkušenosti nelékařských zdravotnických pracovníků ohledně zvládnání urgentních stavů v paliativní péči vykazují určité nedostatky, i proto je třeba klást větší důraz na tuto problematiku v rámci příslušného vzdělávání a také v organizaci práce zdravotnických týmů.

## ZÁVĚR

V bakalářské práci jsme se zabývali problematikou paliativní péče a stavy, které vyžadují urgentní zásah ze strany personálu. Záměrem bylo zjistit, zda jsou nelékařští zdravotničtí pracovníci dostatečně informováni a zda dokáží na tuto situaci efektivně reagovat. Zpracovávání daného tématu mě vtáhlo do problematiky smrti a umírání a pomohlo mi rozšířit si v této oblasti vědomosti a objasnit důležité pojmy. Ačkoli se jedná o psychicky náročné a smutné téma, závěrem mohu říci, že paliativní péče má smysl a je velmi pěkné vidět, že zdravotníci, kteří právě paliativní péči poskytují, mají srdce na pravém místě a snaží se pro nemocné zpříjemnit každý okamžik zbytku jejich života. Velmi doufám, že rozvoj paliativní a hospicové péče bude každým rokem stoupat a stane se v ČR více dostupnou.

Jako hlavní cíl jsme si stanovili zjistit, zda jsou NLZP dostatečně informováni o klinických příznacích v terminálním stadiu onemocnění vyžadujícím urgentní léčebný zásah. Dílčí cíle zkoumaly vzdělání pracovníků, motivaci při výběru zaměstnání v této oblasti, v neposlední řadě znalosti a postup při řešení urgentního stavu u nemocného. Výzkumnou část jsme zpracovali na základě dotazníkového šetření pomocí standardizovaného dotazníku. Výsledky získaných dat jsou prezentovány v samostatné kapitole č. 6. Cíle bakalářské práce byly splněny.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

ADAM, Zdeněk, Jiří VORLÍČEK a Yvona POSPÍŠILOVÁ, ed. 2004. *Paliativní medicína*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. 537 s., [4] s. barev. obr. příl. ISBN 8024702797.

BODNÁR, Vojtěch et al. *Management vybraných symptomů v dětské paliativní péči* [online]. s. 347 [cit. 2021-02-24]. Dostupné z: [https://detska.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2020/04/management-a-b\\_final.pdf](https://detska.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2020/04/management-a-b_final.pdf)

BUŽGOVÁ, Radka, 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada. 168 s. Sestra. ISBN 9788024754024.

ČESKO. § 5 odst. 2 písm. h) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2021 [cit. 16. 2. 2021]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372#p5-2-h>

FARMAKOTERAPIE NÁDOROVÉ BOLESTI, 2013. In: *Linkos* [online]. [cit. 2021-02-28]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/diagnostika-a-lecba/modra-kniha-cos/aktualni-vydani-modre-knihy/26-32-farmakoterapie-nadorove-bolesti/>

HAŠKOVCOVÁ, Helena. c2007. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, 244 s. ISBN 9788072624713.

HOSPIC ANEŽKY ČESKÉ [online]. © 2021 [cit. 2021-02-25]. Dostupné z: <http://www.hospic.cz/>

HOSPIC CITADELA [online]. © 2021 [cit. 2021-02-25]. Dostupné z: <http://www.citadela.cz/>

HOSPIC NA SVATÉM KOPEČKU [online]. © 2021 [cit. 2021-02-25]. Dostupné z: <http://www.hospickopecek.cz>

IASP ANNOUNCES REVISED DEFINITION OF PAIN, 2020. International Association for the Study of Pain [online]. USA Washington D.C. [cit. 2021-02-24]. Dostupné z: <https://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/NewsDetail.aspx?ItemNumber=10475>

KABELKA, Ladislav a Věra HAVLÉNOVÁ, 2009. *Management epilepsie u pacientů v paliativní péči*. *Paliativna medicína a léčba bolesti* [online]. Solen, 2(1), 12-14 [cit. 2021-02-24]. Dostupné z: <https://www.solen.sk/storage/file/article/24661f3e0d931c660c006d15869aadb7.pdf>

KABELKA, Ladislav, Ondřej SLÁMA a Martin LOUČKA, 2016. *Paliativní péče v České republice* [online]. [cit. 2021-02-17]. Dostupné z: <https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/12/situacni-analyza-paliativni-pece.pdf>. Situační analýza. České společenství paliativní medicíny ČLS JEP.

