

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2024

Natálie Kratěnová

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Paliativní péče z pohledu nelékařského zdravotnického personálu v intenzivní  
medicině

Bakalářská práce

2024

Natálie Kratěnová

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2023/2024

# ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Natálie Kratěnová**  
Osobní číslo: **Z20149**  
Studijní program: **B0913P360008 Zdravotnické záchranářství**  
Téma práce: **Paliativní péče z pohledu nelékařského zdravotnického personálu v intenzivní medicíně**  
Téma práce anglicky: **Palliative care from the perspective of non-medical staff in intensive care medicine**  
Zadávající katedra: **Katedra klinických oborů**

## Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace průzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**  
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**  
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

DRÁBKOVÁ, Jarmila a Soňa HÁJKOVÁ. 2018. *Následná intenzivní péče*. Praha: Mladá fronta, 608s. ISBN 978-80-204-4470-7.  
MALÁSKA, J.; STAŠEK, J.; KRATOCHVÍL, M.; ZVONIČEK, V. 2020. *Intenzivní medicína v praxi*. Praha: Maxdorf, 712s. ISBN 978-80-7345-675-7.  
PECHOVÁ, K.; LEJSAL, M. a kol. 2020. *Paliativní péče v rezidenčních službách se zaměřením na uživatele seniorského oěku*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 206s. ISBN 978-80-88361-01-5.  
SLÁMA, O. a L. KABELKA, 2022. *Paliativní medicína pro praxi*. 3., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-627-3.  
ŠEBLOVÁ, Jana a Jiří KNOR. 2018. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. 2., dopl. a aktual. vyd. Praha: Grada Publishing, 492s. ISBN 978-80-271-0596-0.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Petra Šimková**  
Katedra klinických oborů  
Oponent bakalářské práce: **Mgr. Martina Rabová**  
Fakulta zdravotnických studií  
Datum zadání bakalářské práce: **19. června 2024**  
Termín odevzdání bakalářské práce: **12. srpna 2024**

doc. RNDr. ThLic. Karel Sládek, Ph.D., MBA v.r.  
děkan

L.S.

Mgr. Zuzana Červenková, Ph.D. v.r.  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 24. června 2024

## PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem *Paliativní péče z pohledu nelékařského zdravotnického personálu v intenzivní medicíně* jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst.

1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 12.08.2024

Natálie Kratěnová v. r.

## **PODĚKOVÁNÍ**

Ráda bych touto cestou poděkovala Mgr. Petře Šimkové za odborné vedení mé bakalářské práce, za čas, který mi věnovala, za trpělivost, konstruktivní připomínky a cenné rady. Děkuji také všem respondentům, zdravotnickým záchranářům, všeobecným a praktickým sestřám, kteří se ochotně podíleli na vyplnění dotazníků a poskytli mi tak nezbytná data pro mou práci.

## **ANOTACE**

Tato bakalářská práce se zaměřuje na problematiku paliativní péče z pohledu nelékařského zdravotnického personálu v prostředí intenzivní medicíny. Práce se dělí na dvě hlavní části, teoretickou a praktickou. Teoretická část se zaměřuje na problematiku paliativní a intenzivní péče, včetně paliativních týmů a vztahu mezi paliativní a intenzivní péčí. V praktické části jsou získaná data z dotazníkového šetření, zaměřená zejména na dostupnost paliativního týmu a zájmu o vzdělání vyhodnocena a prezentována v tabulkách, grafech a doplněna o komentář.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Paliativní péče, nelékařský zdravotnický personál, intenzivní péče, paliativní tým, pacient

## **TITLE**

Palliative care from the perspective of non-medical staff in intensive care medicine.

## **ANNOTATION**

This bachelor thesis focuses on the issue of palliative care from the perspective of non-medical staff in the intensive care setting. The thesis is divided into two main parts, theoretical and practical. The theoretical part focuses on palliative and intensive care issues, including palliative teams and the relationship between palliative and intensive care. In the practical part, the data obtained from the questionnaire survey, focusing in particular on palliative team availability and interest in education, are evaluated and presented in tables, graphs and supplemented with commentary.

## **KEYWORDS**

Palliative care, non-medical staff, intensive care, palliative team, patient

# OBSAH

Úvod.....	11
1 Cíle a metody práce .....	12
1.1 Cíl práce.....	12
1.2 Metody k dosažení cíle .....	12
Teoretická část .....	13
2 Paliativní péče.....	13
2.1 Historie.....	13
2.2 Definice paliativní péče .....	15
2.3 Cíle paliativní péče .....	15
2.4 Symptomy.....	16
2.4.1 Dušnost .....	17
2.4.2 Bolest .....	17
2.4.3 Žízeň .....	17
2.5 Komunikace .....	18
2.6 Vzdělávání .....	19
3 Rozdělení paliativní péče.....	20
3.1 Obecná paliativní péče.....	20
3.2 Specializovaná paliativní péče.....	20
4 Paliativní týmy.....	21
4.1 Podpůrné nástroje/kritéria pro zahájení paliativní péče na JIP.....	23
5 Intenzivní péče .....	24
5.1 Historie.....	24
5.2 Definice intenzivní péče .....	24
5.3 Cíle intenzivní péče .....	25
5.4 Pracoviště intenzivní péče .....	25
6 Vztah paliativní a intenzivní péče.....	27

6.1	Pacienti na JIP.....	28
	Praktická část .....	29
7	Metodika praktické části .....	30
7.1	Popis výzkumného nástroje .....	30
7.2	Charakteristika výzkumného souboru .....	30
7.3	Sběr dat .....	31
7.4	Analýza dat .....	31
8	Analýza a Presentace získaných dat .....	32
9	Diskuze .....	55
10	Závěr .....	59
10.1	Doporučení pro praxi .....	59
10.2	Limity práce .....	59
11	Použitá literatura .....	61
12	Přílohy.....	64

## SEZNAM OBRÁZKŮ

Graf 1-4 Dostupnost paliativní péče na oddělení.....	34
Graf 5-8 Potřeba paliativní péče .....	36
Graf 9 Využití podpůrného nástroje pro plánování paliativní péče .....	38
Graf 10 Dostupnost paliativního týmu.....	40
Graf 11 Četnost využití paliativního týmu .....	42
Graf 12 Konkrétní případy pro využití služeb paliativního týmu.....	43
Graf 13 Znárodnuje kolikrát týdně je dostupný paliativní tým.....	44
Graf 14 Členové paliativního týmu.....	46
Graf 15 Hlavní cíl paliativní péče .....	47
Graf 16 Kdy nastává konec paliativní péče .....	48
Graf 17 Upozornění na potřebu paliativní péče .....	49
Graf 18 Nejčastější onemocnění .....	50
Graf 19 Užitečnost paliativní péče na oddělení .....	51
Graf 20 Získání informací o paliativní péči .....	52
Graf 21 Zájem o vzdělání .....	53
Graf 22 Absolvování kurzu paliativní péče .....	54

## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 <i>Charakteristika respondentů</i> .....	32
Tabulka 2 <i>Zapojení NLZP do rozhodovacího procesu o zahájení paliativní péče</i> .....	35
Tabulka 3 <i>Podpůrný nástroj</i> .....	39
Tabulka 4 <i>Důvody nevyužití paliativního týmu</i> .....	41
Tabulka 5 <i>Působení paliativního týmu v nemocnici</i> .....	45

## SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

%	Procento
ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
ARS	Advance caRe planing and decision making Supportive tool
Č.	Číslo
Dr.	Doktor
JIP	Jednotka intenzivní péče
Např.	například
NCHCP	National Coalition for Hospice and Palliative Care
NLZP	Nelékařský zdravotnický personál
Odst.	Odstavec
Sb.	Sbírka zákonů
Tj.	Tedy
WHO	World health organization, Světová zdravotnická organizace

## ÚVOD

Většina lidí by si přála zemřít doma, bohužel až 2/3 lidí v české republice umírají v nemocničním zařízení a z toho 69 % lidí zemře na lůžku akutní péče (Švancara, 2016). Paliativní péče a intenzivní medicína představují klíčové oblasti moderního zdravotnictví, často se prolínají v péči o pacienty s život ohrožujícím onemocněním či v terminální stádiu nemoci. S rostoucím povědomím o důležitosti paliativní péče se stává stále aktuálnější otázkou, jak tuto péči integrovat do prostředí intenzivní medicíny a jaký je zájem nelékařských zdravotnických pracovníků o vzdělávání v oblasti paliativní medicíny. V rámci tohoto přístupu je kladen důraz na kontrolu symptomatických obtíží a efektivní komunikaci.

Bakalářská práce se zabývá aktuální a důležitou problematikou, která má velký dopad na kvalitu života pacientů v terminálním stádiu onemocnění. Práce zkoumá problematiku paliativní péče z perspektivy nelékařského zdravotnického personálu na jednotkách intenzivní medicíny.

Teoretická část práce je rozdělena do čtyř hlavních kapitol, první se zabývá paliativní péčí, její historií a definicí, stanovením cílů paliativní péče, dále se zaměřuje na problematiku symptomů, komunikace a vzdělávání. Druhá popisuje rozdělení paliativní péče a definuje pojem paliativní tým. Třetí se zabývá intenzivní péčí, zahrnuje historii intenzivní péče, definici, cíle intenzivní péče a popis struktury pracovišť intenzivní péče. V poslední kapitole je charakterizován vztah paliativní a intenzivní péče. V této kapitole bude pozornost věnována také pacientům na jednotkách intenzivní péče a podpůrným nástrojům v této oblasti.

Praktická část představuje analýzu výsledků kvantitativního výzkumu. V dotazníkovém šetření je nelékařský zdravotnický personál vybraných nemocnic dotazován 25 otázkami, které mapují postoj NLZP k paliativní péči. Cílem šetření je zjistit dostupnost a využití paliativních týmů, zájem o vzdělávání v této oblasti a míru využívání podpůrných nástrojů pro rozhodování a plánování péče u pacientů v terminálním stádiu. V diskuzi jsou získaná data vyhodnocena a následně porovnána s daty jiných výzkumných šetření.

# 1 CÍLE A METODY PRÁCE

## 1.1 Cíl práce

Teoretické cíle:

1. Přiblížit problematiku paliativní péče a intenzivní péče z dostupných literárních a internetových zdrojů.
2. Popsat přínosy implementace paliativních týmů do nemocnic.

Průzkumné cíle:

1. Zjistit dostupnost a využití paliativního týmu na vybraných oddělení JIP/ARO v jednotlivých nemocnicích.
2. Zjistit zájem nelékařského zdravotnického personálu o vzdělání v oblasti paliativní péče.
3. Zjistit, zda na jednotlivých pracovištích JIP/ARO využívají formu podpůrného nástroje pro rozhodování a plánování péče u pacientů v terminálním stádiu onemocněním.
4. Zjistit znalosti nelékařského zdravotnického personálu v oblasti paliativní péče.

## 1.2 Metody k dosažení cíle

Pro dosažení stanovených cílů v teoretické části je využito metod rešerše odborné literatury zabývající se paliativní a intenzivní péčí, kterými se práce zabývá. Jako hlavní zdroje informací jsou použity volně dostupné odborné články z platformy PubMed a knižní publikace. Pro vyhledávání v databázi PubMed byla zadávána následující klíčová slova např. paliativní, péče, týmy, komunikace, intenzivní. Literatura je zvolena tak, aby doba vzniku nebyla starší deseti let, u online publikací jsou vybírány co nejaktuálnější články. V praktické části je výzkum prováděn prostřednictvím dotazníkového šetření, které je zaměřeno na nelékařský zdravotnický personál na pracovištích JIP a ARO.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 2 PALIATIVNÍ PÉČE

### 2.1 Historie

Zmínky o péči o umírající nebo těžce nemocné se uvádějí, už od prvopočátku, zahrnovaly péči jak o tělo, tak o duši. Paliativní péče je tedy mezi lidmi poskytována už velmi dlouho. (Pechová a kol., 2020)

V dobách středověku byla péče o nemocné hlavně zajišťována prostřednictvím útulků a klášterních zařízení, které poskytovali pomoc především nemocným a starým lidem. Ve 13. století se zasloužili o rozvoj klášterů a špitálů zejména Anežka Česká, Alžběta Durynská a Hedvika Slezká. Tyto ženy byly spjaté nejen svou obětavou péčí o nemocné, ale také příbuzensky. Anežka Česká se narodila 1207 jako princezna z rodu Přemyslovců. V Českých zemích je právě ona považována za zakladatelku péče o umírající. Roku 1231 dala vzniknout klášternímu komplexu „Na Františku“ a o dva roky později dala postavit první špitál v Praze. Tento špitál sloužil jako nemocnice, útulek pro pocestné i chudobince. Péči o nemocné zde zajišťovalo laické špitální bratrstvo, které Anežka založila, dala tak vzniknout první síti sociálních služeb. Anežka zemřela roku 1282 a po více než sedmi stoletích byla papežem Janem Pavlem II. prohlášena za svatou. Činnosti Alžběty Durynské i Hedviky Slezké inspirovaly Anežku Českou v jejím počínání. Hedvika Slezká se společně se svým manželem snažila zorganizovat a vylepšit péči o nemocné a umírající ve Slezsku. V roce 1241 založili první špitál ve Slezsku, a to špitál sv. Ducha ve Wroclawi. (Kisvetrová, 2018)

V období 16. až 18. století probíhala péče o umírající doma v prostředí rodiny, ale v dnešní době je trendem umírání v nemocničním zařízení, a to až u 80 % nemocných (Kisvetrová, 2018).

Do 19. století bylo o nemocné členy rodiny převážně pečováno rodinnými příslušníky, kteří se s úctou a respektem snažili, co nejlépe uspokojit jejich potřeby a přání až do jejich poslední chvíle. Jednalo se o takzvaný domácí model umírání. V současnosti je tato odpovědnost přenesena na zdravotnické pracovníky a lékaře, kteří se snaží zajišťovat nemocným důstojný odchod a kvalitní péči až do konce jejich života. K tomu je zapotřebí kvalitního vzdělání

v oblasti paliativní péče. Avšak mnohdy je výuka zaměřena pouze na důkladné vyšetření, ovládání specifických přístrojů a dodržování léčebných postupů. Zdravotnický personál se často zaměřuje pouze na jediný cíl, a tím je uzdravení pacienta. (Kisvetrová, 2018)

Koncept, který dnes nazýváme „paliativní péče“, nebyl v literatuře až do nedávné doby příliš diskutován, ačkoli se objevoval v článcích již ve 40. letech 20. století. Termín „paliativní péče“ zavedl v roce 1974 Dr. Balfour Mount, chirurgický onkolog z McGillovy univerzity. (Downar et al., 2023)

Celosvětový rozvoj paliativní péče je hluboce zakořeněn v onkologické specializaci, která utvářela koncepční model paliativní péče (Clark et al., 2007).

Od 50. let 20. století díky dostupnosti nových léků jako např. psychofarmaka, fenothiaziny, antidepresiva, nesteroidní protizánětlivé látky, dokážou lékaři lépe řešit stavy akutní nádorové bolesti či jiných příznaků nevyléčitelného onemocnění (Pechová a kol., 2020).

Rozvoj moderní hospicové a paliativní péče je spojen s průkopnicí Cicely Saundersovou, která poprvé použila pojem "celková bolest". Tímto termínem definovala nejen fyzickou bolest, ale také duševní, psychologickou a sociální. (Pechová a kol., 2020)

V 60. letech 20. století bylo otevřeno první moderní hospicové zařízení, Hospic svatého Kryštofa v Londýně, který spojoval klinickou péči, výuku a výzkum. Hospic se stal klíčovým centrem pro paliativní péči. Úspěch tohoto hospice vedl k rozvoji dalších podobných zařízení ve Velké Británii v 80. letech, což způsobilo vznik lékařských asociací a specializací v oboru paliativní medicíny, formování multidisciplinárních týmů a zlepšení péče o umírající pacienty. (Kisvetrová, 2018; Pechová a kol., 2020)

V České republice byla paliativní péče převážně poskytována onkologicky nemocným pacientům. Za poslední dobu došlo k výraznému rozšíření dostupnosti paliativní péče i pro ostatní skupiny pacientů, nicméně počet pacientů žijících a umírajících na více chronických onemocnění roste, což zdůrazňuje potřebu dobře organizované paliativní péče. (Flierman et al., 2023; Pechová a kol., 2020)

## 2.2 Definice paliativní péče

Paliativní péče je přístup ke zlepšení kvality života pacientům, kteří čelí ohrožujícímu onemocnění a jejich příbuzným (Flierman et al., 2023).

Paliativní péče představuje komplexní a individuální přístup k potřebám pacienta s nevléčitelným onemocněním. Zabývá se zmírněním utrpení a zlepšením kvality života pacienta a jeho rodiny. Paliativní péče se soustředí na tišení bolesti a dalších fyzických, psychosociálních a duchovních obtíží včas. (Pechová a kol., 2020)

Paliativní péče může být zahájena již na počátku léčby závažného onemocnění a může být poskytována různými způsoby napříč různými zdravotnickými zařízeními, včetně domácího prostředí, domovů pro seniory, zařízení dlouhodobé akutní péče, lůžkové akutní péče a ambulancí (NCHCP, 2018).

Světová zdravotnická organizace definovala paliativní péči jako „*přístup, který zlepšuje kvalitu života pacientů a jejich rodin čelících problémům spojeným s život ohrožující nemocí, a to prostřednictvím prevence a zmírnění utrpení pomocí včasné identifikace, bezchybného posouzení a léčby bolesti a dalších problémů: fyzických, psychologických, sociálních a duchovních.*“ (WHO, 2002)

Novější definici WHO z roku 2020 doplňuje „*Paliativní péče je důležitou součástí integrovaných zdravotních služeb zaměřených na člověka. Zmírnění vážného utrpení souvisejícího se zdravím, ať už fyzického, psychického, sociálního nebo duchovního, je globální etickou odpovědností. Ať už je tedy příčinou utrpení kardiovaskulární onemocnění, rakovina, závažné selhání orgánů, tuberkulóza rezistentní na léky, těžké popáleniny, konečné stadium chronického onemocnění, akutní úraz, extrémní předčasné narození nebo extrémní křehkost stáří, paliativní péče může být potřebná a musí být dostupná na všech úrovních péče.*“ (WHO, 2020)

## 2.3 Cíle paliativní péče

U pacientů s nevléčitelným onemocněním, lze za cíle péče označit zachování důstojnosti pacienta, zajištění útěchy při umírání, zmírnění bolesti a omezení tělesné, duševní nebo sociální nepohody (Pechová a kol., 2020).

Cílem paliativní péče je optimalizovat kvalitu života, poskytovat komplexní péči pacientům, kteří čelí nevléčitelnými onemocněními, bez ohledu na věk, diagnózu nebo prognózu, a to prostřednictvím prevence a léčby utrpení (NCHPC, 2018).

Cíle péče jsou často komplexní a obecně je lze rozdělit do tří kategorií: prodloužení přežití, optimalizace komfortu a optimalizace funkce. Priorita těchto cílů je základní pro podklad terapeutického rozhodování. Stanovení priorit těchto cílů je dynamický jev, který se mění s vývojem onemocnění. U některých pacientů využívající paliativní péči může mít přežití a optimalizace pohodlí nebo funkce stejnou prioritu, zatímco s blížící se smrtí má obvykle přednost zajištění pohodlí. (NCHPC, 2018)

Cílem péče na konci života je dohodnout se na požadovaných výsledcích a dosáhnout realistických cílů péče, mnohá z těchto rozhodnutí jsou však složitá (tj. rodiny a poskytovatelé péče musí zvážit mnoho faktorů) a někdy i kontroverzní, což může koordinaci péče komplikovat (Ervin et al., 2018).

