

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Nutriční specialista



Mgr. et Bc. Daniela Zedníková

Výživa v paliativní péči

Nutrition in Palliative Care

Diplomová práce

Vedoucí závěrečné práce:
MUDr. Ondřej Sláma, Ph.D.

Konzultant:
Mgr. Jiří Borík

Praha, 2020

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citoval všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze 15. 11. 2020

DANIELA ZEDNÍKOVÁ

.....
Podpis

Identifikační záznam:

ZEDNÍKOVÁ, Daniela. *Výživa v paliativní péči. [Nutrition in Palliative Care]*. Praha, 2020. Počet stran 97, počet příloh 5. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, IV. interní klinika 1. LF UK a VFN v Praze. Vedoucí závěrečné práce Sláma, Ondřej.

PODĚKOVÁNÍ

Velmi děkuji vedoucímu práce MUDr. Ondřeji Slámovi, Ph.D., za odborné vedení, podněty i inspiraci k tématu a konzultantovi Mgr. Jiřímu Borikovi za cenné rady, iniciativu a připomínky při zpracování mé diplomové práce. Dále děkuji Mgr. Libuši Pokorné za praktickou podporu i posilu. V neposlední řadě děkuji všem zařízením, která se zúčastnila mého výzkumného šetření, protože bez jejich spolupráce by tato práce nemohla vzniknout.

ABSTRAKT

Práce pojednává o výživě v paliativní péči. Hlavním cílem je uvést do problematiky výživy v paliativní péči, pomoci ke komplexnímu vnímání souvislostí i aplikaci paliativního přístupu v nutriční péči. Cílem je monitorovat a zkoumat současný stav výživy v zařízeních poskytujících paliativní péči v České republice. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část je zaměřena na problematiku paliativní péče, výživu i hydrataci. Praktická část obsahuje cíle práce, hypotézy a výzkumné šetření s vyhodnocením a analýzou získaných dat. Byly stanoveny dvě hypotézy, které byly vyhodnoceny.

Z metodologického hlediska byla použita kombinace několika výzkumných metod kvantitativního charakteru. Jako prostředek k získání dat bylo využito šetření formou internetového dotazování zaslané na management jednotlivých zařízení poskytujících paliativní péči v ČR. Získané údaje byly zpracovány pomocí standardních statistických metod. Za použití procedur deskriptivní statistiky formou analýzy získaných výsledků, zejména s využitím absolutní a relativní četnosti. Celkem bylo distribuováno 97 dotazníků. 18 dotazníků do zařízení lůžkových hospiců, 70 dotazníků do mobilních hospiců a 9 do zařízení s lůžky hospicového typu. Vrátilo se 53 platných dotazníků, které byly analyzovány.

Na základě uskutečněného výzkumu se potvrdila stanovená hypotéza, že většina lůžkových zařízení má vlastní stravovací provoz. Rovněž se potvrdila hypotéza, že většina zařízení nevyužívá služeb nutričního terapeuta. Nutričního terapeuta pracujícího na plný úvazek nevedl ani jeden lůžkový či mobilní hospic. Nutričního terapeuta pracujícího na částečný úvazek uvedlo pouze 8 % lůžkových a 3 % mobilních hospiců. Co se týká komunikace ohledně stravy s pacientem, tak zařízení poskytující paliativní péči uvedla na 1. místě lékaře a na 2. místě zdravotní sestry. Pouze 17 % lůžkových hospiců a 14 % mobilních hospiců uvedlo, že má podrobně zpracovanou metodiku zajištění výživy a nutriční péče o pacienty/klienty vč. jednoznačně určujících kompetencí jednotlivých odborností. 50 % lůžkových a 43 % mobilních hospiců uvedlo, že vychází pouze z místních zvyklostí a obecné legislativy.

Po zhodnocení získaných výsledků z výzkumného šetření lze říci, že zajištění výživy v paliativní péči má značné nedostatky, které je nutné řešit. Zapojení nutričních terapeutů/specialistů do paliativní péče v České republice by mohlo vést k významnému zkvalitnění výživy i poskytování nutriční péče pacientům/klientům.

Klíčová slova: paliativní péče, výživa, hydratace, nutriční specialista, individuální plán péče

ABSTRACT

This thesis deals with nutrition in palliative care. The main aim is to introduce the issue of nutrition in palliative care, to help with a comprehensive perception of the context and the application of a palliative approach in nutritional care. The aim is to monitor and examine the current state of nutrition in facilities providing palliative care in the Czech Republic. The work is divided into theoretical and practical part. The theoretical part is focused on the issues of palliative care, nutrition and hydration. The practical part contains the objectives of the work, hypotheses and research with evaluation and analysis of the obtained data. There were two hypotheses established and evaluated.

From a methodological point of view, a combination of several research methods of a quantitative nature was used. As a means of obtaining data, the use of the survey in the form of an internet survey was sent to the management of individual facilities providing palliative care in the Czech Republic. The obtained data were processed using standard statistical methods. Using descriptive statistics procedures in the form of analysis of the obtained results, especially with the use of absolute and relative frequency. The total number of 97 questionnaires were distributed. 18 questionnaires for hospices, 70 questionnaires for mobile hospices and 9 for palliative care department. 53 valid questionnaires were returned and analyzed.

Based on the research, the established hypothesis was confirmed that most inpatient facilities have their own catering operation. The hypothesis that most facilities do not use the services of a dietitian was also confirmed. Not a single hospice or mobile hospice mentioned a dietitian working full time. Only 8 % of hospices and 3 % of mobile hospices reported a part-time dietitian. Regarding the communication about nutrition with the patient, the facility providing palliative care listed the doctor in the 1st place and the nurse in the 2nd place. Only 17 % of hospices and 14 % of mobile hospices stated that they have a detailed methodology for providing nutrition and nutritional care for patients/clients, incl. clearly defining competencies of individual specialties. 50 % of hospices and 43 % of mobile hospices stated that they are based only on local customs and general legislation.

After evaluating the results obtained from the research survey, it can be said that the provision of nutrition in palliative care has significant shortcomings that need to be solved. The involvement of dietitians in palliative care in the Czech Republic could lead to a significant improvement in nutrition and the provision of nutritional care to patients/clients.

Key words: palliative care, nutrition, hydration, dietitian, individual care plan

Obsah

1	ÚVOD	9
2	PALIATIVNÍ PÉČE	11
2.1	Pojem paliativní péče	11
2.1.1	Principy a cíle paliativní péče	13
2.1.2	Kvalita života a aspekty výživy	14
2.1.3	Komunikace	15
2.2	Priority a potřeby umírajících	16
2.3	Fáze nevléčitelného onemocnění	17
2.4	Obecná a specializovaná paliativní péče	21
2.4.1	Poskytování paliativní péče v ČR	22
2.4.2	Paliativní péče v Evropě	24
3	VÝŽIVA A HYDRATACE V PALIATIVNÍ PÉČI	26
3.1	Indikace, prognóza a plán péče	27
3.2	Multidisciplinární spolupráce	30
3.3	Role nutričního specialisty v paliativní péči	32
3.4	Změny související s výživou a metabolismem	35
3.5	Nutriční péče	40
3.5.1	Možnosti nutriční podpory	40
3.6	Vybrané symptomy, jevy a problémy ovlivňující stav výživy	45
3.6.1	Bolest	46
3.6.2	Péče o dutinu ústní	47
3.6.3	Obtíže s polykáním	48
3.6.4	Změna chuti a čichu	49
3.6.5	Nechutenství, nauzea a zvracení	50
3.6.6	Malnutrice, anorexie, kachexie	52

3.6.7	Hydratace	53
3.6.8	Problémy při vyprazdňování.....	56
4	VÝZKUMNÁ ČÁST	60
4.1	Cíle práce a hypotézy	60
5	METODIKA PRÁCE	61
5.1	Výzkumný soubor	61
5.2	Organizace výzkumu.....	64
5.3	Metody výzkumu	64
5.4	Analýza dat.....	66
6	VÝSLEDKY A ANALÝZA DAT	67
7	DISKUZE	93
8	ZÁVĚR	97
9	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	98
10	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	100
	Seznam obrázků.....	104
	Seznam tabulek	105
	Seznam grafů	106
	Přílohy.....	108

1 ÚVOD

"Budiž srdce šťastné nebo trpící, vždy potřebuje ještě jedno k sobě." (Božena Němcová)

Jako téma diplomové práce jsem zvolila výživu v paliativní péči. Potrava je základní lidskou potřebou, nedílnou součástí ošetrovatelské péče a možný prostředek zvyšující kvalitu života. V paliativní péči nabývá pojetí výživy i nutriční péče zcela jiného rozměru. Zjistíte bude mít nutriční péče v paliativě zcela jiná specifika než v léčbě kurativní. Důraz je kladen na eliminaci zdravotních obtíží a na přání pacienta/klienta. Přístup k pacientům v paliativní péči by měl být multidisciplinární, aktivní, kvalifikovaný, celostní, lidský a zejména individualizovaný. Paliativní péče by měla být zaměřena na zvyšování kvality života pacientů a jejich rodin. Jídlo, kromě nutriční funkce, může pacientům/klientům poskytovat smyslovou a společenskou realizaci, autonomii, spokojenost a naplnění potřeby (Sláma et al., 2011).

V oblasti výživy se pohybuji jako nutriční terapeut přes deset let a v samotné paliativní péči přes pět let. Víím, jak je otázka výživy důležitá a jak může ovlivňovat kvalitu života jedince. Za ta léta jsem se při působení v hospici setkala se stovkami možná i tisíci pacientů/klientů a načerpala mnoho osobních poznatků tváří v tvář. Proto jsem si zvolila toto téma, neboť mi není výživa v paliativní péči lhostejná.

I když paliativa není problematikou určitého věku, nejvíce zastoupenou věkovou skupinou v ní jsou senioři. Vzhledem k rostoucí délce dožití, stoupajícímu počtu seniorů v populaci v ČR a stejně tak navyšujícímu se počtu onkologických pacientů je kvalitní paliativní péče otázkou současnosti, ale i budoucnosti. *“Podle věku se bude nejvýrazněji měnit seniorská skupina osob. V roce 2001 činil její podíl na celkové populaci 13,9 %, do roku 2017 narostl na 19,2 % a v roce 2050 by měla představovat 28,6 %.”* (ČSÚ, 2019). Národní onkologický registr ČR uvádí rostoucí počet hlášených onkologických případů. Jako hlavní důvody rostoucí absolutní incidence uvádí stárnutí populace a možné vlivy s vyšším výskytem fyzikálních a chemických karcinogenů, které jsou způsobeny znečištěním životního prostředí a změnami životního stylu (NOR, 2019).

Výše zmíněné, bude pravděpodobně i nadále významným demografickým trendem, a to ve všech zemích Evropské unie, Českou republiku nevyjímaje. Proto je nutné se již dnes s výhledem na potřeby současnosti i budoucnosti přizpůsobit těmto potřebám. Obecně roste zájem o problematiku stárnutí i paliativní péče. Lze předpokládat, že bude vyvíjen tlak společnosti i erudovaných odborníků na dostupnou a kvalitně poskytovanou paliativní péči, do které bezesporu výživa a nutriční péče patří. Tyto aspekty byly dalším důvodem k volbě tématu diplomové práce. Paliativní péče se v podmínkách České republiky rozvíjí intenzivně až v posledních letech (Kalvach, 2019).

Hlavním cílem mé práce je uvést do problematiky výživy v paliativní péči, pomoci ke komplexnímu vnímání souvislostí i aplikaci paliativního přístupu v nutriční péči. Cílem je monitorovat a zkoumat současný stav výživy v paliativní péči v zařízeních na území České republiky, poznat objektivní realitu a hodnotit je jako celek, ze kterého je možné vyvodit závěry. Je zřejmé, že zajišťování výživy v lůžkových či mobilních zařízeních poskytujících paliativní péči má své limity, ale vždy se dá najít společný kompromis. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části nastíním komplexně problematiku paliativní péče, výživy i hydratace. Praktická část obsahuje cíle práce, hypotézy a výzkumné šetření s vyhodnocením a analýzou získaných dat. Součástí je diskuze a závěr spolu s implikací výsledků pro praxi. Vzhledem k tomu, že výzkum tohoto zaměření a rozsahu nebyl ještě v České republice uskutečněn, neměla jsem se o co opřít, z čeho vycházet ani s čím porovnávat. Relativní nedostatek vědeckého výzkumu v paliativní péči lze vysvětlit mimo jiné specifickými faktory, které omezují výzkumnou práci v dané problematice i u této skupiny pacientů (Council of Europe, 2003).

Byla bych velmi ráda, kdyby tato práce posloužila i k dalším navazujícím krokům ke zlepšení výživy v paliativě. Práci chci věnovat všem, kteří mají o výživu v paliativní péči zájem, anebo hledají odpovědi.

2 PALIATIVNÍ PÉČE

Hlavním cílem práce je uvést do problematiky výživy v paliativní péči, pomoci ke komplexnímu vnímání souvislostí i aplikaci paliativního přístupu v nutriční péči. Pro správný přístup k výživě a nutriční podpoře pacientů/klientů, je nezbytné pochopit principy a cíle paliativní péče. Stejně tak priority a potřeby umírajících. Důležité je seznámit se s jednotlivými fázemi nevléčitelného onemocnění, protože všechny tyto aspekty jsou zcela zásadní pro správnou a adekvátní výživu i nutriční podporu nemocných. Pro samotnou realizaci, má svou nezastupitelnou úlohu správná komunikace s pacientem a jeho blízkými. Z tohoto důvodu tato práce rovněž pojednává komplexně o aspektech, které mají přímý vztah k výživě v paliativní péči. Paliativní péče je kombinací dvou přístupů, prvním je moudré a poučené doprovázení (blízkost, komunikace, psychoterapie), druhý přístup představuje lékařská intervence a léčba symptomů. Paliativní péče může být poskytována v různých fázích nemoci. Její časná indikace a společné působení s prvky kurativní léčby, může vést nejen ke zvýšení kvality, ale také prodloužení života nemocného (Kalvach, 2019; Pinto, Pereira, Campos & Thompson, 2016)

Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících“ vyzývá v bodě 9.1.1., necht' členské státy Rady Evropy zajistí, aby paliativní péče byla uznána jako právní nárok jednotlivce ve všech členských státech (Council of Europe, 1999).

2.1 Pojem paliativní péče

Některé vybrané definice paliativní péče o dospělé i děti:

„Paliativní péče je přístup, který zlepšuje kvalitu života pacientů a jejich rodin, které čelí problému spojenému s život ohrožujícím onemocněním, a to prostřednictvím prevence a úlevy od utrpení prostřednictvím včasné identifikace a dokonalého posouzení a léčby bolesti a dalších problémů, fyzických, psychosociálních a duchovních.“ (WHO, 2002)

„Paliativní péče je aktivní péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stadiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání a udržet co nejvyšší kvalitu života.“ (Sláma et al., 2011, s. 25)

„Paliativní péči se rozumí cílevědomá, ucelená (komplexní) kvalifikovaná podpora lidí se závažným, příčinně nevléčitelným a život zkracujícím onemocněním (zdravotním stavem) a podpora jejich rodin.“ (Kalvach, 2019 s. 14)

„Paliativní péče o děti představuje zvláštní, i když úzce související oblast paliativní péče dospělých. Paliativní péče o děti je aktivní celková péče o tělo dítěte, mysl a ducha, a také zahrnuje poskytování podpory rodině.“ (WHO, 1998)

Definice paliativní péče dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů zahrnuje paliativní péči v § 5 jako druh zdravotní péče a definuje ji takto: *„Paliativní péče, jejímž účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevyléčitelnou nemocí.“* § 10 definuje zdravotní péči poskytovanou ve vlastním sociálním prostředí pacienta: *„domácí péče, kterou je ošetrovatelská péče, léčebně rehabilitační péče nebo paliativní péče.“* A v § 44a definuje a specifikuje hospic: *„Hospicem se rozumí poskytovatel, který poskytuje zdravotní služby nevyléčitelně nemocným pacientům v terminálním stavu ve speciálních lůžkových zdravotnických zařízeních hospicového typu nebo ve vlastním sociálním prostředí pacienta. Hospic pacientům a jejich osobám blízkým zpravidla poskytuje i další navazující služby podle jiných právních předpisů.“*

Paliativní péče je poskytována pacientům/klientům všech věkových kategorií, mladším lidem stejně jako starším nebo dětem. Nezávisle na místě, kde se pacient nachází.

Léčba by měla být orientována na kvalitu života, účinnou léčbu symptomů a psychosociální podporu. Výživu spolu s nutriční péčí můžeme pokládat za ukazatel kvality profesionálně poskytované péče i opravdový zájem jednotlivých zařízení poskytujících paliativní péči o pacienta/klienta (Sláma et al., 2011, Preedy, 2011).

Cílová skupina pacientů, indikovaných pro paliativní péči, je diagnosticky široká. Jedná se nejčastěji o onkologická onemocnění; nevratné multiorgánové selhávání; imobilizační syndromy po cévních mozkových příhodách (často provázeny poruchou vědomí a rozvojem dekubitů); neurodegenerativní onemocnění typu roztroušené sklerózy, Parkinsonovy nemoci, demence, ALS; polymorbidní geriatrické pacienty; konečná stádia chronického srdečního selhání; myopatií; CHOPN; jaterní cirhózy; onemocnění ledvin; pokročilá stádia AIDS a pacienty v perzistentním vegetativním stavu (Skála, Sláma, Vorlíček & Kabelka, 2011).

V pediatrii se paliativní péče zaměřuje především na pokročilá stadia nádorových onemocnění, vrozené pediatrické syndromy a onemocnění s metabolickými vadami, dědičným postižením (např. cystická fibróza), po těžkém intrakraniálním krvácení, traumatech, po dětské mozkové obrně aj. (Skála, Sláma, Vorlíček & Kabelka, 2011).

Paliativní péče by měla být komplexní, aktivní a zejména individualizovaná. *„Péče musí být poskytována v souladu s etickým kodexem ČLK a právním řádem ČR.“* (Skála, Sláma, Vorlíček & Kabelka, s. 10, 2011). Měla by zahrnovat fyzické, psychologické a sociální aspekty. V paliativě hraje důležitou roli spiritualita a existenciální

otázky (účel a smysl života), které si začínají pacienti mnohdy pokládat a snaží se na ně najít odpověď (Preedy, 2011).

Rodina či pečující by měli být vnímáni jako součást týmu, jako partneři, jako součást sociálního života pacientů a měli by být nápomocni při realizaci a rozhodování v paliativní péči o nemocného, pokud je to v jeho zájmu a v souladu s jeho přáním. Problém nastává, když přání a potřeby pacienta/klienta jsou odlišné od přání a představ rodiny či osob blízkých. V tom případě se pracovníci poskytující paliativní péči, nevyhnou mnohdy značnému komunikačnímu úsilí, vč. argumentů a opakovanému vysvětlování (Preedy, 2011).

2.1.1 Principy a cíle paliativní péče

Principy paliativní péče vychází z humanistické psychologie a holistického pojetí člověka. Nahlíží na člověka komplexně a individuálně, to znamená, že paliativní medicína klade důraz na bio-psycho-socio-spirituální jedinečnost každého pacienta (Kalvach, 2019).

Základní principy a cíle paliativní péče dle WHO (konsenzuální definice paliativní péče):

- poskytuje úlevu od bolesti a dalších nepříjemných příznaků;
- respektuje život a považuje umírání za normální proces;
- nemá v úmyslu uspíšet ani oddálit smrt;
- integruje psychologické a duchovní aspekty péče o pacienty;
- pomáhá pacientům žít co nejaktivněji až do smrti;
- zvyšuje kvalitu života a pozitivně ovlivňuje průběh nemoci;
- používá multidisciplinární spolupráci při řešení potřeb pacientů a jejich rodin, včetně poradenství v případě úmrtí, pokud je o to požádáno;
- pomáhá rodině a osobám blízkým vyrovnat se s nemocí pacientů, pomáhá se zármutkem po pacientově smrti (IAHPC, 2019).

Důležitým principem je respekt k autonomii, hodnotám, životním cílům a preferencím každého člověka. Paliativa si klade za cíl přistupovat ke každé bytosti individuálně s respektováním lidské jedinečnosti. Péče musí být poskytována pouze tehdy, když ji pacient (nebo rodina) přijme. Je nutné poskytovat dostatečné informace, pokud si to pacient (rodina) přeje. Poskytovatelé paliativní péče by měli nedirektivně spolupracovat s pacienty/klienty i jejich rodinami na bázi partnerství. Dalším principem je zachovávání a respektování důstojnosti (i v posledních hodinách života). Paliativní péče má být uskutečňována s úctou, otevřeně a citlivě s ohledem na osobní, kulturní a náboženské hodnoty, přesvědčení, zvyklosti a přání pacienta. Měly by být vytvořeny podmínky a prostředí k zachovávání lidské důstojnosti. Posláním Rady Evropy je chránit důstojnost všech lidských bytostí (Council of Europe, 1999; Readbruch & Payne, 2009).

Za hlavní čtyři principy lékařské etiky a přístupu v paliativní péči považujeme autonomii – pacient má právo rozhodovat o svém životě, nonmaleficenci – léčba by neměla působit pacientovi újmu, beneficenci – prospěšnost a spravedlnost (Kuře, 2012). Veškerá paliativní péče by měla vycházet z jednotlivých fází a prognózy onemocnění pacienta, viz kapitola 2.3.

Paliativa si klade za cíl, aby umírající člověk, odcházel bez bolesti a (pokud si to bude přát) v lidské přítomnosti a blízkosti – doprovázení v době umírání. Tato blízkost je pro nemocného většinou velmi důležitou oporou při ztrácení vědomí a přecházení do jiného stavu mysli a těla (Stiborová & Frei, 2018). „*Skutečně doprovázet znamená jít kus cesty společně.*“ (Svatošová, 2011, s. 17)

2.1.2 Kvalita života a aspekty výživy

Kvalita života je vícerozměrná hodnota. Svou povahou je vždy subjektivní. Paliativní péče se snaží ovlivňovat všechny dimenze fyzického, psychického a společenského fungování a celkovou pohodu člověka (well-being). Lze říci, že kvalita života se může hodnotit jako míra nebo stupeň spokojenosti člověka s možnostmi, které mu jeho život v dané chvíli nabízí. Kvalita života pacientů/klientů je základním cílem paliativní péče (Council of Europe, 1999; Preedy, 2011).

Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících“ vyzývá v bodě 9.1.6., aby členské státy Rady Evropy zajistily, aby byla zajištěna tvorba i realizace standardů kvality péče o nevléčitelně nemocné nebo umírající (Council of Europe, 1999). Orientace na kvalitu života znamená, že se zdravotníci zajímají nejenom o klinické výsledky terapie, ale zejména o její vliv na každodenní život pacientů. Důležité je naplňování potřeb a přání nemocných, z kterých pramení uspokojení. Na kvalitě života se může výrazně podílet adekvátní výživa a nutriční péče (Doyle, 2013; Preedy, 2011).

Kvalita života v paliativní péči zahrnuje nepřítomnost symptomů onemocnění či léčby, přiměřenou výživu, přívod tekutin, psychickou kondici, společenské uplatnění (aktivizace, naslouchání), náboženské aspekty aj., které musí být v paliativě co nejlépe naplňovány. Umožňovat pacientovi žít život tak plně, jak jen je v dané situaci možné (Mandysová & Škvrňáková, 2016).

Z psychologického hlediska můžeme o kvalitě života hovořit, pokud je naplněno sebepřijetí, autonomie, zvládání životního prostředí (zvládání každodenních nároků), smysl života, osobní rozvoj (aktivizace, tvořivost) a schopnost prožitku naděje. Pacient/klient potřebuje také „být přijat“ okolím takový jaký je, ať už je věřící nebo nikoliv (Ryff & Singer, 2001).

V paliativě je prioritou kvalita života nemocného, nikoli jeho délka. Nejčastějším důvodem suicidální tendence či žádosti o ukončení života je velmi často nedostatečné řešení symptomatické léčby (bolest, dušnost, jiné nezvládnuté příznaky nemoci, nespavost, strach z bolesti, problémy s vyprazdňováním, nevolnost a zvracení aj.). Řešením je dobrá léčba těchto symptomů (zejm. bolesti), nikoliv euthanasie špatně léčených pacientů. Kromě fyzických aspektů to mohou být duševní či duchovní příčiny, pocit ztráty smyslu života a naděje, obava z osamělosti, strach ze ztráty samostatnosti a kontroly (obava, že bude na obtíž), ze ztráty důstojnosti, chybí mu pocit bezpečí, nezájem a neúcta apod. Roli hraje psychika nemocného či deprese, nespavost, které vedou k těmto úvahám a „přáním“, proto je nutné se při léčbě zaměřit také na intervenci ve formě duševní podpory vč. farmakoterapie (antidepresiva, léky na spaní). „*Strach, nejistota a volání o pomoc je patrně důvodem každé žádosti o euthanasii. Odpovědí musí být pokus o skutečnou pomoc.*“ (Špinková & Špinka, 2006, s. 23). „*Eutanázie (usmrcení pacienta na jeho vlastní žádost) ani asistovaná sebevražda nejsou v ČR součástí paliativní péče.*“ (Kolektiv autorů 2019, s. 20)

Tyto obavy, strach a nejistota jsou v paliativě na každodenním pořádku. Když jsem měla v rámci nutriční péče či při tvorbě individuálních výběrů stravy v hospici možnost setkávat se s pacienty/klienty, otevírali mi svou mysl. Báli se toho, co bude, své bezmoci, že se nedovolají pomoci, že jim bude ublíženo. Báli se toho, jak budou odcházet, zda se neudusí, nebudou trpět, nebudou mít bolesti. Říkali „Kam půjdu, co bude dál, co budu cítit v době odchodu?“ Přes jídlo může vést totiž cesta k srdci. Jedno krásné úsloví říká „láska prochází žaludkem“ a zde se dá s trochou nadsázky použít, opravdu to tak funguje. Když se zbaví svých obav, lépe jim chutná.