KALA, Miroslav a Zlatica DORKOVÁ, 2017. *Paliativní a hospicová péče: studijní opora pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, 1 online zdroj (68 stran). ISBN 9788074546686. Dostupné také z: <http://digilib.k.utb.cz/handle/10563/41526>

KALA, Miroslav, 2011. *Urgentní stavy v paliativní hospicové péči*. Paliativna medicína a liečba bolesti [online]. Solen, 4(3), 114-115 [cit. 2021-02-24]. ISSN 13394193. Dostupné z: [http://www.paliativnamedicina.sk/index.php?page=pdf\\_view&pdf\\_id=5399&magazine\\_id=13](http://www.paliativnamedicina.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=5399&magazine_id=13)

KALA, Miroslav, 2014. Etické a komunikační aspekty terminální analgosedace. *Medicína pro praxi* [online]. 11(6), 266-268 [cit. 2020-9-28]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/med/2014/06/06.pdf>

KÜBLER-ROSS, Elisabeth, 2015. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Vydání druhé, přepracované. Praha: Portál. ISBN 97880262 09119.

MARKOVÁ, Monika. 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 128 s. Sestra. ISBN 9788024731711.

MEIER, D. E., et. al., 2010. *Palliative care: transforming the care of serious illness*. San Francisco: Jossey - Bass, p. 452. ISBN 047052717X.

MIROŠOVÁ, Kateřina, 2016. *Paliativní péče a eutanazie očima studentů pomáhajících profesí* [online]. Zlín [cit. 2021-4-27]. Dostupné z: [https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/37682/miro%20ov%20a1\\_2016\\_dp.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/37682/miro%20ov%20a1_2016_dp.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně.

MUDr. Marie Svatošová pasována 26. Rytířem českého lékařského stavu, 2020. *Tempus Medicorum*. 29(12), 20-24. ISSN 12147524.

O'CONNOR, Margaret a Sanchia ARANDA, 2005. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha: Grada Publishing, 324 s. ISBN 8024712954.

Osvěta: Paliativní tým, 2019. *Fakultní nemocnice v Motole* [online]. Praha [cit. 2021-02-17]. Dostupné z: <https://www.fnmotol.cz/blog/paliativni-tym/>

PAYENOVÁ, Sheila, Jane SEYMOUROVÁ a Christine INGLETONOVÁ, 2007. *Principy a praxe paliativní péče*. Brno: Open University Press, 807 s. ISBN 9788087029251.

RAUDONIS, B. M. 2001. Hospice and Palliative Care. In *HOGSTEL, M. O. Gerontology: nursing care of the older adult*. Albany, NY: Delmar Thomson Learning, p. 441–470. ISBN 0766807290.

ROKYTA, Richard, Josef BEDNAŘÍK, Jitka FRICOVÁ, Miloslav KRŠIAK, Jan LEJČKO, František NERADILEK, Marek Orko VÁCHA a Eva VLČKOVÁ. 2017. *Léčba bolesti v primární péči*. Praha: Grada Publishing, xvi, 167 s. ISBN 9788027103126.

SINGER, Tomáš, 2019. *Právní úprava paliativní péče v České republice* [online]. Brno [cit. 2021-02-18]. Dostupné z: [https://is.muni.cz/th/i2dyn/pravni\\_uprava\\_paliativni\\_pece\\_v\\_cr.pdf](https://is.muni.cz/th/i2dyn/pravni_uprava_paliativni_pece_v_cr.pdf). Diplomová práce. Právnická fakulta Masarykovy univerzity.

SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK. c2007. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, 362 s. ISBN 9788072625055.

VAŇÁSEK, Jaroslav, Kateřina ČERMÁKOVÁ a Iveta KOLÁŘOVÁ. 2014. *Bolest v ošetrovatelství*. Pardubice: Univerzita Pardubice, 55 s. ISBN 9788073957698.

VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 448 s. Sestra. ISBN 9788024737423.