## 2.4 Symptomy

Hlavními prvky paliativní péče jsou zvládnání symptomů a komunikace o cílech péče v souladu s prognózou. Měly by být součástí běžné praxe na JIP a v kompetencích každého lékaře pracujícího na JIP. (Mercadante et al., 2018)

Cílem léčby symptomů je dosáhnout fyzické pohody, schopnosti vykonávat běžné činnosti a kvality života přijatelné pro pacienta. Léčba symptomů zahrnuje širokou škálu přístupů, včetně farmakologické, intervenční, behaviorální a podpůrné léčby. (NCHPC, 2018)

Základem účinné kontroly symptomů je systematické hodnocení symptomů. V ideálním případě, pokud jsou pacienti při vědomí, lze příznaky hlásit a hodnotit pomocí běžně dostupných škál, jako je např. Edmondská stupnice hodnocení symptomů. Škály jsou stručné a zároveň poskytují dostatečné informace pro klinické použití. U pacientů v deliriu, pod sedativy nebo ochrnutých je však hodnocení obtížné nebo nemožné. (Cherny et al., 2015; Sláma a kol., 2022)

Navzdory těmto škálám však bolest a další příznaky zůstávají v mnoha případech špatně zvládnutelné nebo nedostatečně léčené, což poukazuje na potřebu dalšího zlepšení péče (Henson et al., 2020).

Mnoho příznaků, běžné v praxi paliativní péče jako bolest, žízeň, úzkost, poruchy spánku a dušnost, se často objevují u kriticky nemocných pacientů. Tyto symptomy mohou přetrvávat i po propuštění z jednotky intenzivní péče a mohou vyvolat post intenzivní syndrom, který má kognitivní, psychiatrické a fyzické dopady. Lékaři pracující na jednotce intenzivní péče by měli zohlednit tyto aspekty a podniknout opatření k jejich zmírnění. (Mercadante et al., 2018)

Nejvíce stresujícími symptomy u pacientů na JIP jsou bolest, dušnost a žízeň. Správné posouzení a zmírnění symptomů je zásadní v péči o všechny pacienty na jednotce intenzivní péče bez ohledu na jejich stav nebo prognózu. (Puntillo et al., 2014)

### **2.4.1 Dušnost**

Při léčbě dušnosti lze postupovat dvěma základními metodami. První metodou je řešení příčin, které způsobují dušnost, jako jsou například anémie, fluidothorax, pneumonie nebo pneumotorax. Druhou metodou je symptomatologická léčba, která se zaměřuje přímo na zmírnění dušnosti. Pro pacienty s hypoxií je považováno za standardní léčbu podání kyslíku. Mechanická ventilace, ať už invazivní nebo neinvazivní, a správné polohování mohou být důležitou nefarmakologickou léčbou dušnosti. V rámci farmakologické léčby jsou opioidy považovány za základní terapeutickou možnost při dušnosti. (Maláska a kol. 2020; Puntillo et al., 2014)

### **2.4.2 Bolest**

Pro léčbu mírné až středně silné bolesti se v klinické praxi stále často používají neopioidní analgetika, jako je paracetamol a nesteroidní protizánětlivé léky (Henson et al., 2020). Opioidy zůstávají základními léky pro léčbu bolesti u pacientů na jednotkách intenzivní péče. Léčba bolesti při fyziologické nestabilitě je trvalým problémem lékařů na jednotkách intenzivní péče. Obavy z hypotenze, respirační deprese, sedace, deliria a závislosti jsou oprávněné, ale často přehnané a mohou vést k neochotě lékařů předepisovat vhodnou analgezií. Lékaři by neměli připustit dlouhodobou existenci bolesti nebo jiných znepokojivých příznaků jako prostředek k udržení krevního tlaku nebo podpoře dechového úsilí. Nefarmakologické metody tlášení bolesti, jako jsou masáže, muzikoterapie a relaxační techniky, jsou cenově dostupné, bezpečné a snadno proveditelné. Účinnost nefarmakologických intervencí při léčbě bolesti u pacientů na jednotkách intenzivní péče však zatím není jednoznačně podložena empirickými důkazy. (Puntillo et al., 2014)

### **2.4.3 Žízeň**

Bylo objeveno několik způsobů, jak zmírnit pocit žízně nebo suchost v ústech. Účinné byly lokální přípravky obsahující olivový olej, umělé sliny a látky stimulující tok slin. Studie také prokázali účinnost aplikace zmrazených gázových polštářků s fyziologickým roztokem, vlhkých gáz nebo ledu. (Puntillo et al., 2014)

## 2.5 Komunikace

V klinické praxi je komunikace složitá a vyžaduje systematický trénink, aby se dosáhlo schopnosti jednat kompetentně. To platí především v oblasti paliativní péče, kde se od odborníků stále častěji očekává, že budou schopni řešit náročné klinické situace. Mnohé z nich zahrnují problémy v komunikaci nebo chyby z předchozí komunikace, jež mohou komplikovat budoucí interakce. Dobrá komunikace se dá popsat jako série konkrétních akcí, které jsou měřitelné, dají se naučit a lze je procvičovat. Efektivní komunikace a pravidelná setkání s rodinou nejenže zlepšují psychickou pohodu rodinných příslušníků, ale mohou být také spojeny se zkrácením délky pobytu na jednotce intenzivní péče. (Cherny et al., 2015)

Na jednotkách intenzivní péče je mnoho pacientů, kteří z různých důvodů nemohou mluvit. Komunikace s nemocnými pacienty je vždy náročná, když se k tomu přidá prostředí intenzivní péče a neschopnost komunikace, rodina čelí ještě složitějším výzám. Sestra se snaží pomocí netradičních metod usnadnit komunikaci s pacientem. (Baudoin et al., 2021) Komunikace probíhá verbálními, neverbálními nebo symbolickými prostředky, které jsou pro pacienta vhodné, se zvláštním zřetelem na kulturní a jazykové aspekty, kognitivní schopnosti, přítomnost poruch učení nebo vývojových poruch a vývojové stadium v průběhu celého života. (Cherny et al., 2015)

Rozhovory o konci života by měly být součástí přirozeného vývoje dialogu o průběhu nemoci. K takovému rozhovoru by mělo dojít při zvažování změny cílů péče, ať už z důvodu zhoršení stavu, nebo z důvodu neúspěšného vývoje léčby. (Cherny et al., 2015)

Úvodní schůzky by se měly zaměřit na popis stavu pacienta, opatření přijatá ve snaze stabilizovat jeho stav, pravděpodobnost uzdravení, smrti nebo trvalé závislosti na přístrojích. Následná setkání rodiny by se měla konat, pokud dojde ke změně zdravotního stavu pacienta. To platí zejména tehdy, pokud se ošetřující lékaři domnívají, že by měly být přehodnoceny cíle péče. Pravidelná diskuse o prognóze navíc pomáhá rodinám připravit se na možnost úmrtí pacienta. Nejistotu je třeba vždy otevřeně přiznat. Měla by však být doprovázena vysvětlením, které pomohou nejistotu snížit. Důležité je, aby diskuze o prognóze zahrnovala hodnocení očekávaného fyziologického a psychického stavu, pokud pacient přežije. (Cherny et al., 2015)

Klíčovým prvkem úspěšné komunikace je respektování individuálních preferencí pacientů a schopnost adaptovat komunikační styl podle potřeb každého jednotlivce. Pro začátek je nutné, aby veškerá komunikace splňovala obecná kritéria. Za prvé zjištění a pochopení pacientova pohledu, za druhé pochopení psychosociálního kontextu pacienta, za třetí dosažení

porozumění problému a jeho vhodné léčby v kontextu pacientových přání a hodnot, za čtvrté zapojení pacientů do rozhodování. (Cherny et al., 2015)

Komunikace musí brát v úvahu emocionální reakce pacientů a rodin, kulturní rozdíly a osobní postoje. Dobrá komunikace, zejména v paliativní medicíně, musí také zohledňovat silnou roli afektu. Většina potíží v komunikaci je výsledkem nepozornosti k této kritické oblasti. Afektem se rozumí pocity a emoce spojené s konverzací. Pocity, jako je hněv, vina, frustrace, smutek a strach, mění schopnost naslouchat, komunikovat a rozhodovat se. (Cherny et al., 2015)

Dobrá komunikace u pacientů zahrnuje také techniky, které umožňují větší odhalení obav pacienta. Mezi techniky patří udržování dobrého očního kontaktu, kladení otevřených otázek namísto uzavřených, zaměření se na pacientovy obavy, dotazování se na pacientův život mimo jeho nemoc, věnování pozornosti psychosociálním problémům a zajištění toho, aby neverbální chování vyjadřovalo pozornost. (Cherny et al., 2015)

## **2.6 Vzdělávání**

Kvalitní péče v závěru života vyžaduje komplexní vzdělání a kompetence v oblasti paliativní péče. Vzdělávání v oblasti léčby bolesti a paliativní péče je nezbytné pro posílení dovedností sester. (Baudoin et al., 2021)

Vzdělávací programy v oblasti paliativní péče lze rozdělit do tří úrovní: základní, odborné základní a odborné pokročilé (Pechová a kol., 2020).

Základní úroveň vzdělání by měla být dostupná všem pracovníkům, kteří se podílejí na péči o pacienty nebo přicházejí do kontaktu s jejich rodinami. Tato úroveň nabízí základní povědomí o problematice paliativní péči a její terminologii. (Pechová a kol., 2020)

Odborné základní vzdělání rozvíjí porozumění klíčovým znalostem nezbytným pro poskytování a řízení paliativní péče. Jeho cílem je prohloubit znalosti, dovednosti a zkušenosti, aby byla péče poskytována efektivně a bezpečně. (Pechová a kol., 2020)

Navazující odborné vzdělání je určeno pro ty, kteří se v tématu paliativní péče chtějí více vzdělávat, například absolvováním odborných stáží nebo účastí na odborných konferencích (Pechová a kol., 2020).

## **3 ROZDĚLENÍ PALIATIVNÍ PÉČE**

Existují dva hlavní modely integrace paliativní péče na JIP, obecná a specializovaná paliativní péče. Všichni zdravotníci by měli být schopni poskytovat obecnou paliativní péči s ohledem na svou specializaci. Specializovaná paliativní péče představuje spolupráci odborníků z různých oborů, kteří jsou speciálně vyškolení v oblasti paliativní péče. (Neukirchen et al., 2023)

### **3.1 Obecná paliativní péče**

Obecná paliativní péče usiluje o začlenění principů a intervencí paliativní péče do každodenní činnosti týmu JIP u všech pacientů a rodin, kteří čelí život ohrožujícímu onemocnění. Poskytují ji lékaři i další zdravotníci, kteří nejsou specialisty na paliativní péči. Základní znalosti a dovednosti pro zvládání symptomů, vhodné techniky komunikace, schopnost sdílet rozhodování založené na hodnotách, cílech a preferencích pacientů v oblasti paliativní péče by měly být základními kompetencemi všech zdravotnických pracovníků, kteří poskytují služby vážně nemocným pacientům a jejich rodinám. (NCHPC, 2018; Sláma a kol., 2022)

### **3.2 Specializovaná paliativní péče**

Specializovanou paliativní péči poskytují zdravotničtí pracovníci, jako jsou lékaři, zdravotní sestry, sociální pracovníci, farmaceuti a kaplani, kteří jsou držiteli certifikátu v této specializaci. Specializovaná paliativní péče se zaměřuje na zapojení paliativních týmu do péče o pacienty na JIP, u nichž bylo zhodnoceno že je obecná paliativní péče nedostačující. Tento model zajišťuje a zlepšuje kvalitu paliativní péče na JIP. Specialisté na paliativní péči mohou poskytnout zásadní přínos na jednotkách intenzivní péče. (Neukirchen et al., 2023; Sláma a kol., 2022)

## 4 PALIATIVNÍ TÝMY

Paliativní týmy působí a poskytují specializovanou paliativní péči pacientům hospitalizovaným v nemocničním zařízení (Sláma a kol., 2022).

Paliativní tým je složen z odborného zdravotnického personálu z různých oborů, jehož charakteristikou je jasná dělba práce a individuální diagnostika a léčba charakteristických onemocnění pacientů v terminálním stadiu (Liu et al., 2023).

Paliativní tým tvoří lékaři, zdravotní sestry s delší dobou praxe, sociální pracovník a duchovní péči zajišťují kaplani (Chakraborty et al., 2023). Mezi další členy týmu patří paliater, fyzioterapeut, psycholog, přátelé, rodina (Maláska a kol., 2020).

V posledních čtyřech letech dochází k rozvoji paliativních týmů v nemocnicích. Paliativní týmy poskytují péči na vyžádání ošetřujícího lékaře, pacienta, rodiny i dalšího ošetřujícího personálu, jejich využití je klíčové zejména pro vytvoření kvalitního plánu péče a odpovídající medikaci. (Pechová a kol., 2020)

Kromě poskytování péče pacientům s nejkompexnějšími potřebami musí paliativní týmy podporovat a mentorovat nespécializované lékaře a zdravotnické nelékařské pracovníky, aby byli způsobilí zvládnout většinu pacientů vyžadujících základní paliativní péči (Chakraborty et al., 2023).

Bylo popsáno několik metod, jak začlenit paliativní týmy do procesu péče o kriticky nemocné pacienty, včetně preventivního screeningu, zapojení specialistů na paliativní péči do vizit na jednotkách intenzivní péče a používání doporučených postupů (nebo specifických kritérií pro zahájení paliativní péče na JIP) k označení možných pacientů s potřebou specializované paliativní péče. Většina metod byla spojena s nárůstem konzultací v oblasti paliativní péče a prokázala současně zkrácení doby hospitalizace na jednotce intenzivní péče a snížení život udržujících terapií, aniž by byla ovlivněna mortalita. (Downar et al., 2023)

Přínosy začlenění paliativních týmů v nemocnicích jsou dle (Sláma a kol., 2022) následující:

### **Přínosy pro pacienta**

- Zlepšení života pacientů s vážnými a život ohrožujícími onemocněními i jejich rodin a blízkých.
- Podpora pacientů v dosahování osobních cílů a naplňování individuálních hodnot a preferencí během nemoci, v průběhu závěrečné fáze života i po úmrtí pacienta.
- Zvýšení šancí na prožití posledních dnů života v prostředí, které si pacient přeje.

## **Přínosy pro nemocnici**

- Zkrácení délky pobytu v nemocnici.
- Redukce doby strávené na jednotce intenzivní péče.
- Lepší propojení poskytovaných služeb v posledních fázích života.
- Snížení emoční zátěže ostatních zdravotních pracovníků.
- Zlepšení účinnosti léčby a postupů zaměřených na vyléčení.
- Omezení rizika poskytování neadekvátní péče pacientům na konci jejich života.

## **Přínosy pro zdravotníky**

- Spolupráce v týmu může zvyšovat profesní spokojenost a snižovat riziko syndromu vyhoření.
- Nabízí možnost naplňování základního poslání zdravotnických povolání.

Sláma (2022) uvádí ve své publikaci několik situací, které jsou indikovány pro vyžádání konzilia paliativního týmu:

- Náročně zvladatelná bolest a další symptomy které přesahují znalosti nebo možnosti ošetřujícího personálu.
- Poskytování podpory při péči o pacienta v konečné fázi nemoci.
- Zvážení různých možností léčby a definování očekávání léčby a porozumění situace.
- Pomoc při stanovení léčebných cílů a sestavení vhodného léčebného plánu pro pacienty v terminálním stádiu nemoci.
- Komunikace o omezeních péče a respektování dříve vyslovených přání pacienta.
- Náročná komunikace s pacientem a jeho blízkými.
- Poskytování komplexní podpory pro pacienta a jeho blízké v emočních a psychologických aspektech.
- Řešení složitých sociálních a vztahových otázek spojených s poskytováním péče v různých zařízeních.
- Poskytnutí informací o možnostech paliativní péče na místě, kde má pacient bydliště.
- Vysvětlení provozu a možností nabízených služeb v různých paliativních zařízeních a asistence při jejich kontaktování.
- Poskytování podpory v období smutku, zejména v nepředvídatelných situacích.
- Potřeba duchovní podpory pro pacienty a jejich blízké.

## **4.1 Podpůrné nástroje/kritéria pro zahájení paliativní péče na JIP**

Podpůrné nástroje vznikly jako screeningová metoda pro určení potřeby paliativního týmu u konkrétního pacienta (Sláma a kol., 2022).

Přestože byla publikována doporučení, jak podpůrné nástroje vybírat a používat, v některých aspektech používání podpůrných nástrojů pro zahájení paliativní péče na JIP v praxi nepanuje shoda. Lékaři se často rozcházejí v názorech na to, které podpůrné nástroje jsou nejvhodnější a nejpříjemnější. Některé nástroje nemusí být snadno aplikovatelné do praxe. Lékaři mají také obavy, že nástroje nemusí být dostatečně specifické, přičemž dochází k nadměrnému využívání specialistů. To vede k plýtvání zdroji, protože pacienti nemusí specializovanou péči potřebovat. Některé nástroje mohou být málo citlivé a mohou přehlížet pacienty, u nichž je specializovaná paliativní péče skutečně potřeba. Ačkoli jsou podpůrné nástroje potenciálně nadějnou strategií pro integraci paliativních týmů do péče na JIP. Podrobnosti o tom, jak by měli být sestaveny a zavedeny do praxe, aby se zajistilo odpovídající zapojení a spravedlivé rozdělení péče, ještě nebyly stanoveny. (Downar et al., 2023)

## **5 INTENZIVNÍ PÉČE**

### **5.1 Historie**

Je obtížné určit samotný začátek intenzivní péče, ale první zaznamenané kroky v intenzivního ošetřovatelství se přisuzují Florence Nightingale. Roku 1854-1856 Florence Nightingale a dalších 37 sester jejího týmu působily ve válečné nemocnici. Florence Nightingale se postarala o první koncept soustředěné intenzivní péče kdy separovala více zraněné vojáky od méně zraněných. Dbala na zlepšení hygienických podmínek u zachraňovaných vojáků, znamenalo to např. pravidelnou výměnu ložního prádla, časté větrání a vyváženou stravu. Jejím snažením se mortalita snížila z počátečních 40 % na 2 %. (Bartůněk a kol., 2016)

Původním cílem intenzivní péče bylo zajistit bezpečnost a snížit bolestivost pacientům během operací (Drábková a kol., 2018).

Moderní intenzivní péče se začala poprvé vyskytovat ve druhé polovině 20. století, kdy byly prvně zveřejňovány doporučené postupy pro resuscitaci pacientů se zástavou oběhu. V období po 2. světové válce, roku 1950 za doby epidemie dětské obrny, vznikl koncept „pokročilé podpory života“, kdy byli pacienti sledováni, monitorováni a ventilováni v prostředí intenzivní péče, to znamenalo významný pokrok pro vývoj oboru. Následně roku 1953 byla v Kodani otevřena první JIP, kde probíhalo urychlené zdokonalování prvních ventilátorů, díky epidemii poliomyelitidou. V Československu byla první JIP otevřena o 14 let později. (Maláska a kol., 2020)

Jednotky intenzivní péče, které vznikly v 50. letech 20. století, byly zpočátku vnímány pouze jako místa pro záchranu životů, aniž by se věnovaly výzvám péče na konci života v kontextu orgánové podpory (Downar et al., 2023).

Na konci dvacátého století na základě pokroku techniky, výroby novějších pomůcek a přístrojů, zdokonalení organizačních a bezpečnostní dovedností, využití prvků telemedicíny a interdisciplinární spolupráce v oblasti intenzivní péče a medicíny otevřel cestu pro vznik následné intenzivní péče, dlouhodobé intenzivní péče a paliativní péče (Bartůněk a kol., 2020; Drábková a kol., 2018).

### **5.2 Definice intenzivní péče**

Intenzivní péče se zaměřuje na komplexní hodnocení stavu lidského těla, které je narušeno akutním stavem nerovnováhy způsobeným různými klinickými faktory, jako jsou traumatické

i interní příčiny (Drábková, 2021). Jedná se o náročnou a dynamicky se rozvíjející oblast specializace, zabývá se péčí o pacienty, kteří vyžadují monitorování základních životních funkcí a orgánovou podporu, jako je například použití ventilátoru (Maláska a kol., 2020).

Zahrnuje kontrolu symptomů, stanovení cílů péče a komunikaci včetně otázek týkajících se konce života, což je nezbytné pro pacienty, jejichž stav se nezlepšuje a kteří se přibližují ke konci života (Cherny et al., 2015).