2.1.3 Komunikace

Nezastupitelné místo v poskytování paliativní péče má správná komunikace s pacientem/klientem i rodinou (blízkými či pečujícími). Komunikace by měla být vstřícná, otevřená a empatická, založená na partnerském vztahu. Důležité je nemocnému naslouchat a ovládat umění mlčet. Nemělo by se zapomínat na nonverbální komunikaci s nemocným, třeba jen pohledem a gesty (Sláma et al., 2011). Pro správnou komunikaci je nutná určitá úroveň odborných znalostí (konkrétní vědomosti, dovednosti a postoje), které by měly být získávány specifickým vzděláváním, přípravou, nácvikem komunikačních dovedností a samotnou praxí (Council of Europe, 2003; Preedy, 2011).

Vzpomněla jsem si na nedávno zemřelého pána, který miloval krupicovou kaši a nudle s mákem, chodila jsem za ním často a mluvili jsme o jídle, zařídila jsem, aby mu kuchařky uvařily krupicovou kaši v den, kdy na ní měl chuť, i když se vařilo zcela něco jiného. Krupicovou kaši s kakaem jen pro něho. Po obědě jsem za ním přišla a ptala jsem se, jestli mu chutnala, podíval se na mě a pak řekl: „To Vy jste to zařídila? Pro mě?“ Upřel na mne oči, řekla jsem: „Ano, doufám, že Vám chutnalo.“ Stiskl mou ruku a v jeho

pohledu a úsměvu bylo vše. Poslední jídlo, co potom jedl před svým odchodem, byly nudle s mákem...

V komunikaci je nutné vážít každé slovo. Nikdy by nemělo být řečeno, že situace je beznadějná. Lze ale přiznat, že je to vážné, těžké. Pacient/klient by neměl získávat pocit beznaděje. Ze špatných přístupů k nemocnému může vycházet následný odmítavý postoj a zoufalství ze ztráty smyslu života (Svatošová, 2011).

Kromě správné komunikace, mezilidských vztahů a lásky k bližnímu, může v nesnázích pomoci lidský dotek. Blahodárný vliv má i hudba, zájmy, koníčky, rozhovor, naslouchání, uspokojující činnosti spolu s aktivizací. Špatným přístupem k nemocnému v paliativě je netrpělivost, uspěchanost, chtít po něm více nebo méně, než co je schopen v danou chvíli dokázat (Svatošová, 2011). Riziko konfliktu spolu s obtížnou komunikací s pacientem a jeho blízkými může nastat zejména v odlišném očekávání a představách o terapeutických možnostech či „zázračné záchraně“ nemocného (Kalvach, 2019).

Při komunikaci je zapotřebí vnímat aktuální fázi, v níž se nemocný nachází během procesu umírání. Elisabeth Kübler-Rossová stanovila 5 stadií (popírání, zlost, smlouvání, depresi a smíření), kterými si člověk může procházet, viz kapitola 2.3. Je nezbytné umět adekvátně reagovat a účinně pomáhat v jednotlivých fázích. Stadium smíření (přijetí pravdy) je nutno odlišit od rezignace. Paliativní péče se snaží dopomoci pacientovi/klientovi i jeho blízkým, aby se dostali do stadia smíření, kterého se velmi těžko dosahuje. „*Cílem je pomoci nemocným a jejich blízkým dosáhnout přijetí neodvratitelné skutečnosti.*“ (Svatošová, 2011, s. 24)

Správná komunikace mezi zdravotníky, pacientem/klientem a jeho blízkými má v paliativní péči zásadní význam. Pro nemocného i osoby blízké je důležitá důvěra ve zdravotníky, dostatek informací a podpora otevřené komunikace mezi členy rodiny. Všechny tyto výše uvedené aspekty komunikace hrají důležitou roli i při zajišťování výživy a nutriční péče pacientů. „*V českých zdravotnických zařízeních je třeba zlepšit kvalitu komunikace s pacientem a jeho rodinou o diagnóze a prognóze a vytvářet podmínky pro větší zapojení pacientů do rozhodování o léčbě ve všech fázích nemoci.*“ (Sláma et al., 2011, s. 326). Veškerá komunikace mezi profesionály týkající se pacientů a rodin podléhá profesnímu tajemství, přičemž by mělo být plně respektováno právo pacienta na lékařské tajemství a právo rodin na soukromí (Council of Europe, 2003).

2.2 Priority a potřeby umírajících

Dokud si to člověk sám nezažije, těžko si uvědomuje, co všechno v této situaci nemocný může ztrácet (jméno, postavení, životní jistoty, soukromí, stud, životní rytmus, práci, stravovací zvyklosti, volnost pohybu, možnost aktivity aj.) Na druhé straně naopak přibývá bolest, slabost, obavy, nepříjemná vyšetření atd. (Svatošová, 2011).

Každý člověk reaguje na zdravotní stav svým vlastním individuálním způsobem, každý je jedinečný v prožívání i v reakcích. Dva lidé ve stejné fázi stejné nemoci budou reagovat zcela odlišně. Stejně tak jako budou odlišné jejich priority. Jejich chování ve vztahu k jejich zdravotnímu stavu bude určeno řadou nefyzických faktorů, jako jsou předchozí zkušenosti, zdravotní dispozice, charakterové vlastnosti a další. Ke každému pacientovi se proto musí přistupovat vždy individuálně (Preedy, 2011).

Základní potřeby a priority:

- zabezpečení biologických potřeb vč. zajištění výživy a hydratace, podpora soběstačnosti;
- tlumení obtíží, bolesti, strachu a úzkosti; odstoupení od nepřínosných léčebných či diagnostických postupů; intervence léčitelných komplikací; nezadržování smrti;
- laskavé zacházení, empatická komunikace, lidská blízkost, neopuštěnost, přítomnost blízkého člověka, doprovázení;
- bezpečnost, jistota;
- autonomie, soukromí bez osamělosti, sebeúcta a důstojnost, respekt;
- podpora vědomí, že se nestal nemocný přítěží;
- obohacení končícího života, smysluplná náplň času, aktivizace;
- splnění přání a „posledních přání“, urovnání vztahů včetně poslední vůle, rozloučení a smíření, spirituální podpora (Kalvach, 2019).

Z vlastní praxe vím, že častým přáním, je u těchto pacientů/klientů uzdravení vztahů, narovnání konfliktů a usmíření s osobami jim blízkým. Snaží se rekapitulovat a retrospektivně pochopit svůj život. Jiného významu nabývají duchovní hodnoty a spiritualita nemocného. Hledá odpověď na otázky smyslu života, nebo smyslu svého utrpení.

Kromě těchto „vyšších potřeb a hodnot“ nelze zapomínat na základní, zcela zásadní potřeby biologické či potřeby k udržování soběstačnosti nemocného. K těmto účelům jsou využívány kompenzační pomůcky, jako jsou polohovatelné lůžko, berle, antidekubitní matrace a podložky, chodítka, invalidní vozík, toaletní křeslo, nástavec na WC aj. Vzhledem k tomu, že pacient tráví více času na lůžku, potí se, doporučuje se používat oblečení z moderních materiálů, které jsou schopné absorbovat pot, jsou prodyšné a udržují teplotu (např. Gore-tex, Klimatex apod.) (Sláma et al., 2011).

2.3 Fáze nevléčitelného onemocnění

Péče v závěru života „End of life care (EoLC)“ – jedná se o fázi, kdy již nelze zásadně ovlivnit vývoj onemocnění. V širším pojetí se většinou jedná o měsíce až řadu měsíců v posledním roce života chronicky, nevléčitelně nemocného pacienta. Povinností je plánovat paliativní péči v závěru života, společně s nemocným a jeho blízkými. Cílem je ovlivnit vše, co může mít vliv na kvalitu života nemocného. Důležitá je rovněž diskuse

s pacientem/klientem a osobami blízkými ohledně principů léčby, které mohou případně prodloužit život. Nutné je zachování tzv. principu „cost x benefit“, který slouží k odhadu silných a slabých stránek alternativ přínosů pro pacienta (Council of Europe, 2003; Paliatr Vysočina, 2019).

Fáze kontrolovaného (kompenzovaného onemocnění) – pacient je v klinicky stabilizovaném stavu, onemocnění je pod kontrolou, celkový stav je dobrý. Cílem léčby je co nejdéle udržení stavu kompenzace a co nejdéle délky života. Léčba je dle druhu onemocnění symptomatická i kauzální. Prognóza přežití v řádu měsíců, někdy let. V případě potřeby je obvykle indikovaná plná intenzivní a resuscitační léčba. Plné zajištění adekvátní výživy, hydratace a nutriční podpory (Sláma et al., 2011).

Fáze nevratně progredujícího onemocnění (fáze zlomu) – onemocnění přestává reagovat na kauzální léčbu, dochází k postupnému selhávání orgánových soustav. Odhadnout prognózu délky přežití je obtížné, obvykle je v řádu týdnů a měsíců. V případě progresu onemocnění se často cílem léčby stává udržení co nejvyšší kvality života. Indikace intenzivní a resuscitační léčby je individuální. Zajištění adekvátní výživy a nutriční podpory je vysoce individuální i v čase (střídání možností příjmu výživy, měnící se chutě, mnohdy dochází k úpravě konzistence per os stravy). Zajištění minimálně bazální hydratace. „*V případě prognostické nejistoty je vždy indikována plná léčba.*“ (Sláma et al., 2011, s. 29)

Terminální stav – pojem označující stav pacienta, u kterého dochází z důvodu pokročilého nevyléčitelného onemocnění, nebo jeho komplikací, k postupnému zhoršování celkového stavu v důsledku závažného selhávání funkčních systémů. Smrt je u takového pacienta neodvratným a očekávaným vyústěním jeho stavu při prognóze přežití v časovém horizontu hodin, dnů, výjimečně týdnů. Cílem léčby je minimalizace diskomfortu v závěru života a klidné a důstojné umírání, nikoliv prodlužování umírání. Nejčastější obtíže pacienta v terminálním stavu jsou bolest, dušnost, nevolnost a zvracení, agitovanost a zmatenost, chrčivé dýchání, suchost sliznic, močová retence. „*V terminálním stavu není také ze zákona indikována kardiopulmonální resuscitace a život prodlužující postupy intenzivní medicíny.*“ (Paliatr Vysočina, 2019, s. 13). Výživa i hydratace ustupuje do pozadí. Zajištění výživy a nutriční podpory se realizuje na úrovni přání a kvality života pacienta/klienta. Hydratace formou infuze je podávána zcela individuálně, a to pouze v maximální nezbytné bazální dávce. O všech těchto skutečnostech je třeba vést dialog s nemocným a jeho blízkými (Paliatr Vysočina, 2019; Skála, Sláma, Vorlíček & Kabelka, 2011).

Pokud je pacient až do konce schopen přijímat stravu perorálně, tak stravu a tekutiny podáváme. Ve většině případů ale umírající již není schopen přijímat. „*Umělá (parenterální nebo sondová) výživa a hydratace jsou indikovány, pouze pokud přispívají k zmírnění obtíží a důstojnému umírání.*“ (Sláma et al., 2011, s. 306)

Během terminálního stavu přichází agonie – stav ochromení, nečinnosti (přechod z života do smrti). Mění se frekvence a hloubka dechu, klesá srdeční činnost, zornice reagují stále méně na působení světla, objevují se poruchy vědomí až bezvědomí. Lze pozorovat tzv. Hippokratovu tvář (facies Hippocratica) – obličej s propadlými tvářemi, z nichž vystupují lící kosti, brada a špičatý nos. Patrná je vosková bledost pokožky. Výživa ani hydratace není indikovaná (Stiborová & Frei, 2018).

Většina nemocných by si přála zemřít co nejpozději, co nejrychleji a pokud možno ve spánku. Pacienti chtějí odejít bezbolestně, klidně, bez utrpení a až do konce si zachovávat autonomii a lidskou důstojnost. Paliativní medicína by měla některé z těchto aspektů garantovat (Svatošová, 2011). *“V křehkosti náš život začíná, v křehkosti i končí.”* (Špinková & Špinková, 2006, s. 26)

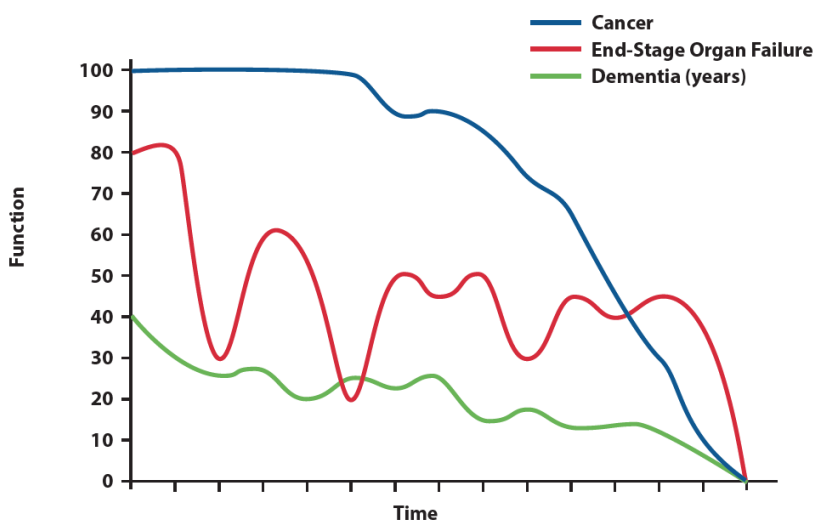
Paliativní péče poskytuje poradenství rodině pacienta/klienta a během umírání pacienta/klienta či při a po jeho úmrtí je nutné zajistit také podporu blízkým. *„Součástí paliativní péče je účinná péče o tělesný, psychický, sociální a spirituální stav pacienta a jeho rodiny.“* (Skála, Sláma, Vorlíček & Kabelka, 2011, s. 9)

Trajektorie umírání (časová prognóza a průběh umírání)

Odhadnutí zbývajících délek života a nástupu jednotlivých fází je mnohdy nejednoznačné a komplikované. Postupné zhoršování stavu má u různých onemocnění rozdílnou dynamiku a velkou individuální variabilitu. Tyto fáze mohou mít plynulý přechod, postupné zhoršování stavu, nebo pacienti naopak umírají náhle. Časté je úmrtí po zvýšené zátěži (převoz, virové onemocnění, stresové faktory, konflikt s blízkými apod.) V některých případech dochází k opakovaným dekompenzacím celkového stavu. V paliativě často dochází k náhlým komplikacím, které je nutné ihned řešit např. extrémní průlomová bolest, hyperkalcémie, krvácení, komprese míchy, náhlá dušnost, patologická zlomenina, akutní paranoia, zadržování moči, těžké zvracení, obstrukce jícnu, střevní obstrukce, status epilepticus aj. (Doyle, 2009; Sláma et al., 2011).

U pacientů s onkologickým onemocněním, je časová prognóza a trajektorie umírání relativně odhadnutelná, viz obrázek č. 1. U pacientů v konečných fázích nenádorových onemocnění, zvláště u orgánových selhávání, je trajektorie umírání hůře odhadnutelná. Zhoršení stavu jsou opakovaně reverzibilní. U nemocných v dlouhodobě nepříznivém stavu, který se zhoršuje (pokročilá stadia syndromu demence, neurodegenerativních onemocnění, myopatií, AIDS, terminální geriatrické deteriorace atp.), je časová prognóza nejistá (Kalvach, 2019).

Obrázek č. 1 – Trajektorie onemocnění. Nádorová onemocnění. Orgánová selhání. Demence.



Zdroj: Metodický materiál projektu Proces integrace paliativní péče (Hrdá & Tollarová, 2018)

Z psychologického hlediska Elisabet Kübler-Rossová stanovila stádia, kterými si člověk prochází během procesu umírání. Těmito stadii může procházet také rodina pacienta/klienta a osoby blízké. Je důležité si ale uvědomit, že fáze nemusí proběhnout kompletně či chronologicky. Některé z nich se mohou opakovaně vracet a střídát (Kübler-Ross, 1997).

Model podle Elisabet Kübler-Rossově známý též jako pět fází smutku či pět fází adaptace na nevléčitelné onemocnění:

První stadium – popírání a izolace (denial) – je pouze dočasnou obranou. Jedná se o šokovou reakci na náročnou životní situaci. Nemocný se nechce smířit a uzavírá se. Důležité je s nemocným navázat kontakt a získat důvěru.

Druhé stadium – zlost (anger) – přichází pocity vzteku, nenávisti a závisti. V této fázi se o dotyčného velmi těžko pečuje. Může též přestat spolupracovat a komunikovat. Doporučuje se nechat nemocného odreagovat, zachovat klid a nepohoršovat se.

Třetí stadium – smlouvání (bargaining) – přichází naděje, že jedinec může nějakým způsobem oddálit či odložit smrt. Nemocný se obrací k vyšší moci a žádá o zlepšení zdraví, delší život výměnou za něco jiného (nápravu hodnot, změnu životního stylu apod.) Hledá „zázračné léky“ či alternativní metody léčby. Důležitá je trpělivost a dávat pozor na podvodníky, kteří nabízejí rádobly zázračné produkty a metody.

Čtvrté stadium – deprese (depression) – umírající si začíná uvědomovat blížící se smrt. Jde o důležité období, které musí proběhnout, aby mohl případně dojít ke smíření. Nemocný se uzavírá (pocity strachu a úzkosti, beznaděje, odmítá návštěvy aj.) Velmi často

je nezbytné, v této fázi podat psychofarmaka. Vhodné je snažit se nemocnému naslouchat, pomoci hledat řešení, zprostředkovat kontakt s blízkými, příp. urovnat vztahy.

Páté stadium – akceptace, smíření (acceptance) – nemocný se začíná vyrovnávat se svou smrtí. Nastává psychické uvolnění a vnitřní klid. Pacient je schopný spolupracovat. Důležitá je lidská přítomnost, mnohdy stačí společné mlčení, příp. osušit slzy, pohladit (Kübler-Ross, 1997).

2.4 Obecná a specializovaná paliativní péče

Paliativní péče musí být nedílnou součástí systému zdravotní péče v zemi a jako taková musí být součástí komplexních plánů zdravotní péče a konkrétních programů týkajících se například rakoviny, AIDS nebo geriatric (Council of Europe, 2003). V souladu s mezinárodními doporučeními rozlišujeme podle komplexnosti nabízených služeb obecnou a specializovanou paliativní péči. Obecná paliativní péči je poskytována pacientům v situaci pokročilého onemocnění, zejména registrujícími praktickými lékaři společně s agenturami domácí ošetrovatelské péče (home care), lékaři specialisty (např. onkologové, internisti, geriatři, neurologové). Obecnou paliativní péči by měli být schopni poskytovat všichni zdravotníci s ohledem na svou odbornost. V rámci komplexního pojetí jsou zajišťovány pacientovi/klientovi rovněž nezdravotnické služby (sociální poradenství, psychologické poradenství, pastorační péče, práce dobrovolníků aj.), (Sláma & Špínka, 2004). „*Větší část z celkového objemu paliativní péče poskytnuté v rámci primární péče má charakter obecné paliativní péče.*“ (Skála, Sláma, Vorlíček & Kabelka, 2011, s. 4).

Specializovaná paliativní péče by měla být k dispozici všem pacientům, kdykoli to potřebují a v jakékoli situaci (Council of Europe, 2003). Specializovaná paliativní péče je aktivní péče poskytovaná pacientům/klientům a jejich rodinám (pečujícími) týmem odborníků, kteří jsou speciálně vzděláni v oboru paliativní péče a mají potřebné zkušenosti i znalosti v této oblasti. Svou komplexností přesahují možnosti poskytovatelů obecné paliativní péče. U těchto poskytovatelů by mělo být dosaženo nejvyššího stupně paliativní odbornosti. Měly by být naplňovány indikační kritéria a rámcové standardy kvality pro tuto službu. Kladeny jsou požadavky na kvalifikaci členů týmu, nepřetržitou dostupnost služby, způsob monitorování kvality, podmínky dalšího vzdělávání pracovníků aj. Pro efektivní tvorbu standardů je žádoucí spolupráce odborných společností, poskytovatelů péče, zdravotních pojišťoven a dalších přizvaných odborníků (Loučka, Houska, Trefná & Sláma, 2015).

Nejčastěji jsou to lůžkové hospice, mobilní hospice (domácí hospicová péče), oddělení specializované paliativní péče v rámci jiných lůžkových zařízení (nemocnic, léčeben atd.) či konziliární tým paliativní péče v rámci jiného zdravotnického zařízení. Dále sem patří specializované ambulance paliativní medicíny, denní stacionáře paliativní péče (specializace Paliativní medicína a léčba bolesti, onkologie), (Sláma & Špínka, 2004).

Z hlediska efektivity systému je nutné prosazovat návaznost i spolupráci mezi poskytovateli zdravotní a paliativní péče. Zajišťovat kontinuitu péče při přechodu z jednoho typu péče do druhého. Rovněž je nezbytné, v rámci zdravotního a sociálního systému, vytvářet a rozvíjet dostatečné propojení a dostupnost této péče mezi obecnou a specializovanou paliativní péčí. Zásadní problém, je neexistující jednotná koncepce paliativní péče z hlediska financování zdravotními pojišťovnami a nedostatek návazných specializovaných zařízení hospicového typu (Skála, Sláma, Vorlíček & Kabelka, 2011).

2.4.1 Poskytování paliativní péče v ČR

V České republice existuje paliativní medicína od roku 2004 jako samostatný specializační obor Paliativní medicína a léčba bolesti. „*Paliativní medicína se v posledních letech profiluje jako samostatný lékařský obor, který se snaží studovat a léčit tělesné i duševní potřeby a projevy pokročilého onemocnění metodami medicíny založené na důkazech (evidence based medicine.)*“ (Sláma et al., 2011, s. 25)

Rozvoji i efektivnímu systém organizování a zkvalitňování paliativní péče brání překážky pro poskytování paliativní péče (zejm. legislativní, ekonomické, organizační a společenské). Paliativní péče by měla patřit mezi současné priority českého zdravotnictví a mělo by být použito veškerých nástrojů pro její rozvoj, dostupnost i podporu. Využít by se mělo vhodných zahraničních postupů, standardů, zkušeností vč. mezinárodní spolupráce. Rovněž je důležité se zaměřit na zvyšování kvality poskytované péče a její kontrolu, která není mnohdy dostatečně zajištěna (Sláma & Špinka, 2004).

Vzhledem k tomu, že tato práce zkoumá paliativní péči, která je poskytována v lůžkových zdravotnických zařízeních jako jsou lůžkové hospice, zařízení s lůžky hospicového typu (nemocnice, zařízení tzv. následné péče, psychiatrické léčebny), ale také v rámci mobilních hospiců. Je v této kapitole popsána stručná charakteristika zařízení a možných forem poskytování paliativní péče (Kalvach, 2019).

Lůžkový hospic je zdravotně sociální zařízení, které poskytuje specializovanou paliativní péči, především pacientům v preterminální (tzv. vzdálené umírání trvající např. několik měsíců) a terminální fázi (konečná fáze, přežití několik týdnů, dní nebo hodin). V hospici dochází k propojení zdravotní péče (pacient) a sociální péče (klient). Z tohoto důvodu je v této práci někde uváděn termín pacient/klient. Neboť zdravotně-sociální „propojení“ je v paliativní péči zásadní. Délka pobytu v lůžkovém hospici činí několik týdnů, maximálně 3 měsíce (ve výjimečných případech může být pobyt prodloužen). Průměrná délka pobytu v lůžkových hospicích v ČR je kolem 4 týdnů 50 % pacientů (medián), ale umírá do 2 týdnů od přijetí. Hospice se snaží o vytvoření domácí atmosféry, ať už přístupem personálu či vybavením pokoje pacienta/klienta. Důraz je kladen na maximální soukromí pacientů (jednolůžkové pokoje, maximálně dvoulůžkové), neomezený režim návštěv. Zpravidla je možné, aby byl s nemocným za poplatek

ubytovaný i někdo z rodiny, např. na přistýlce (Sláma et al., 2011; Stiborová & Frei, 2018). Některé z hospiců mají kromě lůžkové péče také domácí hospicovou péči (v ČR je to 9 zařízení – viz příloha č. 5), respitní péči a edukační činnost v oblasti paliativy pro další odborníky (Sláma & Špinka, 2004).

Respitní péče (Respite care) – nabízí rodinám (pečovatelům o pacienta v domácnosti) možnost odpočinku tím, že péči o pacienta na určitý čas převezme. Respitní péče může být poskytována v lůžkových zařízeních (nejčastěji hospice), prostřednictvím služeb domácí péče nebo zařízeními poskytující denní péči (Council of Europe, 2003; Readbruch & Payne, 2009).

Mobilní hospic – domácí hospicová péče poskytuje specializovanou paliativní péči v domácím nebo náhradním sociálním prostředí pacientů. Tuto službu zajišťují např. občanská sdružení nebo Charita České republiky. Pacient a jeho blízcí (pečující), se zásadním způsobem podílejí na vytváření plánu poskytované péče. *„Rodina je ochotná se podílet na domácí péči a v rodině či mezi pacientovými blízkými je alespoň jedna osoba připravená převzít odpovědnost za kontinuální péči o pacienta.“* (Skála, Sláma, Vorlíček & Kabelka, 2011, s. 9).