VZNIK A VÝVOJ HOSPICOVÉ PÉČE [online]. 2012, Plzeň [cit. 2021-02-22]. Dostupné z: [https://dspace5.zcu.cz/bitstream/11025/3849/1/1\\_leskova\\_ludmila\\_bp.pdf](https://dspace5.zcu.cz/bitstream/11025/3849/1/1_leskova_ludmila_bp.pdf). Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni.

ŽIAKOVÁ, Katarína a Tibor BAŠKA, 2009. *Ošetrovatel'stvo: teória a vedecký výskum*. 2., preprac. vyd. Martin: Osveta, 322 s. ISBN 9788080633042.

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

|              |                                                  |
|--------------|--------------------------------------------------|
| AIDS         | Syndrom získaného selhání imunity                |
| ALS          | Amyotrofická laterální skleróza                  |
| APHPP        | Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče |
| Diakonie CCE | Diakonie českobratrské církve evangelické        |
| DTTO         | „totéž, co je uvedeno výše“.                     |
| CMP          | Cévní mozková příhoda                            |
| CNS          | Centrální nervový systém                         |
| ČSPM         | Česká společnost paliativní medicíny             |
| DIC          | Diseminovaná intravaskulární koagulopatie        |
| DHP          | Domácí hospicová péče                            |
| EAPC         | Evropská asociace paliativní péče                |
| ELNEC        | End of Life Nursing Education Consortium         |
| ESPERO       | Kurz komunikace závažných zpráv                  |
| GIT          | Gastrointestinální trakt                         |
| HIV          | Human Immunodeficiency Virus                     |
| CHOPN        | Chronická obstrukční plicní nemoc                |
| IASP         | Mezinárodní asociace pro studium bolesti         |
| I.M          | Intramuskulární podání léčiv                     |
| I.V          | Intravenózní podání léčiv                        |
| KPR          | Kardiopulmonální resuscitace                     |
| MPSV         | Ministerstvo práce a sociálních věcí             |
| NLZP         | Nelékařský zdravotnický pracovník                |
| Např.        | Například                                        |
| PAHOP        | Zdravotní ústav paliativní a hospicové péče      |
| P/K          | Pacient / klient                                 |
| P.O.         | Per os (přes ústa)                               |
| RZP          | Rychlá záchranná služba                          |
| S.C.         | Subkutánní podání léčiv                          |
| VAS          | Vizuální analogová škála bolesti                 |
| WHO          | World Health Organization                        |

**SEZNAM GRAFŮ**

|                                                         |    |
|---------------------------------------------------------|----|
| Graf 1 Pohlaví respondentů .....                        | 36 |
| Graf 2 Věk respondentů .....                            | 37 |
| Graf 3 Vzdělání respondentů .....                       | 37 |
| Graf 4 Pracoviště respondentů .....                     | 38 |
| Graf 5 Délka praxe v daném zařízení .....               | 39 |
| Graf 6 Délka pracovního poměru v daném zařízení .....   | 39 |
| Graf 7 Motivace k práci v paliativní péči .....         | 40 |
| Graf 8 Dostatečnost vzdělání pro paliativní péči .....  | 41 |
| Graf 9 Informovanost o možnostech .....                 | 42 |
| Graf 10 Účast na vzdělávací aktivitě .....              | 42 |
| Graf 11 Důležitost vzdělávání .....                     | 44 |
| Graf 12 Zájem o vzdělávání v paliativní péči .....      | 45 |
| Graf 13 Urgentní stav v paliativní péči .....           | 45 |
| Graf 14 Urgentní stav v paliativní péči .....           | 47 |
| Graf 15 Upozornění personálu lékařem .....              | 48 |
| Graf 16 Upozornění rodiny lékařem .....                 | 49 |
| Graf 17 Spokojenost v komunikaci lékař-sestra .....     | 50 |
| Graf 18 Přítomnost lékaře .....                         | 52 |
| Graf 19 Nedostupnost lékaře .....                       | 53 |
| Graf 20 Úkony při akutním dušení .....                  | 54 |
| Graf 21 Úkony při náhlém masivním krvácení .....        | 55 |
| Graf 22 Úkony při masivní hemateméze .....              | 56 |
| Graf 23 Úkony při akutní panické atace .....            | 57 |
| Graf 24 Osvědčená metoda sedace .....                   | 58 |
| Graf 25 Dovednosti pro zvládnání urgentních stavů ..... | 59 |
| Graf 26 Urgentní stav u pacienta .....                  | 60 |