### **5.3 Cíle intenzivní péče**

Cílem intenzivní péče je udržovat základní životní funkce a snižovat úmrtnost u pacientů s vážným kritickým onemocněním. Navzdory rozvoji nových technologií a zlepšování péče zůstává úmrtnost na JIP vysoká, pohybuje se mezi 20–35 % v závislosti na geografických oblastech. (Mercadante et al., 2018)

Jejím úkolem je rychle a důrazně řešit jakýkoliv klinický podnět a celkové selhání organismu. Intenzivní medicína klade důraz na kvalifikovanou péči a funguje na základě týmové spolupráce různých odborností. Zaměřuje se na lidský organismus ve světovém kontextu, a to bez ohledu na kulturní rozdíly. (Drábková, 2021)

Kromě optimalizace úmrtnosti by měly být na JIP upřednostňovány i další stanovené cíle. Mezi další důležité cíle patří, zlepšení kvality života pacientů na JIP a procesu umírání na těchto jednotkách, poskytování komplexní péče, která respektuje potřeby pacientů i jejich rodinných příslušníků, a efektivní využívání zdrojů zdravotní péče na JIP, aby nedocházelo k jejich plýtvání. Prioritní stanovení cílů péče bude záviset na individuálních potřebách pacientů a mohou se měnit, jak během jednoho dne, tak v průběhu celého pobytu na JIP. (Ervin et al., 2018)

### **5.4 Pracoviště intenzivní péče**

Jednotky intenzivní péče představují specializovaná oddělení v nemocnicích, která se zaměřují na poskytování péče nejvážněji nemocným pacientům. Oddělení intenzivní péče jsou určeny pro ty, kteří vyžadují intenzivní podporu životních funkcí nebo jsou ohroženi selháním orgánů a smrtí. (Ervin et al., 2018)

Ve většině zdravotnických systémů různých států a geografických oblastí existuje hierarchie tří úrovní intenzivní péče. Tyto jednotky intenzivní péče jsou rozděleny podle rozsahu

a dostupnosti poskytované péče. Intenzivní péče prvního stupně představuje nejnižší úroveň, intenzivní péče druhého stupně představuje střední úroveň a intenzivní péče třetího stupně je považována za nejvyšší úroveň intenzivní péče v této hierarchii. (Zadák, 2017)

Určitý přechodný bod v péči o pacienty, nedosahuje požadovaných kritérií pro přijetí na jednotku intenzivní péče, nebo kteří již byli propuštěni z JIP, avšak stále vyžadují speciální péči, která není k dispozici na standardním oddělení, je jednotka intermediální péče (Maláskaa kol., 2020).

### **I. stupeň intenzivní péče:**

*„Na nejnižší úrovni se zajišťuje kontinuální monitorace pacienta, poskytování zvýšené sesterské péče, možnosti okamžité resuscitace a krátkodobé ventilace. V některých zdravotnických systémech mohou splýnou s jednotkami intermediální péče“ (Zadák, 2017).*

### **II. stupeň intenzivní péče:**

*„Péče o nemocné, kteří vyžadují monitorování základních životních funkcí, farmakologickou a přístrojovou podporu zpravidla jednoho akutně selhávajícího orgánového systému“ (Ševčík a kol., 2014).*

### **III. stupeň intenzivní péče:**

Péče je poskytována pacientům v kritickém stavu neznámé příčiny. Oddělení zahrnuje možnost komplexního diagnostického vyšetření a používání moderních zobrazovacích technik (Zadák, 2017). Intenzivní péče nejvyšší úrovně, známá také jako resuscitační péče, je obvykle poskytována odborníky se specializací v oboru anesteziologie (Maláska a kol., 2020).

## 6 VZTAH PALIATIVNÍ A INTENZIVNÍ PÉČE

Mohlo by se zdát, že paliativní medicína je chápána jako „mluvící medicína“ a intenzivní medicína jako „technická medicína“, a společně jsou vnímány jako dva naprosto odlišné obory. To však není úplně pravda. Existuje mnoho společných znaků a mnohdy se obě oblasti prolínají při poskytování optimální péče pacientům na JIP. Oba obory vznikly v podstatě ve stejnou dobu a starají se o pacienty, kteří jsou poblíž smrti nebo mají nevléčitelné onemocnění. Pokud chceme zajistit kvalitní péči o pacienta a jeho blízké, měla by být péče v obou případech poskytována formou multidisciplinárního týmu. V obou odvětvích je poskytována celková péče o pacienta a jeho rodinu. (Maláska a kol., 2020; Mercadante et al., 2018)

Až do roku 1928 byla veškerá „kritická péče“ v podstatě paliativní péčí. Pochopení resuscitačních technik bylo teprve na začátku, penicilin a další antibiotika ještě neexistovaly, k dispozici nabyla ani žádná podpora orgánů. Proto se při přechodu ze středně těžké do kritické fáze onemocnění kladl důraz především na zmírnění příznaků, podáváním morfia nebo jiných sedativ. (Downar et al., 2023)

V roce 2000 se stal koncept začlenění zásad paliativní péče na JIP prioritním tématem k řešení (Downar et al., 2023).

Problém nastává, při upozadění pacienta a jeho potřeb za technologickou převahu. U nemocných jejichž vitální funkce dlouhodobě zajišťují přístroje dochází k etickému dilematu, kdy ukončit léčebné postupy a přejít na léčbu paliativní. V dnešní době by se měla paliativní s intenzivní péčí prolínat a jedna bez druhé by neměli fungovat. Intenzivní péče a paliativní péče se vyskytuje na JIP/ARO společně, rozdíl mezi nimi spočívá pouze ve větší či menší míře, s jakou jsou poskytovány u daného pacienta v daný okamžik. (Maláska a kol., 2020)

Zájem o paliativní péči na JIP stoupá, a toto téma je mezi odborníky stále častěji diskutováno. Zahrnuje kontrolu symptomů a zvládání konce života, komunikaci s příbuznými a stanovení cílů péče zajišťujících důstojnost při umírání a rozhodovací pravomoc. Pro začlenění paliativní péče na JIP se předpokládá odborná znalost a výcvik jak lékařského, tak nelékařského personálu, což jsou dovednosti, které mohou někteří postrádat. (Mercadante et al., 2018)

Oddělení intenzivní péče může usnadnit proces přechodu paliativní péče. Z moderního pohledu je důležité, aby na JIP byly zajištěny hlavní prvky paliativní péče. Mezi tyto prvky patří, zmírnění obtěžujících symptomů, efektivní komunikace o cílech péče, rozhodování na základě

pacientových přání, podpora pečovatele a udržení kontinuity péče napříč různými zařízeními. (Mercadante et al., 2018)

## **6.1 Pacienti na JIP**

Přibližně polovina pacientů přijatých na jednotku intenzivní péče pravděpodobně zemře během hospitalizace. Při přijetí na JIP, nejsou dostupné informace o rozsahu a závažnosti pacientových existujících chronických onemocnění, ani prognóza jejich akutního stavu není známa. Proto je obtížné předpovídat odpověď, jak budou pacienti reagovat na léčbu na JIP. Pacienti jsou křehcí, riziko úmrtí je u nich vysoké a prognóza jejich stavu je často nejistá. Často podstupují nepříjemné invazivní procedury, trpí bolestí a nepohodlím a jsou značně závislí na péči. Navíc se do rozhodovacího procesu často musí zapojit i jejich rodinní příslušníci, kteří si sami procházejí obtížným obdobím. V takových situacích je klíčové poskytovat kvalitní paliativní péči, která zahrnuje komunikaci, kontrolu symptomů, stanovení cílů péče na konci života. Principy paliativní péče jsou zásadní pro zmírnění utrpení pacientů, kteří nereagují na léčbu. (Cherny et al., 2015)

Zvláštnosti prostředí intenzivní péče mění způsob rozhodování na konkrétní otázky týkající se vzdání se život udržujících zásahů v rámci péče na konci života. Právo pacientů na úlevu od nepříjemných symptomů v závěru života a právo rodinných příslušníků na soucitnou péči znamená, že lékaři i nelékařský zdravotnický personál na JIP musí mít dostatečné dovednosti, znalosti a soucit pro uspokojení náročných potřeb pacientů a jejich rodin. (Cherny et al., 2015)

# PRAKTICKÁ ČÁST

## Cíle práce:

1. Zjistit dostupnost a využití paliativního týmu na vybraných oddělení JIP/ARO v jednotlivých nemocnicích.
2. Zjistit zájem nelékařského zdravotnického personálu o vzdělání v oblasti paliativní péče.
3. Zjistit, zda na jednotlivých pracovištích JIP/ARO využívají formu podpůrného nástroje pro rozhodování a plánování péče u pacientů v terminálním stádiu onemocnění.
4. Zjistit znalosti nelékařského zdravotnického personálu v oblasti paliativní péče.

## Výzkumné otázky:

1. Existuje rozdíl v dostupnosti paliativních týmů ve vybraných nemocnicích?
2. Bude mít NLZP s kratší dobou praxe větší zájem o vzdělání v oblasti paliativní péče?
3. Dochází na jednotlivých pracovištích JIP/ARO k využívání podpůrných nástrojů?
4. Má nelékařský zdravotnický personál znalosti v oblasti paliativní péči?

## **7 METODIKA PRAKTICKÉ ČÁSTI**

Praktická část bakalářské práce se opírá o kvantitativní výzkum nástroj, který byl prováděn prostřednictvím dotazníkového šetření. Kvantitativní výzkum je metoda sběru a analýzy dat, která se zaměřuje na číselné údaje a jejich statistické zpracování. Pro sběr dat se mohou používat standardizované nástroje pro sběr dat, jako jsou dotazníky nebo škály. (Hendl, 2023)

### **7.1 Popis výzkumného nástroje**

Pro účely tohoto výzkumu byl vytvořen nestandardizovaný strukturovaný dotazník, který byl navržen pro zjištění konkrétních informací potřebných k dosažení cílů bakalářské práce a obsahuje následující části:

- Úvod: Krátké vysvětlení účelu dotazníku a ujištění respondentů o anonymitě jejich odpovědí.
- Hlavní část: Sada 24 uzavřených otázek zaměřených na konkrétní aspekty výzkumného problému. Otázky byly formulovány tak, aby umožňovaly jednoduché a jednoznačné odpovědi, nejčastěji pomocí hodnotící škály nebo výběru z několika možností. Jedna otevřená otázka umožnila respondentům vyjádřit své názory nebo zkušenosti podrobněji. Tato otázka byla zařazena s cílem získat hlubší náhled do tématu, který nelze zachytit uzavřenými otázkami.
- Demografické údaje: Otázky 21 až 25 se týkají základních informací o respondentech, jako je délka praxe, pohlaví, vzdělání, a další relevantní demografické ukazatele.

Dotazník byl konzultován s vedoucím práce, aby bylo zajištěno, že otázky jsou srozumitelné, adekvátní a pokrývají zkoumanou problematiku. Tento přístup byl zvolen s ohledem na možnost zpracování většího objemu dat.

### **7.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Vzorek respondentů v tomto výzkumu byl pečlivě vybrán, aby zahrnoval různé respondenty z oblasti NLZP, konkrétně všeobecné sestry, praktické sestry a zdravotnické záchranáře. Respondenti pracují na oddělení intenzivní péče, což zahrnuje prostředí, kde je poskytována specializovaná a intenzivní zdravotní péče pacientům s vážnými a život ohrožujícími stavy (Erwin et al., 2018). Výzkum se zaměřil na zaměstnance ze tří typů nemocnic, které se liší svou velikostí, specializací a pravděpodobně i dostupnými zdroji a technickým vybavením (nemocnice fakultního typu, krajského typu a oblastního typu). Celkem se výzkumného šetření zúčastnilo 163 respondentů, rozdělených podle typu nemocnic následovně: z fakultní

nemocnice 55 respondentů, z krajské nemocnice 56 respondentů a z oblastní nemocnice 52 respondentů. Tento výzkumný soubor poskytuje rozmanitý vzorek a zajišťuje tak, že výsledky výzkumu mohou být aplikovatelné na širokou škálu situací a podmínek v rámci intenzivní péče.

### **7.3 Sběr dat**

Pro sběr dat byl vytvořen nestandardizovaný strukturovaný dotazník zahrnující 25 otázek, který byl vytvořen v souladu s cíli práce a byl konzultován s vedoucí práce. Dotazník zahrnoval převážně uzavřenými otázkami, s výjimkou jedné otevřené otázky. Respondenti byli předem informováni o anonymitě a účelu dotazníku. Výzkumné šetření probíhalo v období od února do dubna 2024. Před samotným výzkumem proběhl pilotní průzkum u pěti respondentů k ověření srozumitelnosti dotazníku, který se ukázal jako jasný a nevyžadoval úpravy. Těchto pět dotazníků nebylo zařazeno do finální analýzy. Poschválení výzkumu náměstkyní ošetrovatelské péče – konkrétních nemocnic, vrchní sestrou – daných oddělení a vedoucí práce, byli dotazníky rozdány na jednotlivá oddělení k vyplnění. Respondenti vyplňovali dotazník na svém oddělení pod dohledem staniční sestry, která jim dotazníky rozdala, byla přítomná po dobu vyplňování a po uplynutí doby 15 minut dotazníky vybrala zpět. Vrchní a staniční sestry vyplňovali dotazník v mé přítomnosti. Celkem bylo na vybraných odděleních rozdáno 230 dotazníků (76 dotazníků bylo rozdáno do každé nemocnice), přičemž na zpět se vrátilo 180 dotazníků. 17 dotazníků muselo být vyřazeno pro neadekvátní nebo neúplné vyplnění, což představuje návratnost 71 %.

### **7.4 Analýza dat**

Získaná data z dotazníku byla zpracována do tabulky a k vyhodnocení dat byl použit program Jamovi. Pro grafické znázornění vyhodnocených dat byl použit Microsoft office 365 Excel. Následně byly grafy a tabulky doplněny o komentář. Výsledky jsou prezentovány pomocí absolutní a relativní četnosti. Absolutní četnost (N) vyjadřuje počet respondentů se shodnou odpovědí u dané otázky, zatímco relativní četnost (%) udává procentuální zastoupení respondentů s danou odpovědí na konkrétní otázku.

## 8 ANALÝZA A PREZENTACE ZÍSKANÝCH DAT

Tabulka 1 Charakteristika respondentů

Otázky č. 21-25		N	Respondenti	Procento
Otázka č. 21 Pohlaví	Žena	131	163	80 %
	Muž	32	163	20 %
Otázka č. 22 Nemocnice	Oblastní	52	163	32 %
	Fakultní	55	163	34 %
	Krajská	56	163	34 %
Otázka č. 23 Oddělení	INT JIP	47	163	29 %
	NEURO JIP	27	163	17 %
	ARO	51	163	31 %
	CHIR JIP	38	163	23 %
Otázka č. 24 Praxe	0-10 let	96	163	59 %
	11-20 let	34	163	21 %
	21-30 let	24	163	15 %
	30 let a více	9	163	6 %
Otázka č. 25 Pracovní pozice	Všeobecná sestra	117	163	72 %
	Staniční sestra	7	163	4 %
	Praktická sestra	15	163	9 %
	Zdravotnický záchranář	23	163	14 %
	Vrchní sestra	1	163	1 %

Dotazníkového šetření se celkem zúčastnilo 163 respondentů, z toho 131 (80%) žen a 32 (20%) mužů (viz Tabulka 1).

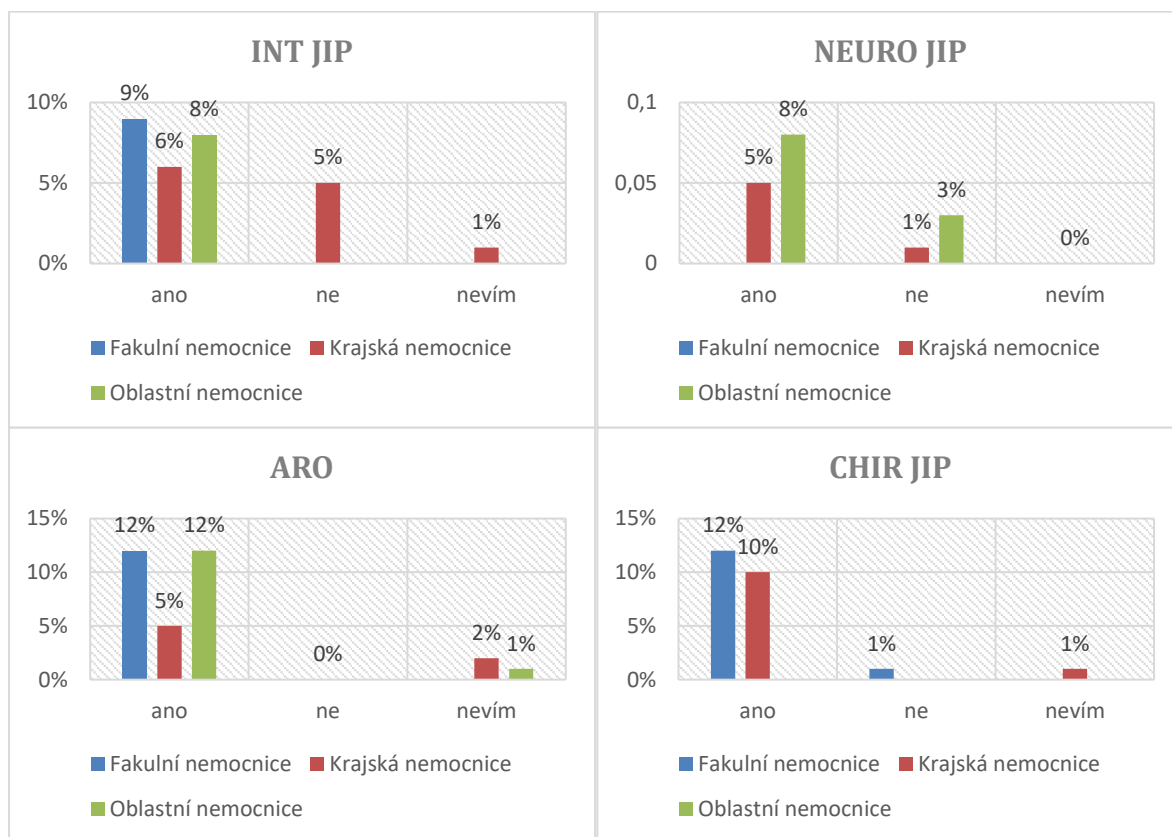
Do výzkumu bylo zapojeno 52 respondentů (32 %) z oblastní nemocnice, 55 respondentů (34 %) z fakultní nemocnice a 56 respondentů (34 %) z krajské nemocnice (viz Tabulka 1)

Tabulka 1 zobrazuje rozdělení 163 respondentů v jednotlivých oddělení, z interní JIP se do výzkumu zapojilo 47 respondentů (29 %), z neurologické JIP 27 respondentů (17 %), z anesteziologicko-resuscitačního oddělení 51 respondentů (31 %) a z chirurgické JIP 38 respondentů (23 %).

Z tabulka 1 lze vyčíst dobu praxe NLZP na oddělení. Nejvíce se výzkumu zúčastnili NLZP s dobou praxe 0-10 let, konkrétně 96 respondentů (59 %), v rozmezí 11-20 let praxe se do výzkumu zapojilo 34 respondentů (21 %) a 24 respondentů (15 %) s dobou praxe 21-30 let. Nejméně bylo respondentů s dobou praxe 30 let a více (9 respondentů; 6 %).

Z celkového počtu 163 respondentů, pracuje většina 117 respondentů (72 %) na pozici všeobecné sestry. Dále se výzkumu zúčastnilo 23 zdravotnických záchranářů (14 %) a 15 praktických sester (9 %). Dotazníkové šetření vyplnilo 7 staničních sester (4 %) a pouze 1 vrchní sestra (1 %) (viz. Tabulka 1).

**Otázka č. 1 Je na Vašem oddělení dostupná paliativní péče pro pacienty v terminální stádiu onemocnění?**



**Graf 1-4** Dostupnost paliativní péče na oddělení

Otázka č. 1 byla při vyhodnocení rozdělena dle jednotlivých oddělení a graficky jsou znázorněny rozdíly v daných nemocnicích. Na otázku mohli respondenti odpovědět pouze jednou z nabízených odpovědí, celkem na otázku odpovědělo 163 respondentů.

