

Vnímání paliativní péče laickou veřejností

Tereza Strunzová

Bakalářská práce
2023



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2022/2023

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: Tereza Strunzová
Osobní číslo: H20206
Studijní program: B0913P360015 Všeobecné ošetřovatelství
Forma studia: Prezenční
Téma práce: Vnímání paliativní péče laickou veřejností

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti paliativní péče.

Příprava metodiky kvantitativního šetření.

Formulace kritérií pro výběr respondentů.

Realizace kvantitativního šetření technikou dotazníku.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

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

Seznam doporučené literatury:

CHERNY, N. I., M. T. FALLON, S. KAASA et al. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 5th ed. Oxford: Oxford University Press, 2015. 1254 p. ISBN 978-0-19-965609-7.

KALVACH, Z. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. 2. upravené a doplněné vyd. Praha: Cesta domů, 2019. 152 s. ISBN 978-80-88126-54-6.

KISVETROVÁ, H. *Péče v závěru života*. Praha: Maxdorf, 2018. 149 s. ISBN 978-80-7345-496-8.

MARKOVÁ, A. *Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy*. 3. aktualizované vyd. Praha: Cesta domů, 2021. 183 s. ISBN 978-80-88126-77-5.

STIBOROVÁ, D. a J. FREI. *Paliativní péče a umírání v domácím prostředí*. Sedlec-Prčice: Stiborová Denisa, 2018. 66 s. ISBN 978-80-270-3719-3.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Jitka Hůsková, Ph.D.**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **4. listopadu 2022**

Termín odevzdání bakalářské práce: **19. května 2023**

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan



PhDr. Pavla Kudlová, Ph.D.
ředitelka ústavu

Ve Zlině dne 9. ledna 2023

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 ¹⁾;
- 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 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ 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 ³⁾ 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 samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 8.5.2023

.....

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 nevdělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledků 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 nahlášení 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 výtisky, 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, uděje-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k vjauce 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 vjdělků jim 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 příkladně k vjdi vjdělků dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá vnímáním paliativní péče laickou veřejností v České republice. V teoretické části je charakterizována paliativní péče, potřeby nemocných v paliativní péči a tělesné symptomy vyskytující se při poskytování paliativní péče. Praktická část je zpracována na základě dotazníkového výzkumného šetření. Cílem dotazníkového šetření bylo zjistit, jak laická veřejnost vnímá paliativní péči a jaké má o paliativní péči informace. Ze získaných dat bylo zjištěno, že převážná většina respondentů ví, o čem je paliativní péče a jakou péči poskytuje.

Klíčová slova: paliativní péče, informovanost, laická veřejnost, pacient

ABSTRACT

The bachelor thesis deals with the perception of palliative care by the non-professional public in the Czech Republic. The theoretical part characterizes palliative care, the needs of patients in palliative care and physical symptoms occurring during palliative care. The practical part is based on a questionnaire survey. The aim of the questionnaire survey was to find out how the non-professional public perceives palliative care and how informed they are. From the data obtained, it was found out that the vast majority of respondents know what palliative care means and what care it provides.

Keywords: palliative care, awareness, non-professional public, patient

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala mé vedoucí bakalářské práce paní Mgr. Jitce Hůskové, PhD. za odborné vedení, trpělivost, cenné rady a čas, který mi během psaní práce poskytla. Rovněž děkuji své rodině za podporu během studia a trpělivosti při vypracovávání práce.

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

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 PALIATIVNÍ PÉČE	12
1.1 VÝVOJ PALIATIVNÍ PÉČE V ZAHRANIČÍ	13
1.2 VÝVOJ PALIATIVNÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE.....	14
1.3 CÍLE PALIATIVNÍ PÉČE	15
1.4 CÍLOVÁ SKUPINA PALIATIVNÍ PÉČE.....	16
1.5 ROZDĚLENÍ PALIATIVNÍ PÉČE	16
1.5.1 Obecná paliativní péče	16
1.5.2 Specializovaná paliativní péče	17
1.6 PALIATIVNÍ TÝM.....	17
1.7 ORGANIZAČNÍ FORMY PALIATIVNÍ PÉČE	18
1.7.1 Nemocniční paliativní péče.....	18
1.7.2 Hospicová paliativní péče	18
2 POTŘEBY PACIENTŮ V PALIATIVNÍ PÉČI	19
2.1 BIOLOGICKÉ POTŘEBY	19
2.2 PSYCHOLOGICKÉ POTŘEBY	19
2.3 SOCIÁLNÍ POTŘEBY	20
2.4 SPIRITUÁLNÍ POTŘEBY.....	20
2.5 HODNOCENÍ POTŘEB.....	20
3 TĚLESNÉ SYMPTOMY V PALIATIVNÍ PÉČI	22
3.1 BOLEST	22
3.2 DUŠNOST.....	24
3.3 DEHYDRATACE.....	25
3.4 KAŠEL	26
3.5 NEVOLNOST A ZVRACENÍ	27
3.6 NEDOSTATEČNÁ VÝŽIVA	27
3.7 PRŮJEM A ZÁCPA	28
3.8 NESPAVOST	29
3.9 DEPRESE A ÚZKOST	30
4 LAICKÁ PALIATIVNÍ PÉČE	32
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	33
5 METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	34
5.1 CÍLE PRÁCE	34

5.2	TECHNIKA SBĚRU DAT	34
5.3	ORGANIZACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	35
5.4	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT	35
6	ANALÝZA A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT	36
6.1	CHARAKTERISTIKA SOUBORU RESPONDENTŮ	36
6.2	ANALÝZA A INTERPRETACE K HLAVNÍMU CÍLI	40
6.3	ANALÝZA A INTERPRETACE K DÍLČÍMU CÍLI 1	50
6.4	ANALÝZA A INTERPRETACE K DÍLČÍMU CÍLI 2	52
6.5	ANALÝZA A INTERPRETACE K DÍLČÍMU CÍLI 3	53
7	DISKUZE	55
	ZÁVĚR	58
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	59
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	65
	SEZNAM GRAFŮ	67
	SEZNAM PŘÍLOH	68

ÚVOD

Pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala téma *Vnímání paliativní péče laickou veřejností*. Motivací k výběru tohoto tématu pro mě bylo období, kdy člen mojí rodiny měl terminální onemocnění a byla mu poskytována paliativní péče. Dalším podnětem byl zájem se o paliativní péči dozvědět nové informace a zjistit, jakým způsobem vnímá paliativní péči laická veřejnost, která nevykonává činnost praktické nebo všeobecné sestry.

Domnívám se, že paliativní péče není v naší společnosti dostatečně propagována. Může to být tím, že žijeme ve vyspělé společnosti, ve které máme nepředstavitelné možnosti léčby a tím zapomínáme na fakt, že každý život končí smrtí. Proto je nutné společnost více obeznámit o jejím principu a cílech, na kterých si zakládá. S tím že stoupá průměrná délka života člověka se i pojí výskyt více chronických onemocněních a onkologických diagnóz. Lidé proto potřebují péči, která jim bude ulehčovat život a přinášet úlevu od strastí a obtíží, které se během nemoci mohou objevit. Samozřejmě lidé, kteří mají o paliativní péči jakési povědomí, nebudou mít problém si v případě potřeby informace dále vyhledávat. Ale lidé, kteří o paliativní péči skoro neslyšeli lehce podlehnou předsudkům a mylným informacím, že je určena pouze lidem na úplném konci života a nebudou mít možnost využít jejího přínosu jak pro sebe nebo pro své blízké.

Bakalářská práce je členěna na část teoretickou a praktickou. Teoretická část pojednává o problematice paliativní péče, jejím vývoji v zahraničí a České republice, o organizaci paliativní péče, potřebách nemocných v paliativní péči a příznacích, které paliativní péče nejčastěji řeší. V teoretické práci je i zmínka o tom, jak vypadá poskytování laické paliativní péči. Praktická část je zpracována na podkladě výsledků z nestandardizovaného dotazníku vlastní konstrukce, zjišťující vnímání a informovanost laické veřejnosti o paliativní péči.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PALIATIVNÍ PÉČE

Paliativní péče je relativně mladý obor, který má poměrně krátkou historii. Součástí zdravotní a sociální péče se stal až v druhé polovině 20. století (Bužgová, 2015, s. 15).

Slovo paliativní je odvozeno od latinského slova pallidum, které v překladu znamená rouška nebo plášť. V anglickém znění „*palliate*“ má význam tišit či mírnit. Spojení těchto slov napovídá, co je hlavním úkolem paliativní péče. Nabízí uzdravující roušku, která tiší účinky nevyléčitelné nemoci a poskytuje plášť těm, pro které nefungovala kurativní léčba (Bužgová, 2015, s. 16).

Paliativní péče může být charakterizována jako účelná, komplexní kvalifikovaná péče pro lidi s život ohrožujícím a zkracujícím onemocněním. Poskytuje podporu nemocným při těžkostech tělesných, psychických, sociálních a duchovních, a zároveň podporuje jejich rodiny (Kalvach, 2019, s. 14).

Během svého vývoje získala paliativní péče různé podoby, které se převážně lišily v oblasti, ve kterém období nemoci by měla být nemocnému poskytována. Světová zdravotnická organizace (dále WHO) v roce 1990 definovala paliativní péči jako „*aktivní komplexní péči o pacienty, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní péče je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin*“ (Bužgová, 2015, s. 16).

Organizace The Center to Advance Palliative Care (dále CAPC) stanovila definici paliativní péče se záměrem umožnit laické i odborné veřejnosti porozumět významu paliativní péče: „*Paliativní péče je specializovaná lékařská péče pro lidi s vážným onemocněním. Je zaměřená na poskytování úlevy od příznaků, bolesti a stresu, bez ohledu na diagnózu. Cílem paliativní péče je zlepšit kvalitu života jak pacienta, tak jeho rodiny. Paliativní péči zajišťuje školený tým lékařů, sester a dalších specialistů, kteří spolupracují s ošetřujícími lékaři pacienta v rámci poskytování dalších úrovní péče či podpory. Paliativní péče je vhodná v jakémkoliv věku a v jakékoliv fázi vážného onemocnění a může být poskytována společně s kurativní léčbou*“ (Polívka, 2018, s. 4-5).

Paliativní péče je tedy jakási specializovaná péče, která klade důraz na bio-psycho-socio-spirituální individuálnost jedince, zároveň bere v úvahu propojení somatických a psychosociálních aspektů zdraví, nemoci a umírání. A současně i vymezuje určitou

organizaci péče, která poskytuje uspokojení potřeb nemocného ve výše zmíněných oblastech (Sláma a kol., 2011, s. 25).

1.1 Vývoj paliativní péče v zahraničí

Paliativní péče byla v průběhu svého vývoje až do dnešní podoby ovlivněna mnohými faktory. Velký vliv na ni měly medicínské znalosti a ošetrovatelské zkušenosti, které se v jednotlivých historických fázích lišily. Prošla si dlouhým vývojem od středověkého ženského léčení, přes charitativní péči, kterou poskytovaly náboženské řády, až po zrod současné hospicové a paliativní péče (Kisvetrová, 2018, s. 18).

Paliativní péče je jednou z nejstarších forem medicíny. Už v minulosti patřilo k hlavním cílům péče mírnění lidského utrpení a doprovázení během smrti. Bylo zcela normální pečovat o umírajícího člena rodiny doma. Lidé umírali v domácím prostředí v obklopení rodiny, která se podílela na poskytování paliativní péče s podporou lékaře. V 19. století došlo k přesunutí umírání z domácího prostředí do zdravotnických zařízení. Poslední chvíle života terminálně nemocní většinou trávili sami, protože rodinní příslušníci rušili průběh denního režimu v nemocnicích. To vedlo k rozvoji hospicových zařízení a paliativní péče jako samostatného lékařského oboru (Marková, 2010, s. 13-15).

První užití pojmu hospic je připisováno Francouzce Jeanne Garnierové, která v roce 1842 založila ženské sdružení ve městě Lyon. Toto společenství se věnovalo péči o nevléčitelně nemocné a v roce 1843 zřídily tzv. „*Dům pro umírající*“. Její myšlenka byla natolik silná, že i po její smrti v roce 1853, nadále vznikaly další instituce, jež se věnovaly péči o umírající (Kisvetrová, 2018, s. 22).

Podstatnou událostí v zárodcích vývoje hospicové péče bylo zřízení tzv. „*Božího útulku*“ v roce 1891, pomocí finanční podpory od Williama Hoare. Péči poskytovaly anglikánské sestry Služebníků chudých sv. Jakuba. V dnešní době se hospic jmenuje Hospic Nejsvětější Trojice a jedná o nejdéle fungující hospic ve Velké Británii (Kisvetrová, 2018, s. 23).

Ve druhé polovině 20. století byli nevléčitelně nemocní mimo zájem většiny zdravotníků, vlivem moderní medicíny, která kladla důraz na uzdravení a rehabilitaci. Za prosazení zájmů těžce nemocných se postavila Cicely Saundersová. Ta jako první použila pojem celková bolest (total pain), která pracuje nejen s bolestí fyzickou, ale i psychickou, sociální a duchovní. Tento koncept poprvé za pomoci multidisciplinárního týmu začala praktikovat

v hospici sv. Kryštofa na předměstí Londýna, který v roce 1967 založila (Vorlíček a kol., 2004, s. 19-20).

Psychologické potřeby umírajících pozvedla americká lékařka Elizabeth Kübler-Rossová. Svoji knihou O smrti a umírání, kterou publikovala v roce 1969, seznámila veřejnost a zdravotníky s teorií, kterou vytvořila pomocí rozhovorů s více než 200 nemocnými s terminální diagnózou. Její kniha a model 5 fází umírání zavedl větší pozornost na psychologické potřeby nemocných a tím došlo ke zlepšení psychologické podpory v paliativní péči (Corr, 2022, s. 321; Meier, Isaacs and Hughes, 2010, s. 18).

První oddělení paliativní péče založil doktor Balfour Mount v roce 1975 v kanadské nemocnici Royal Victoria. Termínem paliativní péče propojil koncept hospicového hnutí, které se věnuje člověku a snaží se naplnit všechny jeho fyzické, emocionální, sociální a duchovní potřeby, v prostředí akutní nemocniční péče (Vorlíček a kol., 2004, s. 21).

Velkým mezníkem byl rok 1990, kdy WHO schválila paliativní péči jako samostatnou specializaci, která se věnuje zmírnění utrpení a zlepšení kvality života nemocných s chorobou limitující život (Periyakoil and Gunten, 2022, s. 2).

V roce 2006 Americká rada lékařských specializací (dále ABMS), tak i Akreditační rada pro postgraduální lékařské vzdělávání (dále ACGME) uznaly hospicovou a paliativní péči jako dvě odlišné samostatné specializace (Sheikh et al., 2022, s. 4168).

1.2 Vývoj paliativní péče v České republice

V České republice narostl zájem o paliativní péči až po roce 1989, kdy došlo k otevření hranic. Mnoho českých lékařů a sester dostalo možnost vycestovat do zahraničí a navštívit zahraniční pracoviště, kde byla paliativní péče více rozšířená. V 90. letech 20. století díky těmto možnostem došlo k postavení několika lůžkových hospiců i v České republice (Sláma, 2009, s. 183).

První zařízení, které poskytovalo paliativní péči, vzniklo v nemocnici v Babicích nad Svitavou roku 1992. Následně po pár letech bylo změněno na léčebnu pro dlouhodobě nemocné. Po roce 1990 se stala známou propagátorkou hospicové péče MUDr. Marie Svatošová. Ta se v roce 1996 zasloužila o založení prvního lůžkového hospice Hospic Anežky České v Červeném Kostelci (Tomeš, Dragomirecká a Sedlářová, 2015, s. 39).

Významným krokem bylo schválení Koncepce paliativní péče v České republice (dále ČR) v roce 2004. Měla pomoci k rozvoji kvalitní paliativní péče a k účinnému poskytování

paliativní péče v různých zařízeních, jako jsou nemocnice, léčebny pro dlouhodobě nemocné či zařízení sociálních služeb. V roce 2009 vznikla Česká společnost paliativní medicíny (dále ČSPM), jejímž cílem bylo podporovat vzdělávání v oblasti paliativní péče a rozvíjet kvalitní klinickou praxi. Důležitým rokem byl také rok 2013, kdy ČSPM publikovala Standardy paliativní péče (Bužgová, 2015, s. 21).

Nadační fond Abakus v letech 2016-2020 investoval přes 47 miliónů korun do rozvoje paliativní péče v zdravotnických zařízeních. V celé České republice podpořil 26 nemocnic, které mohly využít finanční prostředky k vybudování svých projektů v oblasti paliativní péče. Nadační fond funguje již od roku 2010, a za 13 let existence pomohl prostřednictvím grantových programů zajistit finanční soběstačnost určitých mobilních hospiců a podpořil rozvíjení paliativní péče v pobytových sociálních službách pro seniory (Abakus, © 2021).

Od roku 2019 probíhal v sedmi nemocnicích v ČR projekt „Podpora paliativní péče – zvýšení dostupnosti zdravotních služeb v oblasti paliativní péče v nemocnicích akutní a následné péče“, který podporoval a ověřoval činnost konziliárních paliativních týmů. Jednalo se o pilotní projekt Ministerstva zdravotnictví ČR, který po dobu pěti let sbíral data pro další rozvoj nemocniční paliativní péče. Jedním z hlavních výstupů projektu jsou Standardy poskytování specializované paliativní péče ve formě konziliárního týmu paliativní péče v nemocnicích akutní a následné péče v ČR, které byly publikovány ve Věstníku MZ ČR v únoru 2022 (Kolářová, 2022).

1.3 Cíle paliativní péče

Hlavním cílem paliativní péče není vyléčení nemoci nebo prodloužení života nemocného, ale zachování co nejlepší kvality života, tlumení tělesných a psychických strádání a zajištění pacientovi důstojnosti v průběhu onemocnění a umírání. Po celou dobu poskytuje psychickou podporu pacientovi, jeho rodině a všem, které nemocný považuje v tomto období za blízké. V jiném pojetí paliativní péče umožňuje poskytnutí nejzákladnější péče, která se věnuje pacientovým potřebám v jakémkoli prostředí. Paliativní péče se nesnaží urychlit smrt nemocného, pouze pokládá umírání a smrt za normální část lidského koloběhu života (Sedlářová, 2015, s. 38-39).

Dle WHO si paliativní péče neklade za cíl pouze výše zmíněné body, ale také poskytnutí útěchy od bolesti a dalších zdravotních příznaků, které se vlivem život ohrožujícího onemocnění objevují. Nabízí další možnosti k řešení náročné životní situace, podporuje rodinu během umírání, a i po smrti nemocného. Aby tyto cíle mohly být splněny, (WHO)

uvádí, že je nutné včasné identifikování onemocnění, kvalitní posouzení a vhodná léčba (Stiborová a Frei, 2018, s. 8; Cherny et al., 2015, s. 87).

1.4 Cílová skupina paliativní péče

Paliativní péče není přímo vymezena nemocnému s určitou diagnózou či onemocněním a lze ji tedy poskytnout člověku v jakémkoli věku na základě jeho zdravotního stavu. Přesto je možné stanovit určitý okruh pacientů s onemocněním, pro které je potřebná v pokročilých a terminálních obdobích nemoci (Gerhard, 2014, s. 15; Sláma a kol., 2011, s. 27).

V ČR ve více než 70 % případech lidé nejčastěji umírají na nádorové onemocnění, neurodegenerativní onemocnění (demence, roztroušená skleróza, Parkinsonova nemoc), na chronická orgánová selhání (srdeční, plicní, ledvinné, jaterní) nebo v případě dětských pacientů i na vrozené život ohrožující onemocnění (Sláma, Krejčí a Ambrožová, 2019, s. 16).

Přibližně 60 % pacientů umírá na vleklé pokročilé onemocnění a obecná paliativní péče by jim mohla být v průběhu onemocnění prospěšná. U specializované paliativní péče je toto číslo nižší a je odhadováno přibližně na 30-35 % nemocných, kteří by v posledním roce života mohli mít prospěch ze specializované paliativní péče (Bužgová, 2015, s. 22).

Lékař často doporučí paliativní péči pacientovi pozdě. Dochází k tomu pravděpodobně z důvodu, že je paliativní péče spojována s terminálním stádiem nemoci. To způsobuje slučování paliativní a hospicové péče dohromady jako jedné identické péče. Přitom paliativní péče může být poskytována zároveň s kurativní léčbou. Zatímco hospicová péče je určena zhruba v posledních šesti měsících života a nemocný už nepodstupuje kurativní terapii (Schlick and Bentrem, 2019, s. 30).

1.5 Rozdělení paliativní péče

V souladu s mezinárodními doporučeními je v ČR paliativní péče rozlišována na dvě úrovně. Jedná se o obecnou paliativní péči a specializovanou paliativní péči (Polívka, 2018, s. 5).

1.5.1 Obecná paliativní péče

Obecná paliativní péče je klasifikována jako klinická a sociální péče o pacienty s onemocněním v pokročilém stádiu. Poskytují ji zdravotníci a pracovníci sociálních služeb

se zřetelem na specifika svých kompetencí. Lékařskou péči zajišťuje ošetřující lékař, který ji poskytuje v rámci své klinické práce. Součástí obecné paliativní péče je léčba příznaků spojených s probíhajícím onemocněním, komunikace s nemocným a jeho rodinou o jeho nemoci a zajištění péče zohledňující stádium pokročilého onemocnění. K přechodu z obecné paliativní péče na specializovanou paliativní péči dochází v případě, kdy potřeby pacienta nedokážou být uspokojeny možnostmi obecné paliativní péče (Polívka, 2018, s. 5; Sláma, Kabelka a Loučka, 2016, s. 446).

1.5.2 Specializovaná paliativní péče

Specializovaná paliativní péče je poskytována pacientům odborníky, kteří absolvovali vzdělání v oblasti paliativní péče. Je tvořena multidisciplinárním týmem, který se skládá z lékaře, všeobecných sester, sociálního pracovníka, psychologa, duchovního, dobrovolníků a dalších odborníků. Hlavní prioritou paliativního týmu je zprostředkovávání paliativní péče a konziliární činnosti nemocnému. Specializovaná paliativní péče může být poskytována odlišnou organizační formou: například mobilní specializovanou paliativní péčí, lůžkovým hospicem a ambulantní paliativní péčí (Konopáčová, 2017, s. 83; Sláma, 2012, s. 11).

1.6 Paliativní tým

Základem kvalitní paliativní péče je multidisciplinární tým. Členové týmu spolu úzce spolupracují a zároveň plní svoji vlastní funkci. Sestava týmu se může lišit, ale v zásadě bývá složení paliativního týmu následující: lékař, všeobecná sestra, ošetřovatel, psycholog nebo psychoterapeut, nutriční terapeut, sociální pracovník a nemocniční kaplan. Pracovníci paliativního týmu se pravidelně účastní společných schůzek, které umožňují lepší poznání členů týmu a dovolují získat pohled do jednotlivých disciplín. Vzájemná spolupráce a komunikace týmu předchází situaci, kdy by mohlo dojít k plýtvání sil a způsobování zmatku v péči o pacienta (Hošťálková, Urbanová a Vítková, 2018, s. 32-33).