## SEZNAM OBRÁZKŮ

|                                                                              |    |
|------------------------------------------------------------------------------|----|
| Obrázek 1 Analgetický žebříček (Farmakoterapie nádorové bolesti, 2013) ..... | 32 |
|------------------------------------------------------------------------------|----|



**SEZNAM TABULEK**

|                                                                                                                |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabulka 1 Složení multidisciplinárního týmu (in Marková, 2010) a (in Vznik a vývoj hospicové péče, 2012) ..... | 22 |
| Tabulka 2 Vyvolávající příčiny deliria (in O'Connor, Aranda, 2005) .....                                       | 27 |

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha I: McGillův dotazník bolesti

Příloha II: Brief Pain Inventory – BPI česká verze

Příloha III: Dotazník tištěná verze

Příloha IV: Dotazník elektronická verze

## PŘÍLOHA I: MCGILLŮV DOTAZNÍK BOLESTI

| Deskriptor bolesti                                | žádná–0 | mírná–1 | středně silná–2 | silná–3 |
|---------------------------------------------------|---------|---------|-----------------|---------|
| 1. tepavá (bušivá)                                |         |         |                 |         |
| 2. vystřelující                                   |         |         |                 |         |
| 3. bodavá                                         |         |         |                 |         |
| 4. ostrá                                          |         |         |                 |         |
| 5. křečovitá                                      |         |         |                 |         |
| 6. hlodavá (jako zakousnutí)                      |         |         |                 |         |
| 7. pálivá – palčivá                               |         |         |                 |         |
| 8. tupá přetrvávající (bolavé, rozbolavělé)       |         |         |                 |         |
| 9. tíživá (těžká)                                 |         |         |                 |         |
| 10. citlivé (bolestivé na dotyk)                  |         |         |                 |         |
| 11. jako by mělo prasknout (jako by mělo puknout) |         |         |                 |         |
| 12. unavující – vyčerpávající                     |         |         |                 |         |
| 13. protivná (odporná)                            |         |         |                 |         |
| 14. hrozná (strašná)                              |         |         |                 |         |
| 15. mučivá – krutá                                |         |         |                 |         |

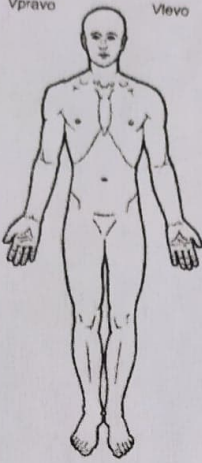
Zdroj: VAŇÁSEK, Jaroslav, Kateřina ČERMÁKOVÁ a Iveta KOLÁŘOVÁ. 2014. *Bolest v ošetřovatelství*. Pardubice: Univerzita Pardubice, 55 s. ISBN 9788073957698.

## PŘÍLOHA II: BRIEF PAIN INVENTORY


1) Po celý život většinu z nás čas od času něco zabolí (hlava, výron kotníku, zub). Cítí(a) jste dnes jinou než takovouto všední bolest?      Ano (1)      Ne (2)

2) Na obrázku vybarvěte místa, která Vás bolí. Nejbolestivější místo označte „X“.

Vpravo



Vlevo



3) Ohodnoťte, prosím, svou bolest zakroužkováním čísla, které odpovídá Vaší nejhorší bolesti za posledních 24 hodin.

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

4) Ohodnoťte, prosím, svou bolest zakroužkováním čísla, které odpovídá Vaší nejmenší bolesti za posledních 24 hodin.

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

5) Ohodnoťte, prosím, svou bolest zakroužkováním čísla, které odpovídá Vaší průměrné bolesti za posledních 24 hodin.

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

6) Ohodnoťte, prosím, svou bolest zakroužkováním čísla, které vypovídá, jakou bolest máte právě teď.

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

7) Jaké užíváte léky proti bolesti či jakou léčbu jste podstoupil(a)?

8) Jak velkou úlevu Vám přinesla léčba nebo léky proti bolesti v posledních 24 hodinách?