Bylo zjištěno, že celkem 141 respondentů (87 %), 38 respondentů (23 %) z interní JIP, 21 respondentů (13 %) z neurologické JIP, 47 respondentů (29 %) z ARO a 35 respondentů (22 %) z chirurgické JIP odpovědělo, že je paliativní péče na jejich oddělení dostupná. Podle 8 respondentů (5 %) z interní JIP, 6 respondentů (4 %) z neurologické JIP a 2 respondentů (1 %) z chirurgické JIP uvedlo, že na zmíněných odděleních není paliativní péče dostupná. Další 1 respondent (1 %) z interní JIP, 4 respondenti (3 %) z ARO a 1 respondent (1 %) z chirurgické JIP neví, zda je na oddělení dostupná paliativní péče.

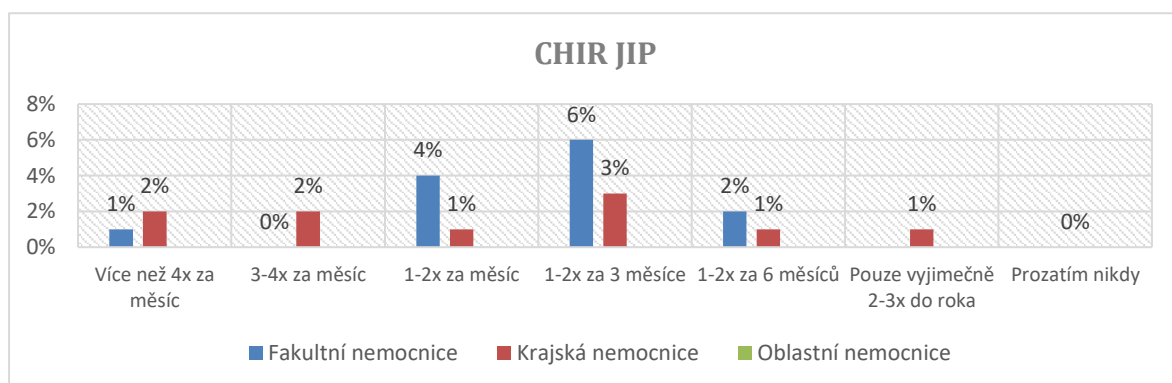
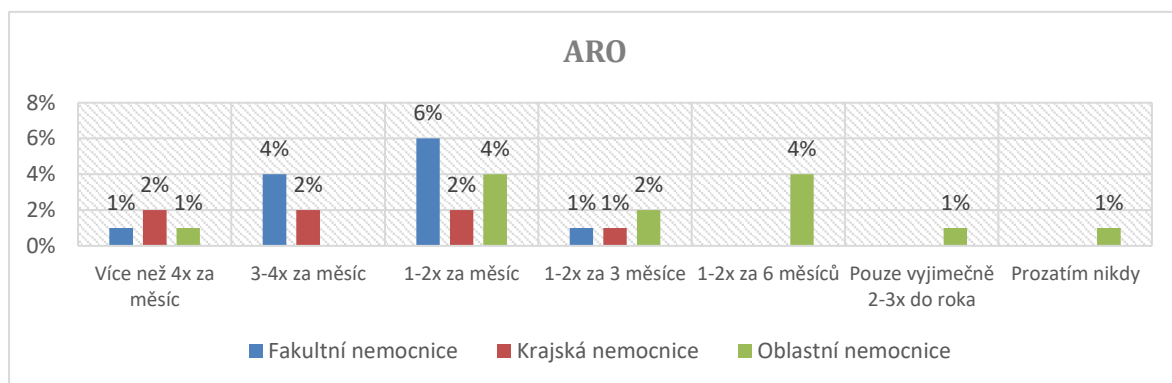
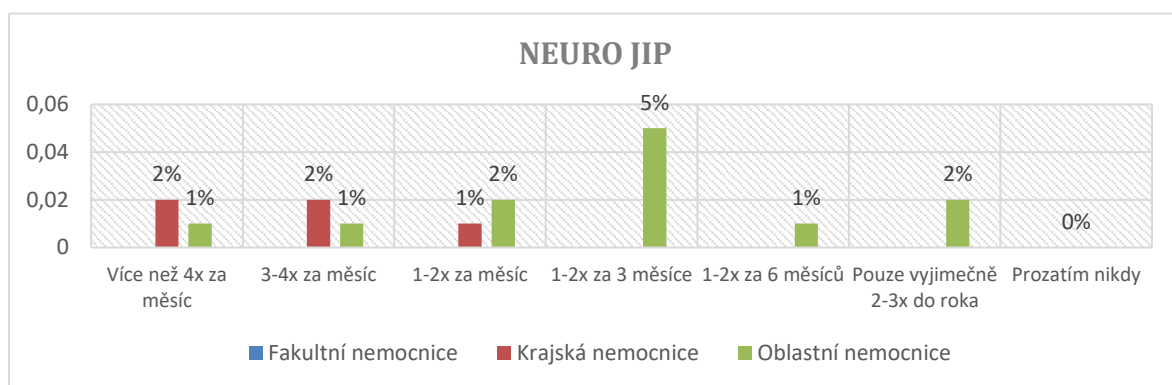
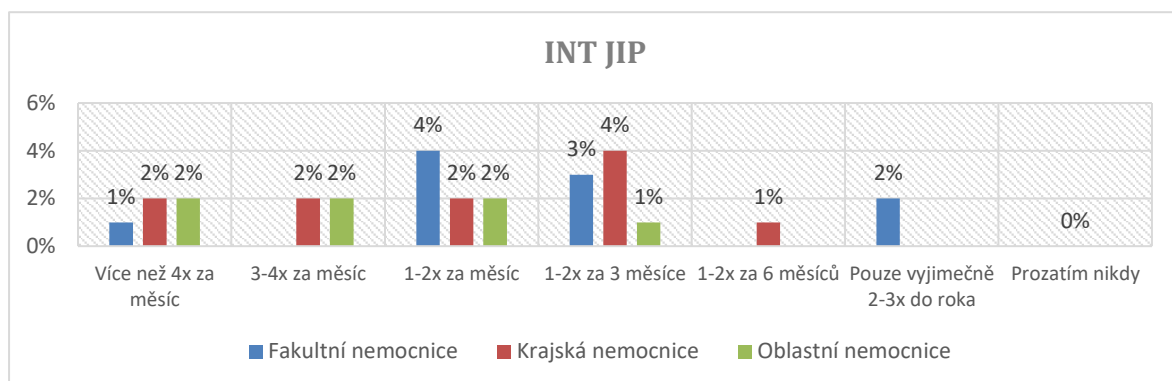
## **Otázka č. 2 Zapojují Vás lékaři do rozhodovacího procesu o zahájení paliativní péče?**

*Tabulka 2 Zapojení NLZP do rozhodovacího procesu o zahájení paliativní péče*

<b>Otázka č.2</b>	<b>N</b>	<b>respondenti</b>	<b>Procento</b>
Ano	99	141	70 %
Ne	42	141	30 %

Na otázku číslo 2 odpovídalo pouze 141 respondentů, kteří v předchozí otázce odpověděli ano. Otázka zjišťovala, zda při zahajování paliativní péče zapojují lékaři do rozhodovacího procesu NLZP, 99 respondentů (70 %) odpovědělo ano, naopak 42 respondentů (30 %) uvádí, že k zapojování do rozhodovacího procesu nedochází.

**Otázka č. 3 Jak často se setkáváte s pacienty na Vašem oddělení, kteří potřebují paliativní péči?**

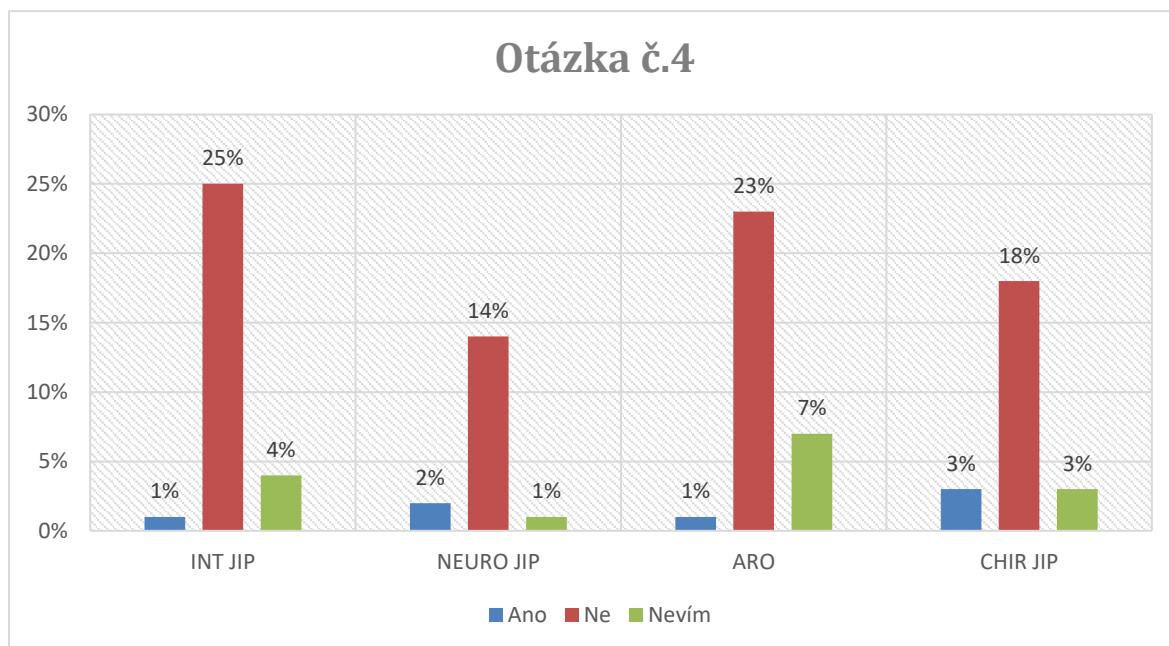


**Graf 5-8** Potřeba paliativní péče

Na otázku bylo možné odpovědět pouze jednou odpovědí a odpovědělo na ni všech 163 respondentů. Otázka byla při vyhodnocení rozdělena dle jednotlivých oddělení, v grafickém znázornění bylo zobrazeno zastoupení jednotlivých nemocnic.

Otázka č. 3 zkoumala četnost pacientů, kteří potřebují paliativní péči. Bylo zjištěno, že 24 respondentů (15 %) se setkává s pacienty, kteří potřebují paliativní péči na oddělení více než 4x za měsíc, taktéž 24 respondentů (15 %) uvedlo 3-4x za měsíc. Nejvíce se setkávají s pacienty vyžadující paliativní péči 1-2x za měsíc uvádí 46 respondentů (28 %), 1-2x za měsíc za 3 měsíce se setkává 42 respondentů (26 %) s pacienty, kteří potřebují paliativní péči. Podle 15 respondentů (9 %) je to 1-2x za 6 měsíců, 10 respondentů (6 %) uvedlo, že je to pouze výjimečně 2-3x do roka a prozatím nikdy se nesečkali s potřebou poskytnout paliativní péči pacientovi 2 respondenti (1 %).

**Otázka č. 4 Používáte na Vašem oddělení podpůrný nástroj/manuál pro plánování péče u pacientů s pokročilým závažným onemocněním?**



**Graf 9** Využití podpůrného nástroje pro plánování paliativní péče

U této otázky bylo možné vybrat jednu odpověď, celkem na otázku odpovědělo 163 respondentů.

Záznam odpovědi, ano, byl u 1 respondenta (1 %) na interní JIP, na neurologické JIP u 3 respondentů (2 %), na ARO u 2 respondentů (1 %) a na chirurgické JIP u 5 respondentů (3 %).

Možnost odpovědi, ne, zvolilo 40 respondentů (25 %) z interní JIP, 23 respondentů (14 %) z neurologické JIP, 37 respondentů (23 %) z ARO a 29 respondentů (18 %) z chirurgické JIP.

Celkem 23 respondentů (15 %) odpovědělo, že neví, zda se na oddělení používá podpůrný nástroj (6 respondentů z interní JIP, 1 respondent z neurologické JIP, 12 respondentů z ARO a 4 respondenti z chirurgické JIP).

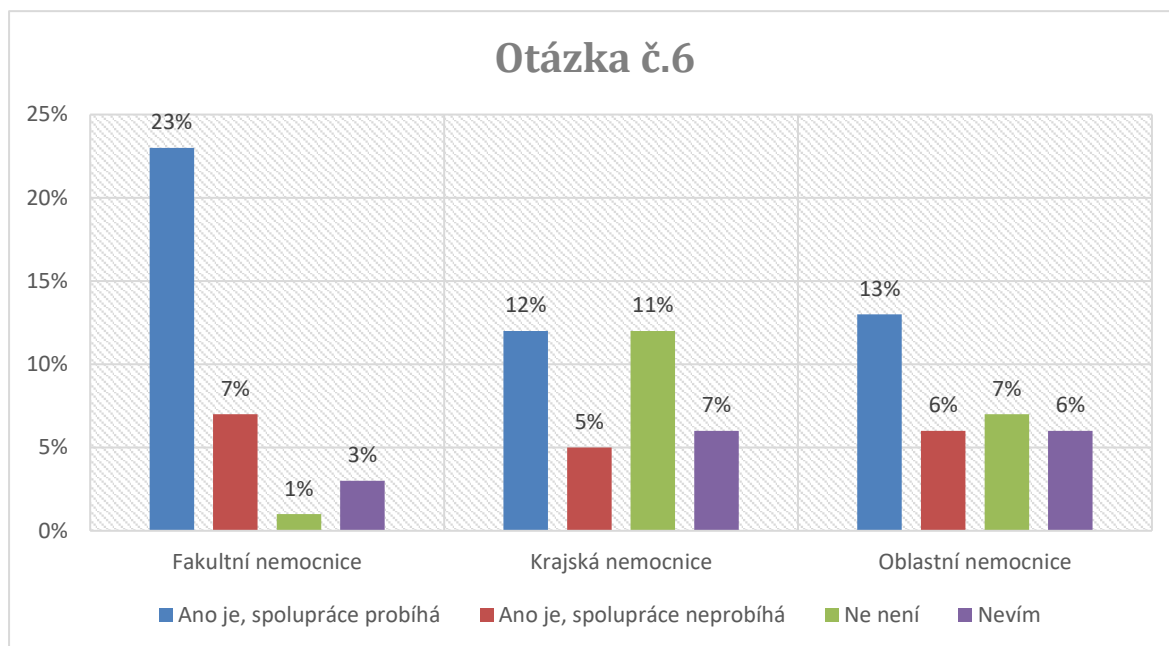
## Otázka č. 5 Jaký podpůrný nástroj na svém oddělení používáte?

Tabulka 3 Podpůrný nástroj

Otázka č.5	N	Respondenti	Procento
Vlastní manuál pro plánování péče u pacientů s pokročilým závažným onemocněním	10	11	91%
ARS (Advance caRe planning and decision-making Supportive tool	1	11	9%

Na otázku číslo 5 odpovídalo pouze 11 respondentů (7 %), kteří v předešlé otázce odpověděli ano. Z 11 respondentů jich 10 odpovědělo, že mají na oddělení vytvořený vlastní manuál pro plánování péče u pacientů s pokročilým závažným onemocněním a 1 respondent zvolil odpověď ARS.

**Otázka č. 6 Je ve Vaší nemocnici dostupný paliativní tým a probíhá vzájemná spolupráce s tímto týmem?**



**Graf 10** Dostupnost paliativního týmu

Na otázku bylo možné odpovědět pouze jednou odpovědí, celkem na otázku odpovědělo 163 respondentů.

V oblastní nemocnici uvedlo 21 respondentů (13 %), že paliativní tým je dostupný a spolupráce s ním probíhá, 10 respondentů (6 %) uvedlo, že sice paliativní tým dostupný je, ale spolupráce s ním neprobíhá, 11 respondentů (7 %) odpovědělo, že v nemocnici paliativní tým není, a tudíž s ním spolupráce neprobíhá a 10 respondentů (6 %) neví.

Ve fakultní nemocnici 37 respondentů (23 %) odpovědělo, že je paliativní tým dostupný a spolupráce s ním probíhá, 12 respondentů (7 %) uvedlo, že paliativní tým dostupný je, ale spolupráce s ním neprobíhá, 2 respondenti (1 %) tvrdí, že paliativní tým dostupný není a spolupráce neprobíhá a 4 respondenti (3 %) neví.

V krajské nemocnici se odpovědi lišily od předchozích typů nemocnic. Zde 18 respondentů (11 %) odpovědělo, že v nemocnici paliativní tým není a 19 respondentů (12 %), že v nemocnici paliativní tým je a spolupráce s ním probíhá. Dalších 8 respondentů (5 %) uvedlo, že paliativní tým v nemocnici je, ale spolupráce s ním neprobíhá a 11 respondentů (7 %) neví.

**Otázka č. 7 Pokud jste vybral/vybrala odpověď za b. Ano je, spolupráce neprobíhá, uveďte proč?**

**Tabulka 4** *Důvody nevyužití paliativního týmu*

Otázka č.7	N	Respondenti	Procento
A - Zatím nebylo potřeba o paliativní tým žádat	4	30	13%
B - O spolupráci rozhodují lékaři	5	30	17%
C - Na JIP není na pal. péči čas	1	30	3%
D - Neprobíhá spolupráce ze strany lékařů	2	30	7%
E - Systém spolupráce není zaběhlý	1	30	3%
F - Nevím	3	30	10%
G - Krátká doba působení paliativního týmu v nemocnici	2	30	7%
H - Neinformovanost personálu o možnosti využití paliativního týmu	4	30	13%
I - Na ARO si zajišťují paliativní péči vlastní lékaři a sestry	8	30	27%

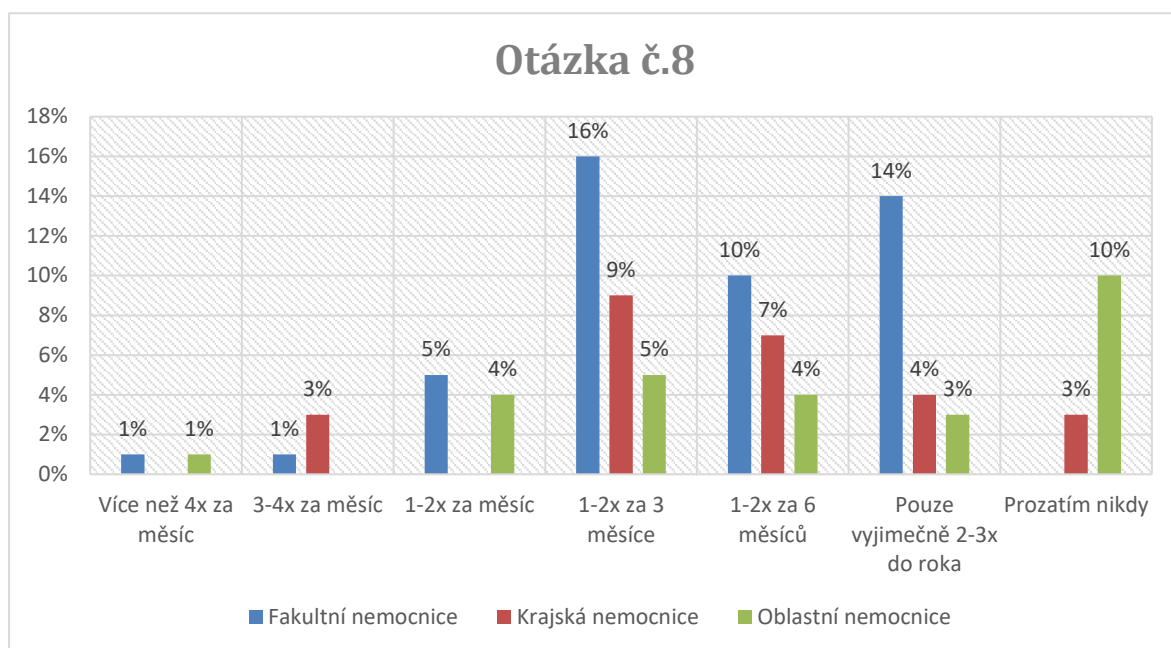
Otázka číslo 7 byla zodpovězena 30 respondenty, kteří v předchozí otázce vybrali možnost, že paliativní tým je dostupný, avšak nevyužívá se. Otázkou bylo zjišťováno, proč není paliativní tým v nemocnici využíván.