Rozeznávají se dvě formy paliativního týmu. Paliativní tým, který funguje v konziliárním režimu, který je používán v podobě konzultací a podpory během primární péče. V druhém případě se může jednat o paliativní tým, který tvoří jeden celek s poskytováním primární péče. Odbornost a rozsah jednotlivých týmů při poskytování paliativní péče je rozdílná, záleží na požadavcích každé organizace a aktuální skladbě pacientů (Pechová a Lejsal, 2020, s. 156).

Sestra je nezastupitelným členem paliativního týmu. Po celou dobu je v blízkém kontaktu s nemocným i jeho rodinou a doprovází je v průběhu péče. Aktivně rozpoznává aktuální zdravotní a psychický stav nemocné osoby a dle potřeby kontaktuje další členy paliativního týmu. Je zde pro nemocného a rodinu jako důvěrný společník, se kterým můžou sdílet své nejistoty, strasti, potřeby a radosti (Taberyová a Hrdličková, 2022, s. 16; Balvínová, Mičková a Nováková, 2022, s. 72).

1.7 Organizační formy paliativní péče

Specializovaná paliativní péče může být poskytována různou organizační formou a pacientům je doporučována na základě jejich stavu a přáních, kde a jakým způsobem si přejí prožít konec svého života (Sláma, 2012, s. 11).

1.7.1 Nemocniční paliativní péče

Konziliární tým paliativní péče poskytuje paliativní péči v rámci zdravotnického zařízení. Umožňuje, aby pacient zůstal na oddělení, kde byl doposud léčen a paliativní tým jej navštěvuje na tomto oddělení. V posledních letech vznikají samostatné oddělení paliativní péče, které pečují o nemocné, kteří potřebují paliativní péči a zároveň je potřeba pro diagnostiku a léčbu prostředí nemocnice. Oddělení paliativní péče má ve fakultních nemocnicích velkou edukační roli. Zároveň je oddělení paliativní péče základnou pro konziliární tým paliativní péče (Sláma a kol., 2011, s. 31).

1.7.2 Hospicová paliativní péče

Jedná se většinou o samostatně stojící lůžkové zařízení, které poskytuje specializovanou paliativní péči. Zakládá si na poskytování kvalitní paliativní péče, zároveň s respektováním individuálních potřeb nemocného. Pro klienta se snaží vytvořit příjemné prostředí, které je pro něj sympatické a navozuje mu pocit domova. Výhodou hospicového zařízení je možnost ubytování i další osoby, která je klientovi po celou dobu nablízku (Stiborová a Frei, 2018, s. 9).

Další možností hospicové paliativní péče je mobilní hospic. Ten poskytuje specializovanou paliativní péči stejným způsobem jako v lůžkovém zařízení, ale klient ji dostává ve svém domácím prostředí. Členové multidisciplinárního týmu navštěvují klienta doma, kdy je péče poskytována v průběhu návštěv. Mobilní hospic funguje 7 dní v týdnu a 24 hodin denně a reaguje na potřeby klienta na základě domluvy (Stiborová a Frei, 2018, s. 10).

2 POTŘEBY PACIENTŮ V PALIATIVNÍ PÉČI

Potřeba je vymezena jako stav nadbytku nebo nedostatku něčeho, co je pro člověka v přítomném okamžiku důležité. V průběhu života se potřeby mění na základě biologických, sociálních, psychologických a spirituálních podnětů. Uspokojení potřeb je u každého jedince individuální. Nemocný s život ohrožujícím onemocněním nebo v terminálním stádiu nemoci má totožné potřeby jako člověk zdravý. Jenom se naléhavěji objevují a mizí. Závisejí na stupni pokročilosti probíhajícího onemocnění, přítomnosti více náročných onemocnění zároveň, věku nemocného, sociální situaci a psychickém rozpoložení (Plevová a kol., 2019, s. 114; Bužgová, 2015, s. 40).

Nejznámější hierarchie potřeb je od amerického psychologa Abrahama Harolda Maslowa, kterou uvedl v roce 1943. Maslowova hierarchie potřeb je znázorňována ve tvaru pyramidy a řadí se do pěti úrovní, dle jejich důležitosti. Na prvním stupni jsou potřeby fyziologické, následně potřeby jistoty a bezpečí, v prostředku jsou potřeby lásky a sounáležitosti, jako předposlední uvádí potřeby úcty a uznání a na nejvyšší příčce spočívá potřeba seberealizace (Trivedi, 2019, s. 38-40).

Paliativní péče odpovídá holistickému pojetí péče, které bere lidskou bytost jako komplexní, proto se stará o potřeby biologické, sociální, psychologické a spirituální. Nevěnuje pozornost pouze tělesnému strádání, ale snaží se zajistit umírajícím co nejkvalitnější život do poslední chvíle s ohledem na jejich potřeby (Bužgová, 2015, s. 41-42).

2.1 Biologické potřeby

Jedná se o nejzákladnější potřeby, které nemocný potřebuje. Během nemoci jsou v zájmu nemocného po nejdélší dobu. Náleží mezi ně všechny potřeby, které nemocné tělo ve stávající chvíli vyžaduje. Nemocný potřebuje přijímat živiny ze stravy, získávat dostatek kyslíku pro své tělo a mít co nejpřirozenější způsob vyprazdňování. Některé biologické potřeby v paliativní péči se dostávají do popředí ošetrovatelské péče. Zvyšuje se nárok na péči o pokožku a prevenci proleženin, výživu a pitný režim, vyprazdňování, péči o dýchací cesty a dutinu ústní. Naopak postupně ubývá fyzická síla nemocného a tím i jeho pohybová aktivita (Plevová a kol., 2019, s. 115-116; Svatošová, 2012, s. 21).

2.2 Psychologické potřeby

Respektování lidské důstojnosti nezávisle na stavu nemocného patří mezi hlavní psychologické potřeby, protože pocit ztráty důstojnosti ovlivňuje kvalitu života.

Ošetrovatelská péče, která je poskytována s respektem k důstojnosti, je pro nevyлéčitelně nemocného zásadní. Poskytuje pocit bezpečí a tím chrání nemocného před úzkostí z nedůstojné smrti. Lidský a empatický přístup personálu umožňuje navázání blízkého vztahu s pacientem a snižuje tak pocity osamělosti a bezmoci. Důležitou součástí paliativní péče je komunikace, která má velký vliv na psychický stav pacienta v posledních stádiích života. Pacient by měl mít vždycky možnost vědět o svém zdravotním stavu, není proto vhodné mu lhát, protože by došlo ke ztrátě navázaného vztahu (Kisvetrová, 2018, s. 36-37; Svatošová, 2012, s. 22).

2.3 Sociální potřeby

Jedním z největších problémů paliativní péče je změna sociální pozice nemocného vlivem život ohrožujícího onemocnění. Jedinec se musí vyrovnat se změnou osobní identity, s jiným prostředím při hospitalizaci a se změnou sociální role. Tato situace ovlivňuje nejen nemocného, ale celou jeho rodinu. Člověk je společenský tvor, proto pro něj může být náročné přijmout jiné sociální postavení. I přes to vše potřebuje sociální podporu, která je poskytována od rodinných příslušníků, blízkých osob a ošetrojícího personálu. V závěru života nemocný potřebuje i blízký kontakt v podobě dotyku a pohazení (Bužgová, 2015, s. 71-72; Svatošová, 2012, s. 23).

2.4 Spirituální potřeby

Spirituální potřeby byly do nedávné doby v péči o nevyлéčitelně nemocné velice přehlíženy. Byly totiž do jakési míry spojovány s uspokojováním potřeb věřících. Spiritualita ale neznamená pouze víru v nějakou božskou bytost či v posmrtný život. Lze ji chápat jako určitý názor a pohled na život, který může a nemusí zahrnovat náboženství. Nemocnému však umožňuje najít komfort a pocit bezpečí v konečné fázi života. Schopnost přijmout realitu umírání je zakotvena v kulturních a případně i náboženských hodnotách člověka. Mnoho lidí se v období terminální nemoci a umírání obrací k náboženskému odkazu svého dětství, a nachází tak klid v duši a naději na vykoupení. Spirituální podpora přísluší do holistické ošetrovatelské péče a sestra by měla aktivně posuzovat potřeby v této oblasti (Kisvetrová, 2018, s. 97-99; Svatošová, 2012, s. 22).

2.5 Hodnocení potřeb

Vhodným indikátorem kvality poskytované péče je hodnocení saturace potřeb pacientů. Paliativní péče totiž klade důraz na kvalitu života nemocného a jeho rodiny a na bio-psycho-

sociální a spirituální potřeby nemocného. V zahraničí vzniklo několik hodnotících nástrojů potřeb pacientů, jejichž cílem je identifikovat aktuální potřeby pacienta a rozpoznat potencionální problémy (Bužgová a kol., 2013, s. 310).

Mezi nejčastěji využívané dotazníky v zahraničí patří dotazník Needs Evaluation Questionnaire (dále NEQ), dotazník Patient Needs Assessment Tool (dále PNAT) a Needs at the End-of-Life Screening Tool (dále NEST) dotazník. Samozřejmě je jich mnohem více, ale pro použití v našem prostředí je limitující jejich anglické znění. V ČR jsou spíše dostupné dotazníky, které hodnotí kvalitu života u onkologicky nemocných pacientů. Pro pacienty v paliativní péči však měřící nástroje pro hodnocení potřeb chybí. Prozatím byl vytvořen pouze český dotazník Hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči (dále PNAP), který byl vytvořen na Lékařské fakultě Ostravské univerzity. Autorka Bužgová, (Bužgová, 2015) vedla v letech 2011-2014 výzkum a na základě získaných výsledků vytvořila dotazník PNAP. Dotazník pokrývá nejčastější bio-psycho-sociální a spirituální potřeby pacienta. Skládá se ze sedmi domén, které se věnují fyzickým symptomům, sociální oblasti, respektu a podpoře zdravotnických pracovníků, smyslu života a smíření, autonomii, možnosti sdílení emocí a potřebám víry. Podle svého pocitu v oblasti potřeb pacienti odpovídají číslem 1 (není důležitá) až číslem 5 (velmi důležitá). Nevýhodou dotazníku může být časová náročnost, která se pohybuje kolem 45 minut (Bužgová, 2015, s. 45-46).

Zjištění potřeb pacienta může dopomoci multidisciplinárnímu týmu vypracovat cíleně orientovaný plán péče, který pacientovi zajistí pozitivní vliv na kvalitu života. Dále se ukazuje, že použití měřících nástrojů pomáhá rozvinout konverzaci mezi nemocným, jeho rodinou a zdravotnickými pracovníky (Bužgová, 2015, s. 43).

3 TĚLESNÉ SYMPTOMY V PALIATIVNÍ PÉČI

Podstatou poskytování kvalitní komplexní holistické ošetrovatelské péče je péče o všechny bio-psycho-sociálně-spirituální potřeby a všechny tělesné symptomy, které se v průběhu život ohrožujícího onemocnění objeví. Sestra pacientovi poskytuje podporu, snaží se odstranit nebo alespoň zmírnit příznaky spojené s onemocněním, a hlavně doprovází pacienta během paliativní péče (Mišinová, 2016, s. 36).

3.1 Bolest

Bolest patří do našeho života, učí nás vnímat hodnotu věcí, vztahů a našeho samotného života. Chrání a upozorňuje nás na poškození tkáně a na naše emoční rozpoložení. Pocit bolesti je tedy u každého jedince individuální, a proto může hodnotit intenzitu bolesti pouze člověk sám za sebe. Zakladatelka moderního hospicového hnutí Cicely Saundersová upozornila, že umírající člověk trpí nejen tělesnou bolestí, ale i spirituální, duševní a sociální, a je tedy potřeba všechny léčit. Proto bez komplexního přístupu k nemocnému, a i jeho bolesti, se může lehce stát, že nebude léčba úspěšná (Marková, 2021, s. 18; Kabelka, 2017, s. 132).

Snášení bolesti se u každého člověka liší. Je to ovlivněno činností míšních drah a receptorů, výchovou, geneticky a psychickým rozpoložením člověka. U paliativních pacientů se nejčastěji vyskytuje kromě náhodné bolesti u neoncologických nemocných také intenzivní bolest nádorová, která trvá delší dobu a je definována jako bolest chronická. Je vymezena trváním delším než tři měsíce a omezuje nemocného v denních aktivitách života. Samozřejmě se může objevit i bolest akutní průlomová, kdy se chronická bolest vysoce zvýší a současná analgosedace ji nedokáže tlumit (Kalvach, 2019, s. 79).

Při diagnostice bolesti sestra zjišťuje od pacienta lokalizaci bolesti, její charakter, intenzitu a časový rámeček. V některých případech není komunikace možná, nebo pacient neví, jak bolest popsat, sestra si tedy musí všimnout i neverbálních projevů bolesti jako jsou výraz ve tváři, zvukové projevy při pohybu a reakce na dotyk. K hodnocení síly bolesti se využívají standardizované škály. Nejvíce používaná je vizuální analogová škála (dále VAS), kdy pacient na 10 cm úsečce označí intenzitu bolesti (od žádné bolesti = 0, po nesnesitelnou bolest = 10). Dále se často využívá Malzackova škála, která hodnotí intenzitu bolesti v 5. stupních. Je složena z numerické stupnice od 0 do 5 a pacient pomocí přídavného jména slovně vyjadřuje intenzitu své bolesti (žádná = 0, mírná = 1, nepříjemná = 2, intenzivní = 3, krutá = 4, nesnesitelná = 5). Ve světě se u nádorové bolesti využívá dotazník Brief Pain

Inventory (dále BPI) a u nenádorové se osvědčil McGillův dotazník (Marková, 2021, s. 19; Kalvach, 2019, s. 80; Pokorná a kol., 2013, s. 116).

Základem léčby bolesti u nemocných v paliativní péči je podávání analgetik. Léky se podávají v určitém čase, aby se předešlo novému rozvinutí bolesti. Samozřejmě se množství a gramáž léků koriguje dle přání pacienta, protože někteří nemocní jsou po podání opioidních analgetik více spaví během dne. Lékaři se při léčbě bolesti řídí podle žebříčku WHO. Ta ji dělí na tři stupně a v každém stupni se používá jiný typ analgetik. V I. stupni se předepisují neopioidní analgetika nebo nesteroidní antirevmatika (ibuprofen, diclofenac). Velice je využíván paracetamol, který se podává v dávce 500-100 mg v šestihodinovém intervalu. II. stupeň představují slabé opioidy (tramadol, kodein, dihydrokodein), které tlumí středně silnou bolest. U paliativních pacientů se radši volí nízké dávky silných opioidů než užívání vysokých dávek slabých opioidů. Pro léčbu středně silné a silné bolesti se vybírají opioidy ze III. stupně (morfin, fentanyl, buprenorfin). Lze je podávat ve formě tablet, rektálních čípků, kapek, parenterálně i kontinuálně pomocí dávkovače. Pro pacienty v domácím prostředí jsou velice užitečné opioidy v transdermální náplastové formě, které si sami nebo s dopomocí zvládnout nalepit na pokožku (Kalvach, 2019, s. 80-81).

Užívání opioidních analgetik má i řadu vedlejších účinků, se kterými jsou pacienti seznámeni lékařem. V takové situaci není důvod k ukončení léčby, jen je zapotřebí tyto nežádoucí účinky řešit. V prvních dnech po podávání opioidů, se může objevit mírná ospalost, staří lidé mohou být dočasně zmatení, pacienti mohou pociťovat nevolnost a pocit na zvracení. Všechny tyto nežádoucí účinky by ale měly nejpozději do týdne vymizet. Pokud k tomu nedojde, je nutné tyto příznaky léčit a hledat možnou příčinu vzniku i někde jinde než u opioidů. K dalším nežádoucím účinkům opioidů patří i zácpa. Ta se ale většinou vyskytuje po celou dobu podávání opioidů, i když u náplastových forem opioidů je méně častá. Pacienti by měli být poučeni o preventivních opatřeních, aby předcházeli vzniku zácpy, která by je už v tak složité životní situaci více omezovala (Marková, 2021, s. 29-30).

Kromě analgetik se v léčbě bolesti v paliativní péči využívají i další postupy. K nimž převážně patří adjuvantní farmakoterapie, kde jsou zastoupeny anxiolytika, antidepressiva, kortikoidy a antiepileptika u neuropatických bolestí. Následně fyzioterapie a fyzikální léčba u bolestí svalů a kostí (Kalvach, 2019, s. 81).

Mezi nové postupy v léčbě bolesti u paliativních pacientů je předepisování léčebného konopí. Lékové formy konopí jsou různé, ale nejčastěji se používají perorální tvrdé

želatinové tobolky s obsahem sušené konopné drogy. K indikačním kritériím pro předpis léčebného konopí musí mít pacient diagnózu Chronická nezišitelná bolest, která je zejména spojena s onkologickým onemocněním, s degenerativním onemocněním pohybového systému, s neuropatickou bolestí a s bolestí při glaukomu. U onkologicky léčených pacientů bývá léčebné konopí předepisováno i pro své účinky, kdy povzbuzuje apetit a potlačuje pocit nauzey a zvracení. Konopí lze předepsat pouze na elektronický recept s omezením a lékař může poskytnout potřebné množství pouze na 1 měsíc. Účinek perorální formy léčebného konopí se dostaví za 1-2 hodiny a může přetrvávat až 6-8 hodin. Lékař proto musí poučit pacienta o zákazu řízení automobilu minimálně na 12 hodin po užití tobolky, protože léčebné konopí má účinek na pozornost a koncentraci. Při kontrole z orientačních testů ze slin nebo moči je možné dokázat pouze užití konopí nebo tetrahydrokanabinolu (dále THC). Obsah psychoaktivní látky je ale po 12 hodinách nižší, než je zákonem stanovená hladina. Přesto by měl lékař pacientovi vystavit průkaz o léčbě konopím s identifikačními údaji předepisujícího lékaře, a s pacientem vyplnit informovaný souhlas s preskripcí konopí pro léčebné účely (Kušnírová, 2020, s. 90-91).

Sestra během poskytování péče má při zmírňování bolesti nezastupitelnou roli. Je s pacientem v největším kontaktu, proto se i pacient snáze svěří s bolestí, která ho trápí. Mezi její intervence, které při léčbě bolesti provádí, patří zaznamenávání bolesti dle používané škály pro hodnocení bolesti, podávání naordinovaných analgetik dle lékaře a sledování verbálních a neverbálních projevů bolesti. Zároveň sleduje vedlejší účinky analgetik, které se mohou během jejich užívání objevit. Snaží se odpoutat pacientovu pozornost od bolesti, přiměřeně ho aktivizovat a umožnit mu zaujmout úlevovou polohu dle jeho přání (Plevová a kol., 2019, s. 119; Marková, 2010, s. 101).

3.2 Dušnost

Jedná se o stav, kdy nemocný trpí subjektivním pocitem nedostatku vzduchu. Současně nemocný pociťuje i ztížené dýchání. Rozeznává se dušnost klidová, námahová a záchvatovitá. U více než poloviny paliativních pacientů se v posledních stádiích nemoci objevuje dušnost klidová, obzvláště pak při nádorových onemocněních plic a u pozdních fází srdečního selhání. Neléčená dušnost omezuje pacienta v denních aktivitách života a tím snižuje i kvalitu jeho života (Kalvach, 2019, s. 81; Kabelka, 2017, s. 147).

Základní diagnostika dušnosti spočívá na klinickém vyšetření, které provádí lékař. Zároveň je důležité, aby sestra pravidelně hodnotila saturaci kyslíku pulsním oxymetrem.

Je také nutné rozpoznat, zda dušnost vznikla náhle nebo se rozvíjí postupně, a jestli ji doprovází i další příznaky. Někdy se totiž může jednat i o takzvanou nepravou dušnost, která je typická pro záchvat úzkosti (Kalvach, 2019, s. 82).

Ani pacient v terminální fázi života by neměl pociťovat pocit nedostatku vzduchu. Je to pro něj velice nepříjemný a stresující okamžik, proto by sestra měla dělat co nejvíce pro jeho odstranění. V daný okamžik dopomůže nemocnému zaujmout úlevovou polohu, například Fowlerovu, a pokud to pacientův zdravotní stav dovolí, tak i ortopnoickou, kdy dochází k využívání i vedlejších svalů dýchacích. Následně zajistí pravidelné větrání místnosti, kontroluje saturaci kyslíku, barvu sliznic a akrálních částí těla. Dle lékaře podává ordinované léky a zajišťuje oxygenoterapii. Odsávání hlenu, který může způsobovat dušnost, je často pro pacienta diskomfortní a zvyšuje pocit na zvracení, je tedy vhodné zvážit prospěšnost dle stavu pacienta (Kalvach, 2019, s. 84; Stiborová a Frei, 2018, s. 48; Mišinová, 2016, s. 56).

Záchvatovitá nebo akutní dušnost může být léčena opioidy, většinou se využívá subkutánního podání morfinu nebo perorálně Sevredolu. Ke snížení pocitu dušnosti jsou podávány anxiolytika (Xanax, Dormicum), ať už v perorální nebo intravenózní formě. Pokud se jedná o dušnost vlivem obstrukce dýchacích cest lze podat bronchodilatancia (Ventolin, Syntophyllin), které rozšiřují průdušky a umožňují tak pacientovi snadněji dýchat. U pacientů, kde se předpokládá výskyt edému kolem nádorových ložisek, jsou indikovány kortikoidy (prednisolon, dexamethason) (Marková, 2021, s. 62-63).

3.3 Dehydratace

Ztráty tekutin a snížený příjem tekutin jsou u nevléčitelně nemocných velice časté. Dehydratací je označován stav, kdy tělu chybí potřebné množství tekutin. K typickým příznakům dehydratace patří pocit žízně, který se ale u starších a paliativních pacientů fyziologicky snižuje. Nemocný má suché a popraskané rty, oschlé sliznice, je unavený, zmatený a bolí jej hlava. Zároveň se snižuje kožní turgor, objevuje se hypotenze a tachykardie a klesá množství diurézy. V závažných případech může dojít až k neurologickým obtížím, kdy hrozí bezvědomí, křeče a selhání ledvin s anurií (Kalvach, 2019, s. 96).

Pravidelné podávání tekutin nemocnému je součástí základní ošetrovatelské péče. U imobilních pacientů s nejistým příjmem tekutin se sleduje a zaznamenává orientační denní množství tekutin. Pacientům s oslabeným pocitem žízně se průběžně nabízí tekutiny

po doušcích v pravidelných intervalech ošetřujícím personálem a příbuznými. Pokud pacient nemůže přijímat tekutiny ústy, je nutné dbát o zvýšenou hygienu dutiny ústní a najít jinou cestu k podávání tekutin. V zdravotnických zařízeních se obvykle volí intravenózní podávání tekutin. Tekutiny lze podávat i formou takzvané hypodermoklýzy, kdy se fyziologický roztok aplikuje do podkoží. V případě terminálně nemocných nelze očekávat normální příjem tekutin jako za plného zdraví, protože v posledním stádiu života lidské tělo snižuje vitální funkce a hrozila by aspirace až udušení nemocného (Kalvach, 2019, s. 134-135; Mišinová, 2016, s. 48-49).