V domácím prostředí rodina (pečovatelé) musí zajišťovat péči o nemocného, např. hygienu, krmení, polohování, podávání léků, pomoc při činnostech aj. Domácí hospicová péče se poskytuje v domácím prostředí, kde jsou zajištěny všechny praktické aspekty péče (fungující rodinné vztahy, odpovědnost za kontinuální péči, motivace, bytové i finanční poměry, základní znalosti a dovednosti, sebedůvěra aj.) V případě potřeby je nutné zapůjčení potřebných pomůcek či pomoc při jejich obstarávání a zaučení pečovatelů v ošetřování nemocného i v používání pomůcek. Kromě pečující rodiny se na péči podílejí především mobilní hospice a agentury domácí péče (home care) řízené praktickým lékařem (Kalvach, 2019; Sláma et al., 2011). Ideálně by péče o nemocného měla probíhat za spolupráce praktického lékaře, lékaře specialisty a ošetřovatelského týmu. K dispozici by měla být možnost podpory psychologa, sociálního pracovníka, nutričního terapeuta/specialisty, duchovního či dalších členů hospicového týmu (Skála, Sláma, Vorlíček & Kabelka, 2011).

Mobilní hospicová péče o pacienty, je zajišťována formou návštěv a telefonických konzultací. Lékař je přítomen k telefonické konzultaci 24 hodin denně. Tato péče je dostupná a poskytovaná na základě domluv a potřeby, 7 dní v týdnu, 24 hodin denně, tři sta šedesát pět dní v roce (Stiborová & Frei, 2018).

Následně je truchlícím pozůstalým, v rámci domácí hospicové péče poskytována pomoc tzv. bereavement, při zvládnání hlubokého žalu, důstojné úpravy, spoluúčast při organizování pietního odvozu, obřadu apod. *„Paliativní tým poskytuje péči i rodině pacienta, minimálně po dobu jednoho roku po smrti pacienta nabízí pozůstalým odborně*

vedenou službu doprovázení v období truchlení.“ (Skála, Sláma, Vorlíček & Kabelka, 2011, s. 6).

Paliativní péče v pobytových zařízeních – v zařízení sociální péče prožívá závěr života mnoho klientů, z nichž mnozí potřebují paliativní péči, která v těchto zařízeních mnohdy chybí, např. v domovech pro seniory či pro osoby se zdravotním postižením (Sláma & Špínka, 2004).

Zařízení s lůžky hospicového typu / oddělení paliativní péče – poskytuje paliativní péči pacientům v pokročilém nebo terminálním stádiu onemocnění v rámci jiných zdravotnických zařízení, např. v nemocnicích, léčebnách. V ČR zatím nejsou příliš rozšířeny, i když některé již existují a začínají být budovány další (Kalvach, 2019).

Konziliární tým paliativní péče v rámci zdravotnického zařízení – poskytuje paliativní péči formou návštěv multidisciplinárního paliativního týmu u pacientů v lůžkových zařízeních různého typu, např. nemocnice, léčebny. Součástí zařízení bývá ambulance paliativní medicíny. Tým paliativní péče se skládá z lékaře specialisty, zdravotnického personálu, sociálního pracovníka, psychologa, nutričního specialisty, koordinátora dobrovolníků, poradenského pracovníka, osobních asistentů, ošetřovatelů, dobrovolníků, duchovních či dalších členů dle potřeby (Skála, Sláma, Vorlíček & Kabelka, 2011; Sláma et al., 2011).

Specializovaná ambulance paliativní péče – zajišťuje ambulanci péči pacientům a jejich blízkým v domácím prostředí či v zařízeních sociální péče. Anebo nemocným před přijetím do lůžkového hospice nebo po návratu z nemocnice, kteří do ambulance mohou docházet. Důležitá je spolupráce mezi ambulancí a praktickým lékařem (Sláma & Špínka, 2004).

Denní stacionář paliativní péče – pomáhá řešit formou denních návštěv pacienta zdravotní problémy, poskytuje edukaci, relaxační a rekreační aktivity. Tato forma péče je v ČR zatím dostupná spíše ve větších nemocnicích v rámci specializace Paliativní medicína a léčba bolesti, výjimečně Onkologie. V zahraničí jsou zpravidla vázány na lůžkové hospice (Sláma & Špínka, 2004).

Zvláštní zařízení specializované paliativní péče – jsou poradny, tísňové linky, zařízení určená pro určité diagnostické skupiny atd. (Sláma & Špínka, 2004).

2.4.2 Paliativní péče v Evropě

V různých zemích má paliativní péče odlišnou podobu i rozvoj. Existuje výrazná různorodost v poskytování péče v jednotlivých zemích. Určité typy služeb jsou pouze v některých zemích. Některé země mají dobře vyvinutou síť lůžkových hospiců, jiné země mají vyšší podíl domácí paliativní péče. Samozřejmě záleží na demografických a kulturních aspektech různých zemí a regionů. Ve všech evropských zemích však existuje

řada společných hodnot a principů, které jsou v rámci paliativy obecně uznávány, např. autonomie, důstojnost pacienta, zásada holistického i individuálního přístupu k pacientovi. *„Paliativní péče představuje důležitou součást komplexní péče o pacienta v závěru života a jako taková je podporována Světovou zdravotnickou organizací i mnoha odbornými společnostmi.“* (Loučka, Houska, Trefná & Sláma, 2015, s. 15)

Stejně tak je v jednotlivých zemích odlišná „paliativní“ terminologie (v odborné literatuře, zákonech, vyhláškách, stanoviscích odborných společností aj.) Tuto terminologii je v první řadě potřebné sjednotit, aby byla při rozvoji spolupráce i při tvorbě mezinárodních konceptů poskytování paliativní péče shodná. EPAC se snaží o sjednocování terminologie a organizace v oblasti paliativní péče v evropských zemích (Readbruch & Payne, 2009).

Například v Německu pracuje 277 týmů specializované mobilní paliativní péče. Je plně hrazena ze zdravotního pojištění. Dále působí v Německu 214 lůžkových hospiců, 250 nemocničních oddělení paliativní péče, 14 dětských hospiců a zhruba 1500 agentur domácí hospicové péče. Od roku 2009 je paliativní medicína součástí povinného vzdělávání studentů všeobecného lékařství. *„Podle německého svazu pojišťoven potřebuje specializovanou mobilní paliativní péči zhruba 10 % umírajících.“* (Loučka, Houska, Trefná & Sláma, 2015, s. 15)

3 VÝŽIVA A HYDRATACE V PALIATIVNÍ PÉČI

Výzkumy potvrdily, že chuť k jídlu a schopnost jíst jsou velmi důležitými fyzickými aspekty kvality života pacienta/klienta. Dobré a výživné jídlo přispívá k celkovému pocitu pohody pacienta. Správná výživa může zlepšit zdravotní stav. Naopak špatná výživa může mít za následek např. špatnou odolnost vůči infekcím, zhoršené hojení ran, zvýšenou náchylnost k dekubitům a únavu. S rozvojem onemocnění pacient zažívá řadu potíží, např. ztrátu hmotnosti, ztrátu chuti, čichu, problémy s kousáním a polykáním. V neposlední řadě může být stav pacienta v negativním smyslu, odpovědný za změny trávení, absorpce živin odstraňování odpadních produktů a možnosti přijímání stravy i tekutin (Preedy, 2011).

Výživa je pro pacienty v paliativě důležitá, protože jim nabízí možnost udělat něco pro sebe. Přijímání potravy má i významné psychosociální funkce a stabilizace hmotnosti má rovněž psychologický efekt. Osoby blízké a pečující mohou prostřednictvím poskytování dobrého jídla a pití věnovat nemocnému svou lásku a péči. Samozřejmě je nutné přistupovat k výživě a nutriční péči vždy individuálně, s ohledem na diagnózu, stav nemocného, jeho přání, možnosti i fázi onemocnění. Výživa v paliativní péči má zcela jinou roli než např. v nemocnicích akutní péče či domovech pro seniory (Mandysová & Škvrňáková, 2016; Šachlová, Tomáška & Sláma, 2012).

Je ale nutné zdůraznit, že se význam výživy u pacientů v závěru života, ve vztahu k jiným prioritám v paliativní péči jako jsou, odstranění či zmírnění symptomatických obtíží nemocných mění a ustupuje do pozadí. Je důležité vždy individuálně zhodnotit přínos výživy i nutričních intervencí, jejich vliv na délku a kvalitu života nemocného aj. Požadavky na výživu a hydrataci u pacientů v závěru života jsou odlišné: pokud je pacientova prognóza v řádu měsíců; v řádu týdnů života a zcela jiného rozměru nabývá, když má nemocný jenom dny života před sebou, viz kapitola 2.3 (Sláma, Špinková & Kabelka, 2013).

U výživy v paliativní péči musí být při přípravě, podávání a uchovávání stravy a tekutin, kladen důraz na minimalizaci bezpečnostních rizik (HACCP, hygienicko-epidemiologický přístup, technologické postupy, dodržování standardů aj.). Dalším důležitým faktorem je množství skutečně přijaté stravy a tekutin pacienta. I když jsou dobře vypracované standardy, postupy, plány nutriční péče vč. odpovídající stravy, tak pokud nedochází k samotné konzumaci, ať už z jakéhokoliv důvodu, mívá se účinkem. Proto je nezbytná evidence a případný monitoring skutečně přijaté stravy a nápojů (Kohout & Kotrlíková 2009).

3.1 Indikace, prognóza a plán péče

Paliativní péče je indikovaná u pacientů s nevléčitelným progresivním onemocněním. Měla by být poskytována co nejdříve. V kompetenci ošetřujících lékařů všech odborností je včas rozpoznat život ohrožující charakter onemocnění (Kolektiv autorů, 2019). „Do rozhodování o zahájení paliativní péče by měli být zahrnuti všichni členové (lékaři i nelékařský zdravotnický personál) ošetřujícího zdravotnického týmu (tzv. „shared-approach to end-of-life decision making“ model).“ (Paliatr Vysočina, 2019, s. 8)

Jakmile je diagnostikováno nevléčitelné progresivní onemocnění, měl by být pacient a jeho příbuzní informováni o očekávané trajektorii nemoci, viz kapitola 2.3 prognóze a možných léčebných intervencí v paliativní péči, které by mohli sloužit k zajištění optimální kvality života. Tyto informace měly být poskytovány citlivě, podpůrně a pravdivě (Council of Europe, 2003). Při komunikaci s rodinou pacienta však podáváme informace týkající se pacienta/klienta, výhradně s jeho souhlasem (Kuře, 2012). U pacientů, u kterých se předpokládá celkové přežití v řádu měsíců až několika let, je indikovaná standardní nutriční podpora a léčba vč. enterální a parenterální výživy (Šachlová, Tomíška & Sláma, 2012).

4 základní procesy paliativní péče:

- **plánování budoucí péče** – rozhovor s pacientem/klientem, jeho blízkými – zjištění přání a představ o budoucí zdravotní péči, co je pro nemocného kvalitou života;
- **sestavení plánu péče** v závěru života – slouží k naplnění přání člověka v kontextu vývoje zdravotního stavu, s určenými cíli a plánem postupu včetně ošetření rizik péče;
- **vlastní poskytování péče v závěru života** – je zásadní, aby pracovníci každé odbornosti věděli, jak pečovat, a aby pečovat uměli;
- **péči pozůstalostní** – smrtí člověka by péče o osoby blízké končit neměla (Hrdá & Tollarová, 2018).

Diagnostický proces by měl být individualizovaný. S postupujícím časem a nemocí, by měl být pacient informován o scénářích umírání a možných souvisejících komplikacích. Podmínkou jakéhokoli lékařského zásahu je získání informovaného souhlasu pacienta. (Council of Europe, 2003; Preedy, 2011)

V paliativní péči je velice důležité mít k dispozici rozhodnutí, které učinil pacient předem (in advance), tzv. Dříve vyslovená přání, písemný projev vůle (living will) – odmítnutí určitého léčebného postupu (BC Centre for Palliative Care, 2017). Dříve vyslovené přání je zakotveno zákonem č.372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Ve fázi zachované rozhodovací kompetentnosti, by měl

pacient s lékařem projednat a sepsat možnost, jak chce nebo nechce být léčen v době, kdy nebude schopen sám komunikovat a budou o něm rozhodovat jiní. „*V optimálním případě máme již předem vyjádřený a dokumentovaný názor pacienta na použití intenzivní a resuscitační péči.*“ (Sláma et al., 2011, s. 29). Jedná se o intenzivní a resuscitační péči, tj. kardiopulmonální resuscitace, implantace kardiostimulátoru, umělá plicní ventilace, hemodialýza, umělá výživa (PEG, NGS, NJS), paliativní sedace. Tato jednoznačná rozhodnutí by měla být součástí léčebného plánu o umírajícího a zaznamenána v dokumentaci lékařské i sesterské. Rovněž by měli být zaznamenány další předem vyjádřené pokyny (advance directives) vč. jmenování zmocněnců a rozsah jejich pravomocí (BC Centre for Palliative Care, 2017; Skála, Sláma, Vorlíček & Kabelka, 2011; Sláma et al., 2011).

Při zajišťování paliativní péče je na prvním místě osobní či telefonický rozhovor, kde se objasní situace pacienta a jeho blízkých, jejich potřeby a představy o péči. Následně je podána „Žádost o přijetí“. Pokud jsou splněny podmínky, dochází k podpisu smlouvy „Smlouva o poskytování paliativní péče“, kde jsou formulovány možnosti a limity nabízené paliativní péče, ve sjednaném rozsahu, včetně úhrad a vzájemných závazků i odpovědnosti. Součástí je stanovení plánu paliativní péče (Skála, Sláma, Vorlíček & Kabelka, 2011).

Na prvním místě při stanovení plánu paliativní péče, je nutné definovat cíle paliativní léčby, hlavní cíl a alespoň orientační časový horizont realizace. V konkrétním případě individuálně posoudit, zda je daný léčebný postup přiměřený a indikovaný, co je v dané situaci postup *lege artis*¹. Otázkou je, zda daná léčba nebo zásah obnoví nebo zvýší kvalitu života konkrétního pacienta. Pokud je odpověď ano, tak z klinických i etických důvodů by léčba či zásah měli být uskutečněny (Doyle, 2013; Skála, Sláma, Vorlíček & Kabelka, 2011). Tyto priority a cíle léčby je třeba si stanovit společně s pacientem a s jeho blízkými. „*Pacientova přání a preference jsou základem plánu paliativní péče a jsou respektována, pokud nejsou v přímém rozporu s dobrými mravy nebo platnými zákonnými normami.*“ (Kolektiv autorů 2019, s. 20). Ideální je, dokážou-li se na společném cíli shodnout všichni zúčastnění: lékař, pacient i pacientovi blízcí aj. V situaci, kdy nedojde k souhlasu mezi osobami blízkými pacienta/klienta a ošetřujícím zdravotnickým týmem, lze zvážit přizvání jiného nezávislého lékaře nebo etické komise ustanovené pro tento účel (Paliatr Vysočina, 2019; Sláma, Špínková & Kabelka, 2013).

Doporučení Rady Evropy č. 1418 / 1999 "O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících" uvádí, že mohou být ohrožovány základní práva vyplývající z důstojnosti nevyléčitelně nemocného nebo umírajícího řadou faktorů.

¹ Podle pravidel lékařského umění, resp. preventivní, diagnostický nebo terapeutický postup, který odpovídá nejvyššímu dosaženému vědeckému poznání.

Mimo jiné je jím v bodě 7.3. umělé prodloužení procesu umírání buď nepřiměřenými lékařskými opatřeními, nebo pokračováním v léčbě bez souhlasu pacienta (Council of Europe, 1999).

Cíle je nutné stanovit vždy s ohledem na místo poskytování, zda je léčba a péče zajištělná v domácím prostředí, nebo zda je nutný převoz do zdravotnického zařízení (hospice). Cíle je nutno jasně formulovat a v průběhu nemoci lze cíle ujasňovat či měnit. Změny plánu péče se provádějí na základě změny zdravotního stavu, potřeb a preferencí pacienta a jeho rodiny. Cíl paliativní péče musí být reálně dosažitelný (Sláma et al., 2011). „*Lpění na nereálném cíli musí dříve, nebo později skončit zklamáním. To se netýká jen pacienta a jeho rodiny, ale i lékaře.*“ (Svatošová, 2011, s 14)

„*Plán paliativní péče je realizován multiprofesním týmem, jehož základními členy jsou lékař, sestra a sociální pracovník. Dalšími důležitými členy týmu pro hodnocení potřeb pacienta a realizaci paliativní péče má být psycholog a duchovní; může případně být i fyzioterapeut, ergoterapeut a nutriční specialista.*“ (Sláma, Špinková & Kabelka, 2013, s. 9)

Při přijetí pacienta je uskutečněno zhodnocení stavu, schopností a preferencí pacienta a jeho blízkých. Důležitá je anamnéza a objektivní vyšetření. Anamnéza zahrnuje pacientovy symptomy, informace o zdravotním stavu v minulosti i současnosti. Součástí anamnézy jsou informace o sociálních, rodinných a pracovních podmínkách. Informace jsou získávány ideálně přímo od pacienta a potvrzeny rodinou, blízkými či zdravotníky. Zjišťuje se celkově charakter obtíží nemocného (Mandysová & Škvrňáková, 2016).

Fyzikální vyšetření tzv. status praesens (aktuální stav). Fyzikální vyšetření je uskutečňováno prostřednictvím smyslů vyšetřujícího (pohled, poslech, pohmat, tzn. dívat se, hmatat, slyšet, cítit) a zhodnocení funkčního stavu (alespoň orientačním). Objektivní vyšetření začíná při prvním kontaktu s pacientem, kdy je na základě pozorování uskutečněn základní úsudek o stavu vědomí, respirační funkci a nutričním stavu nemocného. Na základě výše uvedeného je stanoven závěr, tzn. hlavní diagnóza, komorbidita, paliativní indikátory (bolest, dušnost, svalová síla, výživa, nauzea, zvracení, úzkost, deprese) a další skutečnosti, např. osobní přání, spirituální aspekty, zátěž a adaptace blízkých, farmaka (Kalvach, 2019; Mandysová & Škvrňáková, 2016).

Zhodnocení stavu, schopností a preferencí pacienta by mělo být pravidelně aktualizováno a dokumentováno. Pečlivá dokumentace s pravidelnými záznamy lékaře a epikrizami je nezbytnou podmínkou paliativní péče. Všechny záznamy musí splňovat standardy stanovené právními předpisy dané země a musí být prováděny pravidelně a důkladné kontroly, zda jsou splněny všechny zákonné požadavky. Odpovědnost za výše zmíněné musí být předem vymezena a měl by ji nést určený vedoucí pracovník. Součástí, při realizaci a kontrole naplňování plánu péče, jsou důležité záznamy v dokumentaci

ošetřovatelské, pečovatelské, sociální a další, spolu s dokumentací týkající se plánu péče pacienta/klienta. Minimálně by dokumentace resp. „složka“ pacienta/klienta měla obsahovat: osobní údaje pacienta, případně s uvedením osoby blízké a kontaktem na ní; anamnézu (doplňovanou podle průběhu onemocnění a podle nových zjištění); vyšetřování; léky; ošetřovatelské zprávy a komentáře; lékařské zprávy a komentáře; dokumentaci o pacientovi od ostatních lékařů a odborností; rozhodnutí in advance / Dříve vyslovená přání (Doyle, 2009; Kalvach, 2019).

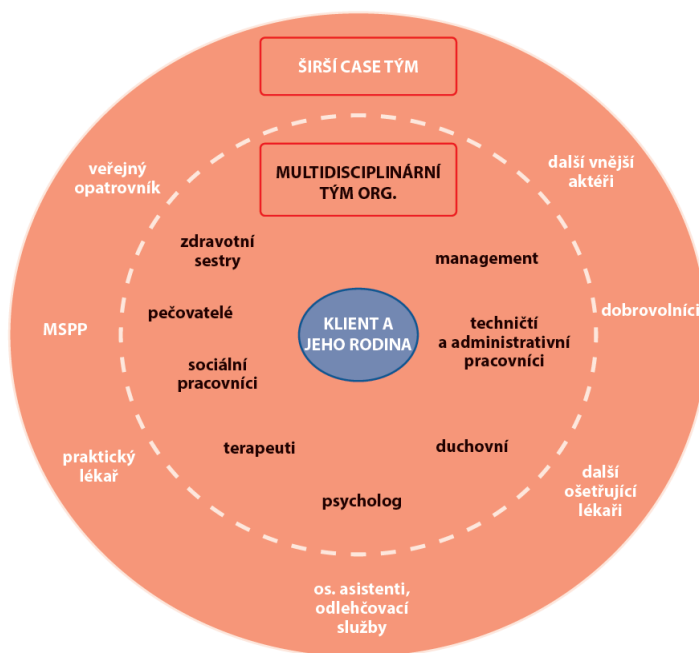
Součástí by měl být rovněž „komunikační list“, ve kterém je například uvedeno, co pacient řekl nebo jaké položil otázky, jakou odpověď nebo vysvětlení dostal aj. Teno komunikační list, vyplňuje lékař, zdravotní sestra, nutriční specialista, sociální pracovník, pracovník pastorační péče a další pracovníci po každém významném rozhovoru s pacientem (Doyle, 2009). Zápisy do dokumentace by měly být pro zdravotnické odbornosti společné. Při realizaci plánu mohou hrát významnou roli také odborně vedení dobrovolníci. Lékařská vizita zahrnuje revizi plánu péče na základě vývoje nemoci a dalších okolností. Součástí dokumentace by měly být vypracované, kromě zhodnocení stavu výživy, také škály bolesti, rizika vzniku dekubitů či rizika pádů (Kalvach, 2019).

3.2 Multidisciplinární spolupráce

Kvalitní paliativní péče je vždy týmová a multidisciplinární. Tato „komplexní síť péče“ vyžaduje koordinaci, spolupráci a dobrou komunikaci. Síť péče lze rozdělit na širší case team, multidisciplinární tým, v centru je pacient a jeho blízcí, viz obr. č. 2. Základem multidisciplinární spolupráce je sdílení kompetencí, znalostí a dovedností při zachování přínosu každé profese ve prospěch klienta v obtížné situaci. Je nezbytné nastavit správnou komunikaci i multioborovou spolupráci a hledat společná řešení (Kalvach, 2019). Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících“ vyzývá v bodě 9.1.5., aby členské státy Rady Evropy zajistily spolupráci mezi všemi osobami podílejícími se na péči o nevléčitelně nemocného nebo umírajícího člověka (Council of Europe, 1999).

Tým paliativní péče obvykle tvoří lékař specialista na paliativní medicínu (paliatr), zdravotní sestra, ošetřovatelé, sociální pracovník, nutriční specialista, psycholog, fyzioterapeut, ergoterapeut, psychoterapeut, duchovní, dobrovolníci aj. V dětské paliativě je to navíc pediatr a herní terapeut. Tým paliativní péče musí být zajištěn i pro mobilní formu poskytování paliativní péče, kde se zapojují blízcí a přátelé nemocného (Kalvach, 2019; Preedy, 2011).

Obrázek č. 2 – Schéma multidisciplinárního týmu



Zdroj: Metodický materiál projektu Proces integrace paliativní péče (Hrdá & Tollarová, 2018)

Důraz by měl být kladen na kvalifikaci členů týmu, jejich vzdělávání, speciální výcvik a práci s dobrovolníky. Je nezbytné, aby jednotlivé profese dobře znaly své kompetence i kompetence ostatních profesí a byly schopny se doplňovat. Multidisciplinární spolupráce zvyšuje kvalitu, bezpečnost a ucelenost paliativní péče (Kalvach, 2019; Sláma, Špinková & Kabelka, 2013).

Ve Velké Británii National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services doporučili, aby byl nutriční terapeut/specialista v paliativní péči vždy k dispozici podle potřeby, buď na plný úvazek nebo na částečný úvazek (Council of Europe, 2003). Kromě nutričního specialisty, který je klíčový při zajištění nutriční péče a výživy pacienta, viz kapitola 3.3, je nedílnou součástí při zajištění nutriční péče lékař, který provádí vyšetření při přijetí a diagnostiku stavu pacienta. Ošetřující sestra v rámci ošetrovatelské dokumentace vyhodnocuje nutriční riziko pacienta při přijetí a je zodpovědná za sledování příjmu stravy a tekutin nemocného. Je klíčovou osobou při předávání informací i v rámci předávání směn. Při příznivém stavu nemocného lze vyjádřit slovním komentářem, např. pacient se cítí dobře, spal klidně, bolesti v zádech jsou mírné, nebrání změnám polohy apod. Sanitární sestra sleduje konzumaci jídla a tekutin a předává další důležité informace (zvracení, nauzea, frekvence stolice atp.). V paliativní péči jsou téměř všichni pacienti v riziku. Z tohoto důvodu je nutný kontakt nutričního specialisty s pacientem, ideálně i s jeho blízkými bezprostředně při přijetí či zahájení poskytování paliativní péče (Kalvach, 2019; Preedy, 2011).

Nedílnou součástí v paliativě je rehabilitační péče. Ta je zapotřebí z důvodu ovlivnění bolesti, dušnosti a instability. Fyzioterapie aplikuje zejména analgetické procedury. Manuální techniky mobilizační a techniky měkkých tkání k uvolnění bolestivých kontraktur a funkčních bloků. Dále fyzikální terapie, udržování svalové síly dolních končetin, udržování a reedukace chůze, dechová rehabilitace (dušnost, zahlenění). K zachování svalové síly končetin, stability, mobility je důležitý dostatečný příjem bílkovin a suplementace vitamínu D vč. posilování svalů. Ergoterapie se podílí v multidisciplinární spolupráci v nácviu všedních činností či používání kompenzačních pomůcek. Fyzioterapie i ergoterapie mají vliv na celkový stav pacienta a zvyšují jeho možnosti při realizaci nutriční péče (Council of Europe, 2003; Kalvach, 2019).