Odpovědi byly různé, 8 respondentů (27 %) uvedlo jako důvod, že si na ARO zajišťují paliativní péči vlastními lékaři a sestrami. 5 respondentů (17 %) uvedlo že o spolupráci rozhodují lékaři, 4 respondenti (13 %) napsali, že zatím nebylo potřeba o paliativní tým žádat a další 4 respondenti (13 %) zdůvodnili nevyužití paliativního týmu, tím že personál není o možnosti dostatečně informován. 3 respondenti (10 %) uvedli že neví.

Další důvody, které respondenti uvedli:

- Krátká doba působení paliativního týmu v nemocnici
- Systém spolupráce není zaběhlý
- Na JIP není dostatek času pro poskytování paliativní péče
- Neprobíhá spolupráce ze strany lékařů

## Otázka č. 8 Pokud ano, jak často využíváte služeb paliativního týmu?

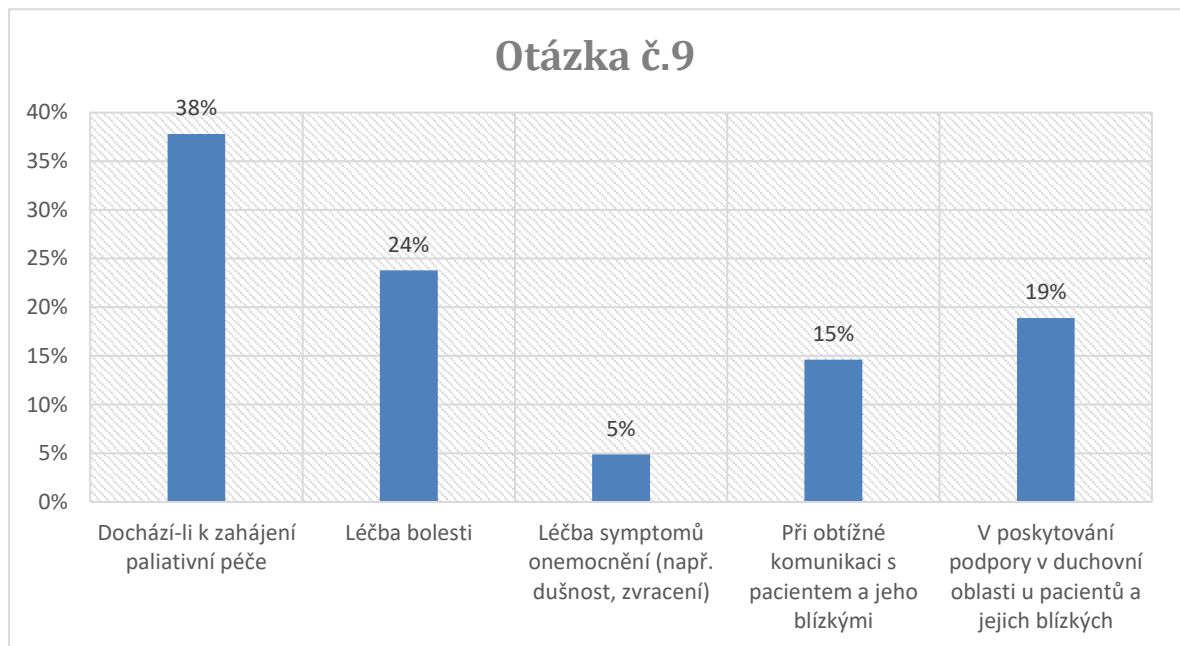


**Graf 11** Četnost využití paliativního týmu

Na otázku odpovídalo pouze 77 respondentů, kteří zvolili v otázce č.6 odpověď 'Ano je, spolupráce probíhá'. Bylo možné odpovědět pouze jednou odpovědí.

Otázka č. 8 zjišťovala, jak často dochází k využití paliativního týmu, 2 respondenti (2 %) uvedli, že se využívá více než 4x za měsíc, 3-4x za měsíc spolupracují s týmem 3 respondenti (4 %), 7 respondentů (9 %) využívá spolupráci 1-2x za měsíc. Největší četnost znázorňuje možnost 1-2x za 3 měsíce, to uvedlo 23 respondentů (30 %), 16 respondentů (21 %) využívá spolupráci 1-2x za 6 měsíců. Dalších 16 respondentů (21 %) respondentů využívá služeb paliativního týmu pouze výjimečně 2-3x do roka. Nikdy nevyužilo služeb paliativního týmu 10 respondentů (13 %).

**Otázka č. 9 V jakých konkrétních případech nejčastěji využíváte služeb paliativního týmu?**



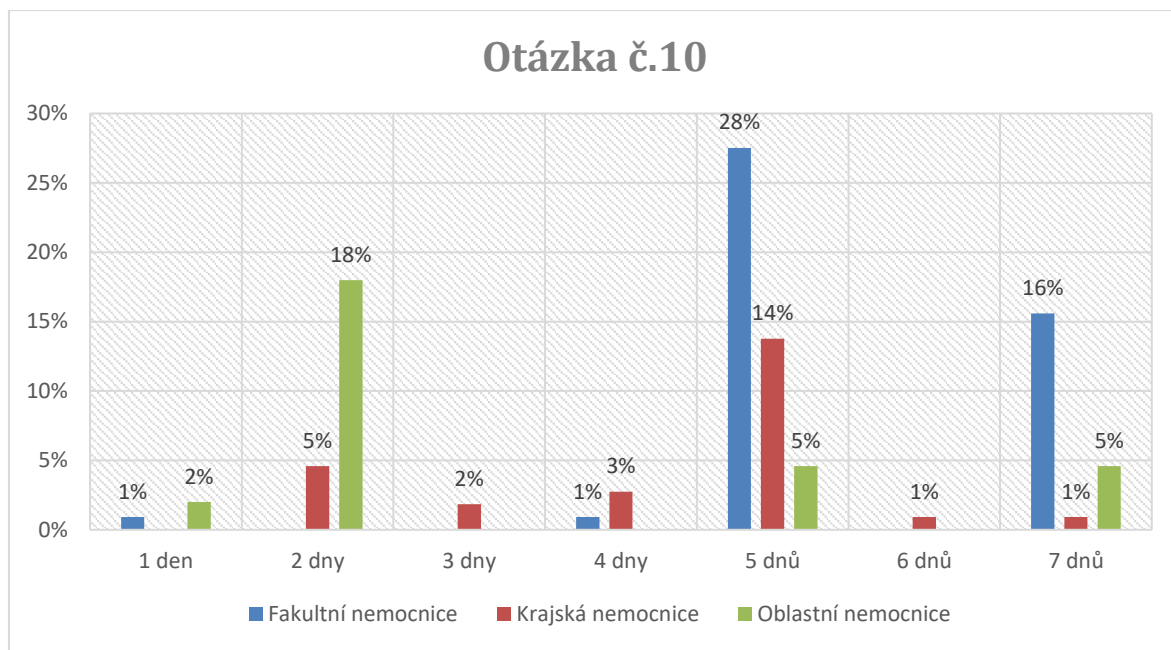
**Graf 12** Konkrétní případy pro využití služeb paliativního týmu

Po selektivní otázce číslo 6 odpovídalo na otázku pouze 77 respondentů. Otázka umožňovala vybrat více odpovědí, celkem bylo zaznamenáno 164 odpovědí. Otázka zjišťovala nejčastější situace, kdy je využíváno paliativního týmu.

Nejčastěji je využíváno paliativního týmu dochází-li k zahájení paliativní péče, což bylo uvedeno 62 respondenty (38 %). O poznání méně často byla zvolena možnost, léčba bolesti, kterou vybralo 39 respondentů (24 %). Třetí nejčastější zvolenou odpovědí bylo poskytování podpory v duchovní oblasti u pacientů a jejich blízkých, 31 respondentů (19 %) uvedlo tuto odpověď. 24 respondentů (15 %) zvolilo možnost použití paliativního týmu při obtížné komunikaci s pacientem a jeho blízkými. Nejméně často je podle 8 respondentů (5 %) využíváno paliativního týmu pro léčbu symptomů onemocnění.

### Otázka č. 10 Jaké dny v týdnu je k dispozici paliativní tým ve Vaší nemocnici?

- a. Pondělí
- b. Úterý
- c. Středa
- d. Čtvrtek
- e. Pátek
- f. Sobota
- g. Neděle



**Graf 13** Znázorňuje kolikrát týdně je dostupný paliativní tým

Na otázku odpovídalo pouze 107 respondentů, kteří v otázce číslo 6 zvolili varianty, že je paliativní tým dostupný a spolupráce probíhá, nebo že je paliativní tým dostupný a spolupráce neprobíhá. Otázka umožňovala vybrat více odpovědí. Byly zkoumány dostupné dny v týdnu pro specializovanou paliativní péči v různých typech nemocnic.

Ve fakultní nemocnici je paliativní tým k dispozici dle 28 % respondentů 5 dnů v týdnu, dle 16 % respondentů 7 dnů v týdnu. Variantu, že je paliativní tým dostupný 1 den nebo 4 dny v týdnu, zvolilo 1 % respondentů.

V krajské nemocnici uvedlo 14 % respondentů dostupnost paliativního týmu 5 dnů v týdnu, zatímco 5 % respondentů označilo dostupnost 2 dny v týdnu, 3 % respondentů 4 dny v týdnu, 2 % respondentů 3 dny v týdnu a 1 % respondentů zvolilo variantu 6 dnů nebo 7 dnů v týdnu.

V oblastní nemocnici se 18 % respondentů shodlo na dostupnosti paliativního týmu 2 dny v týdnu, 5 % respondentů označilo dostupnost 5 nebo 7 dnů v týdnu a 2 % respondentů uvedlo 1 den v týdnu.

## Otázka č. 11 Jak dlouho ve Vaší nemocnici funguje paliativní tým?

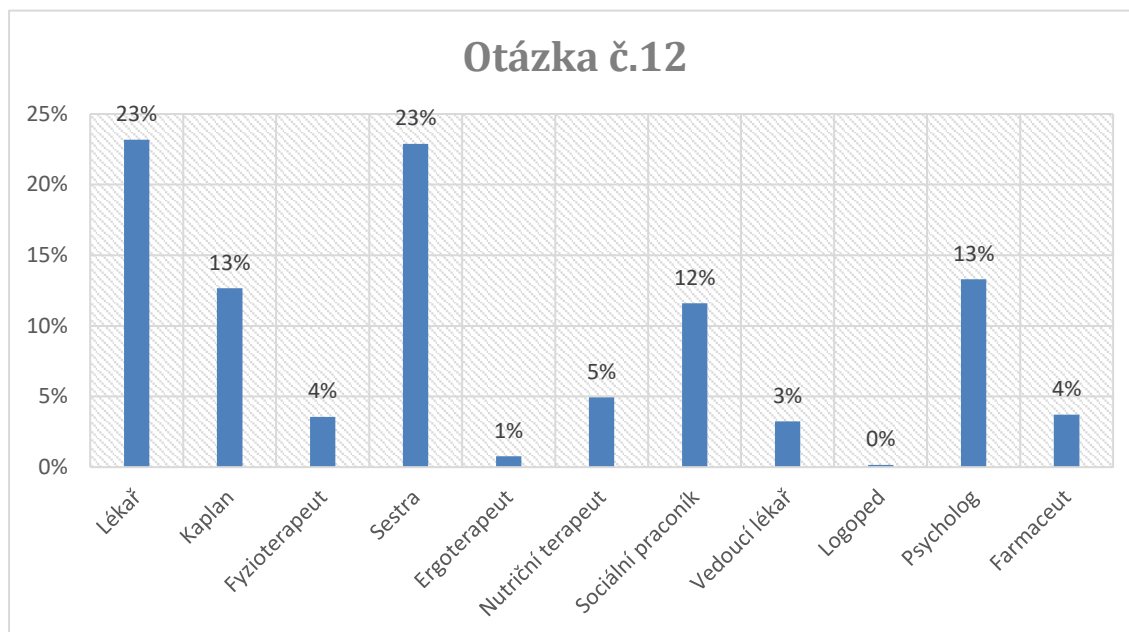
Tabulka 5 Působení paliativního týmu v nemocnici

Otázka č.11	Fakultní nemocnice	Krajská nemocnice	Oblastní nemocnice	Celkem %	N	Respondenti
Méně než 1 rok	1 %	1 %	26 %	28 %	30	107
1-5 let	14 %	11 %	1 %	26 %	28	107
5-10 let	12 %	0 %	0 %	12 %	13	107
10 let a více	0 %	1 %	0 %	1 %	1	107
nevím	19 %	12 %	2 %	33 %	35	107

Na otázku odpovídalo pouze 107 respondentů, kteří v otázce číslo 6 zvolili varianty, že je paliativní tým dostupný a spolupráce probíhá, nebo že je paliativní tým dostupný a spolupráce neprobíhá.

Z tabulky 5 vyplývá, že v oblastní nemocnici je působení paliativního týmu poměrně nové, neboť 28 respondentů (26 %) uvedlo, že paliativní tým funguje méně než rok. Naopak ve fakultní nemocnici je doba působení, dle 15 respondentů (14 %), 1 až 5 let a dle 13 respondentů (12 %), 5 až 10 let. V krajské nemocnici uvádí 12 respondentů (11 %) dobu fungování 1 až 5 let. Dále v oblastní nemocnici odpověděl 1 respondent (1 %), že paliativní tým působí 1 až 5 let a 2 respondenti (2 %) neví. Ve fakultní nemocnici 20 respondentů (19 %) neví, jak dlouho funguje v nemocnici paliativní tým a 1 respondent (1 %) tvrdí, že méně než rok. V krajské nemocnici udává 1 respondent (1 %) dobu působení méně než rok a další 1 respondent (1 %) udává 10 let a více, 13 respondentů (12 %) odpovědělo, že neví.

## Otázka č. 12 Kdo je členem paliativního týmu?

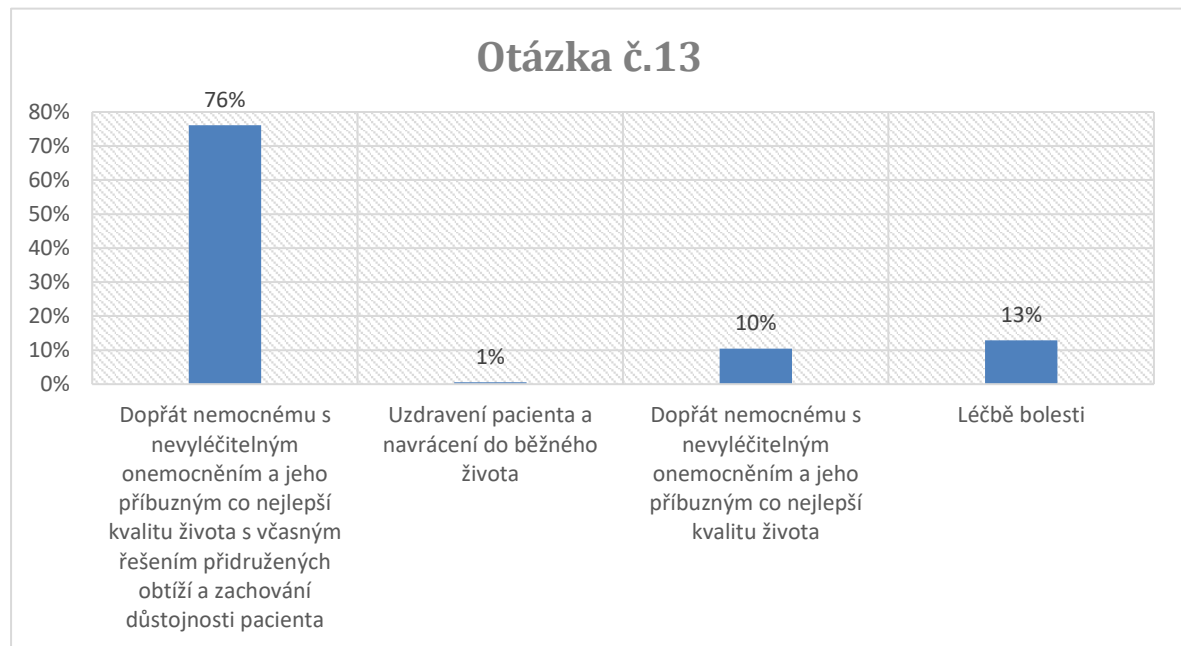


**Graf 14** Členové paliativního týmu

Otázka umožňovala vybrat více odpovědí, celkem bylo od 163 respondentů zaznamenáno 647 odpovědí (100 %).

Nejčastěji zvolenými členy paliativního týmu byli lékař a sestra, tyto odpovědi zvolilo 46 % respondentů (298 odpovědí). Dále bylo zjištěno, že odpověď kaplan a psycholog byla zastoupena 26 % respondentů (168 odpovědí). Možnost nutričního terapeuta preferovalo jako odpověď 5 % respondentů (36 odpovědí). Odpověď fyzioterapeut vybralo 4 % respondentů (26 odpovědí), stejně jako odpověď farmaceut. Vedoucí lékař byl zvolen pouze 3 % dotazovaných (19 odpovědí). Ergoterapeut byl vybrán pouze 1 % respondentů (6 odpovědí) a žádný z dotazovaných nevybral logopeda jako člena paliativního týmu.

### Otázka č. 13 Jaký je hlavní cíl paliativní péče?

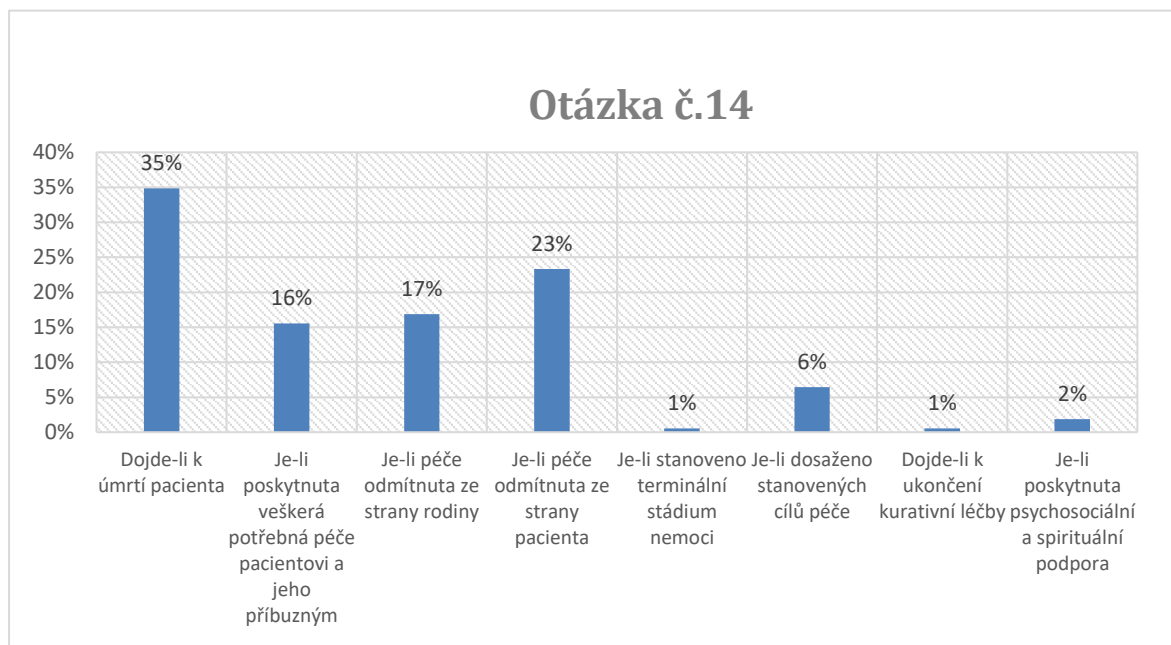


**Graf 15** Hlavní cíl paliativní péče

Na otázku bylo možné odpovědět pouze jednou odpovědí, celkem na otázku odpovědělo 163 respondentů.