3.4 Kašel

U pacientů s plicními tumory je výskyt kašle v posledním roce života více než poloviční. Pacientovi snižuje kvalitu života, způsobuje dušnost a narušuje jeho spánek, čímž zvyšuje únavu. V paliativní péči se nejčastěji vyskytuje chronický kašel, který trvá déle než 8 týdnů a je typický u astmatu, chronické bronchitidy, chronické obstrukční plicní nemoci (dále CHOPN) a plicních nádorů. V každém okamžiku je nutné zvážit, zda kašel odpovídá aktuálnímu stavu pacienta nebo se jedná o nový příznak probíhajícího onemocnění (Kabelka, 2017, s. 177-178).

Cílenou léčbou je možné kašel zmírnit či odstranit a tím zlepšit kvalitu života pacienta. Pacientům pomáhá pokleповá masáž hrudníku, která podporuje vykašlávání hlenu, který se v plicích tvoří. Pro udržení stávajícího dechového objemu je vhodná dechová rehabilitace, kterou může pacient provádět kdykoli během dne. K lepšímu odchodu hlenu z dýchacích cest pomáhá i dostatečný příjem tekutin, který u pacientů v poslední fázi života bývá zajištěn parenterální cestou (Kabelka, 2017, s. 177-178).

Ve farmakologické cestě léčby kašle je nutné rozlišit, zda se jedná o kašel produktivní či neproduktivní. Během dne, převážně v ranních a dopoledních hodinách, se podávají mukolytika (Ambrobene, Mucosolvan), která usnadňují vykašlávání. Jejich užití je potřeba dostatečně zvážit, protože nebyl přímo prokázán jejich přínos a v některých případech můžou zahlenění zhoršit. Na noc se pacientům ordinují antitusika, nejčastěji pak Codein, který patří mezi opioidní analgetika a svým účinkem tlumí kašel a pacienta zároveň celkově uklidňuje (Marková, 2021, s. 68-69).

3.5 Nevolnost a zvracení

Nauzea je charakterizována jako nepříjemný subjektivní pocit s vegetativními projevy. Nemocný je bledý, opocení, má zvýšené slinění a pocit tachykardie. Pro pacienta je dlouhodobá nevolnost hůře snesitelná než krátkodobé epizody zvracení. Při zvracení dochází k vypuzení žaludečního obsahu. Příčiny nevolnosti a zvracení jsou u terminálně nemocných příznakovým komplexem. Všeobecně může být důvod orofaryngeální, gastrointestinální, metabolický, lékový, psychogenní nebo jako následek ozařování. U pacientů v paliativní péči je to nejčastěji na podkladě užívaných léků, při postižení orgánů trávicího systému, převážně pak žaludku, a vlivem ozařování v oblasti břicha a mozku (Tomíška v Sláma a kol., 2011, s. 115-116).

Nemocnému můžou ulevit od obtíží rovněž režimová opatření. Je lepší se vyhýbat silným vůním a pachům jídel, jíst po malých porcích častěji, volit netučná a nesmažená jídla. U jídla nenosit těsný oděv kolem krku a v oblasti břicha, zaujímat polohu vsedě a jíst v dobře větraném prostoru. K prevenci nevolnosti je možné ještě využít antiemetik přesněji prokinetik. Prokinetika (Degan, Cerucal) podporují peristaltiku žaludku a střev, podávají se v pravidelných intervalech a kontroluje se jejich účinnost. Mají ale mírné sedativní účinky, proto nemusí být pro všechny pacienty vhodné (Marková, 2021, s. 44-48; Tomíška v Sláma a kol., 2011, s. 117).

Při samotném zvracení žaludečního obsahu sestra dopomůže pacientovi zaujmout zvýšenou polohu v polosedě nebo na boku, aby nedošlo k aspiraci zvraceného obsahu a snížilo se riziko dušení (Stiborová a Frei, 2018, s. 47).

3.6 Nedostatečná výživa

Nedostatečná a špatně nutričně nastavená výživa může vést až k syndromu anorexie-kachexie. Na příjmu potravy má vliv několik faktorů. Pacientova bolest může převyšovat chuť k jídlu, žaludeční a střevní problémy jako nevolnost či obtížné polykání ztěžují příjem potravy a změny čichu a chuti odrazují od jídla. V konečné fázi života je vhodné pacienta povzbudit a umožnit mu sníst to co zvládne sám, nabízet malé porce jídla v častějším intervalu, při změnách chuti vyzkoušet jinou úpravu jídla a dát na výběr z jídel a tekutin, které má pacient rád. Při postižení dutiny ústní, například vlivem ozařování hlavy a krku, o ni dostatečně pečovat. Velkým přínosem jsou nutriční doplňky, ať už práškové formy, které je možné přidávat do běžné stravy, nebo drinky (Nutridrink, Cubitan, Diasip), které nejlépe chutnají vychlazené. Existují i medikamenty, u nichž byl prokázán kladný

účinek na zlepšení chuti k jídlu. Pojednává se například o kortikosteroidy a syntetické gestagenní hormony. S jejich užíváním je však nutné počítat i s jejich vedlejšími účinky. Konzultace s nutričním specialistou je vždy vhodnou volbou, ale je nutné zvážit, zda by aktuální zdravotní stav nemocného a životní prognóza pacienta umožnila její plné využití (Marková, 2021, s. 38-41).

3.7 Průjem a zácpa

Za průjem je možné považovat vyprazdňování řídké stolice častěji než dvakrát denně. Doprovází jej často tenesmy, bolesti břicha a urputný pocit nucení na stolicí. Průjem, který trvá delší dobu, zhoršuje trávení, a tím i vstřebávání živin ve střevech, dehydratuje tělo pacienta, snižuje tělesnou sílu a omezuje jej v běžných aktivitách života. V paliativní medicíně je normální příčinou průjmu léčba projímadly a jako vedlejší efekt chemoterapeutické a radioterapeutické léčby. Někdy může jít i o takzvaný nepravý průjem při zácpě, kdy stolice obtéká tvrdou stolicí, která tvoří přepážku ve střevě (Tomáška v Sláma a kol., 2011, s. 128-129).

K léčebným postupům, které řeší průjem, patří dietní opatření, rehydratace a farmakoterapie. Pacient by měl přijímat stravu bohatou na sacharidy a bílkoviny v častých malých porcích, vyvarovat se perlivým nápojům, kofeinu, alkoholu, tučným a kořeněným jídlům a preferovat vařenou zeleninu nad syrovou. V případě nedostatečné hydratace ústy je indikováno parenterální doplnění tekutin. Léky s protiprůjmovým účinkem se dělí do několika kategorií. Velice užívanými jsou inhibitory střevní pasáže, například Loperamid (Imodium). Působí na motilitu střeva a významně snižuje četnost vyprazdňování a bolesti břicha. Pokud průjem neustupuje, sestra musí provádět preventivní lokální ošetření kůže v okolí konečníku pomocí indiferentního krému (Tomáška v Sláma a kol., 2011, s. 130-132).

Zácpu lze určit jako obtížné nebo méně časté vyprazdňování střeva. Zácpu častokrát doprovází i pocit napětí a plnosti břicha. Je důležité brát větší důraz na diskomfort při defekaci než na frekvenci vyprazdňování. Příčin zácpy je mnoho, ale v paliativní péči se nejčastěji vyskytuje jako vedlejší efekt opiátové léčby a jako následek snížené pohyblivosti u ležících pacientů. U pacientů s opioidními analgetiky, by měla od začátku užívání opiátů probíhat nefarmakologická opatření, která jsou prevencí vzniku zácpy. Nemocní by měli mít přístup k dostatečnému množství tekutin, jejich strava by měla být bohatá na vlákninu, a pokud to jejich zdravotní stav dovolí ta i na pravidelný pohyb.

Mělo by jim být umožněno mít soukromí během defekace a využít polohy vsedě, která je pro defekaci snazší (Tomáška v Sláma a kol., 2011, s. 133-136).

Pokud preventivní opatření nebyla úspěšná, a i tak došlo ke vzniku zácpy, vybírá se jako první perorální cesta podání léku. Druh projímadla se volí na základě charakteru zácpy. Stolica, jež je tvrdého charakteru vyžaduje použití laxativ, které změkčují stolici. Zatímco měkká stolice vyžaduje použití projímadla stimulující střevní peristaltiku. K projímadlům, které změkčují stolici, se řadí například Sorbitol a Laktulóza. Laktulóza je jedna z nejvíce využívaných perorálních laxativ. Jedná se o sloučeninu a její účinek nastává v tlustém střevě. K zajištění dobrého účinku osmotických projímadel je nutné přijímat dostatek tekutin, jinak ztrácí svoji schopnost a jejich podání je kontraproduktivní. Užití rektální formy projímadel je na místě, pokud je v konečníku přítomna stolice nebo selhala léčba perorálními laxativy. Pro pacienta je podání projímadla v čípku (glycerinový čípek) obvykle mnohem přijatelnější než ve formě nálevu (Yal gel, kapénkové klyzma) (Tomáška v Sláma a kol., 2011, s. 136-139).

3.8 Nespavost

Nespavost je jedna z mnoha obtíží, která se v pokročilém stádiu onemocnění projevuje. Nespavost může být vymezena jako stav, kdy člověk nemůže usnout nebo má problémy spát po adekvátně dlouho dobu. Dostatečná délka spánku je u každého jedince individuální, jedná se tedy o subjektivní pocit dostatečného odpočinku. Mezi další projevy nespavosti patří opakované probouzení v průběhu noci, lehké spaní či buzení se včasně z rána (Marková, 2021, s. 82).

Problémy se spánkem mohou vznikat na podkladě tělesných a psychických příčin, vlivem léčiv nebo při odvykání od návykových látek. U pacientů v paliativní péči je častou příčinou právě nedostatečně tlumená bolest, dušnost, dráždivý kašel, pocity úzkosti a deprese, pro kterou je typické buzení se brzy z rána s obtížným usínáním. V lůžkových zařízeních se podílí na nespavosti i chod oddělení nebo hospitalizace více pacientů na jednom pokoji (Marková, 2021, s. 82-83).

Nefarmakologická léčba nespavosti si zakládá na úpravě režimu během dne. Zbytečně přes den nespávat a být více aktivní, pokud to nemocnému zdravotní stav dovolí. I když u těžce nemocných je v závěru života spánek vyžadován i v průběhu dne. Na večer omezit množství podnětů, které by mohly nemocnému noční spánek narušit. Jedná se o pozdní návštěvy, koukání na televizi či konzumaci jídla v pozdních hodinách.

Samozřejmě všechny tyto věci záleží i na zvyklostech nemocného, z tohoto důvodu by se mělo hlavně dbát na přání pacienta. Pro kvalitní a co nejpříjemnější spánek je vhodné zajistit klidné prostředí, pohodlnou matraci a vyvětraný vzduch v místnosti (Marková, 2021, s. 83).

Klidný a nerušený spánek bývá narušen tělesnými příznaky, proto je nejdříve nutné zajistit efektivní léčbu těchto symptomů a až následně využít léků, které mají sedativní účinky. Benzodiazepiny (Neurol, Diazepam, Oxazepam) jsou poměrně často používané v hospicové péči, mají hypnotický účinek a zároveň i anxiolytický efekt, takže pacientovi zmírňují i úzkosti. Mezi nevýhody patří riziko rychlého rozvoje tolerance a závislosti na podávaném množství, zhoršené kognitivní vnímání a tím zvýšené riziko pádů. U pacientů s klinickými známkami deprese můžou být předepisovány antidepressiva se sedativním účinkem (Mirzaten, Prothiaden, Trittico). Účinky nastupují až po 2-3 týdnech pravidelného užívání, je tedy vhodné zvážit, pro koho jsou vhodná a zda by nemocný profitoval z jejich účinku. U pacientů s delirantními stavy jsou indikovány antipsychotika (Tiapridal, Haloperidol, Buronil), které jsou převážně využívány u geriatrických pacientů s demencí (Marková, 2021, s. 84).

3.9 Deprese a úzkost

Více než polovina pacientů v závěru života trpí depresí a úzkostí. Výskyt těchto onemocnění je ovlivněn progresivním onemocněním a jeho léčbou. Proto je spolupráce psychiatra nebo psychologa s paliativním týmem v závěru života nemocného klíčová. Koncept totální bolesti, která respektuje nejen bolest somatickou, ale i duševní, sociální a spirituální, popsala Cicely Saundersová. Ta považovala za nejhůře léčitelnou bolest právě bolest duševní (Loučka a Houska, 2015, s. 202-204).

U nevléčitelně nemocných je smutek naprosto pochopitelný a normální, pacient se totiž musí vyrovnat s těžkou životní situací. Jedná se o zdravou reakci, která je nutná k udržení duševního zdraví. V tomto období potřebuje nemocný od sestry pochopení, dostatek prostoru a možnost prožít tyto emoce (Sláma a kol., 2011, s. 238; Marková, 2010, s. 114).

Identifikace deprese u terminálně nemocných bývá často podceňována, protože právě smutek a špatná nálada je připisována za normální následek nevléčitelného onemocnění. Přitom nedostatečně léčená deprese má vliv na vnímání intenzity bolesti, ovlivňuje kvalitu života nemocného a zvyšuje riziko mortality a sebevraždy. Dalším faktorem, který zhoršuje

diagnostiku deprese je, že příznaky deprese jako jsou poruchy spánku, únava a změny tělesné hmotnosti, jsou častým vedlejším efektem primárního onemocnění nebo její léčby (Loučka a Houska, 2015, s. 204).

Terapie deprese spočívá v psychoterapii a užívání antidepresiv. Jako nejúčinnější přístupy psychoterapie v paliativní péči se ukazují tři směry. Kognitivně-behaviorální terapie, následně terapie důstojností, která pomocí strukturované individuální terapie posiluje pocit důstojnosti, snižuje depresivitu a zlepšuje vnímání vztahů s příbuznými. A jako poslední terapie životního stylu, jenž může probíhat v individuální či skupinové formě, a na základě dostupných záznamů poukazuje na kladný efekt v nárůstu kvality života pacientů v paliativní péči (Loučka a Houska, 2015, s. 206). U výběru určitého antidepresiva je podstatná doba nástupu léčivého účinku, z důvodu času, který pacientovi zbývá. Stejně důležité je pamatovat na možné negativní farmakokinetické efekty, a proto k výběru léku přizvat i psychiatra. Pacienti v terminálním stádiu nemoci totiž často trpí selháním více orgánů najednou a jsou vystaveni zvýšeným farmakologickým intervencím. První volbou jsou v poslední době SSRI antidepresiva (Serlift, Citalec). Sice mají pomalejší nástup, ale pacienti v paliativní péči je dobře snášejí a jsou účinné (Marková, 2021, s. 89-91; Loučka a Houska, 2015, s. 205).

Úzkost se často u pacientů objevuje v počátcích paliativní péče, kdy se nemocný dozvídá o svém stavu a prognóze onemocnění. Jedná se o nepříjemný stav, který se projevuje fyzicky (vnitřní chvění, návaly horka a chladu, silné bušení srdce) a psychicky (neklid, strach ze smrti, mdloby). Sestra úzkostnému pacientovi zajistí klidný empatický přístup, možnost pohovořit o příčině své úzkosti a někdy poskytne i lehké navedení v rozhovoru, protože nemocný se často bojí vyslovit svůj strach ze smrti (Marková, 2010, s. 112-113; Loučka a Houska, s. 206).

Na rozdíl od deprese, kde jsou stanovené postupy léčby a konkrétní léčiva, u úzkosti je terapie založena na zkušenostech lékařů a na podkladech léčby úzkostných stavů u běžné populace. Osvědčenými farmaky při léčbě úzkosti jsou benzodiazepiny (Oxazepam, Neurole, Xanax) a antipsychotika (Tiapridal, Haloperidol, Risperon). Při současném výskytu úzkosti a deprese se využívají k léčbě i antidepresiva. U paliativních pacientů s úzkostmi byla zkoušena i hypnoterapie a s kladnými výsledky i kognitivně-behaviorální terapie (Marková, 2021, s. 92; Loučka a Houska, 2015, s. 206; Marková, 2010, s. 114).

4 LAICKÁ PALIATIVNÍ PÉČE

Rodina nemocného je důležitým prvkem domácí paliativní péče. S nemocným je v blízkém kontaktu a svou přítomností přináší pro umírajícího člena rodiny pozitivní chvíle. Předpokladem k převzetí pacienta do domácí paliativní péče, musí být i zájem rodiny, protože i ona se bude podílet na velké části péče. Péče o terminálně nemocného blízkého je totiž velice psychicky a fyzicky náročná. Zároveň má i ekonomické dopady na rodinu, protože dlouhodobější péče způsobuje absence v zaměstnání a s tím můžou vzniknout finanční problémy. Rodinu je tedy potřeba seznámit se situacemi, které se můžou během poskytování domácí paliativní péče objevit. Rodina by po celou dobu péče měla mít možnost se na někoho obrátit, protože můžou nastat chvíle, kdy nebude vědět co dělat, nebo nebude aktuální situaci zvládat. S tím se pojí i obeznámení rodiny s nabídkou podpůrných služeb, možnosti sociálních dávek a dlouhodobém ošetrovném. U dlouhodobé domácí paliativní péče je důležité obeznámit rodinu i s nabídkou odlehčovacích služeb. Častými klienty paliativní péče jsou i nejbližší příbuzní nemocného. Dlouhodobá péče způsobuje obrovský psychický stres a psychická podpora je tedy v tomto období zásadní. Je totiž nutné se starat o pečující rodinu, protože ona se pak může starat o nemocného. Psychická podpora je pro rodinu přítomna i po úmrtí pacienta v době truchlení (Kalvach, 2019, s. 60-61).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

V praktické části bakalářské práce jsou zpracovány výsledky kvantitativního výzkumného šetření. Výsledky byly získávány pomocí nestandardizovaného dotazníku vlastní konstrukce.

5.1 Cíle práce

Hlavním cílem práce bylo zjistit informovanost a vnímání laické veřejnosti o paliativní péči. Současně byly stanoveny tři dílčí cíle.

Dílčí cíl 1: Zjistit, zda jsou znalosti o paliativní péči ovlivněny věkem respondentů

Dílčí cíl 2: Zjistit, zda dosažené vzdělání respondentů ovlivňuje jejich informovanost v oblasti paliativní péče

Dílčí cíl 3: Zjistit, zda se znalosti v oblasti paliativní péče liší dle pohlaví respondentů

5.2 Technika sběru dat

Výzkum probíhal ve formě nestandardizovaného dotazníku, vlastní konstrukce (Příloha P I), který byl vypracován na základě stanovených cílů a byl poskytnut veřejnosti v papírové podobě. Sběr dotazníku je následně popsán v kapitole 5.3 Organizace výzkumného šetření.

Dotazník se řadí mezi metody kvantitativního výzkumu. Dotazník se skládá z předem formulovaných otázek, na které respondent odpovídá a umožňuje získat za krátký časový úsek velké množství informací od většího počtu respondentů (Chráska, 2016, s. 158).

Celkem na dotazník odpovědělo 125 respondentů. Na začátku dotazníku byl respondent seznámen s účelem dotazníku a byl zabezpečen souhlas s prováděním výzkumu: „*Vyplněním dotazníku souhlasíte, aby Univerzita Tomáše Bati uvedené údaje shromažďovala a zpracovávala za účelem výzkumu v realizované bakalářské práci.*“ Po obhájení bakalářské práce budou získaná data skartována dle ustanovení zákona č. 110/2019 Sb., o zpracování údajů a dle Obecného nařízení o ochraně osobních údajů (dále GDPR).

Dotazník se skládá z šesti úvodních sociodemografických položek o životě respondenta (pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání, současná profese, náboženské vyznání, místo pobytu) a následně pokračuje šestnácti položkami týkajícími se paliativní péče. U položek dotazníku respondenti vybírali z nabídnutých možností, měli na výběr i mnohočetné odpovědi nebo seřazovali odpovědi dle priority.

K hlavnímu cíli se vztahují položky č. 7 až 22, z nichž některé jsou využity k charakterizování dílčích cílů. K dílčímu cíli jedna se vztahují položky č. 2, 9, 10, 12 a č. 19 a zjišťují, zda jsou znalosti o paliativní péči ovlivněny věkem respondentů. Druhého dílčího cíle se týkají položky č. 3, 14, 20 a 21. Položky zjišťují, jestli dosažené vzdělání respondentů ovlivňuje informovanost o paliativní péči. K dílčímu cíli tři se vztahují položky č. 1, 13, 15 a 16. A úkolem položek je zjistit, zda se znalosti v oblasti paliativní péče liší dle pohlaví respondentů.

5.3 Organizace výzkumného šetření

Výzkumné šetření se uskutečnilo v období od konce února do poloviny dubna roku 2023. Před zahájením průzkumu byl proveden předvýzkum na 10 respondentech, na základě, kterého proběhlo ověření srozumitelnosti jednotlivých položek dotazníku. Distribuce probíhala osobním předáním dotazníku příbuzným a známým, kteří dotazníky dále distribuovali ve svém okolí. Dotazníky byly následně postupně vybírány zpět stejnou cestou, jako byly distribuovány. Celkem bylo rozdáno 150 dotazníků v papírové podobě. Navráceno bylo 129 dotazníků, z nichž byly 4 vyřazeny, kvůli neúplnému vyplnění. Respondenty byla laická veřejnost žijící na území České republiky a respondent musel splňovat minimální věk 18 let.

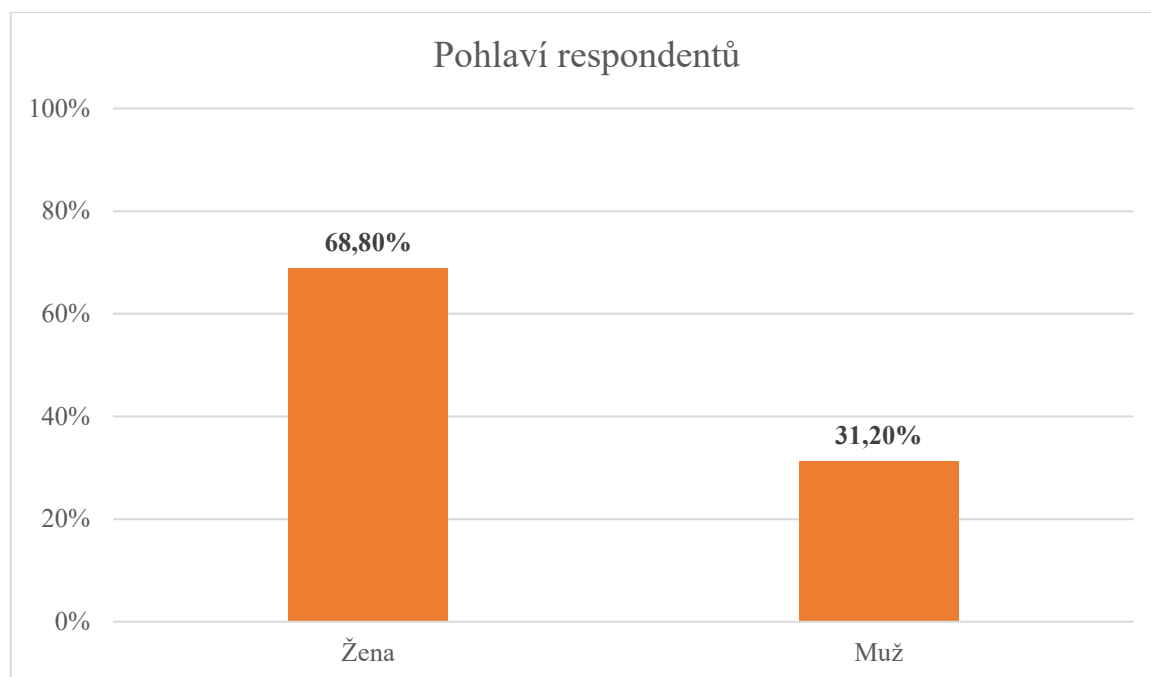
5.4 Zpracování získaných dat

Zpracování dat probíhalo v Microsoft Excel a byla zhodnocena absolutní a relativní četnost. Získané výsledky byly upraveny na procenta s dvěma desetinnými místy. Následně byla data vložena do Microsoft Office Word a pro lepší přehlednost převedena do sloupcových grafů.