Dobrovolníci mohou být velkou pomocí např. v naslouchání nemocného, aktivizaci, obstarávání nákupu, pohlídání dětí aj., nebo svou prostou přítomností u nemocného (Svatošová, 2011).

3.3 Role nutričního specialisty v paliativní péči

„Při posouzení prospěšnosti každé nutriční intervence je třeba zohlednit širší kontext pacientova života a jeho preference a přání.“ (Šachlová, Tomáška & Sláma, 2012, s. 5).

Screening a hodnocení výživy

Téměř všichni pacienti v paliativní péči jsou v nutričním riziku a vyžadují individuální a cílenou nutriční péči. Zjištění nutričního rizika (např. NRS 2002, MNA), hodnocení probíhá v rámci anamnézy u nově přijímaných pacientů. Nutriční screening je součástí ošetrovatelské dokumentace. Cílem je rozpoznat ty pacienty, kteří vyžadují zvláštní pozornost a péči. Dále je nutné posouzení a identifikace výživových možností, preferencí a obtíží. Posouzení výživy by mělo vést k individualizovanému plánu nutriční péče. Pravidelné hodnocení nutričního stavu a vážení nemocných není ale vždy vhodné ani prospěšné např. u pacientů s pokročilým nádorem (Preedy, 2011; Sláma et al., 2011).

Úkolem nutričního specialisty je vyhodnotit a posoudit nutriční stav pacienta prostřednictvím nutriční anamnézy, somatického vyšetření a laboratorních metod. Zjistit preference nemocného či případné komplikace spojené s výživou. Sestavit nutriční anamnézu, tj. stravovací zvyklosti, frekvenci perorálního příjmu stravy/tekutin, intoleranci složek potravy, léky ovlivňující příjem potravy, problémy s příjmem potravy (kousání, polykání, chrup – zubní protéza), nauzea, zvracení, průjmy, obstipace, vývoj tělesné hmotnosti (úbytek, změna). Je nutno zhodnotit, do jaké míry je malnutrice působena ovlivnitelnými faktory. Dále zjistit, zda byla u pacienta zavedená či dříve zkoušená nutriční podpora a její tolerance či případné komplikace např. sipping, NGS, PEG aj. (Svačina, 2010; Šachlová, Tomáška & Sláma, 2012).

Je důležité zjistit, jaká konzistence stravy pacientovi vyhovuje a jaké má preference, co mu činní obtíže či nechutná. Ideálním způsobem je rozhovor s pacientem

a jeho blízkými, případně dotazník. Nutriční specialista se musí seznámit s příjmovou dokumentací pacienta, s anamnestickými, klinickými a laboratorními údaji. Pravidelně by měl nahlížet zejména do lékařské, ošetrovateľské a pečovatelské dokumentace a případně dělat záznamy. Rovněž by se měl účastnit velkých vizit (Kalvach, 2019; Mandysová & Škvrňáková, 2016).

Somatické vyšetření

Jednou ze základních metod k získání potřebných informací o pacientovi je fyzikální vyšetření, tzv. principem čtyř "pé". Z nutričního pohledu je využíván zejména pohled (aspekce) a pohmat (palpace), ale někdy je důležitý i čich, např. pach acetonu z úst pacienta při diabetické ketoacidóze nebo foetor hepaticus při jaterním selhání. Mezi základní antropometrické vyšetření patří zhodnocení celkového stavu. Dále se hodnotí vlasy, oči, ústa, kůže, končetiny (Svačina, 2010). Zejména stav hydratace (otoky, turgor kůže a sliznic), tělesná hmotnost, obvod střední části nedominantní paže. V paliativní péči je důležitým ukazatelem barva pokožky jako je ikterus, cyanóza, bledost, drobné petechie, erytém atp. (Kalvach, 2019).

Úlohou nutričního specialisty je včasné zahájit nutriční podporu, je-li indikovaná. Z tohoto důvodu je nutné sledovat defekty na kůži, všimnout si i sebemenších změn na kůži např. zarudnutí, otlačení, vyrážka. I drobné defekty mohou být začátkem značných komplikací. Svědění kůže (pruritus) v paliativní péči může být způsobeno nedostatkem železa. Nejen z nutričního hlediska jsou zcela zásadní chronické rány pacienta, jako jsou bércové vředy, arteriální kožní vředy, exulcerované nádory, diabetické defekty, rozpadlé operační rány, dekubity. Hojení lze v některých případech podpořit dostatečnou hydratací a výživou doplněnou o bílkoviny, např. využití Protifar. Přínosem mohou být také některé vitamíny (riboflavin, kyselina pantothenová, pyridoxin, kyselina listová, vitamin C aj.), minerální látky a stopové prvky (zinek, železo, měď) a další látky jako například arginin (lze i ve formě sippingu např. Cubitan) a glutamin. Mezi komplikující faktory vzniku dekubitů patří porucha výživy (kachexie i obezita). Dekubity jsou častou stížností blízkých pacienta na zanedbání péče, ale ani nejlepší péči nelze u rizikových pacientů zcela zabránit jejich vzniku (Kalvach, 2019; Mandysová & Škvrňáková, 2016; Sláma et al., 2011).

Při hodnocení nutričního stavu se využívají laboratorní hodnoty (KO, urea, kreatinin, ionty včetně Ca, P, Mg, jaterní hodnoty, glykemie, triglyceridy, albumin případně prealbumin, transferin, lymfopenie, IgG, IgA, IgM, aj. Rovněž je možné zhodnotit dusíkovou bilanci. Techniky pro měření stavu výživy spolu s anamnézou jsou základem hodnocení pacienta a podkladem pro nastavení adekvátního individuálního nutričního plánu (Svačina, 2010; Šachlová, Tomiška & Sláma, 2012).

Individuální nutriční plán

Nutriční léčba se u jednotlivých pacientů značně liší. Měla by být vždy součástí komplexního plánu péče, který vychází z prognózy základního onemocnění a pacientových

přání a preferencí. Nutné je adekvátní nastavení terapeutických, kompenzačních a režimových opatření na základě vyšetření, a i nadále pacienta monitorovat. Individuální nutriční plán je nutno nastavit s ohledem na předpokládanou prognózu délky života a vliv výživy a nutričních intervencí na kvalitu života. Nutriční potřeby, možnosti i preference se u pacientů v paliativní péči často mění, nutriční specialista by měl pružně reagovat na měnící se chuťové preference i výživové možnosti pacienta a efektivně komunikovat v rámci multidisciplinárního týmu (Mandysová & Škvrňáková, 2016). Součástí individuálního nutričního plánu by měl být individuální jídelní plán pacienta, tzv. výběr. Patří sem většina paliativních pacientů, nemocní, kteří trpí nechutenstvím, nebo je potřeba je tzv. „rozjít“. Rovněž pacienti, kteří musí mít z důvodu onemocnění individuální stravování (onkologičtí pacienti) či atypické nutriční režimy, např. potravinová nesnášenlivost. Individuální jídelní plán by měl být proveditelný ve všech zařízeních, kde je poskytována zdravotnická či sociální péče. Obzvláště v paliativní péči má svůj nezastupitelný význam (Kohout & Kotlíková 2009).

Pacientovi jsou sestavována v rámci jeho možností, omezení a preferencí jídla, které s největší pravděpodobností zkonsumuje a nezpůsobí mu zdravotní potíže s ohledem na možnosti poskytovatelů paliativní péče. Tento individuální výběr zásadně sestavuje nutriční terapeut/specialista s nemocným, případně ve spolupráci s jeho blízkými. Pokud pacient nejí, je efektivní nalézt to, co jíst může a je ochoten to přijmout. Součástí je adekvátní textura stravy s modifikovanou texturou, tzn. že lze stravu mechanicky upravit do kašovitě, mleté či mixované formy, případně zahustit např. Nutrilisem. V důsledku použití těchto mechanických úprav se musí dbát na možnost rizika snížení nutriční hodnoty stravy a využít suplementace. Vhodné je doplnit v rámci výběru možnost přísad, které se mohou uložit do chladničky pacienta, např. sýry, jogurty, šunka, pyré, kompoty, ovoce atp. Nemocný si je může zkonsumovat, kdykoliv na ně bude mít chuť a budou pro něj přidanou výživovou hodnotou (Grofová, 2007; Kohout & Kotlíková 2009).

Rozpoznání změn ve výživových potřebách

Nutriční potřeby se často mění, když se pacient blíží ke konci svého života. Primárním cílem je udržení optimální kvality života pacienta. Celkový komfort a klid mysli je prvořadý. V této fázi ztrácí nutriční intervence na své váze a většinou ani nejsou indikované. Snížený příjem potravy je normálním projevem postupného selhávání organismu. Dodané živiny většinou není nemocný ani schopen využít. Navíc pacientům v této fázi často selhávají ledviny a jiné orgány, což má za následek při neadekvátní hydrataci zadržování tekutin, nevolnost, zvracení, aspirace, otoky a zvýšené vylučování. Tyto stavy mohou způsobit nežádoucí příznaky v důsledku iatrogenního srdečního nebo plicního selhání. Proto je v této fázi vhodné nabízet, nikoliv nutit to, nač má pacient ještě sílu a chuť. Pití se doporučuje podávat častěji a po troškách. Pokud pacient není schopný polykat, alespoň zvlhčujeme rty a ústa. Péče o dutinu ústní je v této fázi velmi důležitá. Namísto je opět multidisciplinární spolupráce lékaře, nutričního specialisty a ošetřujícího

personálu. V paliativě je nutno důsledně odlišovat nutriční podporu v paliativní a terminální péči (Grofová, 2009; Skála, Sláma, Vorlíček & Kabelka, 2011).

Rozhodnutí týkající se podpory výživy však mohou být plná konfliktů ze strany osob blízkých nemocného. Z tohoto důvodu je důležité trpělivé vysvětlování a správná, klidná komunikace lékařů, nutričních specialistů, příp. psychologů aj. s blízkými pacienta (Preedy, 2011; Sláma et al., 2011).

Nutriční specialista kromě výše uvedeného sestavuje adekvátní formalizované nutriční protokoly jako je uveden například v příloze č. 1, podílí se v rámci multidisciplinárního týmu na realizaci paliativní péče, sestavuje jídelní plány (jídelníčky), kontroluje dodržování technologických postupu a HACCP v rámci stravovacího provozu, kontroluje kvalitu připravené a vydávané stravy, sestavuje individuální jídelní plány pacientů (výběry stravy), zajišťuje umělou klinickou výživu vč. kontroly uchovávání a podávání, komunikuje ohledně výživy s pacienty a jejich blízkými, uskutečňuje edukační činnost v rámci své odbornosti vč. zajištění materiálů, spolupodílí se na vytváření standardů nutriční péče, podávání stravy, hydratace aj. Nutriční specialista rovněž koná další činnosti v rámci své odbornosti a kompetence (Grofová, 2007; Kohout & Kotlíková 2009).

V roce 2016 byla Pintem, Pereirem, Camosem a Thompsonem uskutečněna studie, která měla za cíl zkoumat názory a perspektivy nutričních specialistů/terapeutů pracujících v paliativní péči. K výzkumu byly použity polostrukturované rozhovory a byli dotazováni evropští specialisti přes nutriční, kteří pracovali ve službách paliativní péče. Výsledkem studie byl fakt, že specialisti mají své opodstatněné postavení v rámci paliativních týmů. Činnosti a kompetence nutričních specialistů byly: hodnocení nutričního stavu a výživy pacienta, formulace a monitorování plánů podpory výživy (vč. potravin, doplňků aj.), hydratace, účast na výzkumech a školeních. Nutriční podpora zahrnovala dietní poradenství, stravovací plány, dohled nad umělou výživou (enterální a parenterální) u pacientů, definování a kontrola adekvátních textur stravy a tekutin (MUS vč. použití zahušťovadel) a indikace modulárních dietetik. Byla udávána důležitá role nutričních specialistů při řešení psychické tísně pacientů a rodin souvisejících se změnami výživy. Zdůrazňována byla potřeba silnějšího postavení specialistů v paliativní péči a možnost dalšího vzdělávání (Pinto, Pereira, Campos & Thompson, 2016).

3.4 Změny související s výživou a metabolismem

V paliativní péči dochází u pacientů k výrazným změnám, které souvisí s výživou a metabolismem. Zvyšuje se citlivost na laktózu, případně na jiné alergenů. Dochází ke specifickým poruchám a změnám v metabolismu. V této kapitole jsou některé vybrané změny uvedeny. Obecně lze říci, že u pacienta v paliativní medicíně tělesné funkce pomalu končí. Nemocný potřebuje daleko méně než dříve, jeho tělo už nedokáže přisun živin

zpracovávat. Samozřejmě je nutné posuzovat tyto změny vždy individuálně a s ohledem na fázi onemocnění (BC Centre for Palliative Care, 2017; Skála, Sláma, Vorlíček & Kabelka, 2011).

Laktózová intolerance

Nesnášenlivost laktózy může přispět ke gastrointestinálním potížím u řady pacientů. Nejčastěji se s ní lze setkat u geriatrických pacientů, nemocných po radioterapii či se může vyvinout dočasná až trvalá hypolaktázie z různých důvodů, např. po gastrointestinální infekci, léčbě antibiotiky atp. Je nezbytné s ohledem na stupeň laktózové intolerance a stav nemocného, provést adekvátní změnu stravovacích návyků. Vyřadit, nahradit či omezit potraviny, léky a doplňky (např. zvolit sipping typu juice), které mohou obsahovat laktózu. Adekvátní úpravu stravovacího režimu, ve spolupráci s pacientem/klientem, má v kompetenci nutriční specialista (Preedy, 2011; Svačina, 2010).

Nemocní s demencí mají často sníženou chuť k jídlu, potíže s polykáním a sníženou motorickou schopnost nakrmit se vč. časové náročnosti. Z tohoto důvodu je potřeba, aby jejich strava byla přizpůsobena jejich možnostem, tzn. častější frekvence jídla, adekvátní textura stravy s modifikovanou texturou, asistence při krmení, využití pomůcek, individuální přístup k potřebám každého jednotlivce (Preedy, 2011).

Porucha metabolismu glukózy

Diabetes mellitus nabývá v paliativě jiného rozměru než v léčbě kurativní. I když je paliatry a endokrinology doporučováno pravidelné monitorování glukózy, vyjadřují nesouhlas s frekvencí a striktním dodržováním hladiny glukózy u nemocného. Je-li indikováno monitorování glukózy, měla by být cílem hladina cukru v krvi mezi 10 a 15 mmol/l (maximálně do 20 mmol/l). To umožňuje většině pacientů zbavit se příznaků hyperglykémie, a přitom se vyvarovat nebezpečí hypoglykémie. „*Pacienti v paliativní péči jsou ohroženi symptomatickou hypoglykemií i hyperglykemií. U pacientů s předpokládanou prognózou přežití v řádu měsíců, týdnů nebo dnů není při léčbě diabetes mellitus (DM) relevantním cílem dosažení ideální kontroly glykémie. Tito nemocní se obvykle nedožijí klasických pozdních komplikací diabetu. Vycházíme z hodnocení, jaký vliv má u daného pacienta glykémie na celkovou kvalitu života.*“ (Sláma et al., 2011, s. 105). Riziková je noční hypoglykémie, která je v paliativní péči častým jevem. Invazivní sledování hladiny cukru v krvi a podávání injekcí inzulínu může být pro pacienty nepohodlné a nevhodné. Proto musí být tato zátěž zvážena a upravena tak, aby splňovala cíle paliativní péče. Monitorování a léčba by rovněž měla záviset na příznacích a prognóze (Preedy, 2011).

Perorální antidiabetika, která stimulují uvolňování inzulínu musí být používána opatrně, obzvláště pokud lék působí dlouhodobě a orální příjem nemocného je variabilní nebo klesá. U perorálních látek i inzulínu je důležité si uvědomit, že dávky budou muset být pravděpodobně snižovány a někdy úplně zastaveny, protože pacient konzumuje méně stravy, anebo pokud dojde k ukončení léčby kortikosteroidy, viz níže (Preedy, 2011).

Zvýšenou opatrnost je třeba věnovat pacientům, kteří jsou léčeni kortikosteroidy. Kortikosteroidy indukují stav relativní inzulínové rezistence. U steroidních diabetiků jsou hladiny glukózy nejvyšší během dne a normalizují se přes noc. V paliativní péči je inzulín nejvhodnějším prostředkem pro léčbu diabetu vyvolaného steroidy. Bazální inzulín by měl být podáván ráno a doplňkový inzulín během dne (BC Centre for Palliative Care, 2017; Preedy, 2011).

Z tohoto důvodu je nutné monitorovat množství a charakter přijaté stravy a tekutin (zejm. slazených nápojů). Mnohdy se v paliativní péči u diabetiků 2. typu na inzulínu přechází na PAD. Cílem je pozvolná redukce dávek či úplné postupné vysazení inzulínu. Kontrola glykémie je prováděna na lačno 2–3x týdně. Dávky jsou upravovány u glykémie nad 20 mmol/l nebo při symptomatické hyperglykémii. U DM 2. typu léčeného perorálními antidiabetiky je cílem PAD snižovat a postupně vysadit. Nejmenší riziko hypoglykémie má metformin. Kontroly glykémie na lačno 1–2x týdně. Adekvátní hodnoty jsou do 15 mmol/l. Z perorálních diabetik, jak již bylo výše zmíněno, je postupné vysazování a přecházení na případnou adekvátní úpravu stravovacího režimu. Nastavení adekvátního stravovacího režimu ve spolupráci s pacientem má v kompetenci nutriční specialista. U DM 2. typu není nutné striktně dodržovat diabetickou dietu, zvláště u pokročile nemocných. Ukazateli nadměrné glykémie jsou polyurie, žízeň, nevolnost, zvracení, zmatenost, neklid, při těchto symptomech je indikovaná lékařská i nutriční intervence. U DM 1. typu se v paliativě uplatňuje co nejjednodušší schéma aplikace inzulínu, 1x denně kontrola a cílem je udržet hodnoty do 15 mmol/l (Preedy, 2011; Sláma et al., 2011).

Terapií u hypoglykémie je intravenózní aplikace glukózy v akutní fázi, aplikace glukagonu v akutní fázi, úprava dávky či příp. vysazení léků snižujících glukózu, zvýšení příjmu potravy, podávání kortikoidů, např. dexamethason 4 mg/d. V případě endokrinně aktivních nádorů je možné využití kauzální protinádorové léčby (Preedy, 2011; Sláma et al., 2011).

Poruchy metabolismu vápníku

Jako hyperkalcemie je označována hladina kalcia v séru vyšší než 2,8 mmol/l, ionizované kalcium vyšší než 1,4 mmol/l. Maligní hyperkalcemie se vyskytuje u 10–15 % pacientů v pokročilých stadiích nádorového onemocnění. Hyperkalcemie se projevuje širokou symptomatologií, z výživového hlediska je to nauzea, zvracení, kovová chuť v ústech, gastroduodenální vředová choroba, úporná obstipace, pankreatitida. Mezi další příznaky při protrahovaném průběhu hyperkalcemie patří bledost a kachektizace. U mírné hyperkalcemie se doporučuje zvýšit perorální příjem tekutin na 3 l denně, někdy je se zvýšenou hydratací vhodné užít furosemid. Korekce hyperkalcemie není indikována u pacientů v terminálním stavu s předpokládanou prognózou přežití v řádu několika dnů (Sláma et al., 2011; Svačina, 2010).

Poruchy metabolismu sodíku

Jako hyponatrémie je označována sérová koncentrace sodíku < 135 mmol/l. Závažná je pod 125 mmol/l. Hyponatrémie se vyskytuje např. u hypokortikalizmu, u dlouhodobé kortikoterapie, u píštělí, odsávání pomocí drénů, zvracení, průjmů, při terapii hypertenze thiazidovými diuretikami apod. Z diuretik se používá furosemid, u něhož dochází, na rozdíl od thiazidů, k větší ztrátě vody než natria. Furosemid způsobuje hypernatrémii. Hyponatrémie ve vztahu k výživě bývá provázena nechutenstvím, nevolností, zvracením, únavou a zmateností. Indikované jsou terapeutické postupy ovlivňující jak sodnou, tak vodní komponentu. K substituci tekutin lze použít 0,9 % NaCl, tzv. fyziologický roztok. U pacientů u předpokládané prognózy přežití hodiny-dny-týdny obvykle není intenzivní snaha o korekci vnitřního prostředí indikovaná (Sláma et al., 2011; Špatenková & Škrabálek, 2015).

Při hypernatrémii jsou sérové hodnoty sodíku > 150 mmol/l. Těžká je nad 160 mmol/l. Důvodem je retence natria nebo ztráta čisté vody. Většina hypernatrémii je multifaktoriálních, vznikajících v důsledku terapeutických postupů při osmoterapii hypertonicnými roztoky natria nebo manitolem, podáváním furosemidu aj. Nejčastější příčiny v paliativní medicíně jsou deficit vody (nedostatečný perorální příjem, profuzní pocení, febrilie), zvýšené ztráty GIT (ileus, průjmy, zvracení), renální ztráty vody, osmotická diuréza (urea, glykosurie, manitol), vodní diuréza (centrální nebo nefrogenní diabetes insipidus). Terapií je podávání hydrochlorothiazidu a hypotonických roztoků (Sláma et al., 2011; Špatenková & Škrabálek, 2015).

Hypomagnezémie

Jako hypomagnezémii označujeme hladinu hořčíku $< 0,7$ mmol/l. V paliativní medicíně je běžná zvláště u těžce nemocných. Může být vyvolána mnoha faktory: nedostatečným příjmem v potravě, GIT ztrátami, renálními ztrátami a redistribucí do buněk. Nedostatek hořčíku je zejména spojen s vysokým krevním tlakem, DM, srdečními chorobami, astmatem, nespavostí, migrénami, úzkostí aj. Rovněž může být nedostatek magnezia způsoben řadou farmakologických léčebných postupů, chemoterapií na bázi platiny a léčbou inhibitory protonové pumpy. Mezi časté příznaky nedostatku hořčíku patří necitlivost a brnění, svalové křeče a poruchy srdečního rytmu. V paliativní medicíně může nedostatek magnezia i formu výživy a hydratace vč. časového harmonogramu u pacientů, kteří mají sedací snížené vědomí. U nemocných, kteří mají přerušovanou nebo lehkou sedaci, lze zvážit perorální příjem stravy a tekutin. Ale pouze za předpokladu, že je pacient schopen normálně polykat (riziko aspirace). U těchto pacientů je nutné sledovat úroveň vědomí během perorálního příjmu a stejně tak množství přijaté stravy a tekutin. V případě nedostatečného příjmu je indikováno upravení sedace či nutriční intervence, např. umělá klinická výživa, hypodermoklýza atp. Z etického hlediska má pacient právo rozhodnout, zda by měl příjem tekutin a výživy pokračovat anebo by měl být zastaven (BC Centre for Palliative Care, 2017; Preedy, 2011).

Mezi nežádoucí účinky opioidních analgetik patří také tzv. opioidní střevní dysfunkce ODS, snížení kognitivních funkcí nemocného, hypotenze a imunosuprese. ODS je charakterizována tvrdou suchou stolicí, nadýmáním a gastroezofageálním refluxem. Při použití náplastových forem (např. Durogesic, Transtec) může být méně častá. Obvykle je přítomna po celou dobu podávání opioidu (Sláma et al., 2011). Intervence obstrukce viz kapitola 3.7.8.

Pro geriatrické pacienty existuje expertní seznam léků, tzv. Beersova kritéria, jejichž podávání se považuje ve stáří za nevhodné, zejména z důvodu neúměrného rizika a nežádoucích účinků (delirantní stavy, ortostatická hypotenze aj.) Např. u seniorů by měl být preferován morfin před pethidinem (Dolsin). U Dolsinu hrozí vyšší výskyt delirií a zvracení bez toho, že by méně tlumil dechové centrum (Kalvach, 2019; Sláma et al., 2011).

Rovněž na gastrointestinálních obtížích se mohou podílet farmaka. Zejména nauzea se vyskytuje z důvodů podávání např. antibiotik, kortikoidů, nesteroidních antirevmatik, kyseliny acetylsalicylové, digoxinu aj. V prvních dnech podávání opioidů se rovněž vyskytuje nauzea a zvracení (u 15–70 % pacientů), které většinou ustupuje během jednoho až dvou týdnů (Sláma et al., 2011).

Škytavka (singultus) je v paliativní péči spojena s užíváním kortikosteroidů. Kortikosteroidy jsou jedním z nejběžnějších léků, které ji vyvolávají. Singultus negativně ovlivňuje mimo jiné množství perorálně přijaté stravy a tekutin, proto je nutné se jím zabývat. U škytavky, u níž se předpokládá, že je způsobena kortikosteroidy, by měly být, pokud je to možné, tato farmaka postupně vysazeny. Pokud to není možné, lze provést léčbu např. baklofenem, chlorpromazinem nebo haloperidolem, metoklopramidem nebo cisapridem. Pokud tyto léky nefungují samostatně, mohou být užity jejich adekvátní kombinace (Preedy, 2011).

Obecně je v paliativní péči vhodná adjuvantní farmakoterapie, tj. antidepresiva, anxiolytika ve výhodné kombinaci s opioidy, antiepileptika u neuropatické bolesti, kortikoidy. Jako vhodné se jeví v indikovaných případech využívat náplast fentanyl, epidurální katétr, rehydratační infuze formou hypodermoklýzy (podkožní aplikace tekutin), případně intravenózní infuze. Vhodnými invazivními metodami je epidurální anestezie (např. u nádorů malé pánve) či neurolyza (Kalvach, 2019; Sláma et al., 2011).