9) Označte, prosím, procento, které nejlépe vypovídá o tom, jak moc léky nebo léčba uleví.

0    10%    20%    30%    40%    50%    60%    70%    80%    90%    100%

10) Označte číslo, které popisuje, jak během posledních 24 hodin bolest ovlivnila Vaši

a) celkovou aktivitu:      1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

b) náladu:                    0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

c) schopnost chodit:        0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

d) běžnou práci (doma i mimo domov):    0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

e) vztahy s jinými lidmi:    0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

f) spánek:                     0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

g) radost ze života:         0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

Zdroj: VAŇÁSEK, Jaroslav, Kateřina ČERMÁKOVÁ a Iveta KOLÁŘOVÁ. 2014. *Bolest v ošetřovatelství*. Pardubice: Univerzita Pardubice, 55 s. ISBN 9788073957698.

## **PŘÍLOHA IV: TIŠTĚNÁ VERZE DOTAZNÍKU**

Dobrý den,

Jmenuji se Andrea Kadlčíková a jsem studentkou 3. ročníku Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, oboru Všeobecná sestra. Obracím se na Vás s žádostí o zodpovězení otázek do dotazníku k mé bakalářské práci s tématem Urgentní stavy v paliativní hospicové péči. Dotazník je anonymní a jeho výsledky budou použity pouze k potřebě bakalářské práce.

Mnohokrát vám předem děkuji.

### **Otázka č. 1) Jaké je vaše pohlaví?**

- Žena
- Muž

### **Otázka č. 2) Jaký je váš věk?**

..... let

### **Otázka č. 3) Vaše nejvyšší dosažené vzdělání je?**

- Střední odborné vzdělání s maturitou
- Vyšší odborné vzdělání
- Vysokoškolské vzdělání
- Specializační postgraduální vzdělání v paliativní péči
- Vyšší odborné vzdělání + kurz v paliativní péči
- Vysokoškolské vzdělání + kurz v paliativní péči

### **Otázka č. 4) V jakém zařízení poskytujícím paliativní péči pracujete?**

- PAHOP Malenovice
- PAHOP Uherské Hradiště
- Nemocnice AGEL Prostějov
- Hospic na Svatém Kopečku Olomouc
- Hospic Citadela Valašské Meziříčí
- Domácí hospic Antoníněk

### **Otázka č. 5) Jak dlouho v daném zařízení pracujete?**

- Méně než 5 let
- 6–10 let
- Více než 10 let

**Otázka č. 6) Jaká byla vaše motivace pro práci v zařízení poskytujícím paliativní péči?**

-----  
-----

**Otázka č. 7) Myslíte si, že je vzdělání v oblasti paliativní péče dostačující?**

- Ano
- Spíše ano
- Ne
- Spíše ne
- Nevím

**Otázka č. 8) Slyšel/a jste někdy o níže uvedených možnostech postgraduálního vzdělávání? Pokud ANO o jakých:**

- Specializační kurz ELNEC
- Specializační kurz ESPERO
- Přednášky, semináře pořádaných zařízením Cesta domů
- Přednášky, semináře a kurzy pořádaných projektem Centrum paliativní péče
- Vzdělávací akce pořádané Českou společností paliativní medicíny
- Vzdělávací akce pořádané Institutem postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví
- Jiné, uveďte: .....

**Otázka č. 9) Zúčastnil/a jste se někdy vzdělávacího kurzu nebo webináře souvisejícím s paliativní péčí, pokud ANO uveďte jakého:**

-----

**Otázka č. 10) Myslíte si, že jsou vzdělávací aktivity přínosné pro zvyšování úrovně paliativní péče?**

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím

**Otázka č. 11) Máte zájem o další vzdělávání v oblasti paliativní péče?**

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Pouze za podpory zaměstnavatele
- Nevím

**Otázka č. 12) Co si představíte pod pojmem urgentní stavy v paliativní hospicové péči?**

.....  
.....