6 ANALÝZA A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT

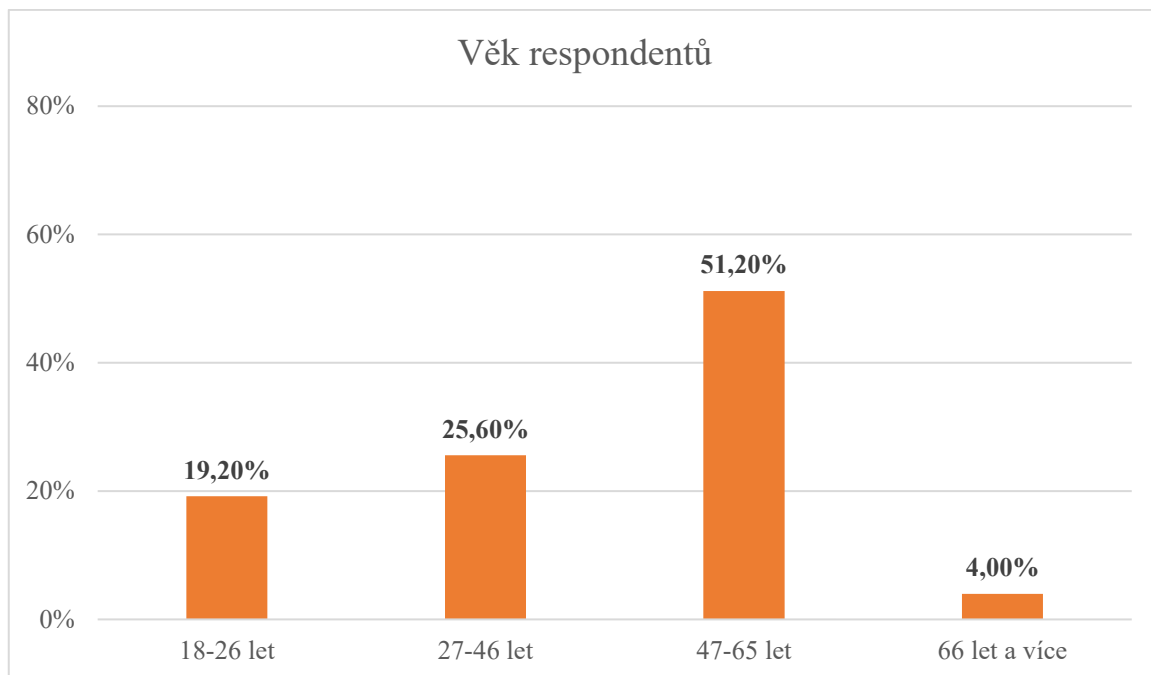
6.1 Charakteristika souboru respondentů

Výzkumného šetření se zúčastnilo 125 respondentů, z nichž bylo 86 (68,80 %) žen a 39 (31,20 %) mužů (viz Graf 1).



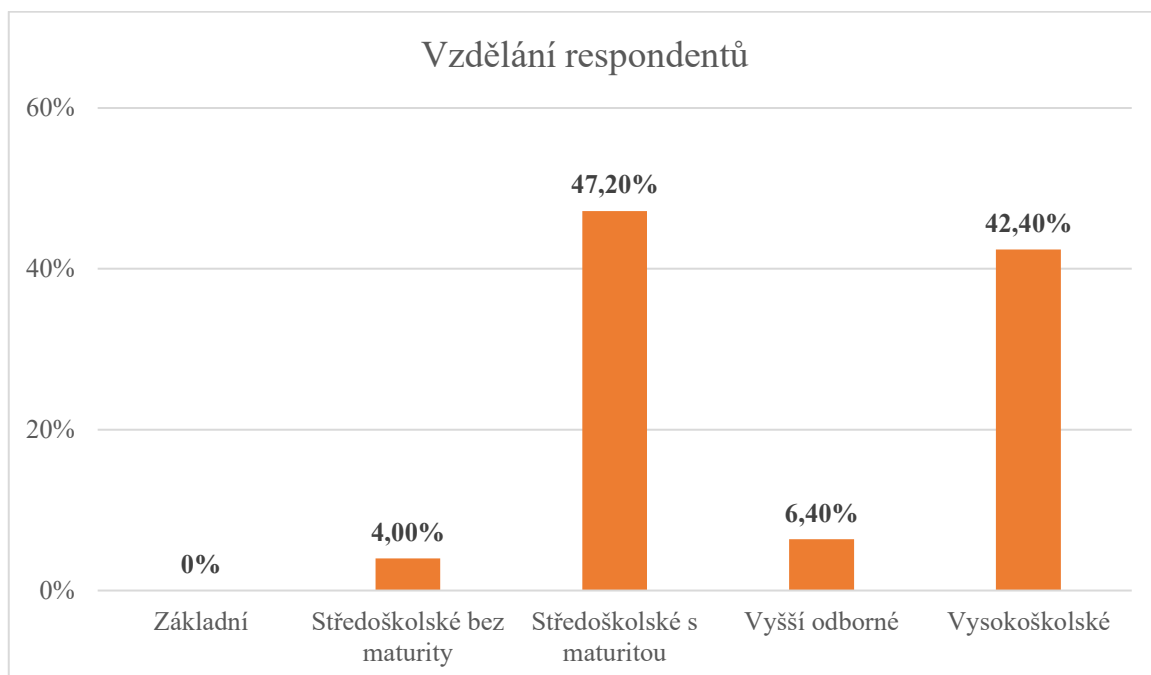
Graf 1: Pohlaví respondentů (autorka práce, 2023)

V grafu 2 je znázorněno, že z celkového počtu dotazovaných bylo 64 respondentů (51,20 %) ve věkové kategorii 47-65 let. V kategorii 27-46 let bylo 32 respondentů (25,60 %) a v kategorii 18-26 let bylo 24 respondentů (19,20 %). Nejmenší zastoupení měla kategorie 66+ let s 5 respondenty (4,00 %).



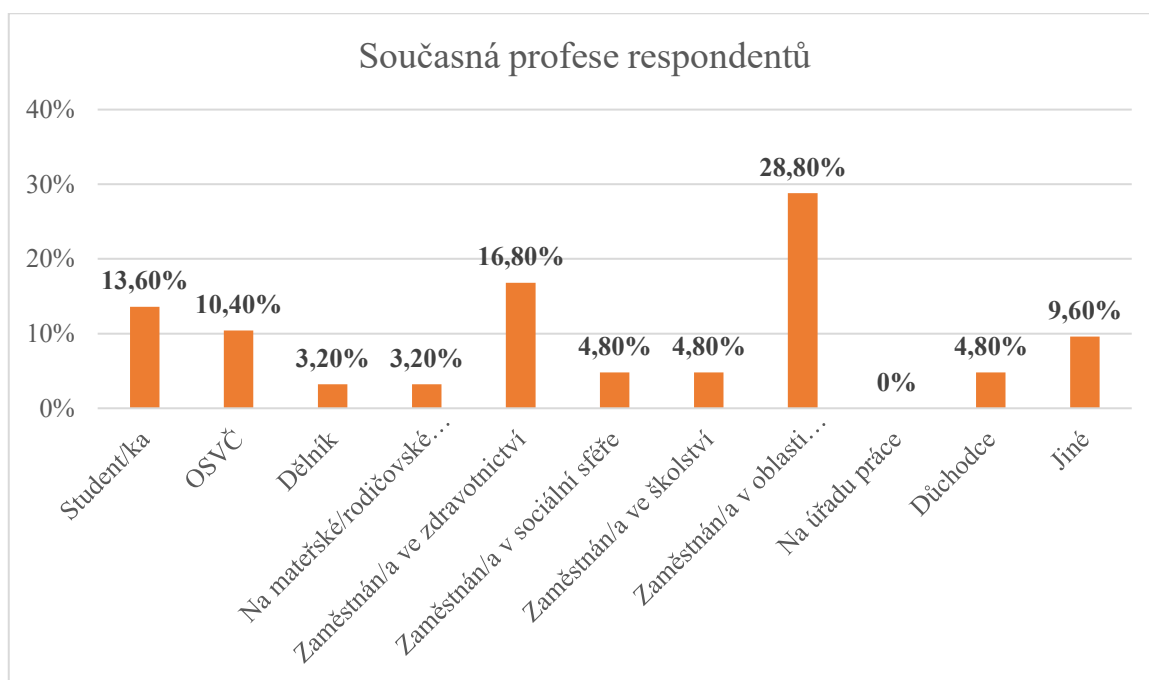
Graf 2: Věk respondentů (autorka práce, 2023)

Graf 3 zobrazuje nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Největší zastoupení mělo středoškolské vzdělání s maturitou s 59 respondenty (47,20 %). Následovalo vysokoškolské vzdělání s 53 respondenty (42,40 %). S vyšším odborným vzděláním bylo 8 respondentů (6,40 %) a se středoškolským vzděláním bez maturity 5 respondentů (4,00 %). Respondentů se základním vzděláním bylo 0 (0 %).



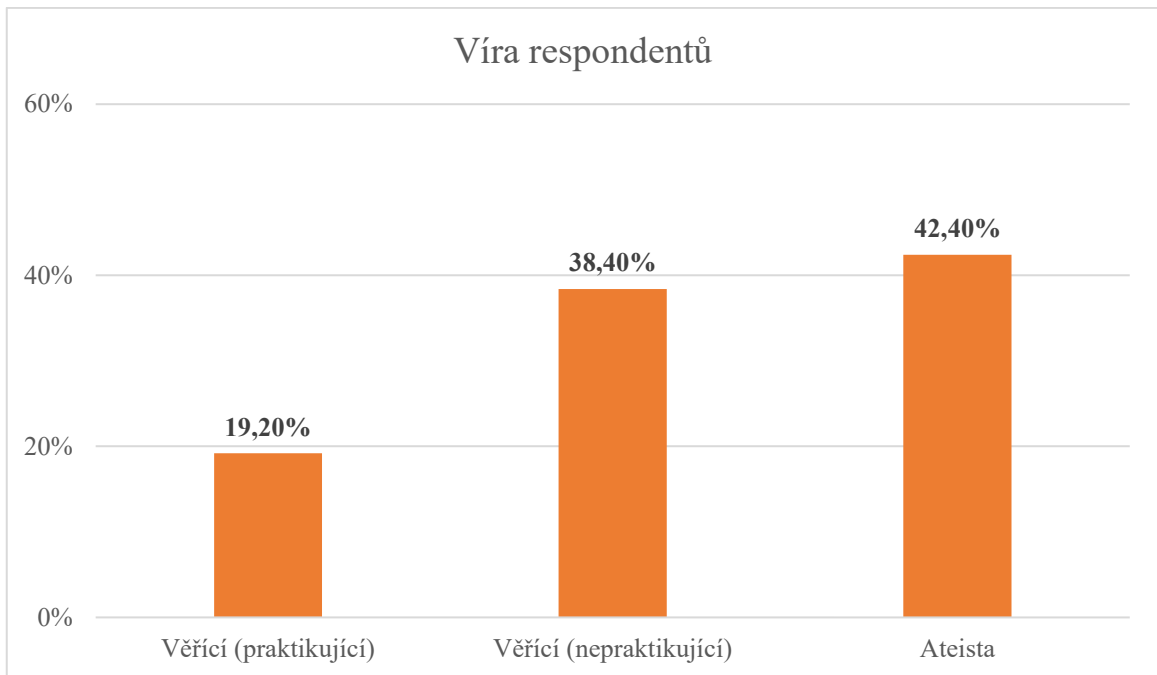
Graf 3: Vzdělání respondentů (autorka práce, 2023)

Graf 4 představuje současnou profesi respondentů. 17 respondentů (13,60 %) uvedlo, že v nynější době studuje. 13 respondentů (10,40 %) je vedeno jako osoba samostatně výdělečně činná (dále OSVČ). 4 respondenti (3,20 %) jsou zaměstnaní jako dělníci a 4 respondenti (3,20 %) jsou na mateřské/rodičovské dovolené. Ve zdravotnictví je zaměstnáno 21 respondentů (16,80 %), v sociální sféře 6 respondentů (4,80 %), ve školství také 6 respondentů (4,80 %). Nejvyšší počet respondentů je zaměstnáno ve stavební, průmyslové, dopravní oblasti, což činí 36 respondentů (28,80 %). 6 respondentů (4,80 %) uvedlo, že je v důchodu. V jiné profesi je zaměstnáno 12 respondentů (9,60 %), z nichž 1 respondent (8,33 %) je zaměstnán jako účetní, 8 respondentů (66,67 %) pracuje ve státní sféře a 3 respondenti (25,00 %) pracují jako úředníci. 0 respondentů (0 %) je v současné chvíli na úřadě práce.



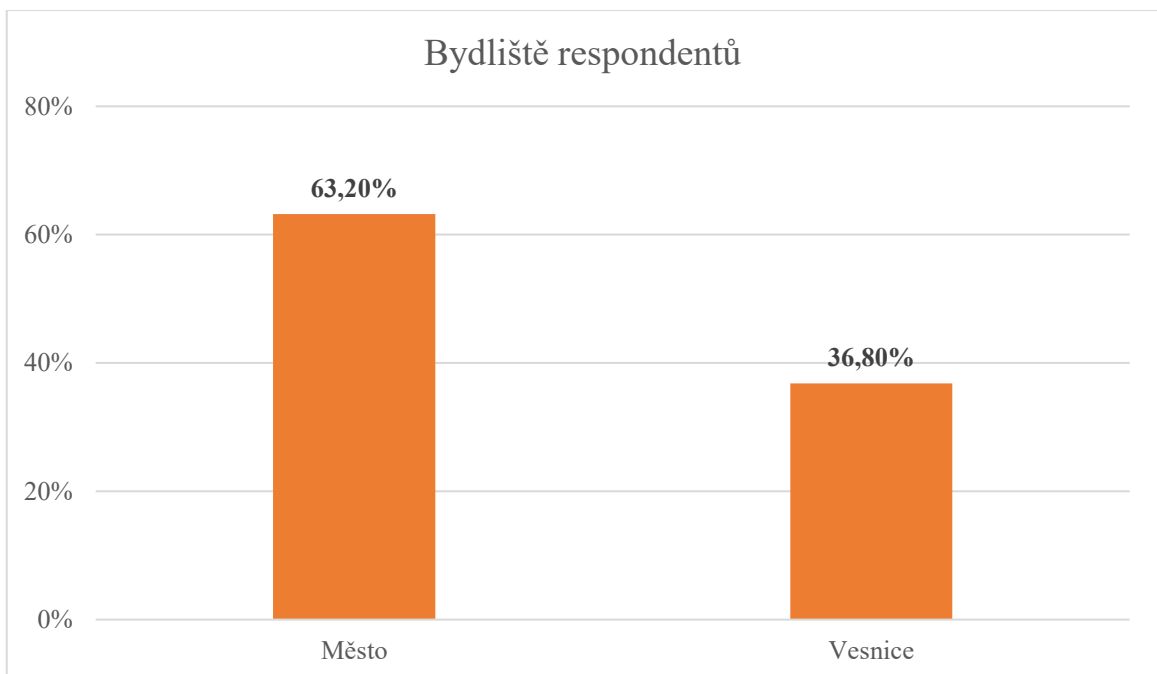
Graf 4: Současná profese respondentů (autorka práce, 2023)

Graf 5 ukazuje víru respondentů. 53 respondentů (42,40 %) jsou ateisté, 48 respondentů (38,40 %) jsou nepraktikující věřící a 24 respondentů (19,20 %) jsou praktikující věřící.



Graf 5: Víra respondentů (autorka práce, 2023)

V grafu 6 je znázorněno bydliště respondentů. Ve městě žije 79 respondentů (63,20 %) a na vesnici 46 respondentů (36,80 %).

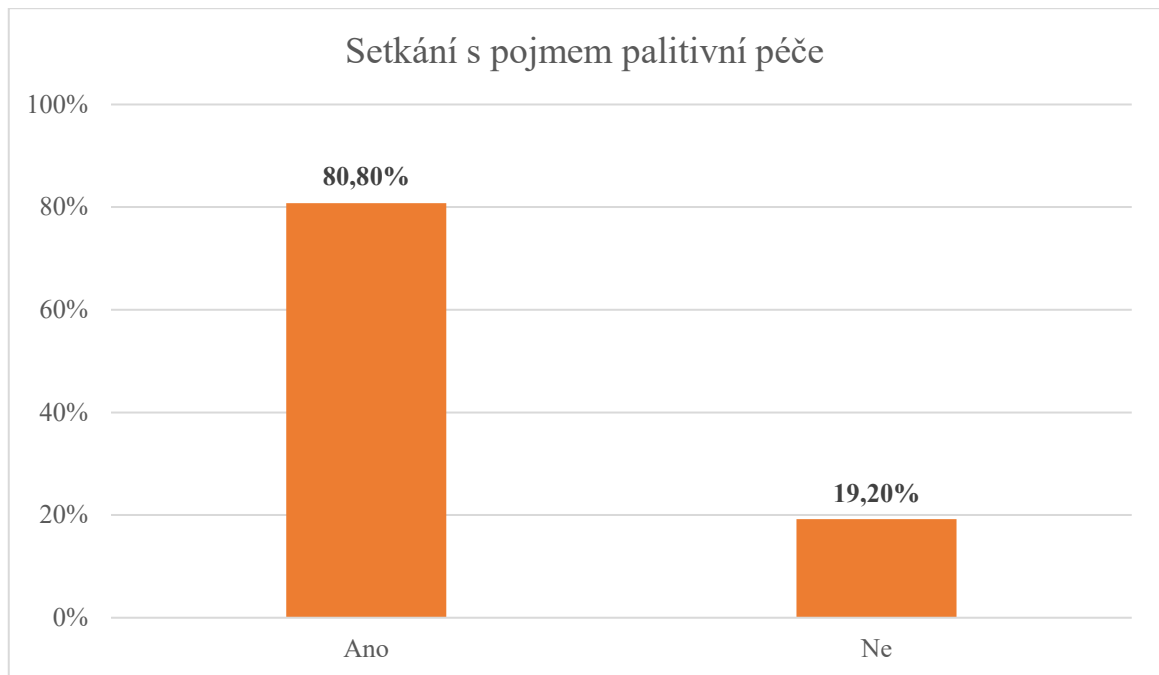


Graf 6: Bydliště respondentů (autorka práce, 2023)

6.2 Analýza a interpretace k hlavnímu cíli

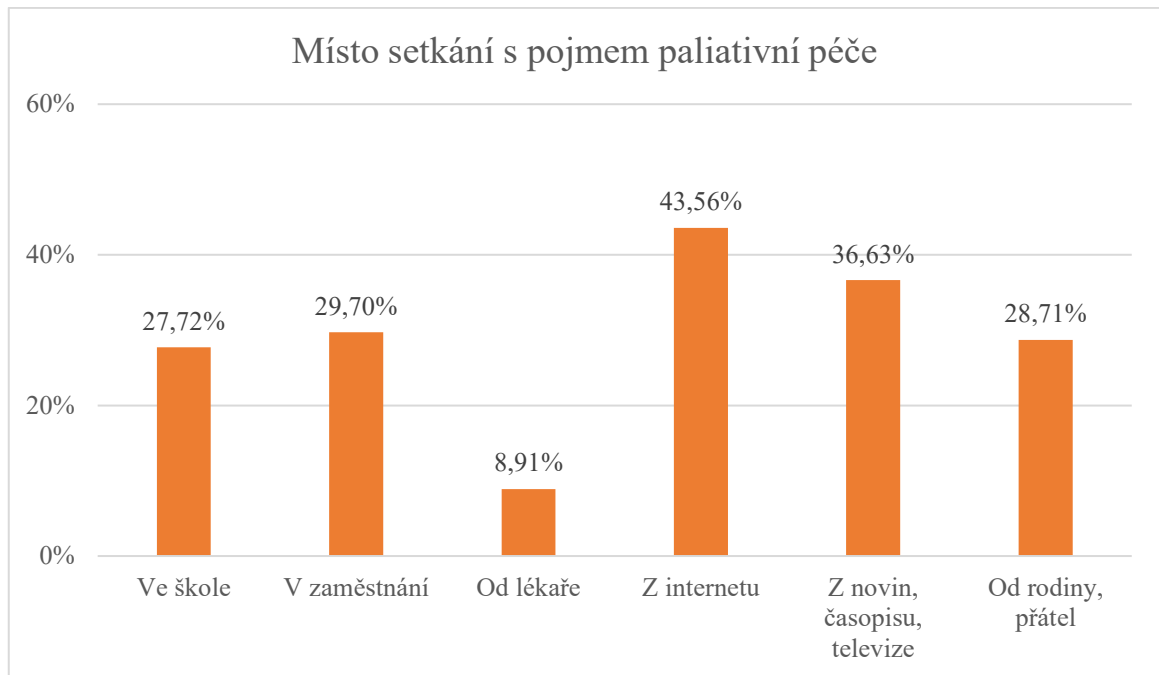
Zjistit informovanost laické veřejnosti o paliativní péči.

V grafu 7 je znázorněno kolik respondentů se setkala s pojmem paliativní péče. S pojmem paliativní péče se setkala 101 respondentů (80,80 %) a do kontaktu s tímto pojmem nepřišlo 24 respondentů (19,20 %).