V terminálním stavu pacienta je nutné zvážit podávání diuretik, antihypertenziv, antiarytmik, perorálních antidiabetik a inzulinu, pypolipidemik, antiagregační a antikoagulační léčby, nootropik aj. Naopak je nutné zajistit podání analgetik, anxiolytik, antiemetik a neuroleptik (Sláma et al., 2011).

3.5 Nutriční péče

Nedostatečná hydratace a podvýživa a její účinky, jako je ztráta svalů, zranitelnost vůči infekcím, delirium a respirační problémy, jsou běžná potenciální rizika pro pacienty v paliativní péči, zvláště když jsou na konci života (Preedy, 2011). V rámci základní péče a úcty k životu je povinností zajistit nemocnému stravu a tekutiny, v rámci zdravotní péče navíc adekvátní nutriční péči. Bez potravy člověk umírá v horizontu týdnů, bez tekutin během několika dnů. V paliativě je základem výživy vytvoření podmínek pro perorální příjem. Nemocný může velmi strádat, pokud nemůže jíst a pít. V paliativní péči lze adekvátně využít všechny typy nutriční podpory. Nejprve je ale nutné odpovědět na otázku, jak bude pacient živen a zda vůbec. Toto rozhodnutí je závažné, závisí na mnoha faktorech, mimo jiné na celkovém stavu nemocného, fázi onemocnění a na faktu, zda se jedná ještě o péči paliativní, nebo již terminální. U pacientů s delší prognózou je nutriční podpora prevencí závažných komplikací, faktorem kvality i odvrátitelného poklesu života (Grofová, 2009; Sláma et al., 2011).

Bezprostředně umírajícím pacientům se strava ani tekutiny nevnucují, ale pouze nabízí, rovněž není nutné sledovat podrobně příjem potravy, resp. propočty. U pacientů s delší životní prognózou je dostatečný příjem potravy jedním z předpokladů zachované aktivity, pohyblivosti a kvality života. Alespoň semikvantitativně se sleduje množství přijaté stravy a tekutin a efektivně se reaguje na jeho snížení (Kalvach, 2019). Vhodné je např. zakreslování porcí do předtištěného schématu, např. viz příloha č. 2. Podle snědeného jídla ($\frac{1}{4}$, $\frac{1}{2}$, $\frac{3}{4}$, 1) lze odhadnout energetický příjem stravy. Výživa a hydratace by měly být zvažovány a podávány pouze pokud to nepoškodí pacienta, nezpůsobí to zbytečné utrpení a nepředstavuje zbytečný lékařský akt. Podle odborných i etických doporučení v rámci Evropské unie se nepovažuje za vhodné zavádět nemocným v rámci péče na konci života sondy či PEG, PEJ (Grofová, 2009; Kalvach, 2019; Sláma et al., 2011).

3.5.1 Možnosti nutriční podpory

Cílem nutriční podpory je v paliativní péči je udržení nebo zlepšení nutričního stavu pacienta. Nutriční podpora jsou aktivní opatření k zachování adekvátního příjmu energie, živin, stopových prvků a vitaminů jedince. Mezi hlavní prostředky nutriční podpory patří dietní opatření, umělá klinická výživa enterální a parenterální. Do nutriční podpory v paliativě lze rovněž zařadit přípravky usnadňující polykání, stimulanty chuti i faktory, které ovlivňují perorální příjem pacienta, jako je uspořádání prostoru a využití pomůcek (Preedy, 2011; Šachlová, Tomiška & Sláma, 2012).

Dietní opatření, individuální jídelní plán

U pacienta se vlivem onemocnění (zejm. onkologických) často mění dietní preference, začíná vynechávat určité druhy potravy (např. maso, ryby), mohou se přidružit

polykací obtíže, nechutenství nebo nevolnost. U pacientů lze podávat pravidelně k zajištění příjmu bílkovin na místo masa mléčné výrobky a vaječný bílek (Kalvach, 2019).

Určitá úprava stravovacích návyků a vytvoření individuálního jídelního plánu je nutné téměř u všech nemocných. Ve stravě se často přechází od pevné stravy přes mletou po kašovitou či až tekutou. Vhodné je doplnit stravu o přídavky, dle volby nemocného. Vynechávají se hůře stravitelné pokrmy. Chuť k jídlu může pozitivně ovlivnit i malé množství piva. Při nechutenství někdy pomáhá Coca-Cola po lžičkách. Strava by měla být esteticky upravená, barevná a servírovaná na vzhledném inventáři. Pacienti preferují většinou menší dávky v kratších intervalech. Kvůli nevolnosti či aspiraci se dává přednost hustším pokrmům, pacient je v poloze vsedě či polosedě. Po jídle zůstává pacient nějakou dobu v poloze se zvýšenou horní polovinou těla (Hrnčiariková et al., 2007; Sláma et al., 2011).

Umělá klinická výživa

Ztráta hmotnosti není v pokročilém stadiu rakoviny důvodem k indikaci umělé výživy. Kachexie je v této fázi způsobena změnami metabolismu. Většinou nereaguje na enterální nebo parenterální výživu. PV je také spojena s možnými infekci způsobenou centrální žilní katetrizací a EV s možnými křečemi v GIT a průjemem. Umělá výživa má své opodstatnění u hladovění a podvýživou pacientů s obstrukcí horního zažívacího traktu, kteří nejsou nevyléčitelně nemocní z důvodu rakoviny. U těchto pacientů lze využít NGS či PEG. Je nutné zvážit, zda je možné použít EV či je nutná PV, a to závisí na individuálních klinických okolnostech i na přáních pacienta (Doyle, 2013).

Otázky, které je třeba zvážit při rozhodování o umělé výživě a hydrataci:

- Je pacient schopen samostatného krmení/pití?
- Je pacient dehydratován?
- Je pacient kachektický?
- Je délka života delší než 2 týdny?
- Jak vážné jsou příznaky dehydratace?
- Převažují očekávané výhody umělé výživy nad nevýhodami?
- Převažují očekávané výhody rehydratace nad nevýhodami?
- Souhlasí pacient a jeho blízcí s umělou výživou/hydratací?

Roli při rozhodování také hraje, zda měl pacient nutriční podporu již v minulosti a zda má zavedenou sondu či PEG apod. (Hrnčiariková et al., 2007; Preedy, 2011).

Enterální sondová výživa

Nemocní, u nichž se perorální výživou nedaří zlepšit či udržet nutriční stav nebo není možný dostatečný p. o. příjem z důvodu onemocnění, mohou být v paliativní péči indikováni k enterální výživě. Tato výživa může být aplikována nazogastričnou (NGS), nazojejunální sondou (NJS) nebo perkutánní endoskopickou gastrostomií (PEG) či

jejunostomií (PEJ). PEG je obvykle tolerován lépe než NGS a může zlepšit kvalitu života nemocných. K výživě se používají farmaceuticky připravené výživné roztoky (nikoliv kuchyňsky upravená strava). Podání výživy je možné bolusovým způsobem (pomocí Janettovy stříkačky, individuálně 200–300ml), intermitentně (1–3hodinová infúze podávaná 2–4x denně, nebo kontinuálně (výživa je podávána rovnoměrně po dobu 20 hod, v noci pauza). Pokud je to možné, je výhodné kombinovat sondovou výživu s perorálním příjmem malého množství stravy. Komplikacemi enterální výživy mohou být: nedostatečná nutriční podpora, přetížení nutričními substráty, dehydratace, porucha minerálového hospodářství, reflux, aspirace a následné plicní komplikace, nauzea, zvracení, bolesti břicha, nadýmání, zácpa, průjem, vředové léze, krvácení do GIT aj. (Sláma et al., 2011; Šachlová, Tomáška & Sláma, 2012).

Parenterální výživa

Parenterální výživu indikujeme pouze individuálně, a to na základě očekávaného přínosu pro kvalitu života nemocného. Za předpokladu, že dobře informovaný pacient podepíše informovaný souhlas s tímto způsobem výživy. Ve sporných případech je možno otestovat PV na dobu jednoho měsíce a pokračovat pouze tehdy, pokud dojde k viditelnému efektu. Zlepšení kvality života vlivem úplné parenterální výživy lze očekávat u 40 % nemocných, kteří mají přežívání delší než 3 měsíce, ale pouze u 8 % s kratším přežíváním. „*Při správné indikaci může PV pacientům získat až několik měsíců života navíc ve srovnání s bazální hydratací.*“ (Šachlová, Tomáška & Sláma, 2012, s. 9). PV se nesmí používat k prodlužování terminální fáze neléčitelné nemoci. PV v paliativní medicíně může sloužit jako alternativa k prosté hydrataci. Komplikace PV: přetížení nutričními substráty (hyperalimentační syndrom), iontové dysbalance (Na, K, Ca, chloridy, fosfáty, Mg), hyperglykemie/hypoglykemie, přetížení tekutinami, nedostatek vitaminů a minerálních látek, porucha funkce jater a střeva aj. (Sláma et al., 2011; Šachlová, Tomáška & Sláma, 2012).

Perorální nutriční suplementy (sipping)

Popíjení přípravků enterální výživy „to sip“ srkat, popíjet lze indikovat u pacientů v případech, kdy je možný perorální příjem, ale je nedostatečný. Cílem je doplnit standardní výživu a zkvalitnit tak život nemocného vč. předcházení nepříjemných symptomů z nedostatečné výživy. Výhodou je možnost okamžitého použití, široký výběr příchutí a typů přípravků, vysoký obsah energie a bílkovin v malém objemu, definovaný obsah živin, včetně vitaminů a stopových prvků, ev. vlákniny, dobrá vstřebatelnost a vysoká biologická dostupnost. Sipping se popíjí slámkou, ideálně v době mezi hlavními jídly po malých jednotlivých dávkách 15–50 ml (slámkou, po doušcích, po lžících) Podávají se chlazené. Energetická hustota nutričních přípravků je 1–1,5 kcal/ml. U většiny přípravků je bílkovina mléčného původu a sacharidy jsou zastoupeny ve formě maltodextrinu. Lze střídat přípravky různých příchutí a využívat i přípravky neutrální bez

příchuti a džusové formy. Komplikacemi mohou být průjem, žaludeční nevolnost, nadýmání (Sláma et al., 2011; Šachlová, Tomíška & Sláma, 2012).

Modulární dietetika

Jsou přípravky k doplňkové výživě, kdy je příjem stravy možný, ale nedostatečný. Slouží k obohacení kuchyňské stravy o konkrétní živiny, nejčastěji proteiny nebo sacharidy. Přípravky jsou ve formě prášku. Obsahují čisté bílkoviny (např. Protifar pulvis, při 6 odměrkách za den pacient přijme 13,3 g bílkovin) nebo maltodextrin (např. Fantomalt pulvis). Mohou se dávat do polévek, omáček, kaší, bílé kávy, jogurtu, šlehaného tvarohu, pomazánek aj. (Sláma et al., 2011; Šachlová, Tomíška & Sláma, 2012).

Přípravky usnadňující polykání

U pacientů s poruchami polykání lze upravit potraviny i nápoje pomocí instantního zahušťovadla v práškové formě (Nutilis, Resource Thicken Up). Zahušťovadlo lze použít přímo k zamíchání do teplých nebo studených nápojů. Kuchyňkou stravu je možno rozmixovat a poté zahustit. Jsou možné tzv. tři stupně konzistence zahuštění sirup, krém nebo pudink, vždy podle individuálních potřeb nemocného. Požadované konzistence lze dosáhnout přidáním daného množství odměrek do stravy či nápoje. Po důkladném rozmíchání je nutno ponechat několik minut stát, roztok po chvíli stání zhoustne (Sláma et al., 2011; Šachlová, Tomíška & Sláma, 2012).

Orexigenní efekt (podpora chuti k jídlu)

Stimulanty chuti k jídlu Appetite stimulants (AS) mohou pomoci zvýšit kalorický příjem a zlepšit přírůstek hmotnosti. Stimulanty chuti k jídlu jsou léky, doplňky stravy, nebo jiné látky, které zvyšují pocit hladu člověka. Ztráta hmotnosti a podvýživa se často vyskytují u smrtelných onemocnění různé etiologie. Důležité před zahájením farmakoterapie zaměřené na podporu chuti k jídlu a/nebo přibývání na váze, je nutné nejdříve identifikovat a případně napravit primární etiologii úbytku hmotnosti. Výběr stimulantů v paliativní medicíně by měl být proveden podle zkušeností lékaře, věku a preferencí pacienta, závažnosti onemocnění a jeho prognózou s ohledem na vedlejší účinky AS. V onkologické praxi se nejčastěji využívá farmakologické ovlivnění malnutrice (Hrnčiariková et al., 2007; Preedy, 2011).

Orexigenní efekt byl prokázán u kortikoidů, např. 20–30 mg/den rozdělené v ranní a polední dávce, obvykle v kombinaci s omeprazolem. Léčba kortikoidy nejenom zvyšuje ukládání tělesného tuku, ale zvyšuje i chuť k jídlu. Jsou také antiemetické a analgetické, příp. působí psychostimulačně. Kortikoidy mají však četné nežádoucí účinky (retence tekutin, katabolický efekt a zvýšení inzulínové rezistence). Lepší účinek na apetit při klinických studiích měly už denní dávky např. prednisolonu 15 mg. Jejich orexigenní efekt je přechodný po dobu přibližně 4 týdnů. Kortikosteroidy jsou používány zejména v terminální péči, kdy předpokládaná doba přežití není delší než jeden měsíc. Pozor se musí dávat na to, aby nedošlo k náhlému vysazení kortikoidů, tzv. obdoba Addisonské

krize, která způsobuje zvracení, celkovou slabost, hypotenzi, bolest břicha aj. Stav může vyústit až do hypovolemického šoku (Kalvach, 2019; Sláma et al., 2011).

Využit lze rovněž megesterol acetát (Megace, Megaplex), má poměrně silný vliv na zvýšení chuti k jídlu a dokáže tlumit růst některých nádorů, které jsou hormonálně závislé. „Megesterol acetát (160–800 mg/den) může být indikován nemocným, u nichž je v popředí silné nechutenství, nízký příjem stravy a pokračující ztráta hmotnosti, zejména pokud je sám pacient vnímá jako významné obtíže. Podmínkou nasazení by měla být doba očekávaného přežívání alespoň 3 měsíce (při kratší prognóze mohou být indikovány kortikosteroidy, dexametazon 4 mg/den nebo prednison 20 mg/den.“ (Šachlová, Tomiška & Sláma, 2012, s. 6) Megesterol acetát má nežádoucí účinky např. trombogenní efekt vč. trombózy dolních končetin a plicní embolie. Dále má riziko vzniku edémů, impotence u mužů, nepravidelnosti menstruace u žen, žilního zánětu a zvýšené glykemie. Lék má mírnou glukokortikoidní aktivitu. Z důvodu rizika trombogenního efektu jej není vhodné používat u křehkých geriatrických pacientů. Vzestup apetitu lze očekávat do týdne, nárůst hmotnosti během 2 měsíců. Účinek je třeba vyhodnotit, pokračovat jen tam, kde je léčba účinná (Kalvach, 2019; Šachlová, Tomiška & Sláma, 2012).

Medroxyprogesteronacetát, např. Provera má ve vysokých denních dávkách 300–1000 mg podobný účinek jako megestrolacetát. Orexigenní efekt mají některá antidepresiva, jako je mirtazapin apod. Mirtazapin by měl být podáván před spaním kvůli jeho tlumícímu efektu a minimalizovat tak riziko pádů v důsledku sedace, závratě a ortostatické hypotenze. Existují i další léky, které mají účinek podpory chuti k jídlu a nárůst hmotnosti. Je však potřeba zvážit jejich nežádoucí účinky a vhodnost použití s ohledem na benefit pro nemocného (např. antihistaminikum cypheptadin (Peritol), dronabinol (Marinol) – v ČR nejsou v tuto chvíli dostupné žádné léky obsahující dronabinol. Některé vitamíny a minerály, včetně zinku a vitamínu B-1, mohou rovněž zvýšit chuť k jídlu. Obvykle fungují v případě, že jich má nemocný nedostatek. Další doplňky jako omega-3 mastné kyseliny, mohou také zvýšit chuť k jídlu (Kalvach, 2019; Preedy, 2011).

Nesteroidní antirevmatika nebo kardiotonika (digoxin) snižují apetit. Znám je rovněž anorektický efekt inzulínu (Kalvach, 2019).

Uspořádání prostoru a využití pomůcek

Pokud je nahlíženo na nutriční péči i podporu komplexně, je třeba mít na zřeteli i další faktory ovlivňující zásadně přímo či nepřímo výživu nemocného. Poskytování paliativní péče s sebou přináší spoustu změn, které se týkají nejen uspořádání okolního prostoru a využití kompenzačních či jídelních pomůcek. Pacienti/klienti se stávají méně soběstační, zranitelní a potřebují pomoc ke zvládnání každodenních činností (Preedy, 2011).

Faktory ovlivňující kvalitu života i příjem stravy a tekutin nemocného v paliativní péči jsou: příjemné prostředí, dobré osvětlení, neдрáždivé barvy a motivy v okolí pacienta, dobře větraná a zvlhčovaná místnost, adekvátní teplota prostředí, využívání kompenzačních pomůcek i pomůcek sloužících k příjmu stravy a tekutin aj. (Stiborová & Frei, 2018).

V první řadě by měla být zajištěna dobře udržovaná, nejlépe protiskluzová podlahovina. Pokoj pacienta/klienta je nutné vybavit tak, aby se dotyčný cítil co nejlépe. V případě lůžkového zařízení nemocnému připravit prostředí tak, aby mu připomínalo jeho domov (obrázky, knihy, květiny atp.). Na toaletě i ve sprše by měla být nainstalovaná madla. Nutné je minimalizovat ostré rohy, volit vše zaoblené. Eliminovat příliš vysoké či nízké poličky, skříňky (vč. chladničky) a úložné prostory umisťovat v dosahu nemocného. Lůžko nemocného by mělo být v místnosti umístěno tak, aby bylo přístupné ze tří stran. K lůžku je vhodné přidat odkládací stolek, který je zpravidla umisťován na stranu lůžka nedominantní končetiny nemocného. Mezi doplňující pomůcky také patří protiskluzová jídelní deska k lůžku, jídelní stolek, židle s područkami, zařízení k přivolání pomoci příp. signalizační zařízení aj. Důležité jsou jídelní pomůcky, které lze v případě potřeby využít (např. hrnek s pítkem, držák hrnečku, miska a talíř s vyvýšeným okrajem, dělený talíř, ergonomicky nastavené příbory, termoska na čaj). Vše je nutné volit individuálně s ohledem na přání, možnosti a zdravotní stav pacienta/klienta (Preedy, 2011; Stiborová & Frei, 2018).

3.6 Vybrané symptomy, jevy a problémy ovlivňující stav výživy

Některé symptomy mohou nepříznivě ovlivnit příjem potravy a tekutin u pacienta/klienta v paliativní péči, ale i naopak příjem výživy může ovlivnit symptomy a celkový stav bytí (Preedy, 2011). Tato kapitola se bude zabývat bolestí; péčí o dutinu ústní; obtížemi s polykáním; změnou chuti a čichu; nechutenstvím, nauzeou a zvracením; malnutricí, anorexií a kachexií; hydratací a problémy při vyprazdňování. V některých případech je nezbytnou podmínkou pro zvýšení příjmu stravy úspěšné léčebné ovlivnění právě těchto obtíží. Nejčastějšími projevy pokročilých stádií nevléčitelných onemocnění jsou:

- **obtíže tělesné** – bolest, nevolnost a zvracení, zácpa, dušnost, slabost a vyčerpání, nespavost, úzkost, zmatenost, deprese a další psychické symptomy, poruchy výživy a hydratace, chronické rány (bércové vředy, dekubity aj.), problémy s močením a vyměšováním, krvácivé projevy, infekce, hygiena;
„V případě potřeb by měl být konzultován specialista na jednotlivé symptomy (např. algeziolog, onkolog, radioterapeut, ortoped, nutriční specialista, fyzioterapeut atd.)“ (Skála, Sláma, Vorlíček & Kabelka, 2011, s. 9);
- **obtíže psychické** – úzkost, strach, deprese, osamělost, maladaptace na životní prognózu, zmatenost, delirantní stavy;

- **obtíže sociální** – zabezpečení (hmotná nouze, příspěvky na péči), zabezpečení a vztahy v rodině, převody vlastnictví a dispozičních práv, poslední vůle;
- **obtíže spirituální** – smysl života a utrpení, smíření, posvátné hodnoty, rituály, u věřících lidí komunikace s duchovním a náboženské úkony (Kalvach, 2019).

3.6.1 Bolest

Při možnostech současné medicíny je většina bolestí léčitelná, proto je nutné udělat vše pro zmírnění nebo odstranění bolesti. „Somatické aspekty bolesti jsme schopni u většiny pacientů zmírnit na dobře snesitelnou míru, a to obvykle za použití poměrně jednoduchých léčebných postupů.“ (Skála, Sláma, Vorlíček & Kabelka, 2011, s. 18). Bohužel i při současných možnostech medicíny je stále mnoho nemocných, jejichž bolest není správně léčena. Bolest lze ovlivnit úlevovou polohou, dechovými cvičeními (dle možnosti hluboké nádechy přibližně 10x), farmaky k tišení bolesti, opiáty (náplasti nebo injekce), polohováním. Bolest lze identifikovat cílenými otázkami, škálou intenzity a vizuální stupnicí s výrazy obličeje. Neléčená bolest vede mimo jiné k nechutenství, malnutrici až kachexii (Stiborová & Frei, 2018; Špinková & Špinko, 2006).

Farmakologická léčba bolesti spočívá v útlumu bolestivých podnětů. K léčbě bolesti se využívají léčivé látky, počínaje acetaminofenem, přes nesteroidní analgetika/antiflogistika (NSAID) a slabé opioidy (kodein, tramadol) až k silným opioidům (morfin a jeho deriváty, fentanyl, buprenorfin apod. Pro ovlivnění neuropatické složky u smíšených bolestí se v kombinaci s klasickými analgetiky používá gabapentin nebo pregabalín. Při drobných bolestech se podávají běžná analgetika (paracetamol), nesteroidní antirevmatika, např. ibalgin, diclofenac, kde je ale při pravidelném podávání vhodné krýt žaludeční sliznici inhibitorem protonové pumpy (Helicid, Apo-Ome, 20 mg ráno). Otázku sedace je nutné s pacientem a jeho blízkými před zahájením probrat a lze ji provádět pouze se souhlasem (Preedy, 2011; Skála, Sláma, Vorlíček & Kabelka, 2011).

Nežádoucí účinky silných analgetik (opiooidů) je obtipace. Nutriční intervence obtipace viz kapitola 3.7.8. Dalšími nežádoucími účinky jsou nauzea a zvracení, zmatenost či delirium (BC Centre for Palliative Care, 2017).

V paliativní péči je vhodné použít suplementaci vitamínu D při stavech chronické bolesti, slabosti, a při myalgii. Stejně tak hořčík a fosfor pomáhá dosáhnout lepší analgezie nemocných. Rovněž je nezbytné doplňovat magnézium, viz kapitola 3.4. Pro optimální fungování nervového systému jsou obzvláště důležité vitaminy skupiny B, které jsou v paliativní péči běžně suplementovány (Preedy, 2011).

3.6.2 Péče o dutinu ústní

V paliativní péči je nutné zajistit celkovou péči o dutinu ústní včetně péče o rty. Problémy se sliznicí dutiny ústní postihují více než 60 % pacientů/klientů v pokročilých fázích onemocnění a v terminální fázi se vyskytují u více než 90 % nemocných (Kalvach, 2019).

Funkční chrup či kvalitní protéza jsou důležité pro příjem a rozmělnění potravy. Problémy s chrupem, jeho absence či nesesedící zubní protéza bývají mnohdy důvodem špatného perorálního příjmu. Suchost a bolesti sliznice dutiny ústní jsou faktorem nechutenství a kachexie nemocných. Orální zdraví má rovněž dopad na výskyt aspirační pneumonie, jelikož kvalitní péče o dutinu ústní vede ke snížení respiračních patogenů (Mandysová & Škvrňáková, 2016). Většina problémů souvisí s nedostatečnou tvorbou slin, se suchostí úst (xerostomie), nedostatečnou hygienou dutiny ústní nebo infekcí. Dále je nutné sledovat bolestivé afekce ústní sliznice (mukositida, aftózní stomatitida, mykóza), krvácení z dásní, popraskané koutky, jazyk, poruchy vnímání chuti a hypersalivaci. Žádoucí je udržovat sliznice vlhké, pravidelně nabízet tekutiny nebo vyplachovat ústa. Ke zvlhčení a dezinfekci dutiny ústní lze použít glycerinové tyčinky. Důležitý je intenzivním plán péče o ústa každé 2 hodiny, včetně hygieny, mazání rtů, použitím umělých slin a případně kvalitní ledové tříště. Sucho v ústech se objevuje v důsledku onemocnění, dýchání ústy, podávání některých léků nebo vlivem oxygenoterapie, pokud kyslík není dostatečně zvlhčován. Při poruchách kousání je vhodná měkká strava s mletým, mixovaným či nadrobno posekaným masem. Při bolestivé stomatitidě je třeba dbát na neutralitu tekutin, nevhodné jsou kyselé džusy (BC Centre for Palliative Care, 2017; Kalvach, 2019; Sláma et al., 2011).