Nejvíce respondentů, konkrétně 124 (76 %), označilo za hlavní cíl paliativní péče co nejlepší kvalitu života pro pacienta a jeho příbuzné s včasným řešením přidružených obtíží a zachováním důstojnosti pacienta. Dalších 21 respondentů (13 %) si myslím, že hlavním cílem je léčba bolesti a 16 respondentů (10 %) vybralo jako hlavní cíl paliativní péče odpověď „dopřát nemocnému s nevléčitelným onemocněním a jeho příbuzným co nejlepší kvalitu života”. Uzdravení pacienta navrácení do běžného života zvolili pouze 2 respondenti (1 %).

## Otázka č. 14 Jak byste charakterizoval/a okamžik, kdy paliativní péče končí?

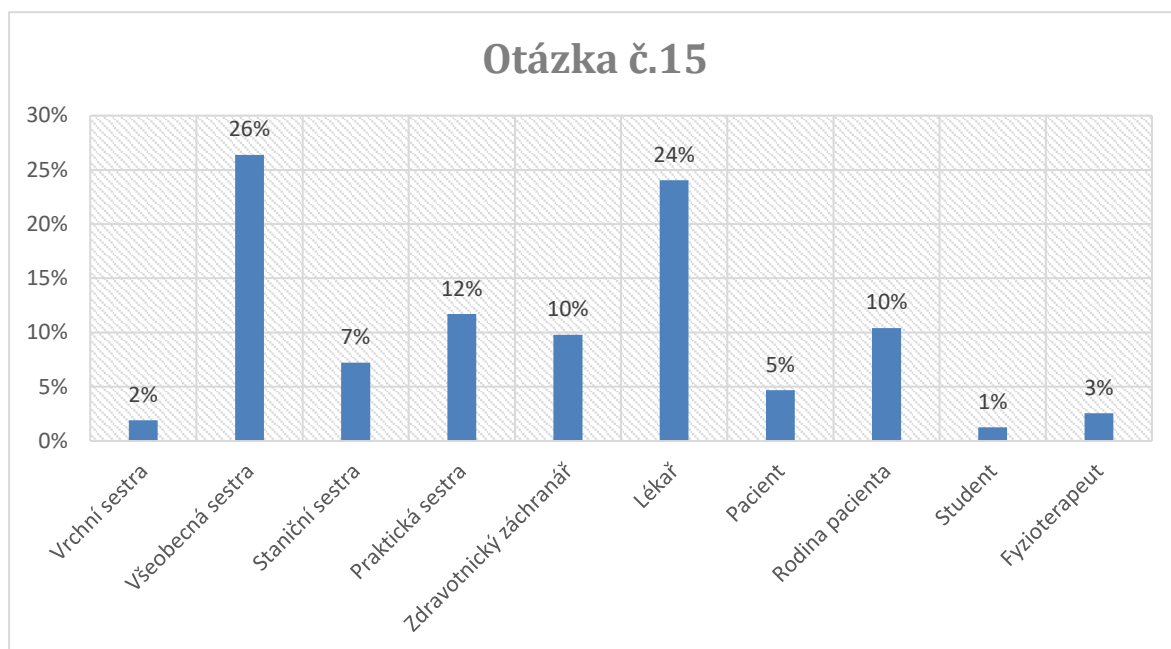


**Graf 16** Kdy nastává konec paliativní péče

Otázka umožňovala vybrat více odpovědí, celkem odpovědělo 163 respondentů a zaznamenáno bylo 373 odpovědí (100 %).

Pro 35 % respondentů (131 odpovědí) je okamžikem konce paliativní péče smrt pacienta. Pro 23 % respondentů (86 odpovědí) znamená konec paliativní péče je-li péče odmítnuta ze strany pacienta. Dále bylo zjištěno, že 17 % respondentů (63 odpovědí) chápe konec paliativní péče tehdy, když je odmítnuta péče ze strany rodiny. Podle 16 % respondentů (60 odpovědí) paliativní péče končí, když je poskytnuta veškerá potřebná péče pacientovi a jeho příbuzným. 6 % respondentů (22 odpovědí) tvrdí, že péče končí, pokud je dosaženo stanovených cílů péče. Další 4 % respondentů (15 odpovědí) odpověděli, že konec paliativní péče nastává, je-li poskytnuta psychosociální a spirituální podpora, je-li stanoveno terminální stádium nemoci nebo pokud dojde k ukončení kurativní léčby.

**Otázka č. 15 Kdo podle Vás může nejlépe upozornit na potřebu paliativní péče u pacienta na Vašem oddělení?**

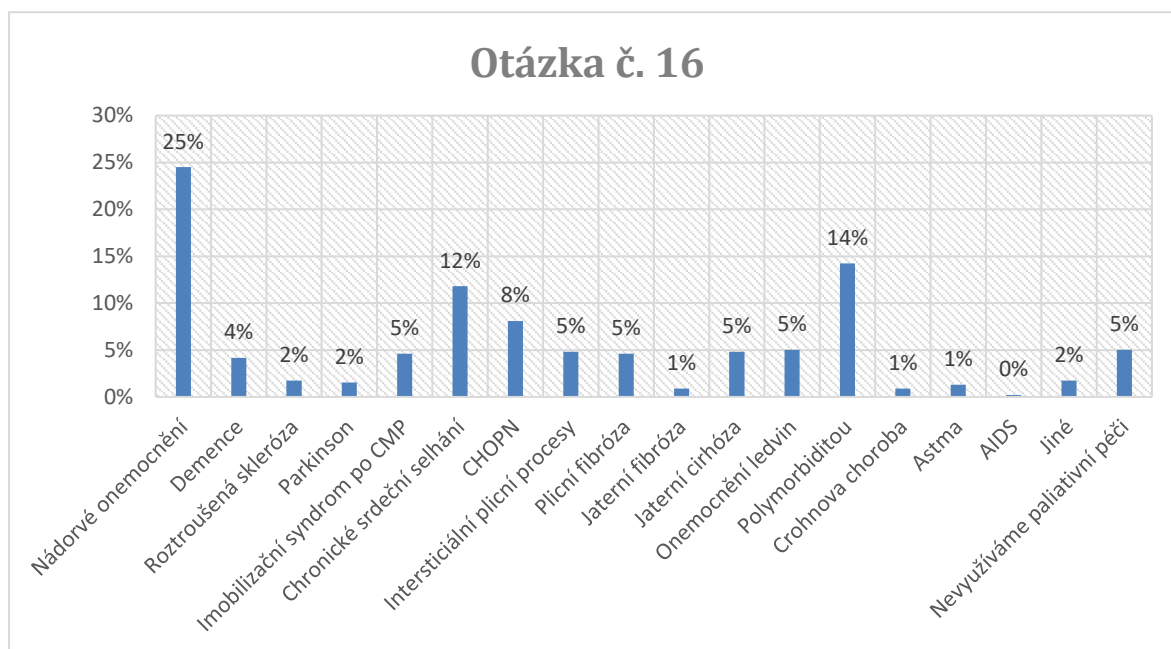


**Graf 17** Upozornění na potřebu paliativní péče

Na otázku odpovědělo 163 respondentů a měli možnost vybrat více odpovědí, celkem bylo zaznamenáno 470 odpovědí (100 %). Graf znázorňuje, kdo podle respondentů nejlépe dokáže upozornit na potřebu paliativní péče.

Nejvíce, tedy 26 % respondentů (122 odpovědí) uvádí, že nejlépe může identifikovat potřeby paliativní péče všeobecná sestra, zatímco 24 % respondentů (113 odpovědí) preferuje lékaře. Dalších 12 % respondentů (56 odpovědí) zmiňuje praktickou sestru, zatímco 10 % respondentů (47 odpovědí) se domnívá, že na tuto potřebu může nejlépe upozornit zdravotnický záchranář. 10 % respondentů (47 odpovědí) odpovědělo, že je to rodina pacienta. Možnost staniční sestry preferovalo 7 % respondentů (33 odpovědí) a 5 % respondentů (24 odpovědí) zvolilo možnost, že nejlépe může identifikovat potřebu paliativní péče pacient sám. Fyzioterapeut byl uveden 3 % respondentů (14 odpovědí), 2 % respondentů (9 odpovědí) je toho názoru, že tuto roli nejlépe zastává vrchní sestra, a pouze 1 % respondentů (5 odpovědí) uvádí studenta.

**Otázka č. 16 Jakými onemocněními se na Vašem oddělení nejčastěji zabýváte při poskytování paliativní péče?**



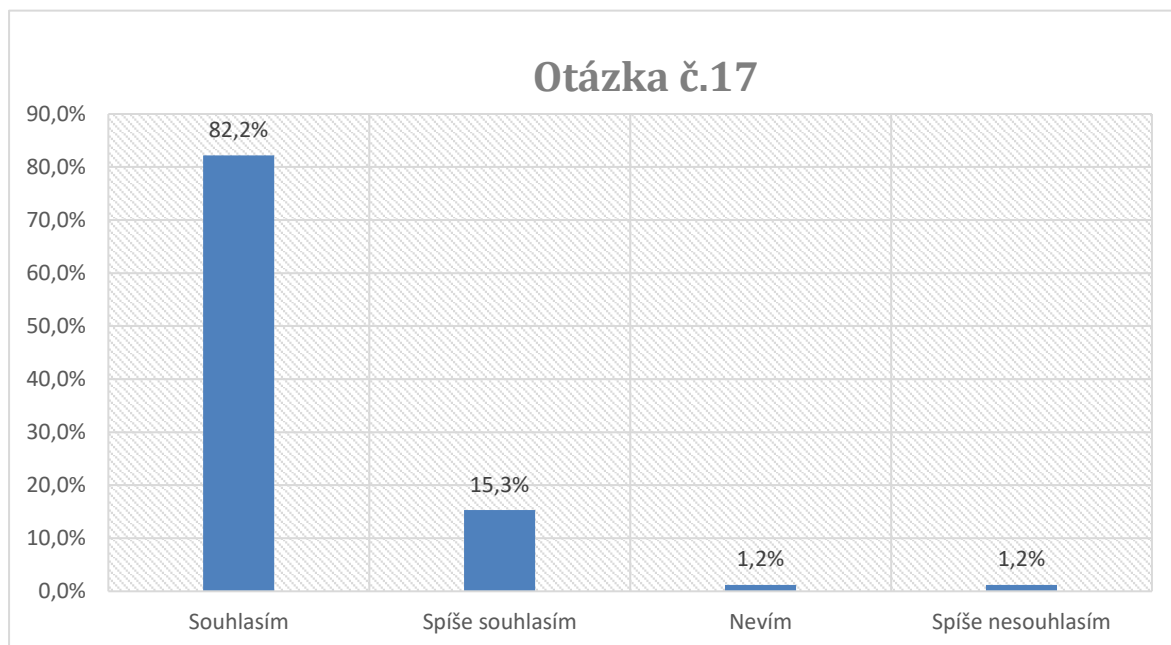
**Graf 18** Nejčastější onemocnění

Otázka umožňovala vybrat více onemocnění, celkem na otázku odpovědělo 163 respondentů a bylo zaznamenáno 457 odpovědí (100 %). Graf udává zastoupení relativní četnosti jednotlivých onemocnění.

Z grafu je patrné, že nejčastějším typem onemocnění, kterým se paliativní péče na oddělení zabývá, jsou nádorová onemocnění, jak uvedlo 25 % respondentů (114 odpovědí). Následně se nejvíce zabývá poskytováním paliativní péče polymorbidním pacientům, to uvedlo 14 % respondentů (64 odpovědí). Třetí nejčastější je řešení chronického srdečního selhání, které uvedlo 12 % respondentů (55 odpovědí).

Mezi další často zmiňovaná onemocnění patří CHOP s 8 % zastoupením respondentů (37 odpovědí). Stejný podíl, tedy 5 % respondentů (23 odpověďmi), se zaměřuje na poskytování paliativní péče při imobilizačním syndromu po CMP, poskytování paliativní péče při intersticiálních plicních procesech, plicní fibróze, jaterní cirhóze a onemocnění ledvin a stejně tak 5 % respondentů (23 odpovědí) uvedlo, že paliativní péči nevyužívají.

### Otázka č. 17 Myslíte si, že je paliativní péče na JIP/ARO užitečná a důležitá?

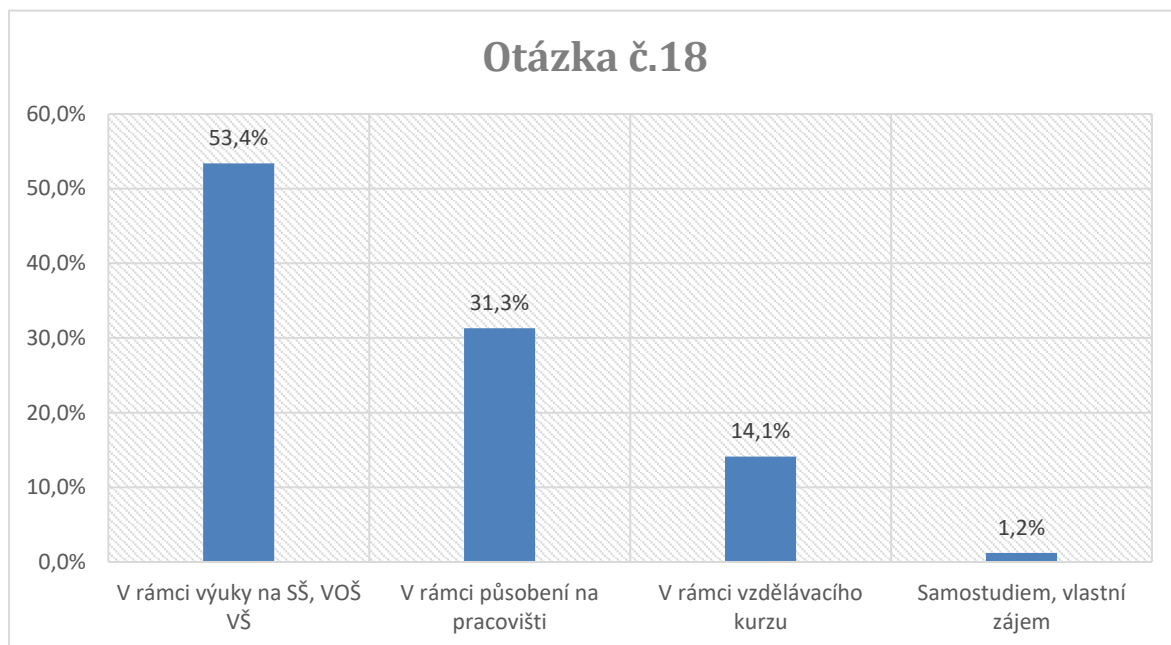


**Graf 19** Užitečnost paliativní péče na oddělení

Otázka č. 17 popisuje, zda si NLZP myslí, že je paliativní péče důležitá. Na otázku odpovědělo 163 respondentů (100 %) a měli možnost vybrat pouze jednu odpověď.

V souboru respondentů si 97,5 % (159 respondentů) myslí, že je paliativní péče na JIP/ARO důležitá (souhlasím a spíše souhlasím). Pouze 1,2 % (2 respondenti) si není jistá tím, zda je paliativní péče na JIP/ARO důležitá či nikoli. Menší část dotazovaných, konkrétně 1,2 % (2 respondenti), se staví k názoru, že paliativní péče na JIP/ARO důležitá není, přičemž tato skupina respondentů označila odpovědi spíše nesouhlasím a odpověď nesouhlasím neuvedl žádný z respondentů.

## Otázky č. 18 Jakým způsobem jste se dozvěděl/a o paliativní péči?

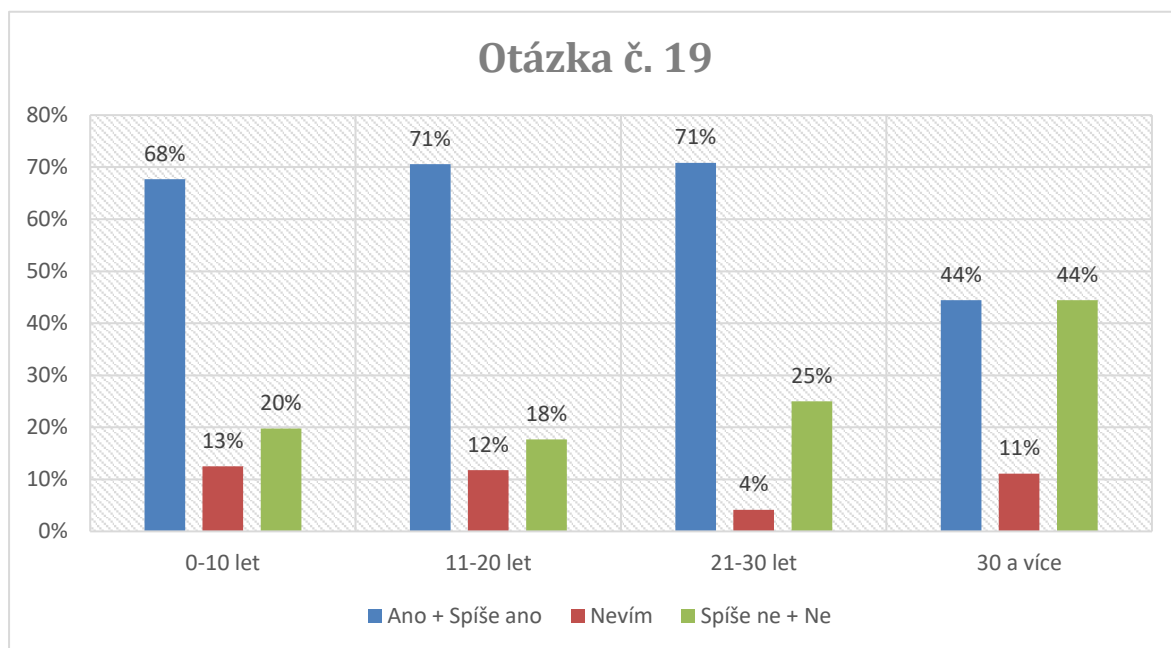


**Graf 20** Získání informací o paliativní péči

Tato otázka zjišťovala, jak se NLZP dozvěděl o paliativní péči. Na otázku odpovědělo 163 respondentů (100 %) a měli možnost vybrat pouze jednu odpověď.

Nejčastěji zastoupenou možností bylo zjištění informací o paliativní péči během výuky na škole, což uvedlo 87 respondentů (53,4 %). Na pracovišti se o paliativní péči dozvědělo 51 respondentů (31,3 %). Informace o paliativní péči získalo 23 respondentů (14,1 %) během účasti na vzdělávacím kurzu. Zanedbatelné procento (1,2 %) 2 respondenti se dozvěděli o paliativní péči vlastním zájmem.

## Otázka č. 19 Máte zájem se vzdělávat v oblasti paliativní péče?

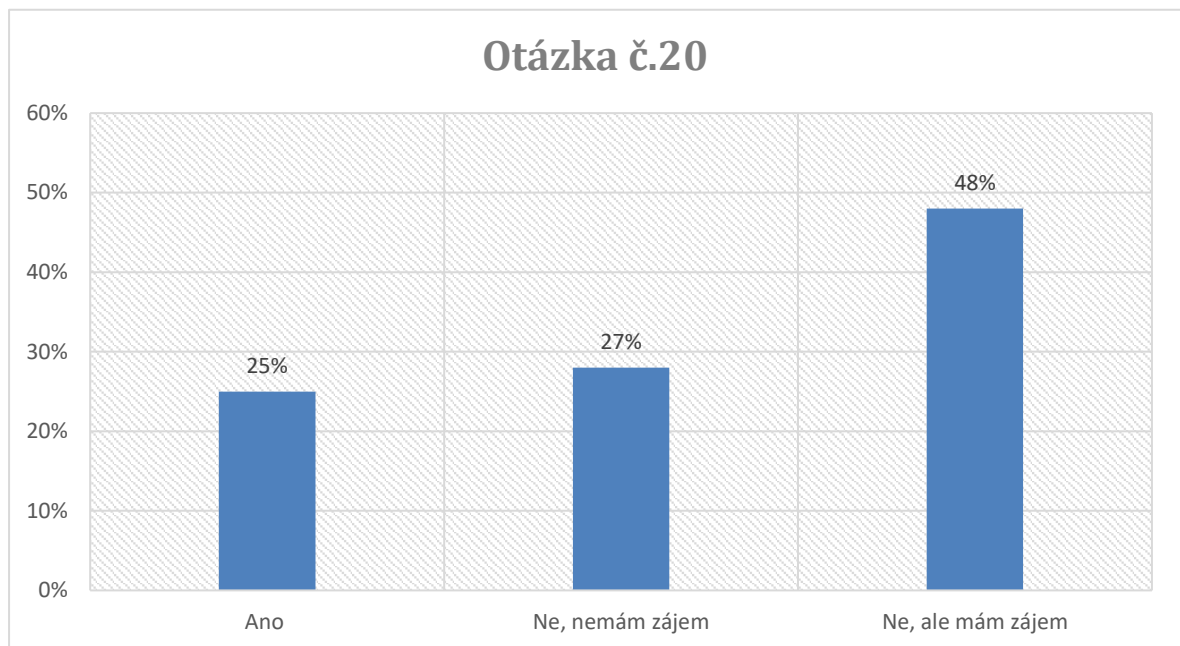


**Graf 21** Zájem o vzdělání

Na otázku odpovědělo 163 respondentů (100 %) a měli možnost vybrat pouze jednu odpověď. 138 respondentů (66 %) odpovědělo že má zájem o vzdělávání v oblasti paliativní péče (ano, spíše ano). 34 respondentů (21 %), kteří zvolili odpovědi ne a spíše ne, nemá zájem o vzdělání v oblasti paliativní péče a 18 respondentů (11 %) odpovědělo, že neví.