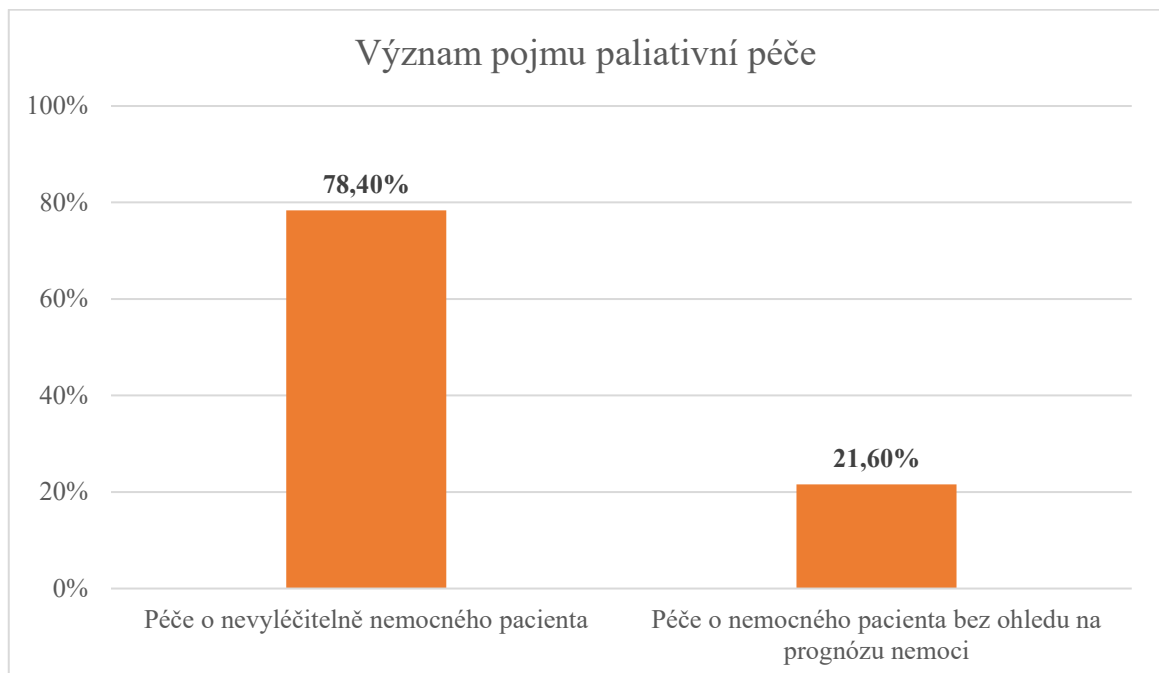
Graf 7: Setkání s pojmem paliativní péče (autorka práce, 2023)

V grafu 8 je znázorněno, že ze 101 respondentů (80,80 %), kteří se setkali s pojmem paliativní péče, se 44 respondentů (43,56) dozvědělo o paliativní péči z internetu, 37 respondentů (36,63 %) z novin, časopisu a televize. 30 respondentů (29,70 %) se dozvědělo o paliativní péči díky zaměstnání a 29 respondentů (28,71 %) pomocí rodiny a přátel. Ve škole se o paliativní péči dozvědělo 28 respondentů (27,72 %) a od lékaře pouze 9 respondentů (8,91 %).



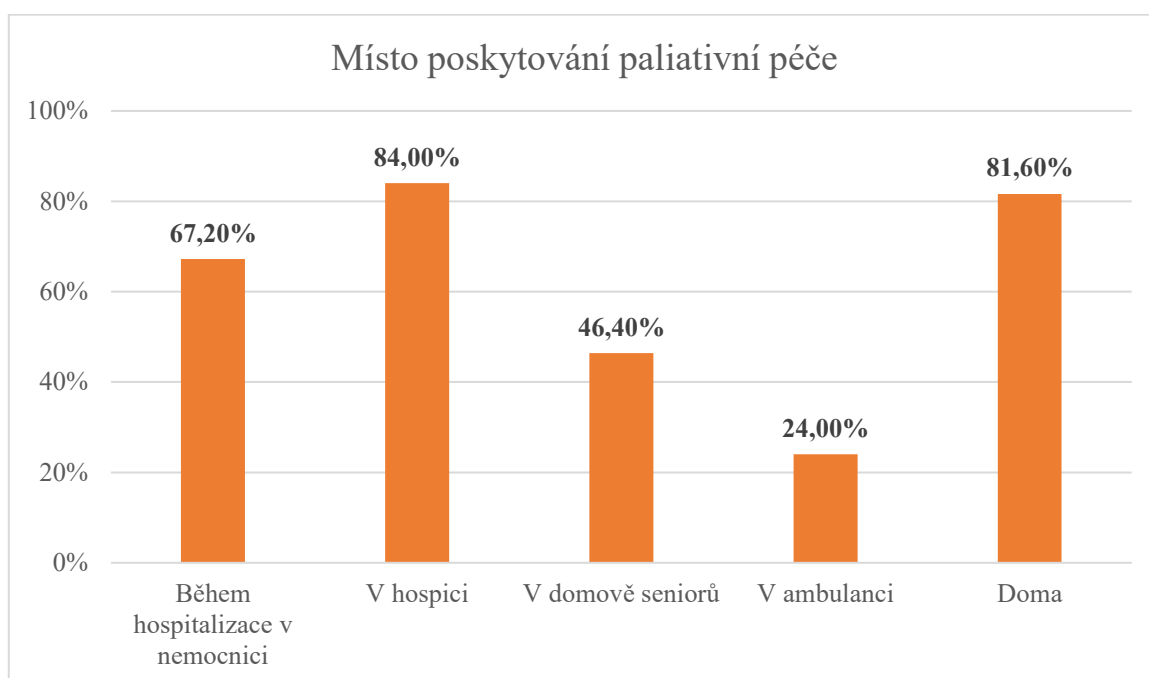
Graf 8: Místo setkání s pojmem paliativní péče (autorka práce, 2023)

Graf 9 ukazuje, co podle respondentů znamená pojem paliativní péče. Správnou odpověď uvedlo 98 respondentů (78,40 %), tedy že pojem paliativní péče znamená „Komplexní péče pouze o nevléčitelně nemocného pacienta“, zatímco 27 respondentů (21,60 %) vybralo možnost, že se jedná o „Komplexní péči o nemocného pacienta bez ohledu na prognózu nemoci“.



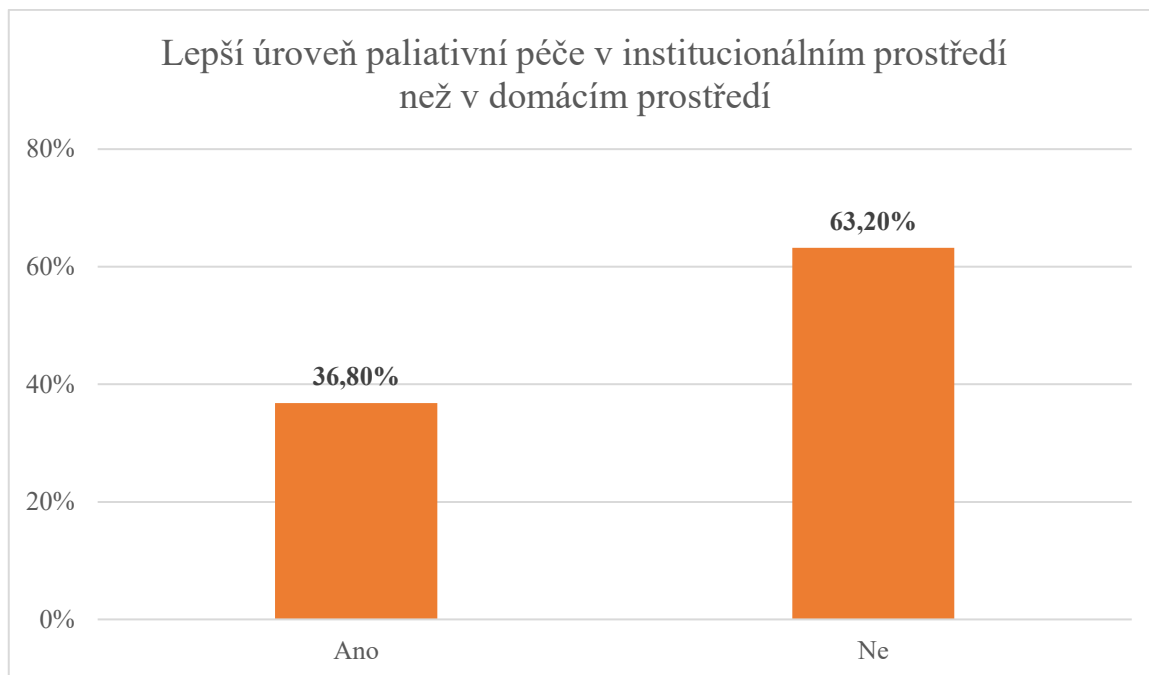
Graf 9: Význam pojmu paliativní péče (autorka práce, 2023)

Graf 10 vyhodnocuje, v jakém prostředí může být paliativní péče poskytnuta. Respondenti mohli vybírat více odpovědí a všechny odpovědi byly správné. 105 respondentů (84,00 %) zvolilo jako místo poskytování paliativní péče hospic. Následně bylo nejčastěji vybíráno domácí prostředí se 102 respondenty (81,60 %). 84 respondentů (67,20 %) uvedlo, že může být paliativní péče poskytována během hospitalizace v nemocnici a 58 respondentů (46,40 %) vybralo jako místo poskytování domov seniorů. Pouze 30 respondentů (24,00 %) zvolilo ambulanci k poskytování paliativní péče. Z celkového počtu 125 respondentů (100 %) vybralo všechny možnosti 25 respondentů (20,00 %).



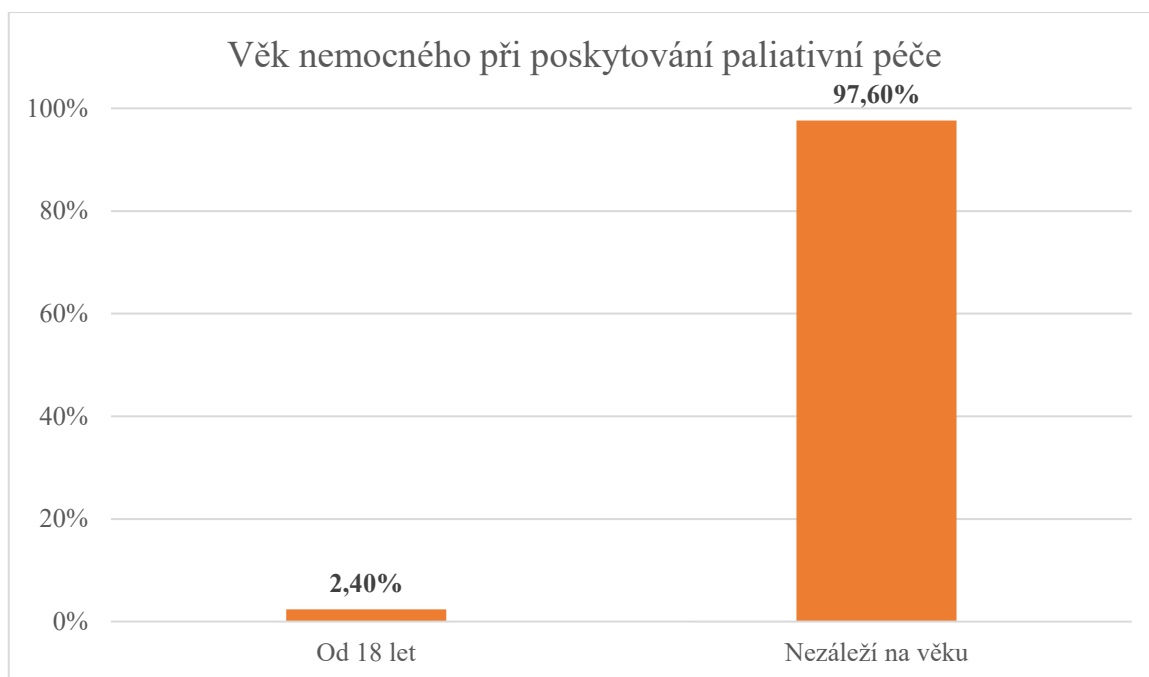
Graf 10: Místo poskytování paliativní péče (autorka práce, 2023)

Z grafu 11 vyplývá, že 79 respondentů (63,20 %) se nedomnívá, že paliativní péče poskytovaná v institucionálním prostředí je na lepší úrovni než v domácím prostředí. Zatímco 45 respondentů (36,80 %) si myslí, že paliativní péče je na lepší úrovni v institucionálním prostředí.



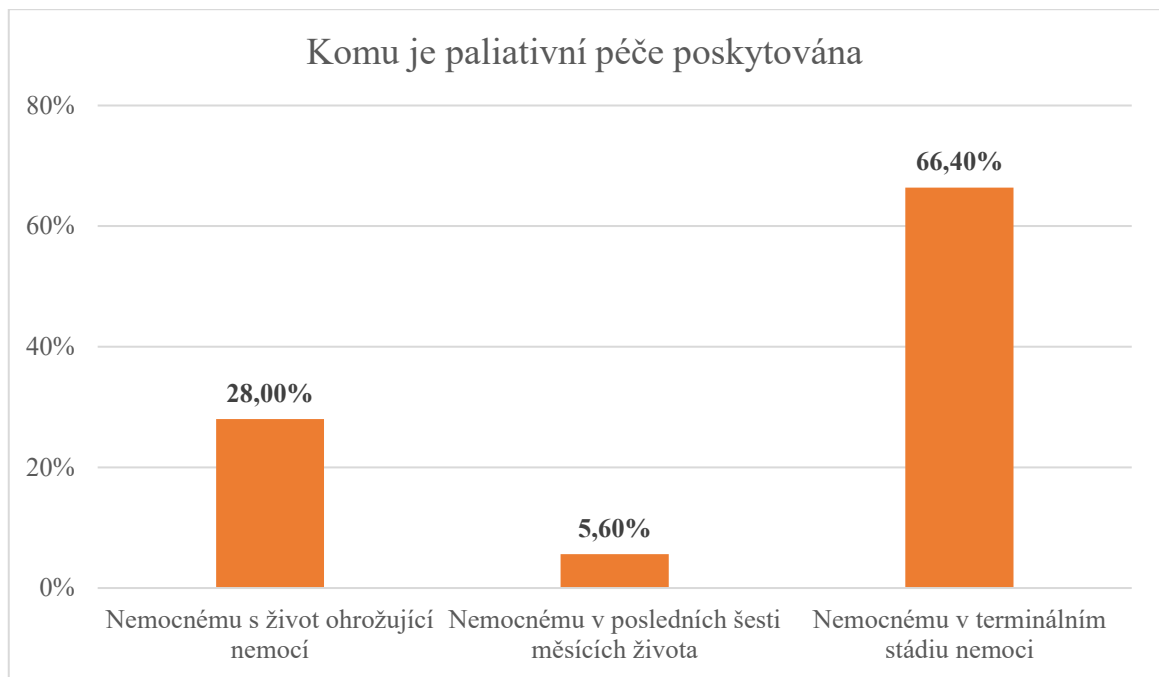
Graf 11: Lepší úroveň paliativní péče v institucionálním prostředí než v domácím prostředí (autorka práce, 2023)

Graf 12 znázorňuje, že 122 respondentů (97,60 %) vybralo správně položku, podle které nezáleží na věku nemocného při poskytování paliativní péče. Zatímco 4 respondenti (2,40 %) zvolili, že paliativní péče je poskytována lidem od 18 let.



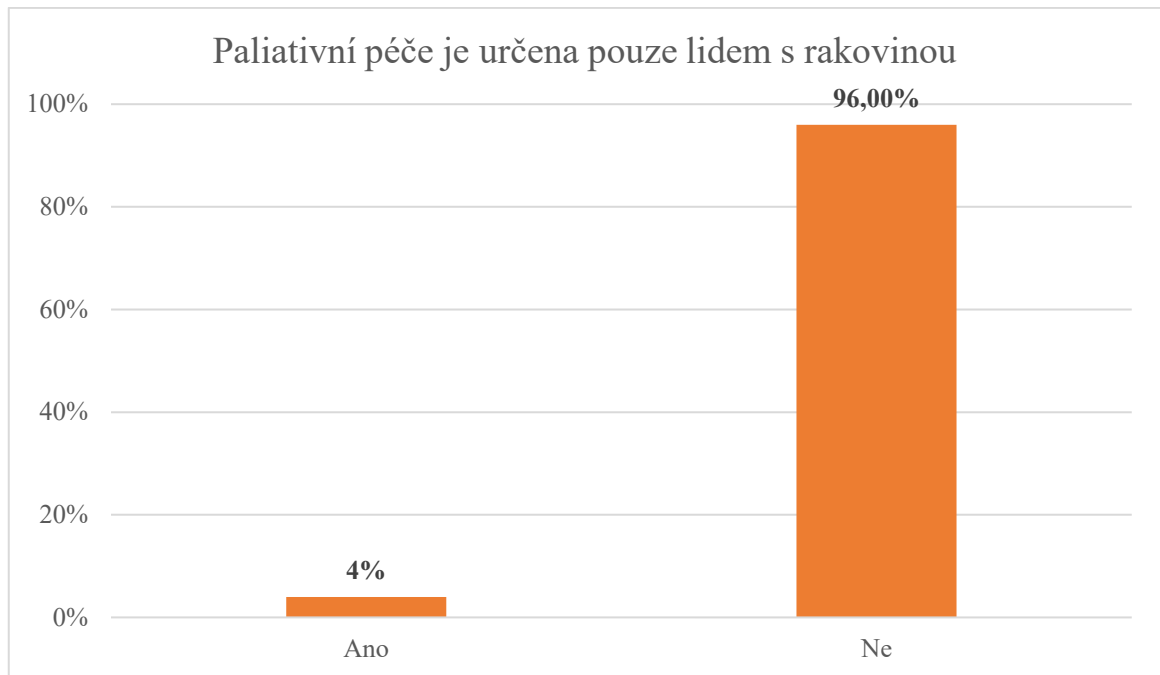
Graf 12: Věk nemocného při poskytování paliativní péče (autorka práce, 2023)

V grafu 13 je zobrazeno, komu je dle respondentů poskytována paliativní péče. 35 respondentů (28,00 %) uvedlo správně, že je paliativní péče poskytována nemocnému s život ohrožující nemocí, 7 respondentů (5,60 %) zvolilo nemocného v posledních šesti měsících života a 83 respondentů (66,40 %) vybralo nemocného v terminálním stádiu nemoci. Z výsledků vyplývá, že je paliativní péče více spojována s nemocnými v terminálním stádiu nemoci než s nemocnými s život ohrožující nemocí.



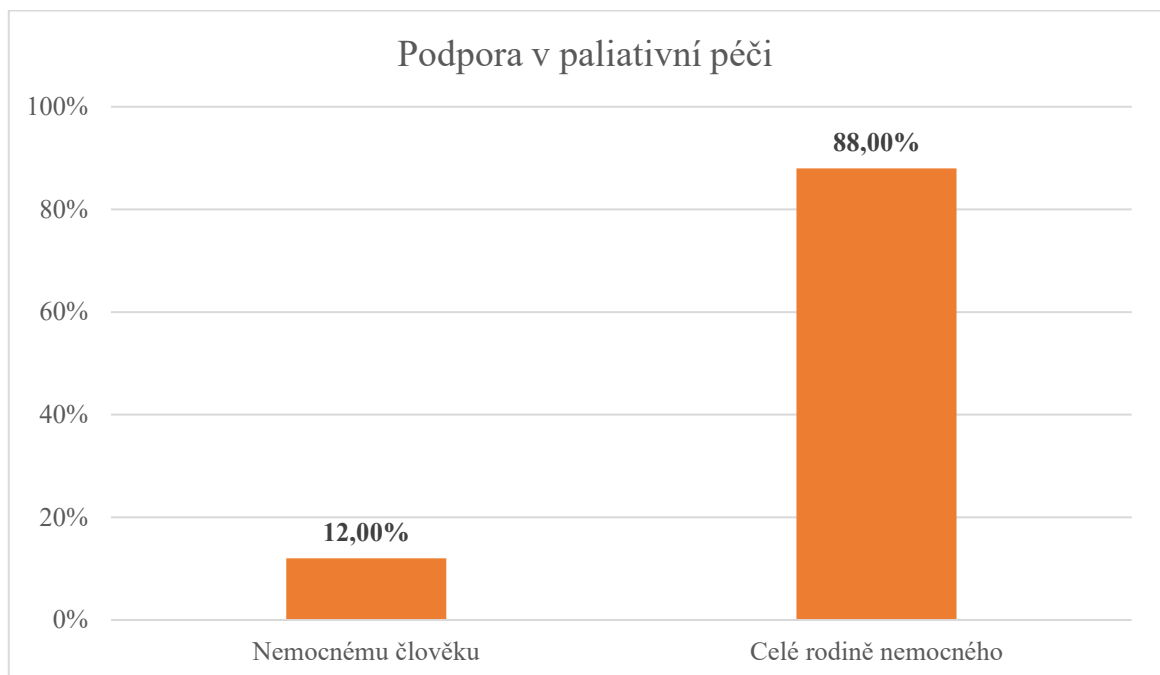
Graf 13: Komu je paliativní péče poskytována (autorka práce, 2023)

Z grafu 14 vyplývá, že 120 respondentů (96 %) správně zvolilo odpověď, že paliativní péče není určena pouze lidem s rakovinou. Jenom 5 respondentů (4 %) vybralo, že je paliativní péče pouze pro pacienty s rakovinou.



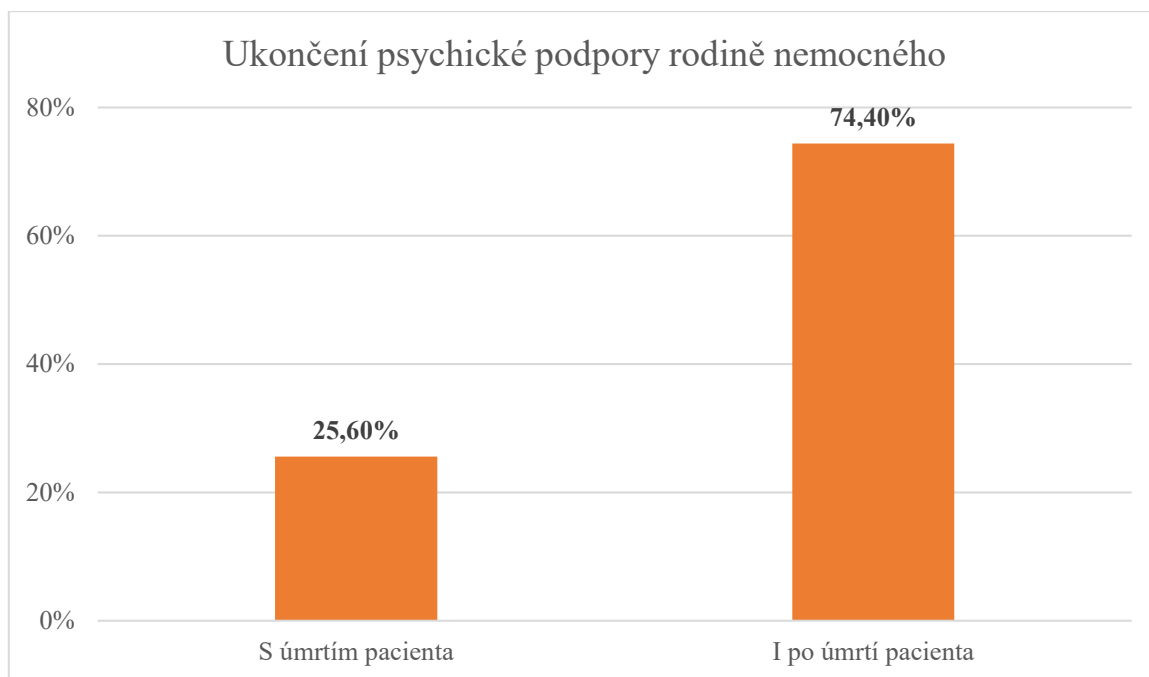
Graf 14: Paliativní péče je určena pouze lidem s rakovinou (autorka práce, 2023)

V grafu 15 je znázorněno komu paliativní péče poskytuje podporu. 110 respondentů (88,00 %) vybralo položku, že paliativní péče přináší podporu celé rodině nemocného a 15 respondentů (12,00 %) vybralo, že paliativní péče poskytuje podporu pouze nemocnému člověku.