Při odstraňování slizničních povlaků se doporučuje podávat kousky effervescentní tablety vitamínu C a nechat rozpustit přímo na jazyku nebo grapefruitový džus či kousky grapefruitu z důvodu obsahu proteolytického enzymu ananázy. Dle možností pacienta (riziko aspirace) je vhodné cumlat kyselé bonbony, ledové kostky, žvýkat žvýkačky, dostatečně zapíjet při jídle, zvlhčovat vzduch, stimulovat tvorbu slin či podávat náhradu slin, tzv. umělé sliny (např. Bioténe Oralbalance). Stomatitida může být mimo jiné způsobena malnutrií. Deficit vit. C může přispět ke krvácení, gingivitidě a deficit železa k anguli infectiosi (zanícené ústní koutky) (Sláma et al., 2011).

Při infekci v dutině ústní se doporučuje desinfekce (Corsodyl, Tantum verde pastilky nebo roztok, Septolette atp.) Při bolesti je vhodné podání analgetika půl hodiny před jídlem či výplach úst 1 % mesocainem nebo lokální aplikaci lidocainu (např. Xylocain spray). Z hlediska výživy je volena měkká či kašovitá strava. Nedoporučují se kyselá, kořeněná, dráždivá jídla a nápoje vč. alkoholu. Je nutné pečlivě umývat zeleninu a ovoce, zejména hrozny, jahody, třešně atp. (Sláma et al., 2011).

3.6.3 Obtíže s polykáním

Dysfagie je definována jako obtížné polykání a je obvykle klasifikována jako orofaryngeální nebo jícnová. Stenty poskytují rychlou a účinnou úlevu od dysfagie způsobené obstrukcí horní části GIT a mají krátkodobě lepší výsledky ve srovnání s radioterapií (jícnu) a chirurgickým zákrokem, ale nesou vysoké riziko dlouhodobých komplikací. Pokud je předpokládána délka života delší než 3 měsíce je upřednostňována radioterapie a chirurgický zákrok. Lékař musí být schopen dobře odhadnout průměrnou délku života, to bývá mnohdy velmi obtížné. Stejně tak zavedení PEG, NGS aj., které je jinak běžně při neléčitelné dysfagii indikováno a poskytují bezpečnou cestu krmení, ale vhodnost zásahu v paliativní medicíně závisí na základním stavu pacienta a fázi onemocnění (BC Centre for Palliative Care, 2017; Preedy, 2011).

Poruchy polykání jsou častou součástí přirozeného procesu na konci života. Dysfagie působí problémy ovlivňující příjem potravy a tekutin. Porucha polykání způsobuje obtížné polknutí či pocit, že tekutina nebo tuhá strava váznou v hrdle pacienta. Důležitá je u pacienta i schopnost efektivního kašle. Efektivní kašel a celkově dobrá funkce dýchacího systému jsou důležitým předpokladem pro příjem potravy a polykání. Velkým rizikem dysfagie je tzv. tichá aspirace, kdy jídlo či tekutiny proniknou do dýchacích cest bez vyvolání kašle. Další rizika dysfagie jsou malnutrice a dehydratace, aspirace a pneumonie, problémy s psychikou a riziko udušení (Mandysová & Škvrňáková, 2016).

Pokud nedojde k včasnému zachycení změn v polykání, je pacient ohrožen na zdraví či životě, proto je nutné provést včas diagnostiku a zahájit vhodnou léčbu nebo intervenci. Příznaky, které mohou upozornit na přítomnost dysfagie u pacienta, jsou vytékání slin a tekutin z úst, zbytky jídla v ústech, vpadávání potravy z úst, abnormální kašel a dávení se, porucha tvorby hlasu (šepot, chraptivý, vlhký bublavý hlas), změny hlasu po polknutí (chrčivý hlas). Při podezření na dysfagii je nutné povést fyzikální vyšetření polykací funkce a zkoušku polykání tekutiny (vody) zahuštěné a nezahuštěné. Velmi užitečné jsou tzv. hodnotící otázky, které jsou kladeny účelově pacientovi či jeho blízkým, např. „Kdy to začalo? Jak dlouho to trvá? Jaké potraviny nebo tekutiny jsou obtížnější polykat? Existují nějaké další příznaky, které doprovázejí problémy s polykáním?“ (BC Centre for Palliative Care, 2017; Mandysová & Škvrňáková, 2016).

Faktory, které mohou ovlivnit polykání: úroveň vědomí, zmatenost, demence, deliria, deprese, bolest, konzistence potravy, nauzea, chuť k jídlu, nepřítomnost pomoci s jídlem, špatné polohování, hluk při jídle, sucho v ústech, problémy s denticí či špatně padnoucí zubní protéza, potíže se zrakem, mluvení, agresivita, roztržitost aj. Účinky léku jsou častým faktorem, který vyvolává nepříznivé účinky: sucho v ústech, poškození svalů, zmatenost, imunosuprese (kvasinkové, virové, bakteriální infekce). Proto je důležité

vyvarovat se léků, které mohou přispět ke zhoršení polykání (BC Centre for Palliative Care, 2017; Mandysová & Škvrňáková, 2016).

Dysfagie doprovází rovněž celou řadu onemocnění. Potíže s polykáním má 50–80 % pacientů s Parkinsonovou nemocí, 25–40 % pacientů s cévní mozkovou příhodou, 72 % s nádorem v oblasti hlav a krku, více než 70 % pacientů s rakovinou jícnu, 59 % s amyotrofickou laterální sklerózou, 32 % s roztroušenou sklerózou, 24 % pacientů s onemocněním myasthenia gravis, riziko aspirace u seniorů s demencí je téměř u 36 % případů. Obecně u seniorů má potíže s polykáním až 56 %. Se zvyšujícím věkem dochází ke zpomalení polykacího aktu a k přítomnosti většího rezidua po polknutí (potřebují polknout nadvakrát), rovněž dochází ke snížení tvorby slin a ke sníženému vnímání chuti a čichu. U Alzheimerovy nemoci může docházet k tzv. polykací apraxii (pacient neví, co má dělat se soustem). Dalším problémem polykání může být odynofagie (bolestivé polykání), globus faryngeus (pocit svírání, váznutí sousta při polykání na prázdko, vjem něčeho cizího v krku), např. u extraezofageální refluxu, fagobie (strach z polykání) aj. U tracheostomie může docházet k penetraci či aspiraci polykaného obsahu (BC Centre for Palliative Care, 2017; Mandysová & Škvrňáková, 2016).

Při potížích s polykáním se doporučuje podávat stravu s vyšší frekvencí např. 6 až 7x denně po menších porcích. Používá se strava, která se snadněji žvýká či nežvýká vůbec, je kompaktní a vlhká. Vhodná jsou měkká vařená jídla, namáčení pečiva v polévce či bílé kávé, dostatečné množství omáčky, pudink, často vyplachovat ústa vodou, k pití používat slámky, jíst chladné pokrmy (Sláma et al., 2011). Nejčastěji se používá kašovitá strava (dieta č. 1), doplněná o potravinové přídatky, přípravky pro enterální výživu a využití zahušťovadla (např. Nutilis). Je potřeba se vyhnout lepivým potravinám tzn. taveným sýrům, nezralým banánům, suchým tvarohům. Nevhodná jsou vejce natvrdo, rýže aj. Nutná je důsledná péče o ústní dutinu, a přítomnost či pomoc při perorálním příjmu, pomalý příjem malých bolusů stravy. Tekutiny a potravu podávat v sedě ve stabilní a vzpřímené poloze (45 až 90 stupňů), podložit hlavu do maximálního předklonu, nikdy ne v záklonu, bradu směřovat dolů, ramena ve stejné výšce. Ve zvýšené poloze horní poloviny těla je nutné zůstat 10 až 30 minut po podání stravy a tekutin. Léky musí být drcené či ve formě sirupu. Při jinak neřešitelné dysfagii či odynofagii je nutričně indikováno zavedení tenké sondy NGS, NJS či PEG. Musí být předtím ale zvážena prognóza, stav nemocného i jeho přání (BC Centre for Palliative Care, 2017; Šachlová, Tomáška & Sláma, 2012).

3.6.4 Změna chuti a čichu

Příjem potravy je ovlivněn mnoha faktory, včetně sensorických vlastností stravy jako je textura, teplota, vůně a vzhled. Příjem potravy ovlivňuje rovněž dietní příchuť, chutnost a preference. Na všechny tyto faktory musí být v nutriční péči brán zřetel. Změna chuti způsobuje pokles příjmu potravy a následnou podvýživu. U onkologických pacientů jsou často pozorovány změny chuti nejen kvůli terapeutickým účinkům chemoterapie

a radioterapie, ale také z důvodu samotného onemocnění. Monitoring chuťových změn pacientů je v paliativní péči důležitý. Nedostatek zinku je známý faktor ovlivňující chuť, neboť se podílí na citlivosti chuťových vjemů. Nedostatek zinku v séru byl prokázán u pacientů s hypermetabolismem, podvýživou a kachexií. Z tohoto důvodu je důležitá jeho suplementace. Na změně chuti se podílí také snížená sekrece slin, a proto je vhodné stimulovat tvorbu slin (léky, gely, spreje) či podávat umělé sliny (Kalvach, 2019; Preedy, 2011).

Vůně má významnou roli v chuti k jídlu, výběru jídla a příjmu živin. Jakýkoli zásah do čichu může mít vliv na chuť, protože až 80 % chuti jídla souvisí s tím, jak jídlo voní. Porucha čichu může být důsledkem stárnutí, rakoviny, onemocnění centrální nervové soustavy, léky, virového onemocnění, obstrukcí nebo bypassu dutiny nosní. Čichová dysfunkce je důležitou příčinou problémů s výživou u pacientů v paliativní péči. Může dojít k oslabenému či sníženému vnímání čichových podnětů (hyposmie) nebo poruše čichového vjemu (dysosmie). Parosmie je vnímání pachů, které ve skutečnosti neexistují. Zolpidem je uváděn jako lék, který vede k „zvrácení čichu a chuti.“ Dále jsou uváděna některá tyreostatika, antiarytmika, antibiotika a antimykotika. Pacienti, s tracheostomií mají výrazně snížený čich, protože nemohou nasávat vzduch do nosu. Doporučuje se sensorické vylepšení jídla a zamezení nepříjemných pachů, nepoužívat kovové stříbro (kovová chuť). Vyvarovat se potravinám, které chutnají kovově nebo hořce, jako je červené maso, káva nebo čaj, a zvýšit potraviny s vysokým obsahem bílkovin a jemně ochucených potravin (kuře, ryby, mléčné výrobky a vejce). Jídla nepodávat mdlá, ale chuťově bohatá, s využitím adekvátního koření. Vhodné je podávat jídla za studena ke snížení nepříjemných chutí a pachů, dodržovat ústní hygienu, používat látky stimulující sekreci slin a náhražek slin. Vhodná je metoda čichové rehabilitace tzv. zdvořilé zívání, vdechování nosem se zuby od sebe, ale rty zavřené (Grofová, 2007; Preedy, 2011).

3.6.5 Nechutenství, nauzea a zvracení

Nechutenství, nauzea (pocit nevolnosti, nutkání na zvracení) a zvracení je v paliativní medicíně častým jevem. Nevolnost a zvracení postihují 40–60 % pacientů na paliativní péči (BC Centre for Palliative Care, 2017). Objevují se jako doprovázející příznaky onemocnění nebo jako vedlejší účinek léčebných procesů. Příčinou nevolnosti a zvracení v paliativní péči může být nedostatečná hygiena dutiny ústní a hltanu, soor dutiny ústní a hrdla, dráždění hltanu při obtížné expektoraci velkého množství hlenu, postižení sliznice žaludku, gastroparéza, porucha evakuace žaludku, obstrukce trávicího ústrojí, hepatomegalie, hyperkalcemie, hyperglykémie, systémové infekce, selhání jater nebo ledvin, insuficience nadledvin. Zvracení může být také příčinou závažných komplikací jako je aspirace, dehydratace, poruchy vnitřního prostředí (hyponatrémie, acidóza, alkalóza). Vliv na nauzeu může mít i obleněná peristaltika či obstipace, proto je nutné ji řešit. Z vedlejších účinků léčebných procesů jsou to zejména léky, jako jsou cytostatika, opioidy aj. a ozařování (v oblasti žaludku, břicha, mozku). Dále může být

příčinou zvýšený nitrolební tlak, nepříjemná chuť a zápach, nedostatečně tlumená bolest, strach, úzkost a chronická nevolnost u pokročilého nádorového onemocnění (Preedy, 2011; Sláma et al., 2011).

U dětí s neurologickým postižením je častým problémem gastroezofageální reflux. Pokud dítě odmítá potravu, zvrací nebo má potíže při polykání, může být reflux příčinou. V nejasných případech etiologie těchto zažívacích obtíží lze provést základní biochemické vyšetření séra (natrium, kreatinin, kalcium, amyláza, jaterní biochemie, urea, glykémie) (Sláma et al., 2011).

Terapeutická intervence závisí na intenzitě zvracení a na jeho příčině. Pokud je přítomna hyperkalcémie, hyperglykémie, urémie aj., je důležité ji včas diagnostikovat a léčit. Symptomaticky lze podávat antiemetika např. thiethylperazin (Torecan), antipsychotika haloperidol či olanzapin, antihistaminika, kortikosteroidy, setrony, prokinetika k podpoře motility a peristaltiky metoclopramid (Degan, Cerucal), domperidon (např. Motilium) a blokátory protonové pumpy ke zklidnění žaludeční sliznice. Léky lze aplikovat také parenterálně či formou rektálních čípků. NGS může představovat pro nemocného dyskomfort, ale snižuje riziko aspirace u zvracení, ulevuje u pylorostenózy, ileu, pankreatitidy. Důležitá je také parenterální úprava hydratace a vnitřního prostředí (infuze fyziologického roztoku) (Kalvach, 2019; Sláma et al., 2011).

Obecně je vhodná úprava celkové medikace tzn. snížit množství perorálních léků a zbytné léky vysadit. Dbát na hygienu dutiny ústní, před jídlem ústa vyplachovat. Pacienta uložit do zvýšené polohy v polosedě nebo alespoň na bok, při jídle poloha vsedě. Po jídle nechat pacienta v poloze se zvýšenou horní polovinou těla. Oděv pacienta by měl být příjemný a volný zejména v oblasti krku a břicha. Zamezit intenzivním vůním či pachům jídel, místnost dobře větrat a udržovat adekvátní teplotu. Někdy mohou pomoci máta peprná nebo zázvorové oleje formou slabší aromaterapie. Před vstáváním z lůžka se doporučuje vzít si např. piškot, sušenku apod. Stravu přijímat pomalu a ideálně když je chuť a mít stále v dosahu oblíbené jídlo či potraviny. Před jídlem vždy otrít ústa a obličej pacienta studenou vodou. Stravu podávat častěji, po malých dávkách (BC Centre for Palliative Care, 2017; Šachlová, Tomíška & Sláma, 2012).

Vyhýbat se tučnému, mastnému a smaženému jídlu, lepší je suchá a nízkotučná strava, vhodné je acidofilní mléko, podmásli, jogurt, tvaroh, jemné libové maso atp. Podávat spíše tuhá jídla, chlazené potraviny, nápoje s ledem nebo citronem. Upravit vzhled, množství i konzistenci stravy dle požadavků pacienta. Tekutiny pít až za půl hodiny po jídle. Na podporu trávení lze vyzkoušet malé množství piva a při nevolnosti pár lžiček Coca-Coly. Vše se odvíjí od individuálních možností a preferencí pacienta, které se v čase mění. Nedoporučuje se přísnost diet, ale naopak nastavení individuálního jídelního plánu a možnost výběru stravy, potravin a nápojů. Někdy je nutné po malých dávkách

zkoušet toleranci (BC Centre for Palliative Care, 2017; Kalvach, 2019; Šachlová, Tomáška & Sláma, 2012).

U předčasné sytosti je doporučováno dělení porcí na menší dávky a častější frekvence podávání. Omezení pití při jídle, omezení tučných jídel, omezení syrové zeleniny, ovoce aj. Vhodné je využít léky upravující motilitu zažívacího traktu (Šachlová, Tomáška & Sláma, 2012).

3.6.6 Malnutrice, anorexie, kachexie

„Malnutrice neboli podvýživa je definována jako porucha nutričního stavu organismu způsobená relativním nebo absolutním nedostatkem živin, popřípadě poruchou jejich metabolismu.“ (Svačina, 2010, s. 329)

Anorexie, malnutrice či až kachexie patří k častým obtížím pacientům v paliativní péči. Anorexie je absence chuti k jídlu vedoucí ke snížení kalorického příjmu, ke ztrátě hmotnosti a tukové tkáně. Vyskytuje se u 26 % pacientů v paliativní péči, u 66 % onkologických pacientů a je častější u starších osob. K hlavním příčinám anorexie patří: onkologické onemocnění, pokročilé srdeční selhání s překrvením sliznice trávicího traktu, uremický syndrom u pokročilého selhání ledvin, nežádoucí účinky léků, nejen cytostatik a deprese (BC Centre for Palliative Care, 2017; Sláma et al., 2011).

Kachexie je nedobrovolná ztráta více než 10 % hmotnosti, vedoucí ke ztrátě zejména svalové hmoty. V paliativě ji z důvodu chronického hyperkatabolického zánětlivého stavu nelze zcela přičíst nízkému kalorickému příjmu. Anorexii a kachexii většinou způsobuje pokročilé a progredující nádorové onemocnění, opakovaná chemoterapie, radioterapie, chronická infekce, AIDS a systémové zánětlivé onemocnění. Kachexie se vyskytuje u více než 80 % onkologických pacientů před smrtí. Celkově je hlavní příčinou úmrtí u více než 20 % pacientů. Syndrom anorexie-kachexie se vyskytuje až u 86 % pacientů s rakovinou (zejména plic, slinivky břišní a žaludku). U syndromu získané imunodeficience (10–60 %), u městnavého srdečního selhání (16–36 %), u chronické obstrukční plicní nemoci (30–70 %), u chronického onemocnění ledvin (30–60 %), u revmatoidní artritidy a demence (BC Centre for Palliative Care, 2017; Kalvach, 2019; Sláma et al., 2011).

Proteinová malnutrice je v důsledku zvýšené spotřeby bílkovin, tzv. stresové hladovění u kriticky nemocných, multiorgánových selhání atp. Organismus energii nezískává ani nevyužívá efektivně a dochází k proteinovému katabolismu. Známkou bývají otoky dolních končetin, později se rozvíjí anasarca s ascitem či fluidothoraxem, případně perikardiální výpotek. Oproti tomu je protein-energetická malnutrice způsobená dlouhodobě nedostatečným příjmem potravy, například u geriatrických pacientů, u poruch polykání, onkologických pacientů atp. Dochází k deficitu proteinů, sacharidů, lipidů, vitamínů a stopových prvků. Pokožka je tenká, suchá, vrásčitá, snížená kvalita vlasů,

vypadávání, lanugo, změny nálady, deprese až suicidální tendence. K prokázání malnutrice lze využít biochemické vyšetření celkové bílkoviny, albuminu, transferinu, prealbuminu, retinol vázacího proteinu a počtu lymfocytů (Svačina, 2010).

K hlavním příčinám malnutrice patří: nechutenství a odmítání potravy, nauzea a zvracení, problémy s perorálním příjmem potravy, viz kapitola 3.7.2 a kapitola 3.7.3, malabsorpční syndrom, průjmy, porucha proteosyntézy, zanedbání péče např. u demence či hypomobilitě (Svačina, 2010).

Kachexie je charakterizována výraznou vyhublostí pacienta, patrná je ztráta podkožního tuku i svalstva, prominence skeletu. Typický je hypermetabolismus, reakce akutní fáze a selhání anabolismu. Při pokročilém onkologickém onemocnění vzniká anorexie a kachexie až u 80 % nemocných. Ke kachexii může dojít, i když má pacient se zhoršujícím se zdravotním stavem dostatečný příjem výživy. Zejména je to u onkologických onemocnění, neurologických poruch, chronických srdečních selhání a u pacientů vyššího věku. Podvýživa u pacientů může být způsobena nedostatečným kalorickým příjmem, nedostatkem bílkovin, tekutin, nerovnováhou elektrolytů (např. sodík, draslík, vápník a hořčík), nedostatkem feritinu, vitamínů (např. B1, B6 a B12) a z důvodu anémie (Preedy, 2011; Sláma et al., 2011).

Nutriční přístup je nutný zejména u pacientů, kde je hubnutí provázeno nízkým příjmem stravy. Intervence se odvíjí od individuálních možností a preferencí pacienta. Doporučuje se zrušit neúčelná dietní omezení a nastavit individuální jídelní plán. Stravu podávat po malých dávkách v průběhu dne 6–8 x; upravit atraktivně prostředí i podávanou stravu dle přání pacienta; nepít při jídle; podávat stravu s velkým obsahem kalorií v malém objemu; využít mléčné výrobky (smetanové krémy, tučný tvaroh s mlékem a cukrem, kalorický pudink), výživné koktejly a doplňky; podávat potraviny bohaté na bílkoviny; výživné bujóny, kalorické nápoje aj.; využívat perorální nutriční suplementy a modulární dietetika; případně umělou klinickou výživu. Oblíbené jídlo či potraviny by měl mít pacient stále k dispozici. Při poruchách trávení se doporučuje podávat pankreatické i jiné enzymy. Důležité je podporovat psychiku a udržovat adekvátní pravidelnou fyzickou aktivitu nemocného (Sláma et al., 2011).

3.6.7 Hydratace

Člověk v paliativní péči nemá zemřít žízní a nesmí trpět žízní. Pocit žízně je třeba tlumit. Dehydratace znásobuje nepříznivé pocity pacientů a vede k neklidu (Grofová, 2009). V paliativní medicíně je důležité nezapomínat na to, že s dehydratací dochází ke snížení clearance některých aktivních metabolitů léků, např. morfinu. Deficit příjmu tekutin, se může vyskytovat u demencí, delirií, psychóz, u poruch polykání a u pacientů imobilních. Dále u zvýšených ztrát tekutin a iontů, jako jsou průjmy, opakované zvracení, pocení a perspirace, polyurie, píštěle, ascites. Dehydrataci mohou působit léky.

Sucho v ústech (antidepresiva, antihistaminika, anticholinergika), snížení pocitu žízně (antipsychotika), zvýšené pocení (venlafaxin, opioidy) nebo útlum (benzodiazepiny). Příčinou dehydratace může být rovněž nadměrné užívání projímadel, diuretika, lithium, radioterapie, dýchání ústy, anorexie či nauzea a alkohol (BC Centre for Palliative Care, 2017; Doyle, 2013).

V klinickém obraze lze sledovat u pacientů apatii, únavu, bolest hlavy (cefalea), suchost sliznic i podpažní jamky, pokles kožního turgoru a náplně žil, zmatenost, pokles krevního tlaku, závratě, tachykardii, palpitaci (bušení srdce), pokles diurézy s koncentrovanou močí, anorexii a pokles hmotnosti, negativní bilanci tekutin, vzestup proteinů a albuminu. U výrazné kachexie je těžké posoudit kožní turgor a často není spolehlivý. Stejně tak otoky nejsou dobrými ukazateli stavu hydratace (BC Centre for Palliative Care, 2017; Svačina, 2010).

Příznakem může být pocit žízně, který ale u nemocných v paliativě mnohdy z různých důvodů chybí. Základem u nemocných s oslabením pocitu žízně je pravidelné nabízení alespoň několika doušků tekutin. Výhodné je rovněž podávat meloun bez semínek. Laboratorními ukazateli dehydratace jsou hodnoty urey, kreatininu, natria, kalia, osmolality a glukózy v séru. V paliativní péči je při podezření na dehydrataci nutná pravidelná a efektivní kontrola hydratace, krevního tlaku a tepové frekvence, sledování a zapisování příjmu tekutin, tzv. bilance a sledování diurézy za 24 hodin, která nesmí klesat pod 500 ml/den. V paliativní medicíně je nutné brát v úvahu riziko retence moče především v močovém měchýři, z něhož vůbec či z podstatné části neodtéká. K projevům patří kromě nízké či chybějící diurézy pacienta, neklid, necílené reakce, bolesti břicha. Retence moči se může podílet na vzniku deliria a u déletrvající retence je významným rizikem uroinfekce a selhání ledvin. V paliativní péči je indikováno v těchto případech včasné zavedení permanentního močového katétru či epicystostomie (Kalvach, 2019; Svačina, 2010). Dehydratace může být v paliativní péči, jak již bylo zmíněno, příčinou zmatenosti, deliria, únavy až psychického útlumu pacientů. Pokud při adekvátní hydrataci nemocného po 3–5 dnech nedojde k ústupu obtíží, je zřejmé, že s hydratací nesouvisely (Sláma et al., 2011).

Zajištění adekvátního pitného režimu je v paliativní péči zcela zásadní. Množství a způsob zajišťování hydratace musí být vždy přiměřený stavu a potřebám pacienta. Tekutiny nabízíme, ale nevnučujeme. Jako prevence dehydratace či intervence při dehydrataci se při nauce podávají chlazené nápoje v malých objemech a v častějších frekvencích. Perorálně lze podávat minerální vody či iontové roztoky. Vhodné jsou např. nanuky, mražené jogurty, kousky ledu (kostky, lupínky) vyrobené z vody nebo ovocné šťávy, kousky melounu bez pecek nebo mléčné koktejly. Užitečné mohou být ohýbatelná brčka, pítka, sportovní lahve aj. Vždy dle preferencí a možností pacienta (BC Centre for Palliative Care, 2017; Preedy, 2011).