Z grafu vyplývá, že 68 % respondentů ve skupině s dobou praxe 0-10 let má zájem se vzdělávat v oblasti paliativní péče, 13 % respondentů neví a 20 % zájem nemá. V souboru respondentů 11-20 let praxe, uvádí zájem o vzdělání v paliativní péči 71 % respondentů, 12 % respondentů neví a 18 % respondentů zájem o vzdělání nemá. Ve skupině účastníků 21-30 let praxe má zájem o vzdělání v paliativní péči 71 % respondentů, 4 % respondentů uvedlo že neví a 25 % z účastníků nevyjádřilo zájem o vzdělání. V souboru 30 let a více byl zaznamenán největší rozdíl, kdy zájem o vzdělání uvedlo 44 % respondentů, 11 % respondentů neví a stejně tak 44 % respondentů nemá zájem se vzdělávat.

**Otázka č. 20 Zúčastnil/a jste se někdy kurzu zaměřeného na paliativní péči?**



**Graf 22** Absolvování kurzu paliativní péče

Z výzkumu vyplývá, že z celkového počtu 163 respondentů (100 %) odpovědělo, 78 respondentů (48 %), že se zatím kurzu zaměřeného na paliativní péči nezúčastnilo, avšak projevili zájem o možnost účasti v budoucnu. Naopak, 44 respondentů (27 %) uvedlo, že se takového kurzu neúčastnilo a ani nemá zájem. O něco menší procento, konkrétně 41 respondentů (25 %) se zúčastnilo kurzu zaměřeného na paliativní péči.

## 9 DISKUZE

V této kapitole jsou výsledky dotazníkového šetření porovnány s výsledky předchozích bakalářských prací zabývajících se daným tématem. Kromě toho jsou srovnávány výsledky mezi jednotlivými nemocnicemi a některá data jsou konfrontována s odbornou literaturou.

### 1. Existuje rozdíl v dostupnosti paliativních týmů ve vybraných nemocnicích?

Tato výzkumná otázka byla vyhodnocena pomocí otázek č. 6, 10, 11.

Otázka č. 6 zjišťovala dostupnost a spolupráci paliativních týmů

Dostupnost paliativního týmu a spolupráci s ním potvrzuje celkem 48 % respondentů a 18 % respondentů ví, že je paliativní tým dostupný ale spolupráce s ním neprobíhá. Další 19 % respondentů tvrdí, že v jejich nemocnici paliativní tým není a spolupráce s tím neprobíhá a 16 % neví. Výsledky se téměř shodují s výsledky v práci autorky Hany Prochové (2020), ve které uvádí, že dle 67,70 % respondentů dochází ke spolupráci s multiprofesními týmy.

Při porovnání jednotlivých nemocnic vyplývá, že ve fakultní nemocnici je dostupnost paliativní péče největší zároveň o existenci paliativního týmu nevěděla menšina. V krajské nemocnici polovina respondentů uvádí že paliativní tým dostupný je a druhá polovina respondentů udává že tým dostupný není. V oblastní nemocnici největší procento respondentů ví že je paliativní tým k dispozici a třetina o existenci paliativního týmu nevěděla.

Otázka č. 10 ověřovala kolik dní v týdnu je paliativní tým k dispozici.

Dostupnost paliativního týmu je ve fakultní nemocnici je dle 28 % respondentů 5 dní v týdnu. V krajské nemocnici 14 % respondentů uvádí 5 dní v týdnu a v oblastní nemocnici udává 18 % respondentů dostupnost 2 dnů v týdnu.

Otázka č. 11 zkoumala, jak dlouho funguje paliativní tým v nemoci.

Paliativní tým v oblastní nemocnici je dle většiny respondentů dostupný méně než 1 rok, ve fakultní nemocnici a krajské nemocnici většina respondentů uvádí, že je paliativní tým dostupný 1 až 5 let. Je možné, že se rozdílná dostupnost paliativních týmů v nemocnicích odvíjí od rozporu mezi oficiálními informacemi poskytovanými nemocnicí a reálným stavem poskytování paliativní péče. Je také možné, že má na této skutečnosti podíl nedostatečná komunikace mezi vedením nemocnice a nelékařským zdravotnickým personálem ohledně aktuální dostupnosti a fungování paliativního týmu.

## **2. Bude mít NLZP s kratší dobou praxe větší zájem o vzdělání v oblasti paliativní péče?**

Z otázky č. 19, která zjišťuje zájem o vzdělání, vyplývá, že celkem 68 % respondentů má zájem se vzdělávat. Výsledky odpovídají výsledkům uvedeným v bakalářské práci autorky Nikoly Drábkové (2021), která uvádí, že 80 % respondentů má zájem o vzdělání v paliativní péči.

Při porovnání otázky č. 19 s dobou praxe NLZP, výsledky dotazníkového šetření dokládají, že NLZP s dobou praxe 0-10 let mají velký zájem o vzdělání v oblasti paliativní péče. Avšak stejně tak velký zájem ale mají skupiny respondentů s dobou praxe 11-20 let a 21-30 let. Největší rozdíl byl zaznamenán ve skupině respondentů s dobou praxe 30 let a více. Zde pouze 44 % respondentů vyjádřilo zájem o vzdělání v oblasti paliativní péče.

Z těchto výsledků tedy vyplývá, že NLZP s kratší dobou praxe vykazují vyšší zájem o vzdělání v oblasti paliativní medicíny. Nicméně, i NLZP s delší pracovní zkušeností mají poměrně velký zájem o vzdělávání v oblasti paliativní péče. Při porovnání jednotlivých skupin respondentů s různou dobou praxe 0-30 let nelze říci, že by byl významný rozdíl mezi dobou praxe a zájmem o vzdělání v oblasti paliativní péče.

## **3. Dochází na jednotlivých pracovištích JIP/ARO k využívání podpůrných nástrojů?**

Otázka č. 4 se zaměřovala na využívání podpůrného nástroje na oddělení, celkem 80 % respondentů udává že na jejich oddělení nedochází k využívání podpůrného nástroje. Odpovědi se významně nelišily dle jednotlivých oddělení. Velmi pozoruhodné je, že na otázku č. 5, která zjišťovala, jaký podpůrný nástroj je na oddělení využíván reagovalo pouze 11 z 163 oslovených respondentů. Je obtížné určit přesný důvod této nízké odezvy. Mohlo by to být způsobeno nedostatečnou informovaností respondentů o existenci podpůrného nástroje na jejich oddělení. Je také možné, že na jejich oddělení není žádný takový nástroj k dispozici, a tudíž odpovědi 11 respondentů mohou být chybné. Celkově tedy lze říct, že využívání podpůrných nástrojů na jednotlivých pracovištích intenzivní péče není standartním postupem.

## **4. Má nelékařský zdravotnický personál znalosti v oblasti paliativní péči?**

Vyhodnocení této otázky probíhalo z otázek č. 12, 13 a 14, které zkoumali vědomosti NLZP o paliativní péči.

Cílem otázky č. 12 bylo ověřit znalost NLZP na otázku kdo je členem paliativního týmu.

Z dotazníkového šetření bylo zjištěno, že většina respondentů (84 %) uvedla základní členy paliativního týmu. Základní sestavu paliativního týmu tvoří lékař, sestra, sociální pracovník, kaplan, psycholog (Bužgová, 2015). Další členy paliativního týmu zvolilo malé procento respondentů. Z odpovědí respondentů vyplývá, že většina respondentů zná pouze základní členy paliativního týmu.

Výsledky odpovídají výsledkům uvedeným v bakalářské práci autorky Jany Kuchařové (2022), která uvádí, že 97 % respondentů uvedlo správně základní členy paliativního týmu.

Otázka č. 13 zjišťovala hlavní cíl paliativní péče.

Hlavním cílem paliativní péče je vytvoření co nejlepší kvality života pro pacienta a jeho příbuzné, a to s včasným řešením přidružených obtíží a zachováním důstojnosti pacienta. (Pechová a kol., 2020) Tento cíl byl označen 76 % respondentů, pouze 24 % respondentů nevedlo správný cíl péče.

Otázka č. 14 zjišťovala, zda NLZP dokáže správně definovat ukončení paliativní péče.

Odpovědi se značně liší, nejvíce respondentů 40 % uvádí že se paliativní péče ukončuje v momentě kdy je odmítnuta ze strany pacienta nebo rodiny. Tato odpověď je jednou ze správných variant, rodina pacienta nebo samotný pacient může odmítnout pokračování v paliativní péči z různých důvodů, což může vést k ukončení této formy péče. (Sláma a kol., 2022) Další správnou možností byla odpověď, pokud je poskytnuta veškerá potřebná péče pacientovi a jeho příbuzným tu zvolilo 16 % respondentů. Paliativní péče se nezabývá pouze na péči o pacienta v jeho závěrečné fázi života, ale nabízí pomoc celé rodině a případně blízkým. Jejich podpora je důležitá nejen v průběhu nemoci, ale i po úmrtí pacienta. (Malásková a kol., 2020) Multidisciplinární tým paliativní péče zůstává s rodinou a blízkými v kontaktu i nadále. Poskytuje pomoc a podporu v náročných chvílích, jako je vyřizování úmrtního listu a zajišťování pohřbu. Důležitou roli zastává při vyrovnávání se ztrátou a s procesem truchlení. (Centrum paliativní péče). 35 % respondentů si myslí, že paliativní péče končí úmrtím pacienta, což není správná odpověď. Vzhledem k tomu, že se paliativní péče poskytuje i po smrti pacienta jeho rodině. Tyto výsledky se značně liší od výsledku z výzkumu v bakalářské práci Hany Prochové. Ve své práci popisuje, že 86,8% nezná správnou odpověď a pouze 13,2 % respondentů zná správnou odpověď, na otázku kdy končí paliativní péče. V novější práci od Jany Kuchařové z roku 2022 se znalosti, kdy končí paliativní péče ztotožňují s výsledky v práci Hany Prochové. Tyto rozdíly oproti výsledkům z mé práce můžeme přisuzovat buď demografické stránce, kde byli výzkumy prováděny, nebo došlo ke zlepšení

znalostí o paliativní péči mezi NLZP.

Z výše uvedených výsledků vyplývá, že většina NLZP má základní znalosti v oblasti paliativní péče, avšak stále existují určité mezery ve znalostech o paliativní péči. Zlepšení znalostí může být přínosem pro kvalitnější poskytování péče pacientům v jejich konečné fázi života a také pro jejich rodiny.

## **10 ZÁVĚR**

Bakalářské práce zkoumala problematiku paliativní péče z pohledu nelékařského zdravotnického personálu v intenzivní medicíně. Teoretická část práce se zaměřila na přiblížení konceptu paliativní péče a jeho vztahu k intenzivní péči, přičemž byly popsány základní principy, cíle a prvky paliativní péče. Praktická část se zaměřila na provedení kvantitativního dotazníkového šetření pomocí, jehož výsledky poskytly odpovědi na stanovené výzkumné otázky. Na základě získaných výsledků z dotazníkového šetření byly jednotlivé cíle naplněny.

Z analýzy dat vyplývá, že existují rozdíly v dostupnosti paliativních týmů ve vybraných nemocnicích, přičemž fakultní nemocnice vykazuje nejvyšší míru dostupnosti a spolupráce s těmito týmy.

Pokud jde o využívání podpůrných nástrojů na odděleních intenzivní péče, z výsledků vyplývá, že jejich použití není běžnou praxí.

Zároveň byl prokázán značný zájem nelékařského zdravotnického personálu o vzdělání v oblasti paliativní péče, přičemž vyšší zájem byl pozorován u jedinců s kratší dobou praxe, ale zájem o vzdělání projevuje i personál s delší pracovní zkušeností.

Znalosti nelékařského zdravotnického personálu v oblasti paliativní péče jsou dostatečné, ale existují určité mezery, zejména v oblasti konce poskytování paliativní péče.

### **10.1 Doporučení pro praxi**

Na základě výše uvedených výsledků, bych si dovolila uvést následující doporučení. Bylo by vhodné, aby měl personál možnost pravidelného vzdělávání v oblasti paliativní péče. To může být realizováno prostřednictvím pravidelných školení, online kurzů nebo mentorování od zkušenějších kolegů. Druhým doporučením je, že by nemocnice měly zvážit implementaci podpůrných nástrojů pro rozhodování a plánování péče u pacientů v terminálním stádiu onemocnění. Tyto nástroje mohou výrazně přispět ke snížení doby hospitalizace a kvalitě poskytovaných služeb.

### **10.2 Limity práce**

Výzkum byl prováděn kvantitativní metodou pomocí dotazníkového šetření, tento typ výzkumu může znamenat jistou limitaci, jakou je např. nízká návratnost dotazníků, nesrozumitelnost otázek nebo subjektivní či sociální žádoucí odpovědi. Další limitací této práce je fakt, že byly pozorovány rozdíly v dostupnosti paliativních týmů mezi jednotlivými typy nemocnic, bohužel už se výzkum nezabýval proč, zda je tomu tak na základě nedostatku

financí nebo nedostupnosti specializovaného personálu. Získaná data by tak mohla poskytnou základ pro další výzkum.

## 11 POUŽITÁ LITERATURA

- BUŽGOVÁ, R. 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada, 168 s. ISBN 978-80-247-5402-4.
- BAUDOIN, Colette D.; MCCAULEY, Aimee Jo a DAVIS, Alison H. 2022. New Graduate Nurses in the Intensive Care Setting. *Critical Care Nursing Clinics of North America*. [online]. [cit. 2024-04-20]. ISSN 08995885. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2021.11.007>.
- CHAKRABORTY, Anita a Kalli STILOS. 2023. The specialist palliative care team as a local resource. *Canadian Oncology Nursing Journal revue Canadienne de soins Infirmiers en oncologie* [online]. [cit. 2024-04-20]. ISSN 2368-8076. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9894364/pdf/conj-33-1-122.pdf>
- Cherny, Nathan; Fallon, Marie T.; Kaasa, Stein; Russell K. Portenoy et al. 2015. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Oxford University Press, 1254 s. ISBN: 978-0-19-965609-7
- DRÁBKOVÁ, Nikola. 2021 *Paliativní péče z pohledu všeobecných sester*. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Vedoucí práce Silvie Svobodová. Dostupné také z: <https://portal2.utb.cz/portal/studium/prohlizeni.html>
- DRÁBKOVÁ, Jarmila. 2021. Intenzivní medicína 21. století – významná, dynamická, perspektivní. *Medical Tribune*. [online]. [cit. 2024-04-20]. ISSN: 1214-8911. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/archiv/intenzivni-medicina-21-stoleti-vyznamna-dynamicka-perspektivni/>.
- DRÁBKOVÁ, J. a S. HÁJKOVÁ. 2018. *Následná intenzivní péče*. Praha: Mladá fronta, 608 s. ISBN 978-80-204-4470-7.
- DOWNAR, James; HUA, May a WUNSCH, Hannah. 2023. Palliative Care in the Intensive Care Unit: Past, Present, and Future. *Critical Care Clinics*. [online]. [cit. 2024-04-20]. ISSN 07490704. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2023.01.007>.
- ERVIN, Jennifer N.; KAHN, Jeremy M.; COHEN, Taya R. a WEINGART, Laurie R. 2018. Teamwork in the intensive care unit. *American Psychologist*. [online]. [cit. 2024-04-20]. ISSN 1935-990X. Dostupné z: <https://doi.org/10.1037/amp0000247>.
- FLIERMAN, Isabelle; GIETELING, Elske; VAN RIJN, Marjon; VAN GROOTVEN, Bastiaan; VAN DOORNE, Iris et al. 2023. Effectiveness of transmural team-based palliative care in prevention of hospitalizations in patients at the end of life: A systematic review and meta-analysis. *Palliative Medicine*. [online]. [cit. 2024-04-18]. ISSN 0269-2163. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/02692163221135616>.
- HENDL, J. 2023. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Páté, přepracované vydání. Praha: Portál, 496 s. ISBN 978-80-262-1968-2.
- HENSON, Lesley A.; MADDOCKS, Matthew; EVANS, Catherine; DAVIDSON, Martin; HICKS, Stephanie et al. 2020. Palliative Care and the Management of Common Distressing Symptoms in Advanced Cancer: Pain, Breathlessness, Nausea and Vomiting, and Fatigue. *Journal of Clinical* [online]. [cit. 2024-04-18]. ISSN 0732-183X. Dostupné z: <https://doi.org/10.1200/JCO.19.00470>.

- HUI, David; HANNON, Breffni L.; ZIMMERMANN, Camilla a BRUERA, Eduardo. 2018. Improving patient and caregiver outcomes in oncology: Team-based, timely, and targeted palliative care. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. [Online]. [cit. 2024-04-18]. ISSN 0007-9235. Dostupné z: <https://doi.org/10.3322/caac.21490>.
- KISVETROVÁ, Helena. 2018. Péče v závěru života. 149 s. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-496-8.
- KOPECKÝ, Ondřej a Kateřina RUSINOVÁ. 2022. ARS - Advance caRe planning and decision-making Supportive tool [online]. [cit. 2024-04-24]. Dostupné z: <https://www.med.muni.cz/media/3474727/ars.pdf>
- KUCHAŘOVÁ, Jana. 2022. *Problematika paliativní péče na jednotkách intenzivní a resuscitační péče*. Bakalářská práce. Opava: Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik v Opavě. Vedoucí práce: PhDr. Hana Heiderová, PhD. Dostupné z: <https://theses.cz/id/6ytaq8/>.
- LIU, Yu-Jing; WU, Li-Ping; WANG, Hong; HAN, Qing; WANG, Shu-Na et al. 2023. The clinical effect evaluation of multidisciplinary collaborative team combined with palliative care model in patients with terminal cancer: a randomised controlled study. *BMC Palliative Care*. [online]. [cit. 2024-04-18]. ISSN 1472-684X. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12904-023-01192-7>.
- MALÁSKA, J.; STAŠEK, J.; KRATOCHVÍL, M.; ZVONÍČEK, V. 2020. *Intenzivní medicína v praxi*. Praha: Maxdorf, 712 s. ISBN 978-80-7345-675-7.
- MERCADANTE, Sebastiano; GREGORETTI, Cesare a CORTEGIANI, Andrea. 2018. Palliative care in intensive care units: why, where, what, who, when, how. *BMC Anesthesiology*. [online]. [cit. 2024-04-20]. ISSN 1471-2253. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12871-018-0574-9>.
- National Consensus Project for Quality Palliative Care. 2018. *Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care*. 4th edition. Richmond, VA: National Coalition for Hospice and Palliative Care, 167 s. ISBN 978-0-692-17943-7.
- NEUKIRCHEN, Martin; METAXA, Victoria a SCHAEFER, Maximilian S. 2023. Palliative care in intensive care. *Intensive Care Medicine*. [online]. [cit. 2024-04-20]. ISSN 0342-4642. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s00134-023-07260-z>.
- Paliativní péče v nemocnici. *Centrum paliativní péče* [online]. [cit. 2024-04-20]. Dostupné z: <https://paliativnicentrum.cz/kurzy/paliativni-pece-v-nemocnici>
- PECHOVÁ, K.; LEJSAL, M. a kol. 2020. *Paliativní péče v rezidenčních službách se zaměřením na uživatele seniorského věku*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 206 s. ISBN 978-80-88361-01-5.
- PROCHOVÁ, Hana. 2020. *Znalosti sester v oblasti paliativní péče na vybraných pracovištích FN Brno*. Bakalářská práce. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce: Mgr. Jiřina Večeřová. Dostupné z: <https://theses.cz/id/3xlkty/>.
- PUNTILLO, Kathleen; NELSON, Judith Eve; WEISSMAN, David; CURTIS, Randall; WEISS, Stefanie et al. 2014. Palliative care in the ICU: relief of pain, dyspnea, and thirst--a report from the IPAL-ICU Advisory Board. *Intensive Care Medicine* [online]. [cit. 2024-04-18]. ISSN: 0342-4642. <https://doi.org/10.1007/s00134-013-3153-z>

SLÁMA, O. a L. KABELKA. 2022. *Paliativní medicína pro praxi*. 3., přepracované a rozšířené vydání. Praha: Galén, 352 s. ISBN 978-80-7492-627-3.