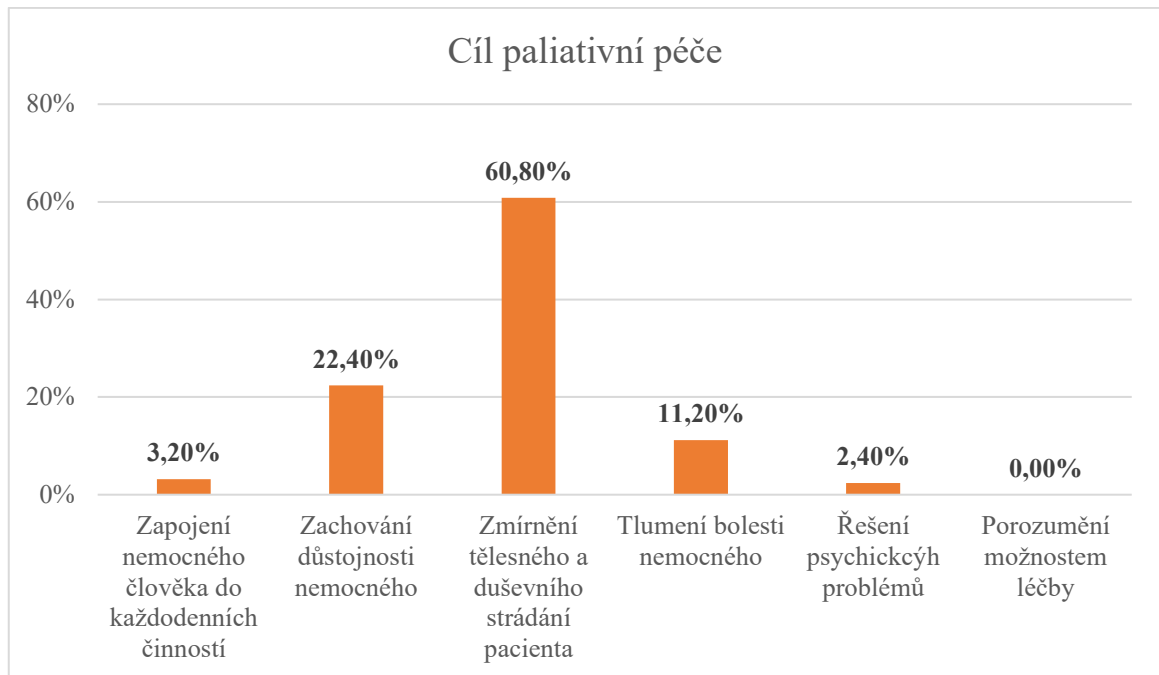
Graf 15: Podpora v paliativní péči (autorka práce, 2023)

Na grafu 16 je možné vidět, že správnou odpověď zvolilo 93 respondentů (74,40 %), kteří se domnívají, že psychická podpora je v paliativní péči poskytována rodině i po úmrtí pacienta, zatímco 32 respondentů (25,60 %) si myslí, že psychická podpora končí s úmrtím pacienta. Ze 110 respondentů (100 %), kteří odpověděli, že je psychická podpora poskytována celé rodině nemocného, zároveň 87 respondentů (79,09 %) uvedlo, že je poskytována psychická podpora rodině i po úmrtí pacienta.



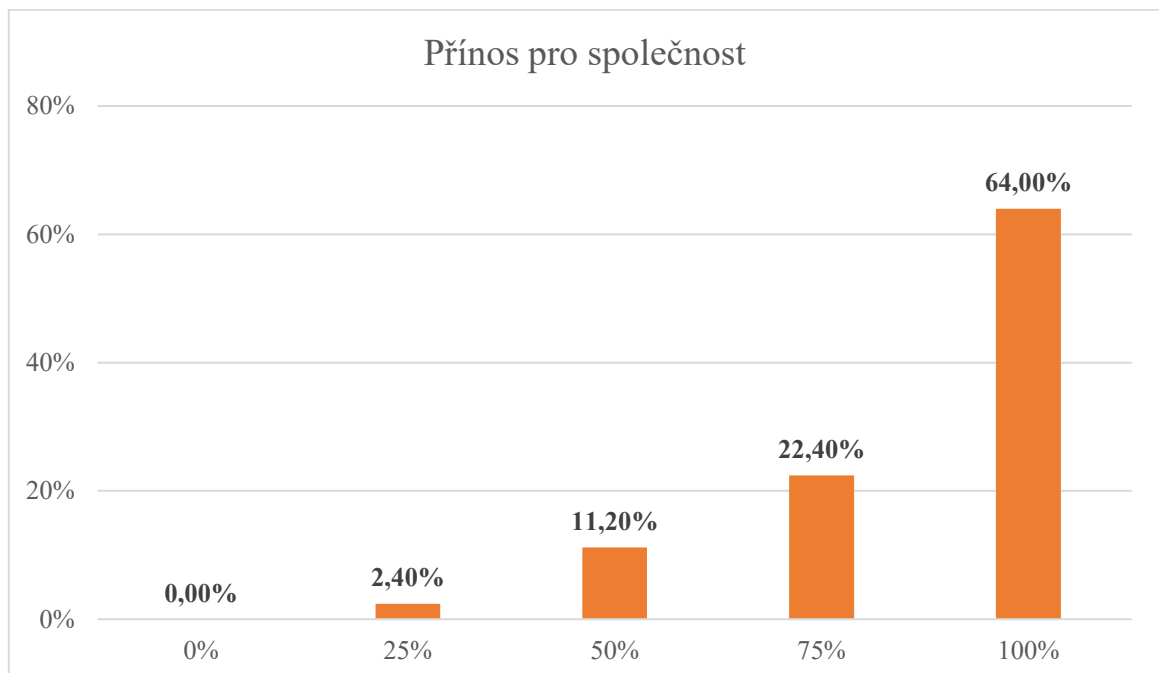
Graf 16: Ukončení psychické podpory rodině nemocného (autorka práce, 2023)

Graf 17 ukazuje, co je dle respondentů nejvíce prioritním cílem paliativní péče. Pro 76 respondentů (60,80 %) je nejvíce prioritní zmírnění tělesného a duševního strádání pacienta, pro 28 respondentů (22,40 %) je důležité zachování důstojnosti nemocného a 14 respondentů (11,20 %) považuje za prioritní tlumení bolesti. Za klíčové berou 4 respondenti (3,20 %) zapojení nemocného člověka do každodenních činností a 3 respondenti (2,40 %) považují za prioritní řešení psychických problémů, které přinesla vážná nemoc. Ze 125 respondentů žádný respondent (0 %) nevybral odpověď, že cílem paliativní péče je pomoci lidem lépe porozumět možnostem jejich léčby.



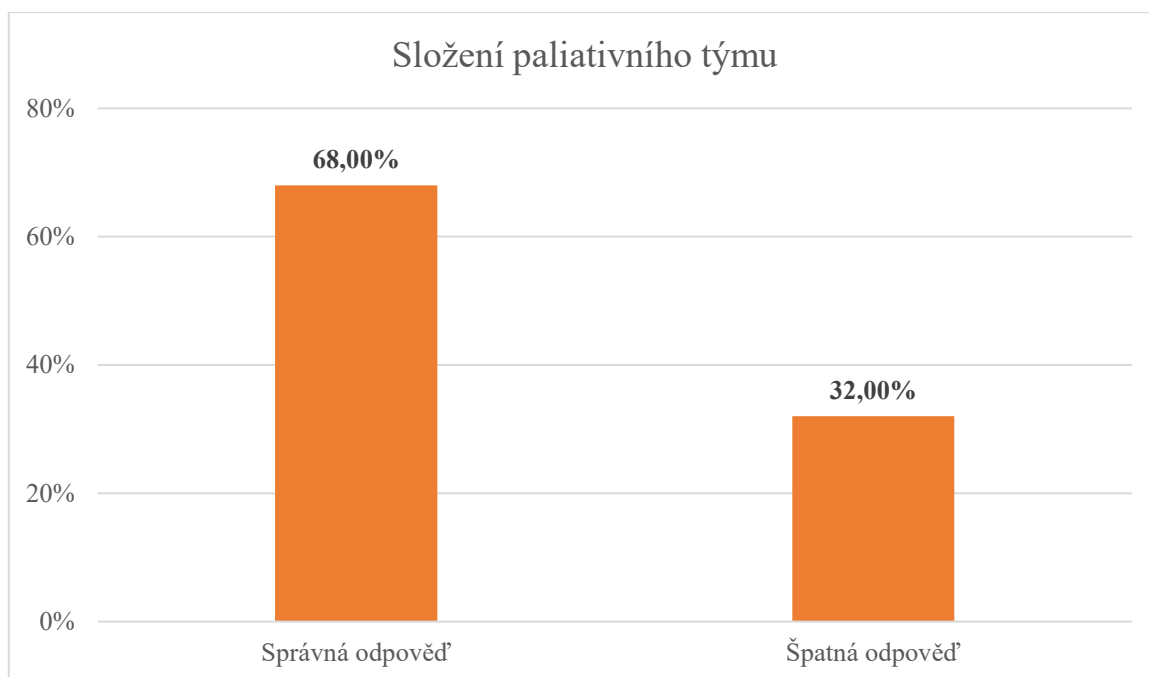
Graf 17: Cíl paliativní péče (autorka práce, 2023)

Z grafu 18 vyplývá, do jaké míry dle respondentů je paliativní péče přínosná pro společnost. Pro 80 respondentů (64,00 %) je paliativní péče přínosná na 100 %, na 75 % je přínosná pro 28 respondentů (22,40 %). 50 respondentů (11,20 %) bere paliativní péči přínosnou na 50 % a 4 respondenti (2,40 %) pouze na 25 %. Ze 125 respondentů (100 %) žádný respondent (0 %) neuvědl, že by paliativní péče nebyla vůbec přínosná pro společnost.



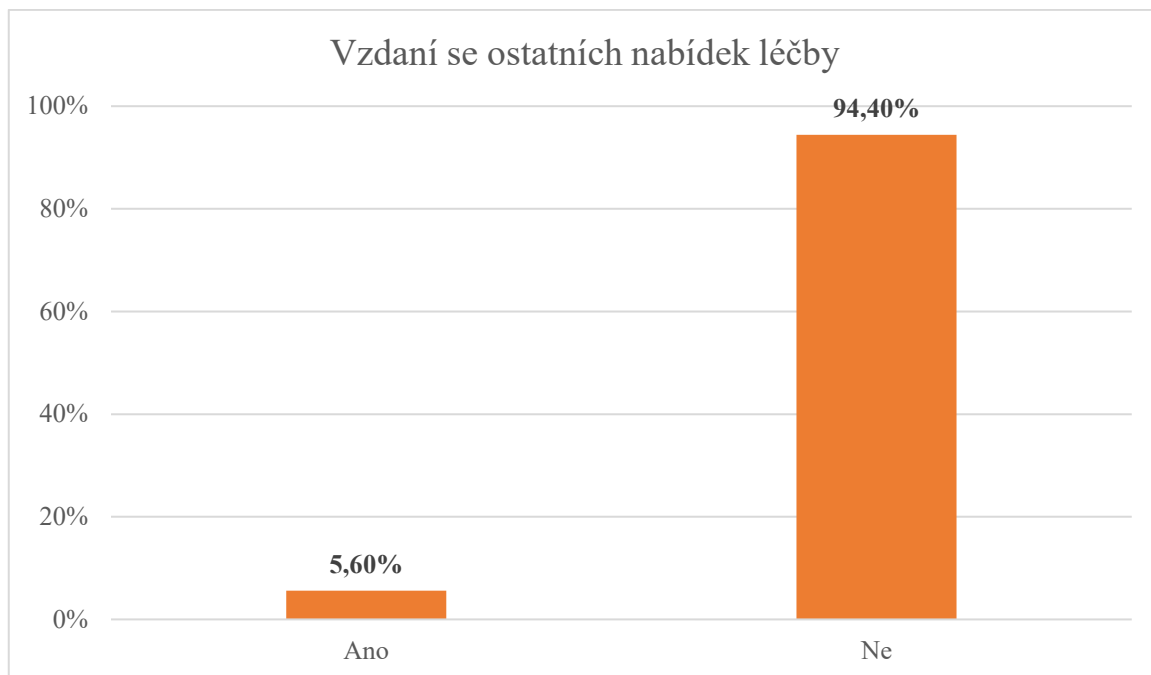
Graf 18: Přínos pro společnost (autorka práce, 2023)

Graf 19 zobrazuje, kolik respondentů odpovědělo správně na položku, kdo je členem paliativního týmu. 85 respondentů (68,00 %) vybralo správně, že členem paliativního týmu je sestra, lékař, psycholog, sociální pracovník, psychoterapeut, odlehčovací asistent a duchovní. Ze 40 respondentů (32,00 %), kteří vybrali špatnou odpověď, se 19 respondentů (15,20 %) domnívá, že členy paliativního týmu jsou všichni kromě duchovního. 9 respondentů (7,20 %) si myslí, že členem týmu je sestra, lékař, psycholog a sociální pracovník. 8 respondentů (6,40 %) uvedlo, že do paliativního týmu patří sestra, lékař, psycholog, sociální pracovník a psychoterapeut. 3 respondenti (2,40 %) považují za členy týmu sestru, lékaře a psychologa a 1 respondent (0,80 %) bere za člena paliativního týmu pouze sestru a lékaře.



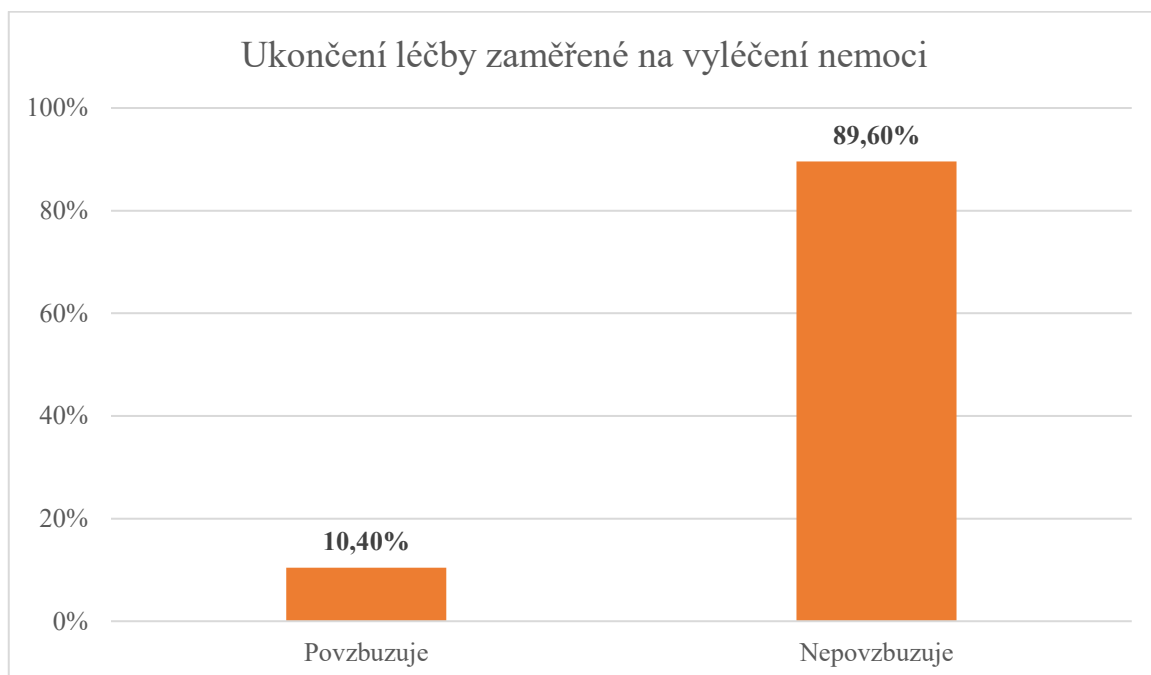
Graf 19: Složení paliativního týmu (autorka práce, 2023)

Z grafu 20 je možné vyčíst, že 7 respondentů (5,60 %) zvolilo špatnou odpověď, že se pacient během přijímání paliativní péče musí vzdát svých ostatních nabídek léčby (specialistů, alternativní léčby), zatímco 118 respondentů (94,40 %) uvedlo, že během paliativní péče mohou podstupovat i jinou léčbu.



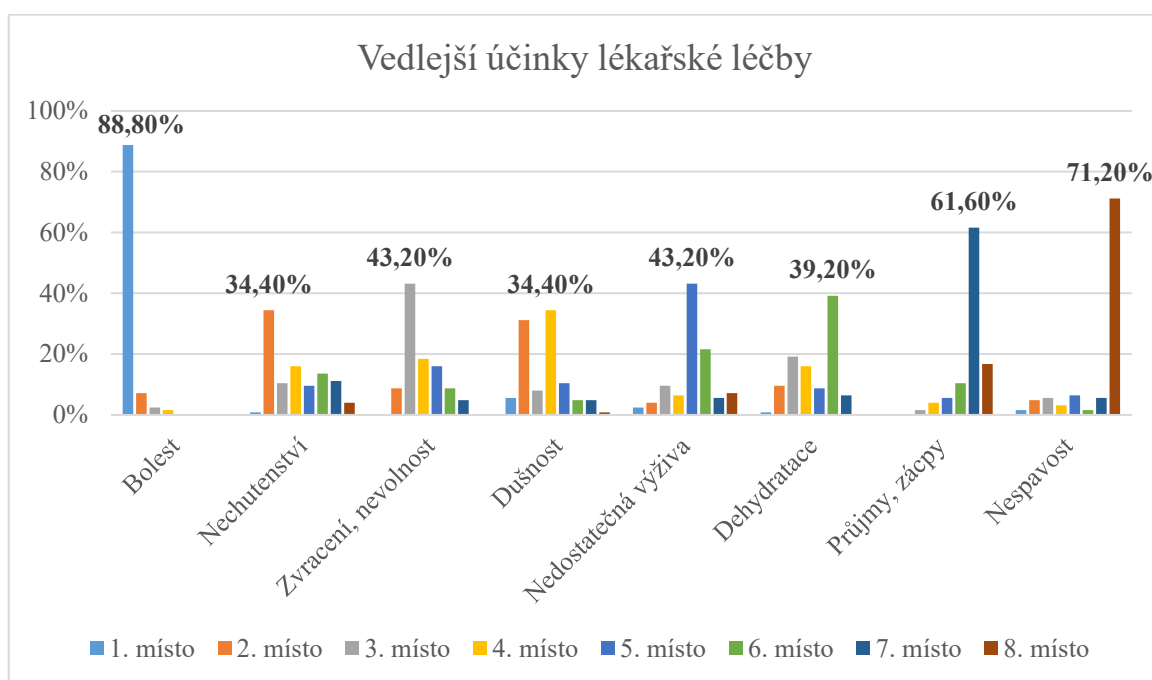
Graf 20: Vzdání se ostatních nabídek léčby (autorka práce, 2023)

V grafu 21 je znázorněno kolik respondentů vybralo, zda paliativní péče povzbuzuje lidi, aby ukončili léčbu zaměřenou na jejich vyléčení nemoci. 112 respondentů (89,60 %) vybralo správnou odpověď, tedy že paliativní péče nepovzbuzuje k ukončení léčby. A to, že paliativní péče povzbuzuje pacienta k ukončení léčby orientované k vyléčení, zvolilo 13 respondentů (10,40 %).



Graf 21: Ukončení léčby zaměřené na vyléčení nemoci (autorka práce, 2023)

V grafu 22 jsou seřazeny vedlejší účinky lékařské léčby podle respondentů dle jejich priority od 1 (nejdůležitější) po 8 (nejméně prioritní). První místo získala bolest, kterou uvedlo 111 respondentů (88,80 %), na druhém místě je nechutenství, které zvolilo 43 respondentů (34,40 %). Třetí místo získalo zvracení a nevolnost s 54 respondenty (43,20 %), 43 respondentů (34,40 %) zvolilo na čtvrté místo dušnost a na pátém místě se umístila nedostatečná výživa s 54 respondenty (43,20 %). Šesté místo obsadila dehydratace s 49 respondenty (39,20 %), na sedmou pozici přiřadilo 77 respondentů (61,60 %) průjemy a zácpy. Jako nejméně prioritní uvedlo 89 respondentů (71,20 %) nespavost.