**Otázka č. 13) Setkal/a jste se ve své praxi u pacienta se stavem, který vyžadoval urgentní zásah ze strany personálu? (dušení, krvácení, hemoptýza, nezvladatelné zvracení, průlomová bolest, stavy panické úzkosti nebo nakupení epileptických paroxysmů)**

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím

*Pokud je vaše odpověď NE, dotazník pro vás končí. Mnohokrát děkuji za váš čas.*

**Otázka č. 14) Byl/a jste předem na možnost vzniku stavu upozorněna lékařem?**

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím

**Otázka č. 15) Byla na možnost vzniku stavu upozorněna rodina nemocného?**

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím

**Otázka č. 16) Jste spokojen/a při řešení urgentního stavu s úrovní komunikace mezi nelékařskými zdravotnickými pracovníky a lékaři?**

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím

**Otázka č. 17) S jakými komunikačními problémy se případně setkáváte? Prosím uveďte:**

.....

**Otázka č. 18) V případě, že se u pacienta objeví stav vyžadující urgentní léčebný zásah, je lékař k dispozici:**

- Okamžitě
- Do 20 minut
- Do 1 hodiny
- Do 2 hodin
- Je dostupný pouze na telefonu

**Otázka č. 19) Stalo se vám, že v případě rozvoje stavu, který u pacienta vyžadoval urgentní léčebný zásah, byl lékař zcela nedostupný? Pokud Ano, situaci prosím popište:**

- Ano .....
- Ne

**Otázka č. 20) Popište svými slovy, jak byste postupoval/a při náhle vzniklém dušení u pacienta?**

.....  
.....

**Otázka č. 21) Popište svými slovy, jak byste postupoval/a při náhlém masivním krvácení u pacienta? (z rány, tracheostomie, kožní metastázy atd....)**

.....  
.....

**Otázka č. 22) Popište svými slovy, jak byste postupoval/a při masivní hemateméze u pacienta?**

.....  
.....

**Otázka č. 23) Popište svými slovy, jak byste postupoval/a při akutní panické atace?**

.....  
.....

**Otázka č. 24) Jaká je na vašem pracovišti osvědčená metoda pro sedaci neklidného pacienta?**

.....



**Otázka č. 25) Pro zvládnání urgentních stavů v paliativní péči pokládám své odborné zkušenosti a kompetence za:**

- Plně dostačující
- Spíše dostačující
- Nedokáži se v tomhle ohledu zhodnotit
- Spíše nedostačující
- Zcela nedostačující

**Otázka č. 26) V případě, že u pacienta proběhne stav vyžadující urgentní léčebný zásah, zvládám tuto situaci:**

- vždy v klidu a s rozvahou
- Spíše v klidu
- nedokáži se v tomhle ohledu zhodnotit
- pocítuji určitý, ale vcelku dobře zvládnutelný stres
- pocítuji značný stres

**Dotazník je u konce.**

**Mockrát vám děkuji za váš čas a ochotu.**

## PŘÍLOHA IV: ELEKTRONICKÁ VERZE DOTAZNÍKU

### 1. Jaké je vaše pohlaví ?\*

Vyberte jednu odpověď

Žena

Muž



### 2. Jaký je váš věk?\*

Napište číslo...



### 3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání je?\*

Vyberte jednu odpověď

Střední odborné vzdělání s maturitou

Vyšší odborné vzdělání

Vysokoškolské vzdělání

Specializační postgraduální vzdělání v paliativní péči

Vyšší odborné vzdělání + kurz v paliativní péči

Vysokoškolské vzdělání + kurz v paliativní hospicové péči

### 4. Jaká byla vaše motivace pro práci v zařízení poskytující paliativní péči?\*

Napište jedno nebo více slov...

500

### 5. Jak dlouho pracujete v zařízení poskytující paliativní péči ?\*

Vyberte jednu odpověď

Méně než 5 let

6-10 let

Více jak 10 let

### 6. Myslíte si, že je vzdělání v oblasti paliativní péče dostačující?\*

Vyberte jednu odpověď

Ano

Spíše ano

Ne

Spíše ne

Nevím

### 7. Slyšel/a jste někdy o níže uvedených možnostech postgraduálního vzdělávání? Pokud ANO o jakých?\*

Vyberte jednu nebo více odpovědí

Specializační kurz ELNEC

Specializační kurz ESPERO

Přednášky, semináře a kurzy pořádané zařízením Cesta domů?

Přednášky, semináře a kurzy pořádaných projektem Centrum paliativní péče

Vzdělávací akce pořádané Českou společností paliativní medicíny

Vzdělávací akce pořádané Institutem postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví

Jiná...