ŠEBLOVÁ, J. a J. KNOR. 2018. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. 2., doplněné a aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing, 492 s. ISBN 978-80-271-0596-0.

Švancara J., Sláma O., Kabelka L., Jarkovský J., Klika P., Loučka M., Komenda M., Dušek L. 2016. Národní datová základna paliativní péče Praha: Ústav zdravotnických informací ČR. [online]. [cit. 2024-4-25] Dostupné z: <https://www.paliativnidata.cz>.

ŠEVČÍK, P. a MATĚJOVIČ, Ma. a kol. 2014. *Intenzivní medicína*. 3., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Galén 1195 s. ISBN 978-80-7492-066-0.

World health organization, 2002. *Palliative care*. [online]. [cit. 2024-04-20]. Dostupné z: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>.

World health organization, 2020. *Palliative care*. [online]. [cit. 2024-04-20]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.

Yan, G., & Ning, X. H. 2023. Zhongguo yi xue ke xue yuan xue bao. Acta Academiae Medicinae Sinicae [online]. [cit. 2024-04-18]. ISSN: 1000-503X. <https://doi.org/10.3881/j.issn.1000-503X.15812>.

ZADÁK, Z. a HAVEL, E. 2017. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. 2., doplněné a přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 448 s. ISBN 978-80-271-0282-2.

## 12 PŘÍLOHY

Příloha A Dotazník (AUTOR).....	65
Příloha B <i>ARS – Advance caRe planing and decision making Supportive tool</i> (Kopecký, Rusinová2022).....	72
Příloha C Škála hodnocení závažnosti symptomů (Sláma,2022) .....	74

**Příloha A** Dotazník (AUTOR)

Dobrý den,

Jmenuji se Natálie Kratěnová a jsem studentkou 3. ročníku oboru Zdravotnické záchranářství na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku, který mi bude cenným zdrojem informací pro mou bakalářskou práci na téma "Paliativní péče z pohledu nelékařského zdravotnického personálu v intenzivní medicíně". Vyplnění dotazníku zabere zhruba 15 minut Vašeho času a Vaše účast je klíčová pro úspěšné dokončení mého výzkumu. Dotazníkové šetření je zcela anonymní a jeho výsledky budou sloužit pouze pro výzkum již zmíněné bakalářské práce. V případě zájmu mě můžete kontaktovat na email [kratenovanatalie@gmail.com](mailto:kratenovanatalie@gmail.com).

Předem děkuji za Vaši ochotu a spolupráci.

- 1) Je na Vašem oddělení dostupná paliativní péče pro pacienty v terminální stádiu onemocnění?
  - a) Ano
  - b) Ne
  - c) Nevím

*Pokud jste vybral/a odpověď ano, prosím, odpovězte na otázku č. 2.*

*Pokud jste vybral/a odpověď ne, prosím, pokračujte na otázku č. 3.*

- 2) Zapojují Vás lékaři do rozhodovacího procesu o zahájení paliativní péče?
  - a) Ano
  - b) Ne
- 3) Jak často se setkáváte s pacienty na Vašem oddělení, kteří potřebují paliativní péči?
  - a) Více než 4x za měsíc
  - b) 3-4x za měsíc
  - c) 1-2x za měsíc
  - d) 1-2x za 3 měsíce
  - e) 1-2x za 6 měsíce
  - f) Pouze výjimečně 2-3x do roka
  - g) Prozatím nikdy

- 4) Používáte na Vašem oddělení podpůrný nástroj/manuál pro plánování péče u pacientů s pokročilým závažným onemocněním?
- a) Ano
  - b) Ne
  - c) Nevím

*Pokud jste vybral/a odpověď ano, prosím, odpovězte na otázku č. 5.*

*Pokud jste vybral/a odpověď ne, prosím, pokračujte na otázku č. 6.*

- 5) Jaký podpůrný nástroj na svém oddělení používáte?
- a) ARS ((*Advance caRe planning and decision-making Supportive tool*)
  - b) Na oddělení používáme průvodce budoucí péčí (*projekt centra paliativní péče 2021*)
  - c) Na oddělení máme vytvořený vlastní manuál pro plánování péče u pacientů s pokročilým závažným onemocněním
  - d) Nepoužíváme žádný
- 6) Je ve Vaší nemocnici dostupný paliativní tým a probíhá vzájemná spolupráce s tímto týmem?
- a) Ano je, spolupráce probíhá
  - b) Ano je, spolupráce neprobíhá
  - c) Ne není
  - d) Nevím

*Pokud jste vybral/a odpověď Ano je, spolupráce probíhá, prosím, pokračujte otázkou č. 8.*

*Pokud jste vybral/a odpověď Ano je, spolupráce neprobíhá, prosím, odpovězte na otázku č. 7 a poté pokračujte otázkou č. 10.*

*Pokud jste vybral/a odpověď Ne není nebo Nevím, prosím, pokračujte otázkou č. 12.*

- 7) Pokud jste vybral/vybrala odpověď za b. Ano je, spolupráce neprobíhá, uveďte proč?

.....  
.....  
.....

- 8) Pokud ano, jak často využíváte služeb paliativního týmu?
- a) Více než 4x za měsíc
  - b) 3-4x za měsíc
  - c) 1-2x za měsíc
  - d) 1-2x za 3 měsíce
  - e) 1-2x za 6 měsíce
  - f) Pouze výjimečně 2-3x do roka
  - g) Prozatím nikdy
- 9) V jakých konkrétních případech nejčastěji využíváte služeb paliativního týmu? (Lze vybrat více možností)
- a) Dochází-li k zahájení paliativní péče
  - b) Léčba bolesti
  - c) Léčba symptomů onemocnění (např. dušnost, zvracení)
  - d) Při obtížné komunikaci s pacientem a jeho blízkými
  - e) V poskytování podpory v duchovní oblasti u pacientů a jejich blízkých
- 10) Jaké dny v týdnu je k dispozici paliativní tým ve Vaší nemocnici? (Lze vybrat více možností)
- a) Pondělí
  - b) Úterý
  - c) Středa
  - d) Čtvrtek
  - e) Pátek
  - f) Sobota
  - g) Neděle
- 11) Jak dlouho ve Vaší nemocnici funguje paliativní tým?
- a) Méně než 1 rok
  - b) 1-5 let
  - c) 5-10 let
  - d) 10 let a více
  - e) Nevím

12) Kdo je členem paliativního týmu? (Lze vybrat více možností)

- a) Lékař
- b) Kaplan
- c) Fyzioterapeut
- d) Sestra
- e) Ergoterapeut
- f) Nutriční terapeut
- g) Sociální pracovník
- h) Vedoucí lékař
- i) Logoped
- j) Psycholog
- k) Farmaceut

13) Jaký je hlavní cíl paliativní péče?

- a) Dosáhnout co nejrychlejšího umírání pacienta
- b) Udržet pacienta co nejdéle při životě
- c) Dopřát nemocnému s nevléčitelným onemocněním a jeho příbuzným co nejlepší kvalitu života s včasným řešením přidružených obtíží a zachování důstojnosti pacienta
- d) Uzdravení pacienta a navrácení do běžného života
- e) Dopřát nemocnému s nevléčitelným onemocněním a jeho příbuzným co nejlepší kvalitu života
- f) Léčba bolesti

14) Jak byste charakterizoval/a okamžik, kdy paliativní péče končí? (Lze vybrat více možností)

- a) Dojde-li k úmrtí pacienta
- b) Je-li poskytnuta veškerá potřebná péče pacientovi a jeho příbuzným
- c) Je-li péče odmítnuta ze strany rodiny
- d) Je-li péče odmítnuta ze strany pacienta
- e) Je-li stanoveno terminální stádium nemoci
- f) Je-li dosaženo stanovených cílů péče
- g) Dojde-li k ukončení kurativní léčby
- h) Je-li poskytnuta psychosociální a spirituální podpora

15) Kdo podle Vás může nejlépe upozornit na potřebu paliativní péče u pacienta na Vašem oddělení?

- a) Vrchní sestra
- b) Všeobecná sestra
- c) Staniční sestra
- d) Praktická sestra
- e) Zdravotnický záchranář
- f) Lékař
- g) Pacient
- h) Rodina pacienta
- i) Student
- j) Fyzioterapeut

16) Jakými onemocněními se na Vašem oddělení nejčastěji zabýváte při poskytování paliativní péče? (Lze vybrat více možností)

- |                                  |                                |
|----------------------------------|--------------------------------|
| a) Nádorové onemocnění           | j) Jaterní fibróza             |
| b) Demence                       | k) Jaterní cirhóza             |
| c) Roztroušená skleróza          | l) Onemocnění ledvin           |
| d) Parkinson                     | m) Polymorbiditou              |
| e) Imobilizační syndrom po CMP   | n) Crohnova choroba            |
| f) Chronické srdeční selhání     | o) Astma                       |
| g) CHOPN                         | p) AIDS                        |
| h) Intersticiální plicní procesy | q) Jiné: .....                 |
| i) Plicní fibróza                | r) Nevyužíváme paliativní péči |

17) Myslíte si, že je paliativní péče na JIP/ARO užitečná a důležitá?

- a) Souhlasím
- b) Spíše souhlasím
- c) Nevím
- d) Spíše nesouhlasím
- e) Nesouhlasím

18) Jakým způsobem jste se dozvěděl/a o paliativní péči?

- a) V rámci výuky na SŠ, VOŠ, VŠ
- b) V rámci působení na pracovišti
- c) V rámci vzdělávacího kurzu  
Samostudiem, vlastním zájmem
- d) Neznám pojem paliativní péče

19) Máte zájem se vzdělávat v oblasti paliativní péče?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím
- d) Spíše ne
- e) Ne

20) Zúčastnil/a jste se někdy kurzu zaměřeného na paliativní péči?

- a) Ano
- b) Ne, nemám zájem
- c) Ne, ale mám zájem

21) Jakého jste pohlaví?

- a) Žena
- b) Muž
- c) Jiné

22) V jaké nemocnici pracujete? (V případě že pracujete ve více nemocnicích, vyplňujte pouze za nemocnici, kde se nyní nacházíte.)

- a) Fakultní nemocnice
- b) Krajská nemocnice
- c) Oblastní nemocnice

23) Na jakém oddělení pracujete? (V případě že pracujete na vícero oddělení, vyplňujte pouze za oddělení, kde se nyní nacházíte.)

- a) ARO
- b) Chirurgická JIP
- c) Interní JIP
- d) Neurologická JIP

24) Uveďte dobu Vaší praxe na oddělení?

- a) 0-10 let
- b) 11-20 let
- c) 21-30 let
- d) 30 let a více

25) Na jaké pracovní pozici pracujete?

- a) Praktická sestra
- b) Všeobecná sestra
- c) Zdravotnický záchranář
- d) Staniční sestra
- e) Vrchní sestra

**Příloha B ARS – Advance caRe planing and decision making Supportive tool (Kopecký, Rusinová2022)**

<b>ARS - Advance caRe planing and decision making Supportive tool</b> Podpurný nástroj při (rozhodování o péči a) plánování péče u pacientů s pokročilým závažným onemocněním	Pacient – věk, pohlaví		Datum vyplnění ARS				
	Identifikace oddělení		Den hospitalizace	D0	D1	D2	D3

**1 - HODNOCENÍ KLINICKÉHO STAVU PACIENTA** – zaškrtněte v každém sloupci jeden parametr

CHRONICKÁ MORBIDITA	CELKOVÝ FUNKČNÍ STAV DLOUHODOBÝ (ECOG / PS)	OČEKÁVANÁ DOBA DOŽITÍ (při chronických morbiditách a věku)	AKTUÁLNÍ KLINICKÝ STAV
Bez závažných morbidit	0 – plně aktivní, výkonnost bez omezení	Roky – desítky let	Bez závažné orgánové dysfunkce
Stabilní izolované onemocnění	1 – soběstačný, s mírným omezením výkonnosti	Měsíce – roky	Izolované akutní orgánové selhávání / dysfunkce
Multimorbidity (≥2 závažná onemocnění)	2 – soběstačný, neschopen práce, více než 50 % denní doby mimo lůžko	Týdny – měsíce	Akutní dysfunkce více orgánových systémů
Konečné stádium závažné choroby	3 – nutná pomoc při sebed péči, více než 50% denní doby na lůžku	Dny - týdny	Akutní selhání více orgánových systémů
Přístrojová závislost dlouhodobá (UPV, dialýza, srdeční podpora apod.)	4 – zcela odkázán na péči, na lůžku trvale	Nelze odhadnout	Refrakterní orgánové selhání

**2 - OČEKÁVÁNÍ A PREFERENCE PACIENTA (NELZE-LI ZJISTIT, PAK OSOBY BLÍZKÉ)** - zaškrtněte vyhovující, můžete zaškrtnout i více možností, případně doplnit

ÚZDRAVA	OBNOVENÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU před současným zhoršením	STABILIZACE STAVU i se snížením výkonnosti	ZMÍRNĚNÍ SYMPTOMŮ pokročilého onemocnění	UDRŽENÍ SOBĚSTAČNOSTI	NÁVRAT DO DOMÁČÍHO PROSTŘEDÍ	DŮSTOJNÝ ZÁVĚR ŽIVOTA	NEJASNÉ, EVENT. NEDOKÁŽE FORMULOVAT
JINÉ: .....							

**3 – HLAVNÍ DOSAŽITELNÝ EFEKT LÉČBY (Z POHLEDU LÉKAŘE)** - zaškrtněte realisticky dosažitelný efekt léčby, můžete zaškrtnout i více možností

ÚZDRAVA	OBNOVENÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU před současným zhoršením	STABILIZACE ORGÁNOVÉ FUNKCE i se snížením výkonnosti	ZMÍRNĚNÍ SYMPTOMŮ pokročilého onemocnění	JINÉ .....			
<b>PRAVDĚPODOBNOST DOSAŽENÍ označeného efektu léčby</b> – zaškrtněte svůj expertní lékařský odhad				VYSOKÁ	STŘEDNÍ	NÍZKÁ	NEJISTÁ (terapeutický pokus)

**4 - DOMLUVENÝ CÍL PÉČE** - запиšte cíl, ke kterému směřuje léčba, můžete zaškrtnout více možností, případně doplnit

ÚZDRAVA	OBNOVENÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU před současným zhoršením	STABILIZACE STAVU i se snížením výkonnosti	ZMÍRNĚNÍ SYMPTOMŮ pokročilého onemocnění	UDRŽENÍ SOBĚSTAČNOSTI	NÁVRAT DO DOMÁČÍHO PROSTŘEDÍ	DŮSTOJNÝ ZÁVĚR ŽIVOTA	JINÉ .....
---------	---	--	--	-----------------------	------------------------------	-----------------------	------------

5 - KOMUNIKACE O CÍLI A PLÁNU PÉČE – zaškrtněte platnou alternativu, případně více platných možností		
CÍL, PLÁN A PŘIMĚŘENOST PÉČE Jakým způsobem bylo stanoveno?	VŮLE A PREFERENCE PACIENTA Jak projevil pacient svou vůli?	ROZSAH KOMUNIKACE Kterých oblastí se týkalo vyjádření vůle a preference pacienta nebo osoby blízké?
Konsensus lékaře a pacienta	Vyjádření kompetentního pacienta	
Konsensus lékaře a zástupce pacienta	Dříve vyslovené přání	Cíl péče
Konsensus oš. lékařů, event. konzilia	Osoba určená pacientem k zástupnému rozhodování	Plán péče
Rozhodnutí oš. lékaře	Osoba blízká oprávněná bez výslovného určení pacientem k zástupnému rozhodování	Limitace péče
Jiné: (např. další osoby, které se podílely na rozhodování) .....	Vůle pacienta nebyla zjištěna – zdůvodněte: .....	Zde můžete doplnit komentář: .....

6 - AKTUÁLNÍ STANOVENÁ PÉČE – zaškrtněte platnou alternativu						
INDIKOVANÁ PÉČE Jaký typ je aktuálně indikovaný?	JIP + přístrojová podpora	JIP	Standard	Péče v závěru života		
LIMITACE PÉČE Je aktuálně nastaven limit péče?	Plná péče bez limitu	DNR	DNI	ne JIP	ne operace	Jiné .....

7 - DALŠÍ PÉČE – zvažte, co můžete pro pacienta ještě udělat						
konzultace paliativního týmu	plán péče pro zhoršení	medikace symptomů	sos medikace	kommunikace s pacientem nebo rodinou	psychologická nebo spirituální péče	Jiné

<b>ARS – REEVALUACE 1</b>	Identifikace oddělení	Datum vyplnění vstupního ARS
---------------------------	-----------------------	------------------------------

PŘEHODNOCENÍ INDIKOVANÉ PÉČE	DATUM	DOBA OD PŘEDCHOZÍHO STANOVENÍ				
		do 24 hod.	do 48 hod.	do 72 hod.	do týdne	> týden

<b>Zhodnocení klinického průběhu</b> Napište stručný komentář						
<b>Stanovení nového cíle péče</b> Formulujte nový cíl						
<b>Komunikace – o čem?</b> Zaškrtněte, na čem jste s pacientem dohodli	Cíl péče	Rozsah péče	Limitace péče	<b>Komunikace – s kým?</b> Zaškrtněte platné	Pacient	Zástupce pacienta
<b>Stanovení přiměřené péče</b> Jak byl stanoven postup? Zaškrtněte platné	Konsensus lékaře a pacienta	Konsensus lékaře a zástupce pacienta	Konsensus oš. lékařů	Rozhodnutí oš. lékaře	Jiné .....	
<b>Limitace péče</b> Jaký je aktuální (nový) limit péče?						

DALŠÍ PÉČE – zvažte, co můžete pro pacienta ještě udělat						
konzultace paliativního týmu	plán péče pro zhoršení	medikace symptomů	sos medikace	kommunikace s pacientem nebo rodinou	psychologická nebo spirituální péče	jiné ?

## Škála hodnocení závažnosti symptomů

Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS)

Označte prosím číslo, které nejlépe vyjadřuje, jak se cítíte právě NYNÍ :

žádná bolest	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší představitelná bolest
žádná únava	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší představitelná únava
žádná ospalost	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší představitelná ospalost
žádná nevolnost	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší představitelná nevolnost
žádné nechutenství	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší představitelné nechutenství
žádná dušnost	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší představitelná dušnost
žádná deprese	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší představitelná deprese
žádná úzkost	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší představitelná úzkost
maximální celková pohoda	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	naprostá nepohoda
další problémy (např. zácpa)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší představitelná
<b>Závažnost symptomu</b>	<b>nízká</b>			<b>střední</b>				<b>vysoká</b>				
Celkové ESAS skóre = součet hodnot pro jednotlivé symptomy												

Jméno pacienta:

vyplněno (vyber):

Datum:

Čas:

pacientem

pečující osobou

zdravotníkem