Antiduretický hormon lze indikovat u diabetes insipidus centralis, obstipancia u průjmů či mechanické ochlazování při horečce, např. formou zábalů. U pacientů se slabým jazykem se doporučuje využít pomůcek jako je slámka. Při dysfagii je nutné zajistit vyhovující viskozitu, konzistenci a hustotu tekutin. Tekutiny, které jsou sycené oxidem uhličitým, stimulují nociceptory a tím zlepšují polykací funkce. Tekutiny lze podávat i po lžičkách, z láhve, pomocí pítky aj. V případě nedostatečného či nulového perorálního příjmu tekutin je možno hydrataci podat enterálně (NGS, PEG, PEJ atp.) Do jejunostomie je nutné podávat pouze sterilní roztoky. Hydrataci je možné zajistit rovněž intravenózně infuzemi fyziologického roztoku, subkutánně (hypodermoklýza) a rektálně (proktoklýza). Ke zmírnění nepříjemných symptomů provázející dehydrataci lze využít zvlhčování vzduchu, umělé sliny, kostky ledu, výplachy a vytírání dutiny ústní aj. (Kalvach, 2019; Mandysová & Škvrňáková, 2016; Sláma et al., 2011).

Hyperhydratace je dalším symptomem, který se v paliativní péči vyskytuje. Bývá důsledkem neadekvátní, nejčastěji parenterální hydratace u pacientů s omezenou schopností vyrovnaná bilance tekutin. U pacientů v posledních týdnech a dnech života může k relativní hyperhydrataci vést i podání např. 1500 ml/24 hodin. Může se projevat otoky, zvýšenou náplní krčních žil, pozitivní bilancí tekutin, vzestupem hmotnosti, srdečním přetížením, zvýšeným centrálním žilním tlakem, poklesem proteinů, albuminu, hemoglobinu, hematokritu a polyurií, která je ale nespolehlivá (Sláma et al., 2011; Svačina, 2010).

V terminálním stádiu většinou nemocný přestává pociťovat hlad, odmítá přijímat některé druhy potravin a rovněž se mění potřeba přijímání tekutin (menší množství) vč. pocitu žízně. Tekutiny bezprostředně umírajícím pacientům nevnucujeme, jen nabízíme a vyhovujeme jejich přáním. Pokud není možné přijímat tekutiny běžným způsobem, např. pitím z hrnku, je nutné příjem zajistit pomocí slámky, umělohmotných pítek, podáváním tekutin po lžičkách, z kojenecké láhve apod. V terminální fázi onemocnění je výrazným rizikem aspirace (Stiborová & Frei, 2018). Při absolutní nemožnosti perorálního příjmu tekutin je intervence zajišťování hydratace zcela individuální a doporučuje se zdrženlivost. Dehydratace, která způsobuje žízeň, sucho v ústech a posturální hypotenzi a pacienti nejsou schopni přijímat nebo zadržovat dostatečné množství tekutin vyžadují parenterální hydrataci (Doyle, 2013). Obvykle je podáváno alespoň 500 ml denně v infuzi, příp. formou hypodermoklýzy. Ať je hydratace indikovaná či nikoliv, vždy je nutné a zcela zásadní ošetřovat a svlažovat dutinu ústní, sliznice a rty. Pokud je zaveden permanentní močový katétr, zapisuje se diuréza (Kalvach, 2019; Sláma et al., 2011).

Parenterální hydratace v terminální fázi se nedoporučuje u pacientů v kómatu, tam kde by parenterální tekutiny prodlužovaly umírání, u pacientů s otoky a ascitem, u pacientů s kašlem a plicním edémem (snížení respiračních sekrecí). Dále se nedoporučuje, pokud vlivem snížené gastrointestinální tekutiny dojde k menší nevolnosti a zvracení.

Dehydratace může být v terminální fázi přirozeným anestetikem při snižování vědomí a utrpení pacientů (Kalvach, 2019; Sláma et al., 2011).

Parenterální hydratace v terminální fázi se doporučuje u pacientů, kterým parenterální hydratace vyhovuje a mají z ní benefit. Neklid, zmatenost a neuromuskulární podrážděnost lze parenterální hydratací zmírnit, rovněž by měla být použita u pacientů, kteří pociťují žízeň. Přispívá k lepším biochemickým parametrům na konci života. Obecně se jedná o minimální standard péče (Kalvach, 2019; Sláma et al., 2011).

Z důvodu rozrušeného deliria a terminálního neklidu pacienta se mnohdy využívá farmakologická léčba včetně sedace, ale je opomíjena hydratace, která v tomto případě může mít své opodstatnění. Nedostatečnou hydratací může být způsobeno prerenální selhání snížením intravaskulárního objemu a glomerulární filtrační rychlostí. Opioidní metabolity se hromadí u pacientů se selháním ledvin, a to vede k zmatenosti, záchvatům a myoklonu (záškuby). Používá se nejčastěji intravenózní hydratace, která má však mnoho nevýhod zvláště u méně spolupracujících nebo rozrušených pacientů: obtížnost zjištění žilního přístupu, bolesti, infekce, omezení pohyblivosti aj. Oproti parenterální hydrataci se jeví v paliativní péči jako vhodnější volba subkutánní hydratace, tzv. hypodermoklýza. (Doyle, 2013; Šachlová, Tomíška & Sláma, 2012).

Standardní doporučení je v tomto případě použít hydrataci s glukózou a elektrolyty, protože roztoky neelektrolytů mohou čerpat tekutinu do intersticiálního prostoru. Obvykle se začíná s dávkou 50 ml/h a podle tolerance (tj. zda dochází k resorpci tekutiny z podkoží) lze rychlost zvýšit až na 150 ml/h. Celkový objem tekutin se při hypodermoklýze obvykle pohybuje v rozmezí 500–2000 ml/24 h. Subkutánní infuzi lze podat během nočního spánku (např. 1000 ml/8 h). Obvykle ale stačí v této fázi nemoci bazální denní příjem tekutin 500–1000 ml. Podkožní aplikace léků a tekutin je jednoduchá a je spojena s minimálním nepohodlím. Někdy je výsledkem parenterální hydrataci nepodávat. Jindy bude vhodné bazální parenterální hydrataci zajistit. Vždy je ale nutná péče o sliznici dutiny ústní (Preedy, 2011; Šachlová, Tomíška & Sláma, 2012).

3.6.8 Problémy při vyprazdňování

Mnoho pacientů v paliativní péči je na vyprazdňování velmi fixováno a jejich představy o častosti, pravidelnosti a konzistenci jsou subjektivní i individuální. Významnější než samotná frekvence, je diskomfort při defekaci nemocného. Základem je ošetrovatelské sledování a hodnocení frekvence defekace vč. sledování případné bolestivosti defekace pacientů, např. při anální ragádě, zánětu či trombóze hemoroidů, odchodu velmi tuhé stolice. Zásadní je prevence a léčba bolestivých stavů konečníku. Preventivní léčba by měla být zavedena dříve, než se objeví klinické problémy (Doyle, 2013; Šachlová, Tomíška & Sláma, 2012).

V paliativní péči se obstipace (zácpa) vyskytuje až u 41 % neonkologických pacientů, 30–50 % pacientů s rakovinou a až u 87–90 % pacientů užívajících opioidy. Je častější u žen a postihuje 24–50 % starších osob (BC Centre for Palliative Care, 2017).

Obstipace se zvyšuje s poklesem normální celkové funkce organismu a se zvyšující zátěží nevyléčitelného onemocnění. Až u 1/3 pacientů je nutná úprava opioidů, aby se zabránilo zácpě. U zácpy je nutné zjistit, zda odcházejí střevní plyny (podezření na ileus). Pokud nemocný potravu nepřijímá nebo jen v omezeném množství, je výskyt stolice nepravidelný, což ovlivňuje frekvenci i množství. Příčinou obstipace bývá snížená pohyblivost, neznámé prostředí, neschopnost použít toaletu, slabost, vyšší věk, ženské pohlaví, nízký příjem stravy, nedostatek vlákniny a tekutin, dehydratace, hyperkalcemie, hypokalémie, hypothyreóza, mozkový nádor, poruchy míšních kořenů, zmatenost, deprese, bolestivé anorektální afekce, obstrukce střeva, postradiační fibróza, léky (opioidy, kodein, psychofarmaka, anticholinergika, protikřečové léky, diuretika, některá cytostatika, suplementace železa, nadužívání projímadel). Krevní testy jsou zřídka nutné, ale v závislosti na klinickém obraze je třeba vyhodnotit KO, elektrolyty, funkci vápníku a štítné žlázy. Pokud existuje podezření na obstrukci, je nutné provést rentgenové vyšetření (BC Centre for Palliative Care, 2017; Šachlová, Tomiška & Sláma, 2012).

V rámci terapie i případné prevence se obecně doporučuje dostatečný příjem tekutin, sušené švestky a švestkový kompot, pravidelný pohyb v rámci možností, využití gastrokolického reflexu 30–40 minut po jídle, při pocitu na stoličce ihned pacienta doprovázet či vysazovat (po několika minutách se pocit zmenšuje), ležící pacienty pokládat při defekaci na levý bok a přitáhnout dolní končetiny k břichu. Nutné je sestavení individuálního dietního plánu s výběrem vhodných potravin, kde jsou zohledněny preference a možnosti pacienta. Z farmakologické intervence se upřednostňují orální opatření, která snižují potřebu rektálních intervencí. Obecně se doporučuje zvýšený příjem vlákniny, ale v paliativě je to vysoce individuální dle tolerance i s ohledem na diagnózu. Rovněž je nevhodné podávání vlákniny v terminální fázi onemocnění. Probiotika, mohou být prospěšné při obstipaci, ale mohou také ublížit. Nedoporučují se u těžce nemocných nebo imunokompromitovaných pacientů (BC Centre for Palliative Care, 2017; Preedy, 2011).

Vhodná jsou osmotická laxativa, např. laktulóza (20–80 ml/den, úvodní doporučenou dávkou je 30 ml 30 % roztoku denně, nejlépe každý večer) nebo solná projímadla jako je Šaratice, Zaječická hořká, Karlovarská jedlá sůl. Rovněž lze použít očistné klysmo. Užívání magnesia v prášku má dvojí efekt, jednak působí projímavě a zároveň doplní hořčík do organismu (Šachlová, Tomiška & Sláma, 2012).

Z farmakologického hlediska je v paliativní medicíně pod dohledem lékaře používaná kombinace projímadel stimulujících střevní stěnu a změkčujících, nejčastěji bisacodyl (např. Fenolax) s laktulózou. Salinická projímadla z hlediska dlouhodobého

podávání nejsou v paliativní péči vhodná pro riziko iontové nerovnováhy. Nevhodná jsou rovněž laxativa zvětšující objem stolice na principu vlákniny a projímadla stimulující střevní peristaltiku (antracenová a polyfenolická). Při zahájení léčby opioidy jsou obvykle nutná podávat profylaktická laxativa, která by měla být používána po celou dobu užívání opioidů. Pokud je obstrukce způsobena opioidy, mohou být neúčinnějšími projímadly sennosidy (BC Centre for Palliative Care, 2017; Sláma et al., 2011).

Laxativa lze podávat rektálně (čípky, nálevy) z důvodu potřeby rychlejšího nástupu účinku či nesnášenlivosti perorálního podávání laxativ aj. (Sláma et al., 2011). Glycerínový čípek má rovněž projímavý efekt. Rektální intervence (čípky, klystýr, ruční extrakce) by se ale měly používat zřídka a individuálně. U nadýmání lze využít kromě deflatulans (Espumisan, Sab simplex) i rektální rourku (BC Centre for Palliative Care, 2017; Kalvach, 2019).

Dalším problémem při vyprazdňování je v paliativní péči průjem. Průjem je časté vyprazdňování řídké stolice (více než dvakrát denně), abnormálně řídké nebo abnormálně objemné stolice. Hlavním nebezpečím průjmů je dehydratace, proto je základním opatřením u průjmů hydratace minimálně 1,5 litrů za den, plus navýšení o střevní a jiné ztráty. Nutné je současně doplňovat ionty ve formě minerálních vod a iontových roztoků. Parenterálně či subkutánně lze využít fyziologický roztok (Kalvach, 2019).

Příčiny průjmů v paliativní péči jsou infekce, účinky léků (protinádorové, antibiotika, antacida, laxativa, prokinetické léky), radioterapie abdominální oblasti, stavy po resekčních výkonech na GIT, sorbitol v potravinách, magnezium, dietní chyba, malabsorpce (steatorea), enterální výživa podávaná sondou či formou sippingu, krvácení do GIT (meléna), nepravý průjem při zácpě (může být způsoben i opioidy), neuroendokrinní nádory, nemoc štěpu proti hostiteli. V paliativní péči je nutné vyloučit rovněž laktózovou intoleranci či nesnášenlivost lepku, tzn. zkusit několikadenní vyloučení mléčných výrobků či lepku (Sláma et al., 2011).

Dietní režim u akutních průjmů je: 1 den dietní pauza, podávat jen tekutiny (slabý ruský čaj), pak 2–3 dny šlem (rýžový, mrkvový odvar), měkká vařená rýže, vařená mrkev, vyzrálé banány, starší bílé pečivo, jablečné pyré s piškoty. Další 2–3 dny lze přidat vodovou bramborovou kaši bez mléka a vařené bílé maso. Stravu lze adekvátně upravit podle preferencí nemocného a aktuálního stavu průjmového onemocnění. U chronických průjmů se doporučuje bezzbytková či málozbytková strava bohatá na škrobové sacharidy a bílkoviny. Nevhodné je mléko, ovocná šťáva a džus. Doporučuje se vyloučit perlivé nápoje, kofein, alkohol, kořeněná jídla, velké množství vlákniny, tučná a smažená jídla. Čerstvou zeleninu lze nahradit adekvátním výběrem dušené zeleniny. Stravu podávat v malých porcích a častěji. Vhodná je suplementace kalia (Kalvach, 2019; Šachlová, Tomáška & Sláma, 2012).

Symptomaticky se využívají inhibitory střevní pasáže, léky podporující vstřebávání, antisekreční léky, intraluminálně působící léky, tinktura opii či Smecta (jílový povlak střeva), příp. nevstřebatelné střevní dezinficiens. U průjmu dysmikrobiálních či způsobených dietní chybou se používají probiotika (např. Hylak) a kultury laktobacilů vč. živých jogurtů. Při přetrvávajícím průjmu je vhodné provádět ošetřování kůže okolo rekta krémem. U falešných průjmů je vhodné odstranění obturujícího rektálního obsahu. U těžkých kolitid či nádoru je možné využít odlehčovací kolostomie a u akutních průjmů, které kontaminují dekubity je možností systém utěsnění konečníků plug s odvodnou cévkou (Kalvach, 2019; Sláma et al., 2011).

4 VÝZKUMNÁ ČÁST

Výzkumná část navazuje na předchozí teoretické zpracování problému výživy v paliativní péči. Zkoumá současný stav poskytování nutriční péče a výživy v zařízeních poskytujících paliativní péči. Jsou zde uvedeny cíle a hypotézy, metodika práce včetně charakteristiky výzkumného souboru, organizace a metody výzkumu. Následuje analýza a interpretace výsledků získaných z vlastních výzkumných dat. Součástí je diskuze a závěr.

4.1 Cíle práce a hypotézy

Hlavním cílem mé práce bylo uvést do problematiky výživy v paliativní péči, pomoci ke komplexnímu vnímání souvislostí i aplikaci paliativního přístupu v nutriční péči. Dalším cílem práce bylo monitorovat a zkoumat současný stav výživy v paliativní péči v zařízeních na území České republiky, poznat objektivní realitu a hodnotit je jako celek, ze kterého je možné vyvodit závěry. Účelem práce je kvantitativně zjistit a vyhodnotit, jaká je obecná praxe, potřeby, či případná úskalí výživy v dané oblasti. Jaké jsou možnosti zařízení poskytujících paliativní péči a jejich případné poznámky, návrhy či připomínky.

Dílčí cíle:

- Zjistit, jak je zajišťována strava a nutriční péče o pacienty/klienty. Jakým způsobem a do jaké míry je řešena nutriční podpora a péče (význam výživy; nutriční podpora; hydratace; dysfagie; zajištění nutriční intervence; jaká výživa je aplikovaná do NGS, PEG).
- Do jaké míry zařízení využívají služeb nutričního terapeuta. Kdo komunikuje s pacienty/klienty ohledně stravy.
- Stanovit, co by zařízení poskytující paliativní péči vítala pro zlepšení nutriční péče.
- Zjistit, jestli zařízení mají a do jaké míry zpracovanou metodiku zajištění výživy a nutriční péče o pacienty/klienty.

Byly stanoveny dvě hypotézy:

hypotéza č. 1: „Většina zařízení nevyužívá služeb nutričního terapeuta.“

hypotéza č. 2: „Většina lůžkových zařízení má vlastní stravovací provoz.“

Většinou je míněno více než 50 %. K potvrzení hypotéz postačí více než 50 %.

5 METODIKA PRÁCE

Před realizací výzkumu bylo stanoveno uspořádání metod, procedur a technik, které měly sloužit k získání validních a užitečných informací k dané problematice. Ke každé výzkumné práci se dá přistoupit různými způsoby. Zde jako prostředek k získání dat, bylo využito šetření formou internetového dotazování (prostřednictvím Google Formuláře – Google Forms) zaslané na zařízení poskytující paliativní péči v ČR. Získané údaje byly zpracovány pomocí standardních statistických metod. Využito nebylo přímo anonymního šetření, ale byly obesílány konkrétní zařízení. Výsledky však byly anonymizované. Ve výstupech byla využita ze statistických metod zejména absolutní a relativní četnost (Chráska, 2003; Kutnohorská, 2009).

5.1 Výzkumný soubor

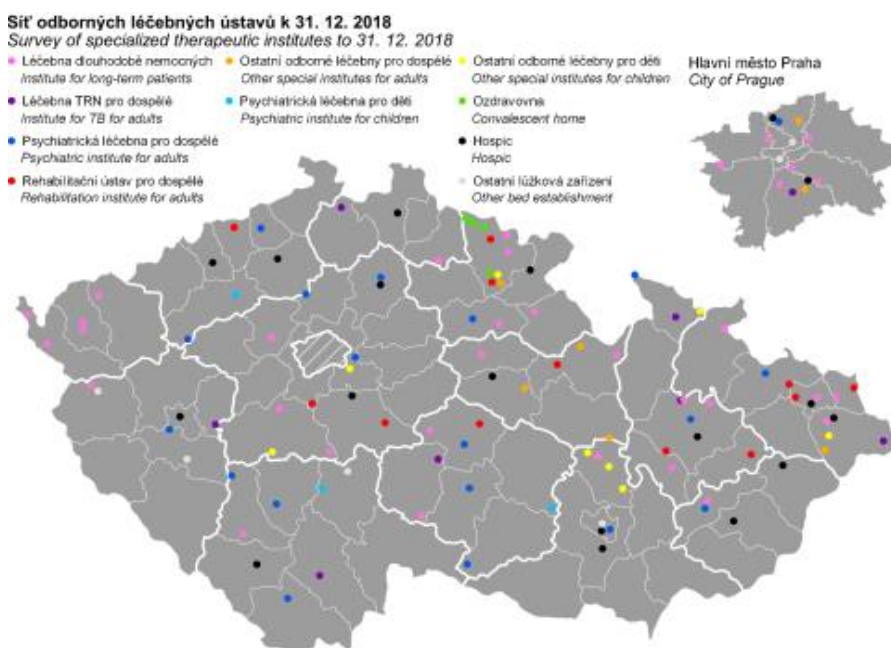
Cílovou skupinou byla zařízení poskytující paliativní péči v České republice. Z tohoto důvodu byla vytvořena interní databáze poskytovatelů paliativní péče na území ČR. Dotazníky viz příloha č. 3 byly distribuovány elektronickou formou na management jednotlivých zařízení (k rukám ředitele/ředitelky). Pro snadnější přístup i vyplnění dotazníku byl využit Google Forms a spolu s průvodním dopisem a žádostí o vyplnění byl respondentům zaslán přímý odkaz na dotazník viz příloha č. 4.

Z důvodu získání informací z co největšího počtu zařízení, kvůli validitě a vypovídající schopnosti, byli požádáni o spolupráci prezident Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče ČR PhDr. et Mgr. Robert Huneš, MBA a projektová manažerka z Fóra mobilních hospiců Bc. Alena Hábltová. Za jejich podporu a pomoc při získávání dat jim patří velký dík.

Celkem bylo distribuováno 97 dotazníků, a to: 18 dotazníků do zařízení lůžkových hospiců, 70 dotazníků do mobilních hospiců a 9 do zařízení s lůžky hospicového typu. Snahou bylo rozeslání dotazníků na co nejvyšší počet zařízení poskytující paliativní péči daných skupin v ČR.

Z celkem 18 lůžkových hospiců na území ČR viz obrázek č. 3, 9 zařízení poskytuje kromě lůžkové péče i mobilní hospic (domácí hospicovou péči). Jeden lůžkový hospic a rovněž jeden mobilní hospic poskytuje zároveň lůžka hospicového typu viz příloha č. 5. Managementy zařízení byly v průvodním dopise požádány, jestliže poskytují jak lůžkový, tak mobilní hospic, aby vyplnily dotazníky dva, za každou službu jeden.

Obrázek č. 3 – Síť odborných léčebných ústavů (Hospice značeny černě)



Zdroj: ÚZIS ČR, Zdravotnická ročenka České republiky 2018 (ÚZIS, 2019)

Navrátilo se 53 dotazníků. Celkem bylo získáno 53 platných. Návratnost dotazníků byla celkem 55 %. Přehled statistických údajů daného výzkumného souboru je zobrazen v tabulce č. 1, kde je uvedena v jednotlivých krajích absolutní četnost rozeslaných a navracených dotazníků vč. směrodatné odchylky. Rovněž je uvedena relativní četnost návratnosti v % vyjádření.

Tabulka č. 1 – Návratnost dotazníků

Návratnost dotazníků				
Kraje	rozeslané	navracené	směrodatná odchylka	% návratnost
Jihočeský	9	4	2,5	44%
Jihomoravský	9	8	0,5	89%
Karlovarský	5	3	1	60%
Královehradecký	6	3	1,5	50%
Liberecký	4	2	1	50%
Moravskoslezský	8	5	1,5	63%
Olomoucký	5	3	1	60%
Pardubický	7	6	0,5	86%
Plzeňský	2	1	0,5	50%
Praha	7	2	2,5	29%
Středočeský	14	6	4	43%
Ústecký	5	2	1,5	40%
Vysočina	8	3	2,5	38%
Zlínský	8	5	1,5	63%
Celkem	97	53	22	55%

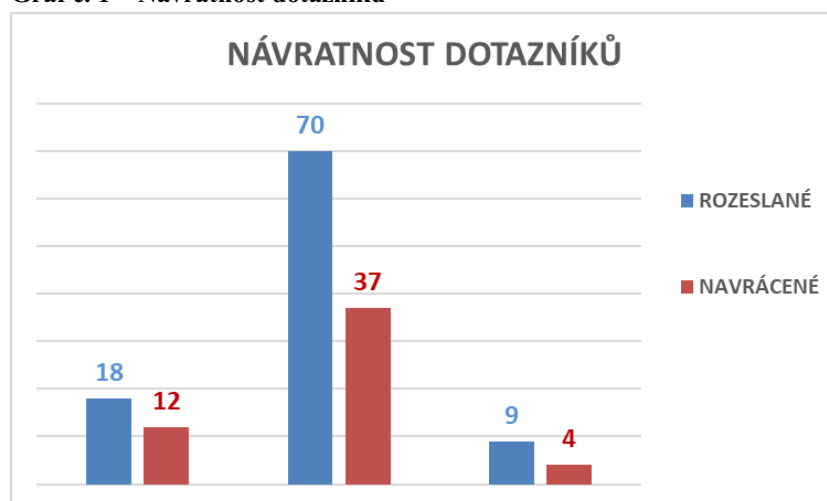
Procento návratnosti bylo značně ovlivněno situací ohledně koronaviru COVID-19, která výzkum komplikovala. S přihlédnutím k objektivní situaci v dané době a problematice, která je zkoumána, je procento návratnosti úspěšné.

Data byla získána ze zařízení, která poskytují paliativní péči v ČR a to: lůžkové hospice, mobilní hospice (domácí hospicová péče) a zařízení s lůžky hospicového typu. Tato zařízení byla rozdělena na základě jistých odlišností, viz kapitola 2.4.1 do skupin A, B, C:

- Skupina A „lůžkový hospic“;
- Skupina B „mobilní hospic (domácí hospicová péče)“;
- Skupina C „zařízení s lůžky hospicového typu“.

Návratnost dotazníků jednotlivých skupin (viz graf č. 1) byla nejméně úspěšná ve skupině A, kde byla téměř 67 %, dále následovala skupina B s 53 % úspěšnosti a nejnižší návratnost byla u skupiny C, zde tvořila návratnost 44 %.

Graf č. 1 – Návratnost dotazníků



Výsledné složení respondentů, resp. navrácených platných dotazníků bylo:

- Skupina A „lůžkový hospic“ 12 respondentů (tj. 23 %);
- Skupina B „mobilní hospic–domácí hospicová péče“ 37 respondentů (tj. 70 %);
- Skupina C „zařízení s lůžky hospicového typu“ 4 respondenti (tj. 7 %).

V daném výzkumu byla nejvíce zastoupenou skupinou skupina mobilních hospiců, na druhém místě byla skupina lůžkových hospiců a nejméně zastoupenou skupinou byla zařízení s lůžky hospicového typu. Zastoupení a poměr jednotlivých skupin, byl dán zejména jejich existujícím počtem.

5.2 Organizace výzkumu

Po odborné konzultaci a schválení otázek vedoucím práce byl vytvořen pro účely diplomové práce nestandardizovaný dotazník, který má dvě části. První část obsahuje 13 otázek. V druhé části dotazníku, byl ponechán respondentům prostor pro poznámky, návrhy či připomínky.