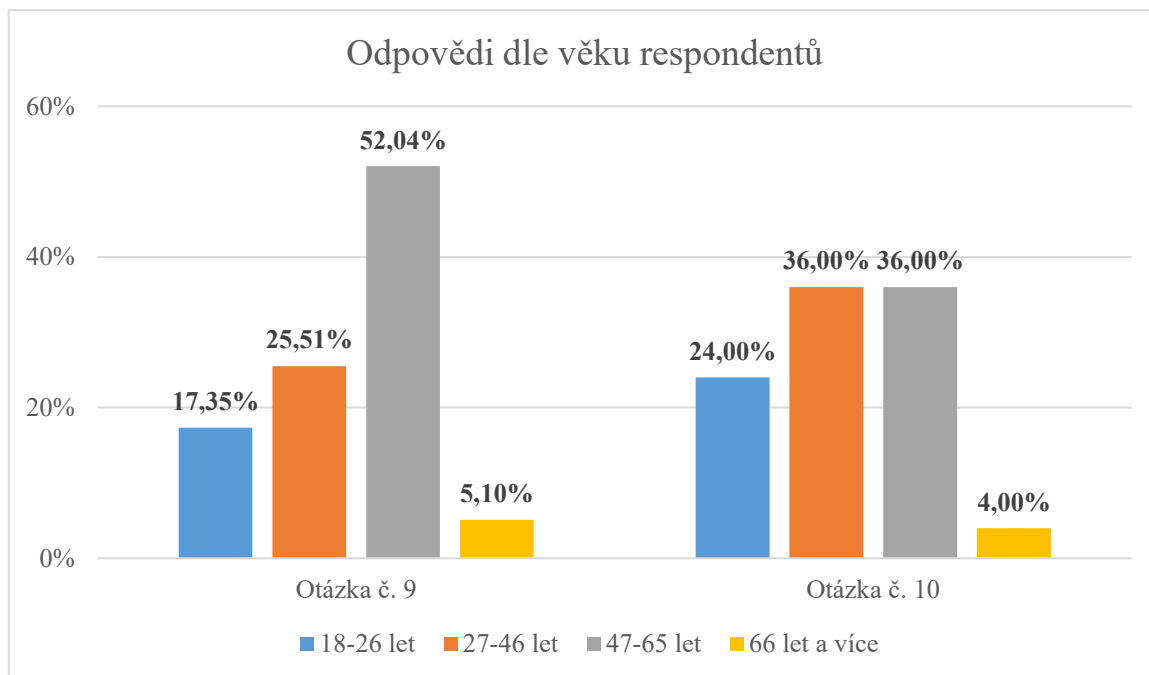
Graf 22: Vedlejší účinky lékařské léčby (autor práce, 2023)

6.3 Analýza a interpretace k dílčímu cíli 1

Zjistit, zda jsou znalosti o paliativní péči ovlivněny věkem respondentů

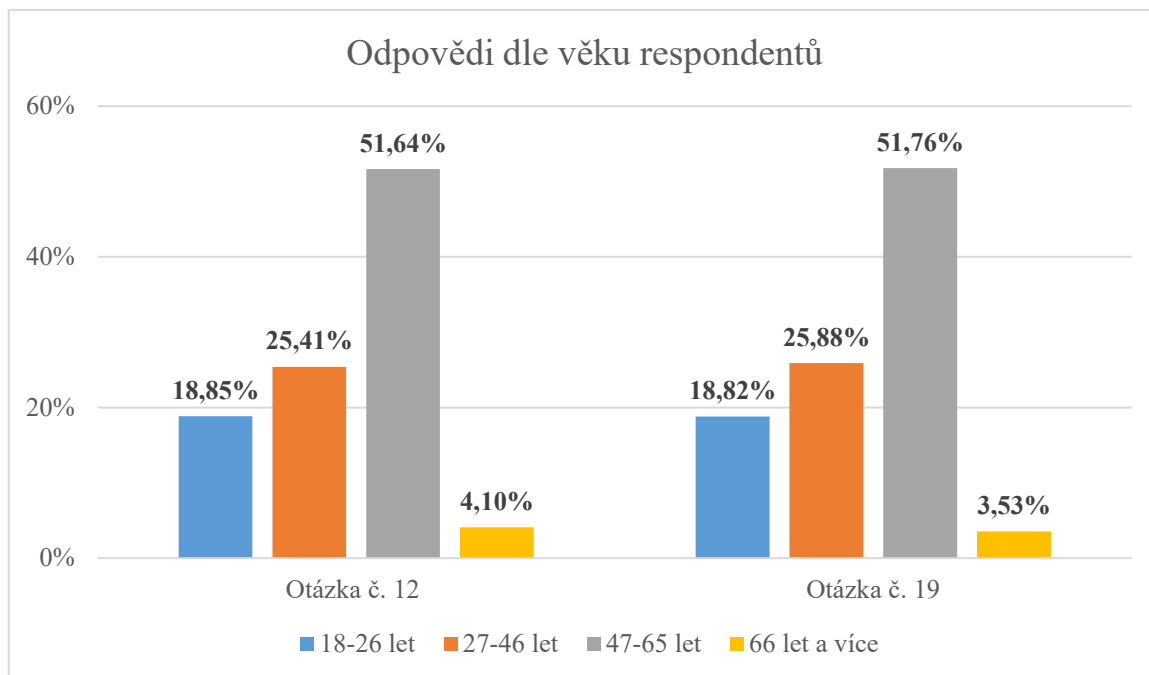
Graf 23 vyhodnocuje odpovědi na položku č. 9 a 10. Položka č. 9 se dotazovala respondenta, co znamená pojem paliativní péče a položka č. 10, kde může být pacientovi paliativní péče poskytována. Ze získaných dat vyplynulo, že bylo 64 respondentů ve věkové kategorii 47-65 let, 32 respondentů v kategorii 27-46 let, 24 respondentů v kategorii 18-26 let a 5 respondentů v kategorii 66+ let. Ze 125 respondentů odpovědělo na položku č. 9 správně 98 respondentů (100,00 %). 17 respondentů (17,35 %) bylo ve věku 18-26 let, 25 respondentů (25,51 %) ve věku 27-46 let, 51 respondentů (52,04 %) ve věku 47-65 let

a 5 respondentů (5,10 %) ve věku 66 let a více. V položce č. 10 se zjišťovalo, kde všude může být pacientovi poskytována paliativní péče. Všechny možnosti vybralo 25 respondentů (100,00 %). 6 respondentům (24,00 %) bylo mezi 18-26 lety, 9 respondentům (36,00 %) bylo 27-46 let, ve věku 47-65 let bylo také 9 respondentů (36,00 %) a 1 respondent (4,00 %) uvedl věk 66 let a více.



Graf 23: Odpovědi dle věku respondentů (autorka práce, 2023)

Graf 24 popisuje položky č. 12 a 19. Ze 125 dotazovaných je 24 respondentů v kategorii 18-26 let, 32 respondentů v kategorii 27-46 let, 64 respondentů ve věkové kategorii 47-65 let a v kategorii 66 let a více je 5 respondentů. Položka č. 12 se zabývá věkem nemocného při poskytování paliativní péče. Celkem odpovědělo správně 122 respondentů (100,00 %). Respondentů ve věkové kategorii 18-26 let bylo 23 (18,75 %), ve věkové kategorii 27-46 let bylo 31 respondentů (25,41 %). 63 respondentů (51,64 %) bylo ve věkové kategorii 47-65 let a 5 respondentů (4,10 %) bylo v rozmezí 66 let a více. V položce č. 19 respondent vybíral složení paliativního týmu. Správné složení zvolilo 85 respondentů (100,00 %). 16 respondentům (18,82 %) bylo ve věku 18-26 let, 22 respondentů (25,88 %) bylo ve věku 27-46 let, ve věku 47-65 let bylo 44 respondentů (51,76 %) a 3 respondenti (3,53 %) ve věku 66 let a více.



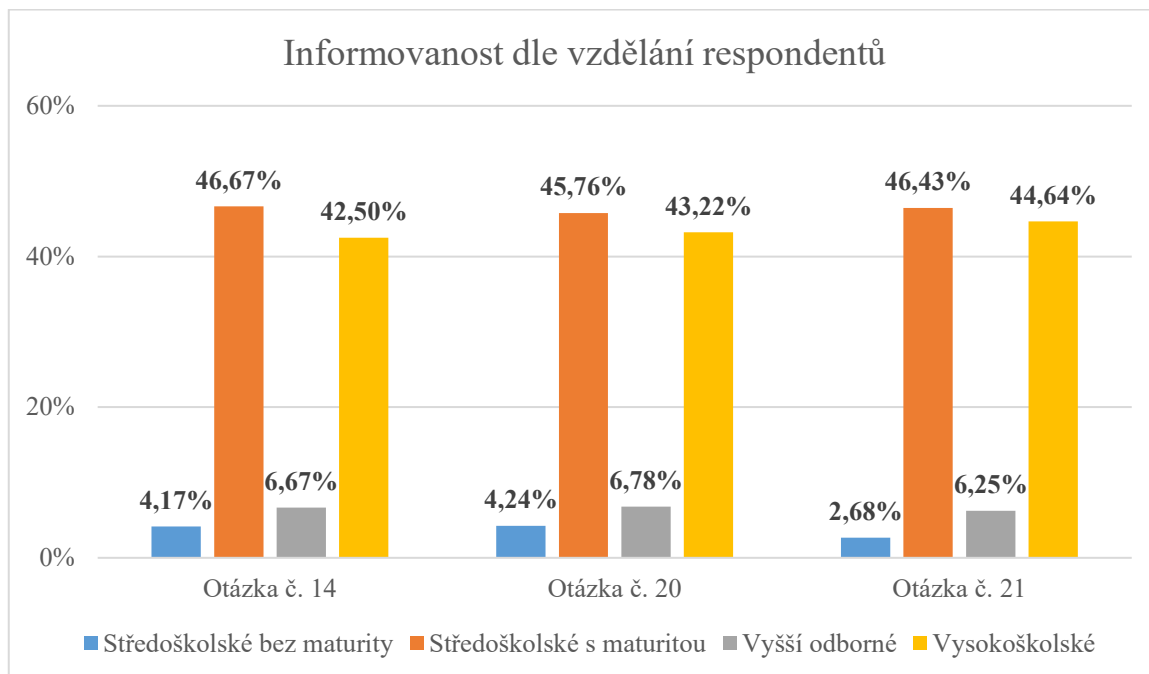
Graf 24: Odpovědi dle věku respondentů (autorka práce, 2023)

6.4 Analýza a interpretace k dílčímu cíli 2

Zjistit, zda dosažené vzdělání respondentů ovlivňuje jejich informovanost v oblasti paliativní péče.

Graf 25 vyhodnocuje položky č. 14, 20 a 21. V grafu není uvedeno základní vzdělání, protože nikdo z respondentů nevybral tuto kategorii. Položka č. 14 se dotazovala respondenta, zda je paliativní péče určena pouze lidem s rakovinou. 120 respondentů (100,00 %) odpovědělo na tuto otázku správně, tedy že paliativní péče není určena pouze lidem s rakovinou. 5 respondentů (4,17 %) mělo středoškolské vzdělání bez maturity, 56 respondentů (46,67 %) získalo středoškolské vzdělání s maturitou, vyšší odborné vzdělání uvedlo 8 respondentů (6,67 %) a vysokoškolské 51 respondentů (42,50 %). Položka č. 20 zjišťovala, zda se pacient musí vzdát svých ostatních nabídek léčby. To, že se pacient nemusí vzdát svých ostatních nabídek léčby, správně odpovědělo 118 respondentů (100,00 %), z nichž bylo 5 respondentů (4,24 %) se středoškolským vzděláním bez maturity, 54 respondentů (45,76 %) mělo středoškolské s maturitou, 8 respondentů (6,78 %) bylo s vyšším odborným a 51 respondentů (43,22 %) s vysokoškolským. V položce č. 21 byl respondent dotazován, zda povzbuzuje paliativní péče lidi, aby ukončili léčbu zaměřenou na vyléčení jejich nemoci. Správnou odpověď, že paliativní péče nepovzbuzuje lidi, aby ukončili léčbu zaměřenou na vyléčení jejich nemoci, z 112 respondentů (100,00 %)

zvolili 3 respondenti (2,68 %) se středoškolským vzděláním bez maturity, 52 respondentů (46,43 %) se středoškolským vzděláním s maturitou, s vyšším odborným 7 respondentů (6,25 %) a s vysokoškolským 50 respondentů (44,64 %).

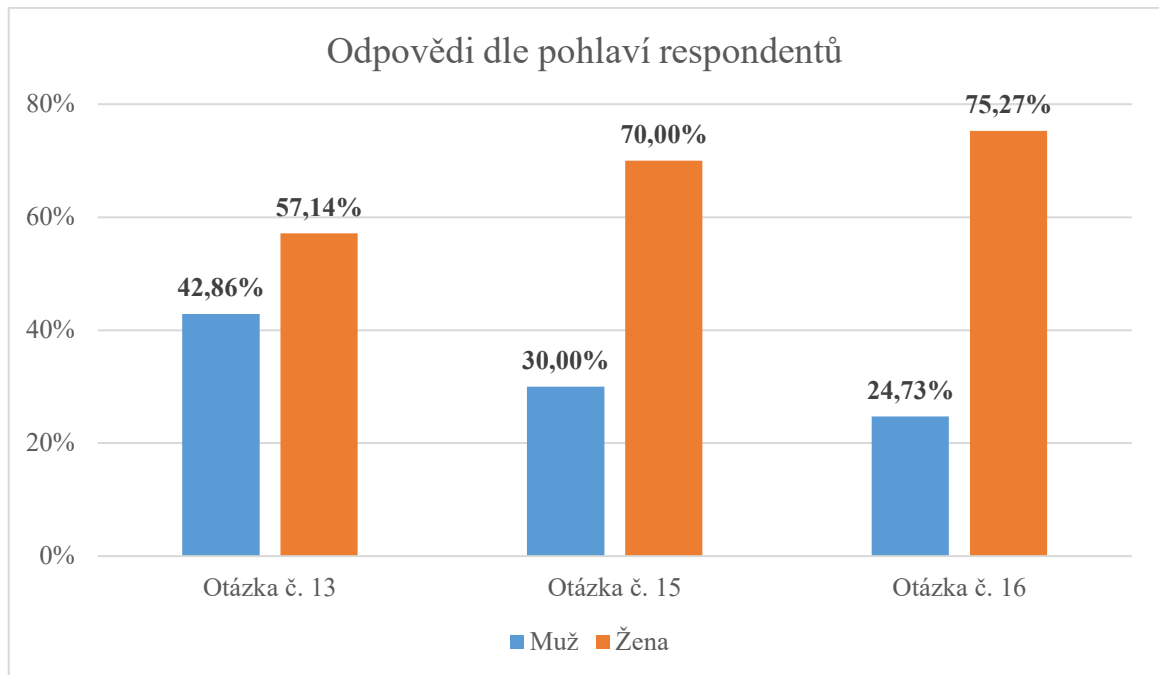


Graf 25: Informovanost dle vzdělání respondentů (autorka práce, 2023)

6.5 Analýza a interpretace k dílčímu cíli 3

Zjistit, zda se znalosti v oblasti paliativní péče liší dle pohlaví respondentů.

V grafu 26 lze vidět odpovědi dle pohlaví respondentů na položky č. 13, 15, 16. Položka č. 13, se věnovala, komu je paliativní péče poskytována. Správná odpověď zněla: „Nemocnému s život ohrožující nemocí“. Ze 125 respondentů odpovědělo na tuto položku správně 35 respondentů (100,00 %), z nichž bylo 15 mužů (42,86 %) a 20 žen (57,14 %). Položka č. 15 se zabývala otázkou, komu paliativní péče poskytuje podporu. Zde z celkového počtu 125 respondentů, odpovědělo, že přináší podporu celé rodině nemocného, správně 110 respondentů (100,00 %), přesněji 33 mužů (30,00 %) a 77 žen (70,00 %). V položce č. 16 respondenti odpovídali na otázku, kdy je ukončena psychická podpora rodině nemocného. Zde správná odpověď byla, že je psychická podpora poskytována rodině i po úmrtí pacienta. Z 93 (100,00 %) dotazovaných, kteří odpověděli správně, bylo 23 mužů (24,73 %) a 70 žen (75,27 %).



Graf 26: Odpovědi dle pohlaví respondentů (autorka práce, 2023)

7 DISKUZE

Bakalářská práce se zabývá vnímáním paliativní péče laickou veřejností a zjišťuje, jaké informace má laická veřejnost o paliativní péči.

Hlavním cílem bakalářské práce bylo tedy zjistit informovanost a vnímání laické veřejnosti o paliativní péči.

Z výzkumného šetření vyplývá, že s pojmem paliativní péče se setkala valná většina respondentů (89,80 %). Respondenti se nejčastěji dozvídali o paliativní péči z internetu (37,60 %) a z novin, časopisu, televize (32,80 %). Naopak od lékaře se respondenti (8,91 %) o ní dozvídali nejméně. Skoro většina respondentů (78,40 %) zvolila správný význam pojmu paliativní péče. Nejvíce vybraným místem, kde může být poskytována paliativní péče, byl hospic (84,00 %) a domácí prostředí (81,60 %). Nejméně vybraným místem bylo naopak prostředí ambulance (24,00 %). Více než polovina respondentů (63,20 %) se domnívá, že paliativní péče poskytovaná v institucionálním prostředí je na stejné úrovni jako ta v domácím prostředí. Prakticky všichni respondenti (97,60 %) uvedli, že nezáleží na věku nemocného při poskytování paliativní péče. Pouze 28,00 % respondentů dokázalo charakterizovat komu je paliativní péče určena. Téměř všichni respondenti (96,00 %) uvedli, že paliativní péče není pouze pro pacienty s onkologickým onemocněním. To, že paliativní péče poskytuje podporu celé rodině uvedlo 88,00 % respondentů. Kdy končí psychická podpora rodině nemocného správně uvedlo 74,40 % respondentů. Z možnosti vybrat pro respondenta nejvíce prioritní cíl paliativní péče zvolilo 60,80 % respondentů „Zmírnění tělesného a duševního strádání pacienta“, 22,40 % respondentů dalo za prioritní cíl „Zachování důstojnosti nemocného“ a 11,20 % respondentů „Tlumení bolesti“. Velká část respondentů (64,00 %) vnímá paliativní péči jako 100 % přínosnou pro společnost. Úplné složení paliativního týmu zvolila většina respondentů (68,00 %), ale ostatní respondenti (15,20 %) vybírali spíše možnost, ve které nebyl „duchovní“ uvedený ve složení týmu. 94,40 % respondentů správně určilo, že se pacienti v paliativní péči nemusejí vzdát svých ostatních nabídek léčby. Značná část respondentů (89,60 %) vyvrátila mínění, že paliativní péče povzbuzuje pacienty k ukončení jejich léčby zaměřené na vyléčení nemoci. Při seřazování vedlejších účinků lékařské léčby, které paliativní péče řeší, 88,80 % respondentů na první místo vybralo „Bolest“, následně „Nechutenství“ (34,40 %), které získalo druhou pozici. Na třetí místo 43,20 % respondentů umístilo „Zvracení, nevolnost“ a na čtvrtou pozici „Dušnost“ zvolená 34,40 % respondentů. Na páté místo dalo 43,20 % respondentů „Nedostatečnou výživu“ a šestou pozici obsadila „Dehydratace“

s 39,20 %. 61,60 % respondentů vybralo na sedmé místo „Průjmy, zácpy“ a jako poslední prioritu uvedlo 71,20 % respondentů „Nespavost“.

Z obdobných výzkumů, které se zabývali znalostí nebo povědomím veřejnosti o paliativní péči, lze uvést výzkum ze Saudské Arábie, kde výsledky ukázaly, že 16,2 % respondentů vědělo, co je paliativní péče a 34,4 % věřilo, že může pacientovi snížit fyzické utrpení (Alkhudairi, 2019, s. 49-50). Ve Švédsku v roce 2018 proběhl online průzkum ohledně povědomí o paliativní péči. Zde výsledky analýzy prokázaly, že 43 % respondentů mělo nějaké povědomí o paliativní péči (Westerlund et al., 2018, s. 478).

V dílčím cíli 1 bylo cílem zmapovat, zda jsou znalosti o paliativní péči ovlivněny věkem respondentů. Z dotazovaných respondentů měli větší povědomí o paliativní péči respondenti ve věkové kategorii 47-65 let. 52,04 % respondentů v 47-65 letech dokázalo charakterizovat pojem paliativní péče a 36,00 % respondentů uvedlo všechna místa, kde může být paliativní péče poskytována. Respondenti (51,64 %) v 47-65 letech také spíše správně určovali, že při poskytování paliativní péče nezáleží na věku nemocného a také 51,76 % respondentů vybralo všechny profese, které jsou členy paliativního týmu. Vyplývalo tedy, že starší ročníky mají více pravdivé informace o paliativní péči. Dle šetření a rozhovorů, které proběhly v Severním Irsku, bylo zjištěno, že starší lidé v rámci analýzy dat získali větší skóre než mladší lidé (McIlfatrick et al., 2021, s. 6). Studie ve Spojených státech amerických také prokázala, že populace ve věku 50 let a více má větší znalosti o paliativní péči (Huo et al., 2019, s. 41).

Dílčí cíl 2 zjišťoval, zda dosažené vzdělání respondentů ovlivňuje jejich informovanost v oblasti paliativní péče. Z výsledků vyplývá, že respondenti se středoškolským vzděláním s maturitou a s vysokoškolským vzděláním mají větší míru informovanosti o paliativní péči než lidé se středoškolským vzděláním bez maturity a vyšším odborným vzděláním. V bakalářské práci Davida Petruska bylo zjištěno, že se s pojmem paliativní péče setkali více respondenti s vysokoškolským vzděláním (Petrúsek, 2017, s. 80). Informace o paliativní péči respondenti získávali především z internetu a z novin, časopisu, televize. Překvapivým zjištěním bylo, že pouze 7,20 % respondentů se dozvědělo o paliativní péči od lékaře. I výzkum ve Švédsku prokázal, že lidé s vysokoškolským vzděláním mají větší informovanost o paliativní péči a že častějším zdrojem informací byla rodina a komunikační prostředky jako televize a internet (Westerlund et al., 2018, s. 480).

Ve třetím dílčím cíli se zjišťovalo, zda se znalosti v oblasti paliativní péče liší dle pohlaví respondentů. Z respondentů mělo více znalostí o paliativní péči ženské zastoupení

respondentů. Online výzkum mezi dospělými ve Spojených státech amerických prokázal, že ženy oproti mužům mají větší znalosti o paliativní péči, protože je u nich větší pravděpodobnost, že budou pečovat o stárnoucí rodiče na konci jejich života (Kozlov, 2017, s. 649). 57,14 % respondentek, vybralo, že paliativní péče je poskytována nemocnému s život ohrožující nemocí, a ne pouze nemocnému v terminálním stádiu nemoci a 70,00 % žen uvedlo, že paliativní péče poskytuje podporu celé rodině nemocného. Dle výsledků výzkumu, který procházel studie od roku 1968 až do roku 2019, bylo zjištěno, že je paliativní péče spojována s terminálně nemocnými pacienty a s péčí na konci života (Patel and Lyons, 2020, s. 481). Dle Tiché (2022, s. 62) a výsledků její bakalářské práce, že ženy odpověděly v 54 % správně, vychází, že jsou ženy více informované o paliativní péči než muži.

ZÁVĚR

Paliativní péče je medicínský obor, který v České republice existuje už řadu let. Přesto v laické veřejnosti stále převládá mínění, že je paliativní péče určena pouze terminálně nemocným. V teoretické části práce je charakterizována paliativní péče, definovány její cíle a popsán její vývoj od prvních počátků až do dnešní doby. Krátce se zmiňuje o paliativním týmu a potřebách nemocných v paliativní péči. Následuje kapitola o tělesných symptomech nemocného v paliativní péči, které všeobecná sestra v paliativní péči řeší.

Na teoretickou část navazuje empirická část práce, jež zjišťuje vnímání a informovanost laické veřejnosti o paliativní péči. Dle získaných výsledků, lze říci, že převážná většina respondentů má nějaké informace o paliativní péči. Nicméně i tak, měli respondenti v některých položkách dotazníku nepřesné informace o paliativní péči. S pojmem paliativní péče se setkala převážná většina respondentů. Ale i tak, se více než polovina respondentů domnívá, že je paliativní péče poskytována pouze nemocným v terminálním stádiu nemoci. Respondenti se nejčastěji dozvívali informace o paliativní péči z internetu, novin, časopisu, televize a od rodiny nebo svých přátel. Pouze malá skupina respondentů získala informace od lékaře. Výsledky ukazují, že se respondenti domnívají, že paliativní péče je nejčastěji poskytována v hospici nebo domácím prostředí. Jen malá část respondentů uvedla, že lze paliativní péči poskytovat i formou ambulantní péče. Respondenti ale i tak vědí, že paliativní péče poskytuje podporu celé rodině nemocného a doprovází rodinu i po smrti pacienta. Pozitivním zjištěním výzkumu je, že více než polovina respondentů bere paliativní péči jako přínosnou pro společnost a zná cíle paliativní péče.