### 8. Zúčastnil/a jste se někdy vzdělávacího kurzu nebo webináře souvisejícím s paliativní péčí, pokud ANO uveďte jakého?\*

Pokud je vaše odpověď NE, do textového pole vaši odpověď napište.

Napište jedno nebo více slov...

500

### 9. Myslíte si, že jsou vzdělávací aktivity přínosné pro zvyšování úrovně paliativní péče?\*

Vyberte jednu odpověď

Ano

Spíše ano

Ne

Spíše ne

Nevím

### 10. Máte zájem o další vzdělávání v oblasti paliativní péče?\*

Vyberte jednu odpověď

Ano

Spíše ano

Ne

Spíše ne

Nevím

Pouze za podpory zaměstnavatele

### 11. Co si představíte pod pojmem urgentní stavy v paliativní hospicové péči?\*

Napište jedno nebo více slov...

### 12. Setkal/a jste se ve své praxi u pacienta se stavem, který vyžadoval urgentní zásah ze strany personálu? (dušení, krvácení, hemoptýza, nevladatelné zvracení, průlomová bolest, stavy panické úzkosti nebo nakupení epileptických paroxysmů a další...)\*

Vyberte jednu odpověď. Pokud je vaše odpověď ne, dotazník pro vás končí a další otázky jsou dobrovolné. Děkuji za váš čas.

Ano

Spíše ano

Ne

Spíše ne

Nevím

13. Byl/a jste na možnost vzniku stavu upozorněna lékařem?

Vyberte jednu odpověď

Ano

Spíše ano

Spíše ne

Ne

Nevím

14. Byla na možnost vzniku stavu upozorněna rodina nemocného?

Vyberte jednu odpověď

Ano

Spíše ano

Spíše ne

Ne

Nevím

15. Jste spokojen/a při řešení urgentního stavu s úrovní komunikace mezi nelékařskými zdravotnickými pracovníky a lékaři?

Vyberte jednu odpověď

Ano

Spíše ano

Spíše ne

Ne

Nevím

16. S jakými komunikačními problémy se případně setkáváte? Prosím uveďte:

Napište jedno nebo více slov...

500

17. V případě, že se u pacienta objeví stav vyžadující urgentní léčebný zásah je lékař k dispozici:

Vyberte jednu odpověď

Okamžitě

Do 20 minut

do 1 hodiny

Do 2 hodin

Je dostupný pouze na telefonu

18. Stalo se vám někdy, že v případě rozvoje stavu, který u pacienta vyžadoval urgentní léčebný zásah, byl lékař zcela nedostupný? Pokud ANO, situaci prosím popište:

Pokud jste odpověděli NE, vaši odpověď napište do textového pole.

Napište jedno nebo více slov...

500

19. Popište svými slovy, jak byste postupoval/a při náhlém vzniklém dušením u pacienta?

Napište jedno nebo více slov...

500

20. Popište svými slovy, jak byste postupoval/a při náhlém masivním krvácení u pacienta? (z rány, tracheostomie, kožní metastázy aj...)

Napište jedno nebo více slov...

500

21. Popište svými slovy, jak byste postupoval/a při masivní hemateméze u pacienta?

Napište jedno nebo více slov...

500

22. Popište svými slovy, jak byste postupoval/a při akutní panické atace?

Napište jedno nebo více slov...

500

23. Jaká je na vašem pracovišti osvědčená metoda pro sedaci neklidného pacienta?

Napište jedno nebo více slov...

500

24. Pro zvládnutí urgentních stavů v paliativní péči pokládám své odborné zkušenosti a kompetence za:

Vyberte jednu odpověď

Plně dostačující

Spíše dostačující

Nedokáži se v tomhle ohledu hodnotit

Spíše nedostačující

Zcela nedostačující

25. V případě, že u pacienta proběhne stav vyžadující urgentní léčebný zásah zvládám tuto situaci:

Vyberte jednu odpověď

Vždy v klidu a s rozvahou

Spíše v klidu

Nedokáži se v tomhle ohledu hodnotit

Pocituji určitý, ale vcelku dobře zvládnutelný stres

Pocituji značný stres