Doporučení pro praxi

Na základě výsledků šetření byl navržen informační leták (Příloha P II), který by měl laické veřejnosti pomoci lépe pochopit paliativní péči.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

8 doporučení pro začínající paliativní týmy v nemocnicích: Inspirováno zkušenostmi pilotního programu nadačního fondu Abakus, 2022. Abakus [online]. Praha: Abakus [cit. 2023-04-09]. Dostupné z: https://abakus.cz/file/ke-stazeni/Nada%C4%8Dn%C3%AD-fond-Abakus_8-doporu%C4%8Den%C3%AD.pdf

ALKHUDAIRI, H. M., 2019. General public awareness, knowledge, and beliefs toward palliative care in a Saudi population. *Journal of Nature and Science of Medicine* [online]. 2(1), 48-53 [cit. 2023-04-26]. ISSN 2589-627X. Dostupné z: doi:10.4103/JNSM.JNSM_37_18

BALVÍNOVÁ, A., M. MIČKOVÁ a L. NOVÁKOVÁ, 2022. Souběžná role sestry na dětské onkologii a v paliativním týmu: Profesní a kompetenční výzvy při práci s onkologicky nemocnými dětmi. *Onkologie* [online]. 16(2), 71-73 [cit. 2023-01-21]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/xon/2022/02/04.pdf>

BUŽGOVÁ, R. a kol., 2013. Hodnotící nástroje pro zjišťování potřeb pacientů v paliativní péči. *Onkologie* [online]. 7(6), 310-314 [cit. 2023-02-25]. Dostupné z: <http://solen.cz/pdfs/xon/2013/06/11.pdf>

BUŽGOVÁ, R., 2015. Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života. Praha: Grada, 168 s. ISBN 978-80-247-5402-4.

CORR, Ch. A., 2022. Elisabeth Kübler-Ross and the Five Stages Model In Selected Social Work Textbooks. *Illness, Crisis & Loss* [online]. 30(2), 320-332 [cit. 2022-12-20]. Dostupné z: doi:10.1177/1054137320932

GERHARD, CH., 2014. *Praxiswissen Palliativmedizin: Konzepte für unterschiedlichste palliative Versorgungssituationen*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 224 s. ISBN 978-3-13-176091-3.

HOŠŤÁLKOVÁ, M., R. URBANOVÁ a J. VÍTKOVÁ, 2018. Multidisciplinární tým v paliativní péči na hematoonkologii: případová studie. *Paliativna medicína a liečba bolesti* [online]. 11(1-2e), 32-35 [cit. 2023-01-21]. Dostupné z: https://www.solen.sk/storage/file/article/PALMED_1-2_2018_final%20%E2%80%93%20Hostalkova.pdf

HUO, J. et al., 2019. Knowledge of Palliative Care Among American Adults: 2018 Health Information National Trends Survey. *Journal of Pain and Symptom Management* [online].

58(1), 39-47 [cit. 2023-04-26]. ISSN 08853924. Dostupné z: doi:10.1016/j.jpainsymman.2019.03.014

CHERNY, N. I. et al., 2015. Oxford Textbook of Palliative Medicine. 5th ed. Oxford: Oxford University Press, 1254 p. ISBN 978-0-19-965609-7.

CHRÁSKA, M., 2016. Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 256 s. ISBN 978-80-247-5326-3.

KABELKA, L., 2017. Geriatrická paliativní péče. Praha: Mladá fronta, 320 s. ISBN 978-80-204-4225-3.

KABELKA, L., 2020. Jak vznikala specializovaná paliativní péče v České republice. Paliativní medicína [online]. 1(1), 50-54 [cit. 2022-12-18]. Dostupné z: <https://trebic.charita.cz/res/archive/020/002542.pdf?seek=1626075959>

KALVACH, Z., 2019. Manuál paliativní péče o umírající pacienty: Pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě. 2. vyd. Praha: Cesta domů, 160 s. ISBN 978-80-88126-54-6.

KISVETROVÁ, H., 2018. Péče v závěru života. Praha: Maxdorf, 149 s. ISBN 978-80-7345-496-8.

KOLÁŘOVÁ, Z., 2022. Nemocniční paliativní péče prokázala svůj nesporný význam. Medical Tribune [online]. 2022(11) [cit. 2022-12-22]. ISSN 1214-8911. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/zdravotnictvi/nemocnicni-paliativni-pece-prokazala-svuj-nesporny-vyznam/>

KONOPÁČOVÁ, A., 2017. Paliativní péče v zařízení následné péče (LDN). Geriatrie a Gerontologie [online]. 6(2), 83-86 [cit. 2022-12-22]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/geriatrie-gerontologie/2017-2/paliativni-pece-v-zarizeni-nasledne-pece-ldn-61873>

KOZLOV, E. et al., 2017. Knowledge of Palliative Care Among Community-Dwelling Adults. American Journal of Hospice and Palliative Medicine [online]. 35(4), 647-651 [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: doi:<https://doi.org/10.1177/1049909117725725>

KUŠNÍROVÁ, J., 2020. Komplexní přístup k léčbě bolesti v paliativní péči. Medicína pro praxi [online]. 17(2), 88-92 [cit. 2023-03-09]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/med/2020/02/02.pdf>

LOUČKA, M. a A. HOUSKA, 2015. Psychiatrie v paliativní péči. *Psychiatrie* [online]. 19(4), 202-208 [cit. 2023-03-07]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/profile/Martin-Loucka/publication/287646808_Psychiatrie_v_paliativni_peci/links/56787ef108ae125516e85d5/Psychiatrie-v-paliativni-peci.pdf

MARKOVÁ, A., 2021. *Hospic do kapsy: Příručka pro domácí paliativní týmy*. 3. vyd. Praha: Cesta domů, 183 s. ISBN 978-80-88126-77-5.

MARKOVÁ, M., 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.

MCILFATRICK, S. et al., 2021. Examining public knowledge, attitudes and perceptions towards palliative care: a mixed method sequential study. *BMC Palliative Care* [online]. 20(44), 11 [cit. 2023-04-26]. ISSN 1472-684X. Dostupné z: doi:10.1186/s12904-021-00730-5

MEIER, D. E., S. L. ISAACS and R. HUGHES, 2010. *Palliative Care: Transforming the Care of Serious Illness*. San Francisco: Health Administration Press, 464 s. ISBN 978-0-470-52717-7.

MIŠINOVÁ, M., 2016. *Ošetrovatel'stvo v paliatívnej a hospicovej starostlivosti*. Brno: Masarykova univerzita a Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne, 106 s. ISBN 978-80-210-8433-9.

PATEL, P. and L. LYONS, 2020. Examining the Knowledge, Awareness, and Perceptions of Palliative Care in the General Public Over Time: A Scoping Literature Review. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®* [online]. 37(6), 481-487 [cit. 2023-04-26]. ISSN 1049-9091. Dostupné z: doi:10.1177/1049909119885899

PECHOVÁ, K. a M. LEJSAL, 2020. *Paliativní péče v rezidenčních službách se zaměřením na uživatele seniorského věku*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 201 s. ISBN 978-80-88361-01-5.

PERIYAKOIL, V. S. and CH. F. GUNTEN, 2022. Palliative Care Is Proven. *Journal of Palliative Medicine* [online]. 26(1), 2-4 [cit. 2023-01-04]. Dostupné z: <http://doi.org/10.1089/jpm.2022.0568>

PETRŮSEK, D., 2017. *Informovanost laiků o paliativní a hospicové péči* [online]. Zlín [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://digilib.k.utb.cz/handle/10563/40188>. Bakalářská práce.

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Ústav zdravotnických věd.
Vedoucí práce Kala Miroslav.

PLEVOVÁ, I. a kol., 2019. Ošetrovatelství II. 2. dopl. vyd. Praha: Grada, 200 s. ISBN 978-80-271-0889-3.

POKORNÁ, A. a kol., 2013. Ošetrovatelství v geriatrii: Hodnotící nástroje. Praha: Grada, 202 s. ISBN 978-802-4743-165.

POLÍVKA, J., 2018. Hospic – pokračující péče během života pacienta. Časopis lékařů českých [online]. 157(1), 4-8 [cit. 2022-12-22]. ISSN 1805-4420. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2018-1/hospic-pokracujici-pece-behem-zivota-pacienta-63248>

SEDLÁROVÁ, K., 2015. Hospicová péče v ČR. V: TOMEŠ, I., E. DRAGOMIRECKÁ, K. SEDLÁROVÁ, 2015. Rozvoj hospicové péče a její bariéry. Praha: Karolinum, s. 38-44. ISBN 978-80-246-2941-4.

SHEIKH, M. et al., 2022. Hospice vs Palliative care: A comprehensive review for primary care physician. Journal of Family Medicine and Primary Care [online]. 11(8), 4168-4173 [cit. 2022-01-05]. Dostupné z: doi:10.4103/jfmpc.jfmpc_2262_21

SCHLICK, C. and D. BENTREM, 2019. Timing of palliative care: When to call for a palliativecare consult. Journal of Surgical Oncology [online]. 120(1), 30-34 [cit. 2023-01-30]. Dostupné z: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/jso.25499?saml_referrer=

SLÁMA, O. a kol., 2011. Paliativní medicína pro praxi. 2. vyd. Praha: Galén, 363 s. ISBN 978-80-7262-849-0.

SLÁMA, O., 2009. Paliativní a hospicová péče v České republice a v Evropě. Klinická onkologie [online]. 22(4), 183-185 [cit. 2023-01-08]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/klinicka-onkologie/2009-4-1/paliativni-a-hospicova-pece-v-ceske-republice-a-v-evrope-32883/download?hl=cs>

SLÁMA, O., 2012. Obecná a specializovaná paliativní péče v ČR. Paliativna medicína a liečba bolesti [online]. 5(1), 10-12 [cit. 2022-12-22]. Dostupné z: <https://www.solen.sk/storage/file/article/af6a9ed66bb837eccc430ff37f3263da.pdf>

SLÁMA, O., J. KREJČÍ a J. AMBROŽOVÁ, 2019. Metodika implementace programu paliativní péče v lůžkovém zdravotnickém zařízení [online]. Česko: Ministerstvo

zdravotnictví České republiky, 13 s. [cit. 2023-01-31]. Dostupné z: https://paliativa.cz/sites/default/files/2019-09/Metodika_implementace_PPP_2019%20FINAL.pdf

SLÁMA, O., L. KABELKA a M. LOUČKA, 2016. Paliativní péče v ČR v roce 2016. Časopis lékařů českých [online]. 155(8), 445-450 [cit. 2022-12-22]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2016-8/paliativni-pece-v-cr-v-roce-2016-60048>

STIBOROVÁ, D. a J. FREI, 2018. Paliativní péče a umírání v domácím prostředí. Sedlec-Prčice: Stiborová Denisa, 66 s. ISBN 978-80-270-3719-3.

SVATOŠOVÁ, M., 2012. Víme si rady s duchovními potřebami nemocných? Praha: Grada, 112 s. ISBN 978-80-247-4107-9.

TABERYOVÁ, M. a L. HRDLIČKOVÁ, 2022. Dětská paliativní péče ve Fakultní nemocnici v Motole. Florence [online]. 2022(1), 16-17 [cit. 2023-01-21]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2022/1/detska-paliativni-pece-ve-fakultni-nemocnici-v-motole/>

TICHÁ, D., 2022. Informovanost veřejnosti o paliativní péči [online]. Hradec Králové [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/173416/130328831.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Ústav nelékařských studií. Vedoucí práce Jana Kutnohorská.

TOMEŠ, I., E. DRAGOMIRECKÁ a K. SEDLÁROVÁ, 2015. Rozvoj hospicové péče a její bariéry. Praha: Karolinum, 168 s. ISBN 978-80-246-2941-4.

TOMÍŠKA, M. Ostatní symptomy a syndromy. V: SLÁMA, O. a kol., 2011. Paliativní medicína pro praxi. 2. vyd. Praha: Galén, 363 s. ISBN 978-80-7262-849-0.

TRIVEDI, A., 2019. Maslow's Hierarchy of Needs - Theory of Human Motivation. International journal of research in all subjects in multi languages [online]. 7(6), 38-41 [cit. 2023-02-18]. ISSN 2321 - 2853. Dostupné z: http://www.rajmr.com/ijrsm/ wp-content/uploads/2020/01/IJRSML_2019_vol07_issue_06_Eng_09.pdf

VORLÍČEK, J. a kol., 2004. Paliativní medicína. 2. vyd. Praha: Grada, 544 s. ISBN 80-247-0279-7.

WESTERLUND, C. et al., 2018. Public awareness of palliative care in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health* [online]. 46(4), 478-487 [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: [doi:https://doi.org/10.1177/1403494817751329](https://doi.org/10.1177/1403494817751329)

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ABMS	Americká rada lékařských specializací
ACGME	Akreditační rada pro postgraduální lékařské vzdělávání
BPI	Brief Pain Inventory
CAPC	Center to Advance Palliative Care
Cm	Centimetr
č.	Číslo
ČR	Česká republika
ČSPM	Česká společnost paliativní medicíny
Doc.	Docent
GDPR	General Data Protection Regulation
CHOPN	Chronická obstrukční plicní nemoc
Mg	Miligram
MUDr.	Doktor medicíny
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
NEQ	Needs Evaluation Questionnaire
NEST	Needs at the End-of-Life Screening Tool
OSVČ	Osoba samostatně výdělečně činná
PhD.	Doktor filozofie
PhDr.	Doktor filozofie
PNAP	Patient Needs Assessment in Palliative care
PNAT	Patient Needs Assessment Tool
s.	Strana
SSRI	Selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu
sv.	Svatý
THC	Tetrahydrokanabinol

Tzv.	takzvaný
VAS	Visual Analogue Scale
WHO	Světová zdravotnická organizace

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Pohlaví respondentů (autorka práce, 2023).....	36
Graf 2: Věk respondentů (autorka práce, 2023)	37
Graf 3: Vzdělání respondentů (autorka práce, 2023).....	37
Graf 4: Současná profese respondentů (autorka práce, 2023)	38
Graf 5: Víra respondentů (autorka práce, 2023)	39
Graf 6: Bydliště respondentů (autorka práce, 2023).....	39
Graf 7: Setkání s pojmem paliativní péče (autorka práce, 2023).....	40
Graf 8: Místo setkání s pojmem paliativní péče (autorka práce, 2023).....	41
Graf 9: Význam pojmu paliativní péče (autorka práce, 2023).....	41
Graf 10: Místo poskytování paliativní péče (autorka práce, 2023)	42
Graf 11: Lepší úroveň paliativní péče v institucionálním prostředí než v domácím prostředí (autorka práce, 2023)	43
Graf 12: Věk nemocného při poskytování paliativní péče (autorka práce, 2023)	43
Graf 13: Komu je paliativní péče poskytována (autorka práce, 2023)	44
Graf 14: Paliativní péče je určena pouze lidem s rakovinou (autorka práce, 2023)	45
Graf 15: Podpora v paliativní péči (autorka práce, 2023).....	45
Graf 16: Ukončení psychické podpory rodině nemocného (autorka práce, 2023)	46
Graf 17: Cíl paliativní péče (autorka práce, 2023)	47
Graf 18: Přínos pro společnost (autorka práce, 2023)	47
Graf 19: Složení paliativního týmu (autorka práce, 2023)	48
Graf 20: Vzdaní se ostatních nabídek léčby (autorka práce, 2023)	49
Graf 21: Ukončení léčby zaměřené na vyléčení nemoci (autorka práce, 2023)	49
Graf 22: Vedlejší účinky lékařské léčby (autor práce, 2023)	50
Graf 23: Odpovědi dle věku respondentů (autorka práce, 2023).....	51
Graf 24: Odpovědi dle věku respondentů (autorka práce, 2023).....	52
Graf 25: Informovanost dle vzdělání respondentů (autorka práce, 2023)	53
Graf 26: Odpovědi dle pohlaví respondentů (autorka práce, 2023)	54

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Dotazník

Příloha P II: Informační leták

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Vážený respondente

jmenuji se Tereza Strunzová a jsem studentkou 3. ročníku oboru Všeobecného ošetrovatelství na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně.

Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění níže uvedeného dotazníku, který je součástí bakalářské práce na téma **Vnímání paliativní péče laickou veřejností**.

Dovolte mi prosím, abych Vás požádala o Váš pohled na uvedené téma formou pravdivého a úplného vyplnění dotazníku, který je součástí výzkumného šetření práce a získané výsledky pomohou ke zpracování bakalářské práce. Z nabízených odpovědí vyberte vždy jednu možnost a zakroužkujte ji, pokud není u otázky uvedeno jinak.

Dotazník je samozřejmě anonymní, všechny informace jsou důvěrné a použiji je pouze pro účely bakalářské práce.

Vyplněním dotazníku souhlasíte, aby Univerzita Tomáše Bati uvedené údaje shromažďovala a zpracovávala za účelem výzkumu v realizované bakalářské práci. Univerzita Tomáše Bati si bude s údaji počínat podle ustanovení zákona č.110/2019 Sb., o zpracování údajů.

Předem Vám velmi děkuji za ochotu a čas, který věnujete vyplňování dotazníku.

1. Jaké je Vaše pohlaví?

- a) Muž
- b) Žena

2. Kolik je Vám let?

- a) 18-26
- b) 27-46
- c) 47-65
- d) 66+

3. Jakého nejvyšší vzdělání jste dosáhl/a?

- a) Základní
- b) Středoškolské bez maturity
- c) Středoškolské s maturitou
- d) Vyšší odborné
- e) Vysokoškolské

4. Jaká je Vaše současná profese?

- a) Student/ka
- b) OSVČ
- c) Dělník
- d) Na mateřské / rodičovské dovolené
- e) Zaměstnán/a ve zdravotnictví
- f) Zaměstnán/a v sociální sféře
- g) Zaměstnán/a ve školství
- h) Zaměstnán/a v oblasti stavební, průmyslové, dopravní
- i) Na úřadu práce
- j) Důchodce

k) Jiné (dopíše)

5. Jste věřící?

- a) Věřící (praktikující)
- b) Věřící (nepraktikující)
- c) Ateista

6. Kde bydlíte?

- a) Město
- b) Vesnice

7. Setkal/a jste se někdy s pojmem paliativní péče?

- a) Ano
- b) Ne

8. Odkud jste se o paliativní péči dozvěděl/a? (možnost více odpovědí)

- a) Ve škole
- b) V zaměstnání
- c) Od lékaře
- d) Z internetu
- e) Z novin, časopisu, televize
- f) Od rodiny, přátel
- g) Neslyšela/a jsem o tomto pojmu

9. Co podle Vašeho názoru znamená pojem paliativní péče?

- a) Komplexní péče o nemocného pacienta bez ohledu na prognózu nemoci
- b) Komplexní péče pouze o nevléčitelně nemocného pacienta

10. Kde může být pacientovi poskytována paliativní péče?
(možnost více odpovědí)

- a) Během hospitalizace v nemocnici
- b) V hospici
- c) V domově seniorů
- d) V ambulanci
- e) Doma

11. Domníváte se, že paliativní péče poskytovaná v institucionálním prostředí je na lepší úrovni než v domácím prostředí?

- a) Ano
- b) Ne

12. Záleží na věku nemocného při poskytování paliativní péče?

- a) Ano, paliativní péče je poskytována lidem od 18 let
- b) Ne, při poskytování paliativní péče nezáleží na věku nemocného

13. Komu je paliativní péče poskytována?

- a) Nemocnému s život ohrožující nemocí
- b) Pouze nemocnému v posledních šesti měsících života
- c) Pouze nemocnému v terminálním stádiu nemoci

14. Je paliativní péče určena pouze lidem s rakovinou?

- a) Ano
- b) Ne

15. Komu paliativní péče poskytuje podporu?

- a) Paliativní péče poskytuje podporu pouze nemocnému člověku
- b) Paliativní péče přináší podporu celé rodině nemocného

16. V jakém období je ukončena psychická podpora rodině nemocného, kterému byla poskytována paliativní péče?

- a) Psychická podpora končí s úmrtím pacienta
- b) Psychická podpora je poskytována rodině i po úmrtí pacienta

17. Co je cílem paliativní péče? (vyberte pro Vás nejvíce prioritní odpověď)

- a) Zapojení nemocného člověka do každodenních činností
- b) Zachování důstojnosti nemocného
- c) Zmírnění tělesného a duševního strádání pacienta
- d) Tlumení bolesti pacienta
- e) Řešení psychických problémů, které přinesla vážná nemoc
- f) Pomoci lidem lépe porozumět možnostem jejich léčby

18. Do jaké míry Vám přijde paliativní péče přínosná pro společnost?

- (vyberte pouze jednu odpověď)
- a) 0 %
 - b) 25 %
 - c) 50 %
 - d) 75%
 - e) 100 %

19. Kdo je členem paliativního týmu?

(vyberte pouze jednu odpověď)

- a) Sestra, lékař
- b) Sestra, lékař, psycholog
- c) Sestra, lékař, psycholog, sociální pracovník
- d) Sestra, lékař, psycholog, sociální pracovník, psychoterapeut
- e) Sestra, lékař, psycholog, sociální pracovník, psychoterapeut, odlehčovací asistent
- f) Sestra, lékař, psycholog, sociální pracovník, psychoterapeut, odlehčovací asistent, duchovní

20. Musí se pacient vzdát svých ostatních nabídek léčby (specialistů, alternativní léčby) během poskytované paliativní péče?

- a) Ano
- b) Ne

21. Povzbuzuje paliativní péče lidi, aby ukončili léčbu zaměřenou na vyléčení jejich nemoci?

- a) Ano
- b) Ne

22. Které vedlejší účinky lékařské léčby paliativní péče řeší? (seřad'te dle priority od čísla 1 do čísla 8, číslo 1 má nejvyšší prioritu)

- Bolest
- Nechutenství
- Zvracení, nevolnost
- Dušnost
- Nedostatečnou výživu
- Dehydrataci
- Průjmy, zácpy
- Nespavost

PŘÍLOHA P II: INFORMAČNÍ LETÁK



KDO POSKYTUJE PÉČI?

Tým zkušených odborníků, který úzce spolupracuje s nemocným a jeho rodinou

Složení paliativního týmu:

- lékař
- sestra
- sociální pracovník
- psycholog/psychoterapeut
- odlehčovací asistent
- duchovní

KDE HLEDAT BLIŽŠÍ INFORMACE...

U ošetřujícího lékaře
Ve zdravotnických zařízeních

Na webových stránkách:
www.paliativnicentrum.cz
www.cestadomu.cz

Tereza Strunzová, studentka oboru
Všeobecné ošetřovatelství 3. ročník,
2023
Mgr. Jitka Hůsková, Ph.D., vedoucí práce

PALIATIVNÍ PÉČE

PRŮVODCE
DO
RUKY

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

CO JE PALIATIVNÍ PÉČE?



Paliativní péče je typ péče určený nemocným s život ohrožujícím onemocněním. Snaží se zvýšit kvalitu života nemocného, zmírnit tělesné a duševní utrpení a zachovat důstojnost nemocného.



CO BY JSTE MĚL/A VĚDĚT...

Při poskytování paliativní péče nezáleží na věku nemocného

Může být poskytována současně s léčbou, která se snaží vyléčit onemocnění

Řeší tělesné a duševní trápení

Poskytuje podporu celé rodině nemocného

Doprovází rodinu a příbuzné dlouhodobě



Paliativní péče může být poskytována v nemocnici, v hospici, v domově seniorů, v ambulanci a v domácím prostředí