Před zahájením výzkumu byl uskutečněn předvýzkum (pilotáž), aby mohly být opraveny případné nejasnosti v dotazníku. Pilotáž měla posloužit k ověření validity a vhodnosti dotazníku i formulace otázek. Pro předvýzkum bylo zvoleno pět respondentů, kteří se pohybují v paliativní péči a jeden psycholog. Respondenti dotazníku porozuměli, nebyly tam pro ně žádné nejasnosti. Kladně hodnotili jednoduchost, přehlednost a vyhovující množství otázek i možnost prostoru pro vyplnění pod některými otázkami (Chráska, 2003; Kutnohorská, 2009).

Dotazníky byly zaslány elektronickou formou na management jednotlivých zařízení. Pro snadnější přístup i vyplnění dotazníku byl využit Google Forms a spolu s průvodním dopisem a žádostí o vyplnění, byl respondentům zaslán přímý odkaz na dotazník. Dotazníkové šetření probíhalo v elektronické podobě v rámci celé České republiky v termínu od 10. 6. do 17. 7. 2020. Bylo zcela anonymní a důvěrné. V prvním týdnu probíhala elektronická distribuce, zbylé období bylo ponecháno na návrat dotazníků. Účelné bylo nechat zařízením poskytující paliativní péči dostatečný prostor pro vyplnění a navrácení. Po obdržení dotazníků probíhala jejich analýza a zpracování.

5.3 Metody výzkumu

Z metodologického hlediska byla použita kombinace několika výzkumných metod kvantitativního charakteru. Tyto metody byly zvoleny s ohledem na situaci ohledně koronaviru COVID-19, neboť jiné metody by byly v dané době těžko realizovatelné. Co se týká statistického zpracování, byly použity procedury popisné statistiky formou analýzy výsledků získaných z dotazníkového šetření, zejména s využitím absolutní a relativní četnosti. Statistické porovnávání jednotlivých skupin poskytovatelů by bylo zavádějící s ohledem na početní zastoupení skupin. Z tohoto důvodu je u některých otázek uvedeno porovnání spíše pro zajímavost (Chráska, 2003; Kutnohorská, 2009).

Vlastnímu výzkumu předcházel předvýzkum (pilotáž) dotazníku. Cílovou skupinou byla zařízení poskytující paliativní péči v České republice. Z tohoto důvodu byla vytvořena v excelu interní databáze (viz příloha č. 5), vč. kontaktů na management poskytovatelů paliativní péče v ČR. Tím byl dán výzkumný soubor. Zdroje pro vytvoření databáze byla data získaná z Národního registru poskytovatelů zdravotních služeb, z internetových stránek Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, Fóra mobilních hospiců, informačního portálu Umírání.cz, internetových vyhledávačů a ze stránek jednotlivých

poskytovatelů. Databáze je zde z důvodu rozsáhlosti a anonymity uvedena pouze v podobě seznamu názvů a míst zařízení. Nebyl uskutečněn žádný výběr – tzv. reprezentativní vzorek. Do dotazníkového šetření byla zahrnuta zařízení poskytující paliativní péči daných skupin, viz kapitola 5.1 z vytvořené databáze (Chráška, 2003; Kutnohorská, 2009).

Ke sběru dat byla použita metoda dotazování formou elektronického dotazníku. Metoda dotazování byla zvolena z důvodu možnosti předem stanoveného souboru výzkumných otázek, které si lze předem promyslet a formulovat. Otázky vycházely z cílů a hypotéz. Dalším důvodem volby dotazníkové metody byla možnost následného hromadného počítačového zpracování (Kutnohorská, 2009).

Úkolem bylo dotazník zkonstruovat tak, aby byl co možná nejkratší, přehledný, ale přitom výstižný. Cílem bylo obsáhnout všechny podstatné problémy, na něž měly být, jeho prostřednictvím, získány odpovědi.

Pro co největší návratnost, která zpravidla bývá u dotazníkové techniky problematická, byl dotazník uzpůsoben jak délkou dotazníku, tak grafickou úpravou, která byla v Google Forms nastavena. Forma elektronické distribuce dotazníků byla zvolena s ohledem na situaci ohledně koronaviru COVID-19. Důležitá byla jednoznačnost ve formulaci otázek a logická návaznost. Byly voleny různé druhy otázek: polytomické disjunktivní (Multiple Choice) – možnost vybrat jen jednu odpověď, polytomické konjunktivní (Multiple Answers) – možnost vybrat jednu nebo více odpovědí, Sémantický diferenciál (na škále 1 až 6), polouzavřené výběrové otázky a výčtové otázky s textovou odpovědí. Druhy výzkumných otázek byly voleny podle vhodnosti k dané otázce s ohledem na nejvyšší vypovídací schopnost. Objektivnost bez předpojatosti předem daných odpovědí byla zajištěna ponecháním volnosti respondentům možností textové odpovědi jako „jiné:“ (Chráška, 2003; Kutnohorská, 2009).

Dotazník se skládal, jak již bylo zmíněno, ze dvou částí. V první části bylo formulováno celkem 13 otázek a v druhé části dotazníku byl ponechán respondentům prostor pro poznámky, návrhy či připomínky. Dvě otázky, číslo 1 a 2, byly identifikační otázky: kraj, ve kterém je poskytována paliativní péče; v jakém zařízení (lůžkové, mobilní, zařízení s lůžky hospicového typu).

Otázka číslo 4 se týkala využívání služeb nutričního terapeuta. Jako pojem byl zvolen nutriční terapeut, nebylo rozlišováno nutriční terapeut či nutriční specialista, a to z důvodů obecného termínu, který je již zažitý (nešlo o terminologii). K otázce č. 4. měly nepřímý vztah otázky č. 3, 5, 6, 11, 12 a 13; tento vztah a význam bude dále rozebrán (zajišťování stravy; komunikace s pacienty/klienty ohledně výživy; jaký je význam výživy; jaká výživa je aplikovaná do NGS, PEG; zpracování metodiky zajišťování nutriční péče; co by bylo vítáno pro zlepšení nutriční péče).

Šest otázek, číslo 6, 7, 8, 9, 10 a 11, se týkalo nutriční péče a vztahu k výživě (jaký je význam výživy; jak je řešena nutriční podpora a péče; dysfagie; hydratace; možnost zajištění nutriční intervence; jaká výživa je aplikovaná do NGS, PEG; zpracování metodiky zajišťování nutriční péče; co by bylo vítáno pro zlepšení nutriční péče).

Čtyři otázky, číslo 3, 5, 12 a 13, byly organizačního a zajišťovacího charakteru (zajišťování stravy; kdo komunikuje s pacienty/klienty ohledně výživy; zpracování metodiky zajišťování nutriční péče; co by bylo vítáno pro zlepšení nutriční péče).

Průvodní dopisy byly adresovány jednotlivým managerům zařízení z důvodu osobního přístupu a zajištění validity odpovědí. Na začátku průvodního dopisu bylo stručné představení a objasnění účelu dotazníkového šetření. Součástí dopisu byla žádost o anonymní vyplnění a odkaz na dotazník. V dopise bylo rovněž uvedeno poděkování a kontaktní údaje. Na začátku dotazníku byli respondenti seznámeni s tím, že vyplněním dotazníku dávají souhlas s jeho zpracováním.

5.4 Analýza dat

Data získaná v dotazníkovém šetření, v souvislosti s výživou v paliativní péči, byla zpracována metodou deskriptivní statistiky za pomoci využití nástroje Microsoft Excel, verze 2016. Důraz byl kladen na kontrolu dat. Dotazníky byly zasílány přes Google Forms, kde je možnost zobrazení výsledků, tudíž bylo využito paralelního zpracování a kontroly. Z důvodu lepší přehlednosti byly tabulky a grafy tvořeny v Excelu. Grafy byly zvoleny výšečové a sloupcové.

Dotazníky byly úplně vyplněny, neboť v dotazníku byly nastaveny otázky typu tzv. „*Povinné pole“, bez jejichž vyplnění nebylo možné dotazník odeslat. Veškeré získané dotazníky kontrolou prošly a paralelní kontrola proběhla bez odchylek.

Z reakcí zařízení a vyplňováním textových polí, lze usuzovat, že k vyplňování přistupovala zařízení odpovědně. Faktorem ovlivňujícím návratnost i kvalitu vyplnění dotazníků pravděpodobně byla i spolupráce s prezidentem Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče ČR a projektové manažerky z Fóra mobilních hospiců. Vzhledem k náročné době, kterou zařízení procházela z důvodu koronaviru COVID-19, je návratnost i kvalita vyplnění dotazníků více než uspokojivá.

Získané dotazníky byly tištěny, tříděny a číslovány, aby nedošlo k jejich duplicitě. Následně byly sestavovány tabulky četnosti čárkovací metodou. Byla uskutečněna opětná mechanická kontrola, paralelní kontrola s Google Forms a následné shromažďování dat, které bylo s pomocí programu Excel zpracováno (Kutnohorská, 2008).

6 VÝSLEDKY A ANALÝZA DAT

V této kapitole budou analyzovány výsledky získané z dotazníkového šetření. Bude posuzována výživa v paliativní péči v obecném měřítku. Následně budou rozebrány části dotazníků i jednotlivé otázky spolu se získanými odpověďmi. Pro lepší přehled a orientaci budou výsledky a jejich analýza znázorněna v grafech příp. tabulkách.

Otázky číslo 1 a 2 byly identifikační otázky. Účelem bylo zjistit, jak jsou zastoupeny respondenty jednotlivé kraje a jaké je zastoupení zařízení poskytujících paliativní péči ve skupinách (lůžkové, mobilní, zařízení s lůžky hospicového typu).

Kraj, ve kterém poskytujete paliativní péči (otázka č.1)

Možnosti odpovědí: Jihočeský, Jihomoravský, Karlovarský, Královehradecký, Liberecký, Moravskoslezský, Olomoucký, Pardubický, Plzeňský, Praha, Středočeský, Ústecký, Vysočina, Zlínský, jiné:²

Skupina A „lůžkový hospic“

Ze skupiny lůžkových hospiců byl zastoupen z 12 krajů vždy jeden respondent. Respondenty nebyly zastoupeny pouze dva kraje, Pardubický a Vysočina. Kraj Vysočina zastoupen ani být nemohl, neboť v současné době nedisponuje lůžkovým hospicem. Kraj Vysočina je posledním krajem v ČR, kde lůžkový hospic není. Spolek pro lůžkový hospic Mezi stromy usiluje o realizaci Projektu hospic Mezi stromy a vybudování tohoto zařízení od roku 2015 v Havlíčkově Brodě, který by měl disponovat 20 lůžky pro nemocné.

Skupina B „mobilní hospic (domácí hospicová péče)“

Ze skupiny mobilních hospiců (celkem 37) byl nejvíce zastoupený Jihomoravský kraj, měl 6 respondentů; následoval kraj Pardubický s 5 respondenty; následně Moravskoslezský Středočeský a Zlínský vždy po 4 respondentech. Jihočeský kraj měl 3 získané. Karlovarský, Královehradecký, Olomoucký a kraj Vysočina po 2 respondentech. Liberecký, Praha a Ústecký kraj po jednom. Kraj, který nebyl zastoupen byl kraj Plzeňský (viz graf č. 2).

² Možnost „jiné“ byla uvedena z důvodu, kdyby zařízení měla působnost ve více krajích, případně v zahraničí. Tuto možnost žádný poskytovatel neoznačil.

Graf č. 2 – Kraj, ve kterém poskytujete paliativní péči. Skupina B



Skupina C „zařízení s lůžky hospicového typu“

Ze skupiny zařízení s lůžky hospicového typu (celkem 4), byly vždy po jednom zastoupeny kraje: Jihomoravský, Pardubický, Středočeský a kraj Vysočina. Ostatní kraje zastoupeny nebyly. Z důvodu malého počtu respondentů, nebudou odpovědi skupiny C zaznamenány individuálně v grafech.

Celkem

Z celkového počtu 53 respondentů bylo nejvíce poskytovatelů paliativní péče z Jihomoravského kraje, a to 7 respondentů. Z Pardubického a Středočeského kraje bylo po 6; z Moravskoslezského a Zlínského kraje po 5; Jihočeský a Karlovarský kraj byl zastoupen po 4 respondentech. Královohradecký, Olomoucký a kraj Vysočina po třech respondentech z každého kraje. Liberecký, Ústecký kraj a Praha vždy po 2 respondentech a nejméně zastoupeným krajem byl kraj Plzeňský, kde byl 1 respondent. Pole jiné nebylo vyplněno.

Graf č. 3 – Kraj, ve kterém poskytujete paliativní péči. Celkem



V jakém zařízení působíte? (otázka č. 2)

Možnosti odpovědí: lůžkový hospic; mobilní hospic (domácí hospicová péče); zařízení s lůžky hospicového typu; jiné:

Z celkového počtu 53 respondentů poskytujících paliativní péči, byla nejvíce zastoupena skupina B – mobilní hospice (domácí hospicová péče), a to v počtu 37 (tj. 70 %), skupina A – lůžkový hospic byla zastoupena 12 respondenty (23 %). Skupina C – zařízení s lůžky hospicového typu byla v počtu 4 respondentů (7 %). Lůžkových zařízení bylo celkem 16 (tj. 30 %). Pole jiné nevyplnil žádný respondent (viz graf č. 4). Zastoupení a poměr jednotlivých skupin, byl dán zejména jejich existujícím počtem na území ČR.

Graf č. 4 – V jakém zařízení působíte? Celkem



Jak zajišťujete stravu? (otázka č. 3)

Tato otázka patřila mezi otázky organizačního a zajišťovacího charakteru. Účelem bylo zjistit, jestli jednotlivá zařízení zajišťují stravu a jakým způsobem (vlastní stravovací provoz, externí firma, jiné zařízení). Byla zde ponechána možnost volné odpovědi v poli jiné. Otázka měla přímý vztah k stanovené hypotéze č. 2: „Většina lůžkových zařízení má vlastní stravovací provoz.“

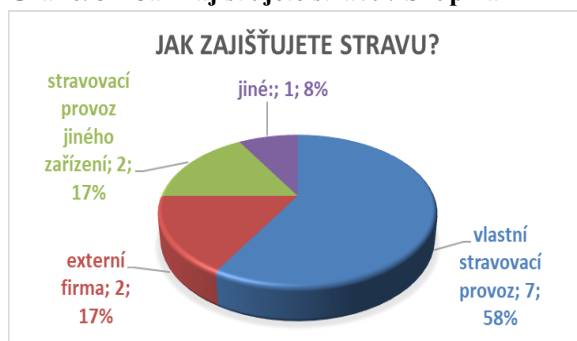
Možnosti odpovědí: máme vlastní stravovací provoz; stravu nám dováží externí firma; stravu odebíráme ze stravovacího provozu jiného zařízení; stravu nezajišťujeme; jiné:

Skupina A „lůžkový hospic“

Většina lůžkových hospiců 7 (tj. 58 %) uvedla, že má vlastní stravovací provoz. Stravu ze stravovacího provozu jiného zařízení, odebírají 2 lůžkové hospice (17 %) a rovněž 2 uvedly (17 %), že jim stravu dováží externí firma. Pole jiné vyplnilo jedno zařízení (8 %), které uvedlo: „*Studenou stravu zajišťuje náš provoz.*“, toto zařízení rovněž jako jediné z této skupiny A uvedlo v otázce č. 13 (Co byste uvítali pro zlepšení nutriční péče pro pacienty/klienty?) odpověď vlastní stravovací provoz. Žádný lůžkový hospic neuvedl možnost, že stravu nezajišťují (viz graf č. 5). Odpověď „máme vlastní stravovací

provoz“ skupiny lůžkových hospiců, měla přímý vztah k stanovené hypotéze č. 2: „Většina lůžkových zařízení má vlastní stravovací provoz.“

Graf č. 5 – Jak zajišťujete stravu? Skupina A



Graf č. 6 – Jak zajišťujete stravu? Skupina B



Skupina B „mobilní hospic (domácí hospicová péče)“

Většina mobilních hospiců 26 (tj. 70 %) uvedla, že stravu nezajišťuje. Možnost „máme vlastní stravovací provoz“ označilo 5 zařízení (14 %). Pole jiné vyplnili 4 mobilní hospice (11 %). „Stravu dováží externí firma“ uvedla 2 zařízení (5 %). Odpověď „stravu odebíráme ze stravovacího provozu jiného zařízení“ neoznačil nikdo z dané skupiny (viz graf č. 6). V poli jiné mobilní hospice uváděly: „Nutriční stravu šitou na míru našim pacientům předepisuje nutriční lékařka.“ „Rodina zajišťuje stravu.“ „Zajišťujeme pro pacienty pouze sipping, základní strava v režii rodiny.“ „Vlastní nebo menu v restauracích.“

V této skupině byly i lůžkové hospice poskytující zároveň mobilní hospic. Což se pravděpodobně projevilo v tom, že tato zařízení mají vlastní stravovací provoz (5 zařízení), případně jim stravu dováží externí firma (2 zařízení). Tyto lůžkové hospice rovněž mohou stravu zajišťovat, v případě potřeby i pro pacienty/klienty svého mobilního hospice.

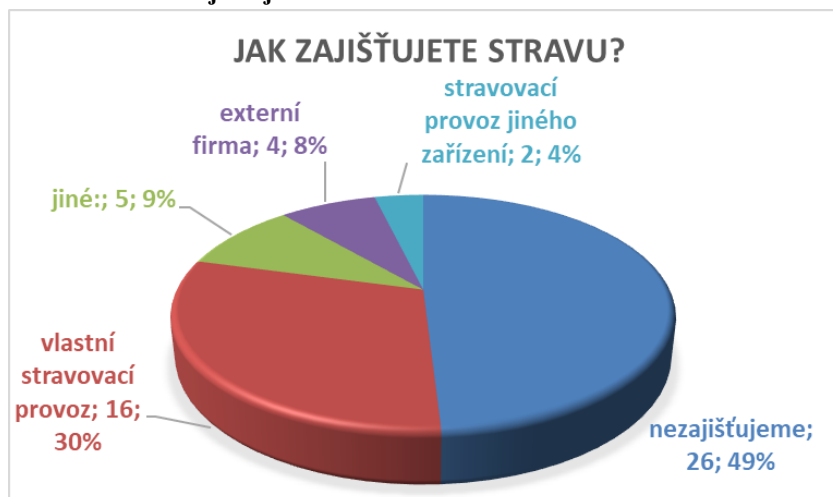
Skupina C „zařízení s lůžky hospicového typu“

Veškerá zařízení z této skupiny 4 (tj. 100 %) uvedla, že má vlastní stravovací provoz. Odpovědi zařízení s lůžky hospicového typu „máme vlastní stravovací provoz“ měly přímý vztah k stanovené hypotéze č. 2: „Většina lůžkových zařízení má vlastní stravovací provoz.“

Celkem

Z celkového počtu respondentů poskytujících paliativní péči, 26 zařízení (49 %) uvedlo, že stravu nezajišťuje, 16 (tj. 30 %) označilo, že mají vlastní stravovací provoz. Pole jiné označilo 5 zařízení (9 %), 4 poskytovatelé (8 %) uvedli, že jim stravu dováží externí firma a 2 zařízení (4 %) označila, že stravu odebírají ze stravovacího provozu jiného zařízení (viz graf č. 7).

Graf č. 7 – Jak zajišťujete stravu? Celkem



Vyhodnocení hypotézy č. 2: „Většina lůžkových zařízení má vlastní stravovací provoz.“

Z celkového počtu 16 lůžkových zařízení, uvedlo 11 poskytovatelů paliativní péče (7 lůžkových hospiců a 4 zařízení s lůžky hospicového typu), že mají vlastní stravovací provoz tj. 69 % viz tabulka č. 2. Z daného vyplývá, že více než 50 % lůžkových zařízení, tedy většina, má vlastní stravovací provoz. **Tímto se výše uvedená hypotéza potvrzuje.**

Tabulka č. 2 – Vyhodnocení hypotézy č. 2

Jak zajišťujete stravu?						
Odpovědi	Lůžkové hospice		Zařízení s lůžky hospicového typu		Lůžková zařízení celkem	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
máme vlastní stravovací provoz	7	58%	4	100%	11	69%
stravu nám dováží externí firma	2	17%		0%	2	13%
stravu odebíráme ze stravovacího provozu jiného zařízení	2	17%		0%	2	13%
stravu nezajišťujeme		0%		0%		0%
jiné:	1	8%		0%	1	6%
Celkem	12	100%	4	100%	16	100%

Využíváte služeb nutričního terapeuta? (otázka č. 4)

Tato otázka zjišťovala, zda zařízení poskytující paliativní péči využívají, a do jaké míry, služeb nutričního terapeuta. K otázce č. 4 měly nepřímý vztah otázky č. 3, 5, 6, 11, 12 a 13, (zajišťování stravy; komunikace s pacienty/klienty ohledně výživy; jaký je význam výživy; jaká výživa je aplikovaná do NGS, PEG; zpracování metodiky zajišťování nutriční péče; co by bylo vítáno pro zlepšení nutriční péče). Otázka „Využíváte služeb nutričního terapeuta?“ měla přímý vztah k stanovené hypotéze č. 1: „Většina zařízení nevyužívá služeb nutričního terapeuta.“ Dílčím cílem bylo rovněž porovnávat skupiny zařízení poskytující paliativní péči.

Možnosti odpovědí: pracuje u nás na plný úvazek; pracuje u nás na částečný úvazek; pracuje u nás na dohodu, dle potřeby; jeho služeb nevyužíváme; jiné:

Otázky s nepřímým vztahem k otázce č. 4. Využíváte služeb nutričního terapeuta? (otázky 3, 5, 6, 11, 12 a 13)

1) Zajišťování stravy (otázka č. 3)

Pokud má zařízení stravovací provoz, či stravu dováží anebo jinak zabezpečuje, zejména pokud se jedná o zdravotnické zařízení. Je žádoucí přítomnost nutričního terapeuta/specialisty, který v rámci HACCP i technologických postupů, bude dohlížet zejména na bezpečnost stravy pro pacienty/klienty.

2) Komunikace s pacienty/klienty ohledně výživy (otázka č. 5)

Komunikace ohledně výživy s pacienty/klienty na odborné úrovni přísluší nutričnímu terapeutovi/specialistovi, zejména při zajišťování a realizaci individuálního výběru stravy. V kompetenci to nemá zdravotní sestra, pečovatelé, sociální pracovník ani kuchař. Lékaři při péči o 20 až 30 pacientů/klientů mají k řešení jiné otázky, než např. řešit individuální výběry stravy. Pokud to dělají, bere jim to drahocenný čas.

3) Význam výživy (otázka č. 6)

Pokud je kladen důraz na význam výživy, ať už z důvodu eliminace zdravotních obtíží, či z důvodu poskytování paliativní péče zaměřené na kvalitu života a přání pacienta/klienta. Je žádoucí přítomnost nutričního terapeuta/specialisty v těchto zařízeních.

4) Výživa aplikovaná do NGS, PEG (otázka č. 11)

Pokud je poskytována enterální výživa do NGS, PEG, příp. PEJ pacientům/klientům, je nutné k tomu přistupovat vždy individuálně a s ohledem na bezpečnost a rizika. Používat enterální přípravky k tomu určené. Nutriční terapeut/specialista je kompetentní k tomu toto pohlídat.

5) Zpracování metodiky zajišťování nutriční péče (otázka č. 12)

Zařízení poskytující paliativní péči (zejména lůžkové) by měla mít zpracovanou odbornou a kvalitní metodiku zajištění výživy a nutriční péče o své pacienty/klienty. Také mobilní hospice, které by měly poskytovat komplexní paliativní péči, do které výživa bezesporu patří, by měly mít zpracovanou metodiku zajišťování nutriční péče. Tuto metodiku má v kompetenci zpracovat nutriční terapeut/specialista pod dohledem garanta (ideálně lékař s F016) se schválením ředitele zařízení.

6) Zlepšení nutriční péče pro pacienty/klienty (otázka č. 13)

Pokud zařízení označí možnost odpovědi: „*nastavení nutriční péče pro pacienty/klienty odborníkem šité na míru a vaše možnosti*“, nepřímým jim toto nastavení chybí. Nutriční terapeut/specialista je kompetentní jim pomoci.

Skupina A „lůžkový hospic“

Z lůžkových hospiců 7 (59 %) uvedlo, že nevyužívá služeb nutričního terapeuta. Možnost pracuje u nás na dohodu, dle potřeby označili 3 respondenti (25 %) a pracuje u nás na částečný úvazek uvedl 1 respondent (8 %). Pole jiné vyplnil jeden lůžkový hospic (8 %), který uvedl: „Dochází na pozvání.“ (viz graf č. 8).

Graf č. 8 – Využíváte služeb NT? Skupina A



Graf č. 9 – Využíváte služeb NT? Skupina B



Skupina B „mobilní hospic (domácí hospicová péče)“

Většina mobilních hospiců 26 (tj. 70 %) uvedli, že nevyužívají služeb NT. Pole jiné vyplnilo 7 mobilních hospiců (19 %). Možnost „pracuje u nás na dohodu dle potřeby“ označila 3 zařízení (8 %). „Pracuje u nás na částečný úvazek“ uvedlo 1 zařízení (3 %), (viz graf č. 9). V poli jiné, mobilní hospice uváděly: „Většinou řeším sám, mám licenci F016.“ „Klient má zajištěného nutričního lékaře už z nemocnice.“ „Vedoucí lékař má funkční specializaci v klinické výživě.“ „Výživu si určuje pouze přímo klient.“ „Spolupracujeme s nutriční poradnou v chebské nemocnici.“ „Naši pacienti jsou vybaveni přípravky z nutriční poradny, které řešila již ambulanti péče, pokračujeme v nich.“ „Kontaktujeme nutričního terapeuta, ambulantně.“

Ve skupině B byly také lůžkové hospice poskytující mobilní hospic, což se pravděpodobně projevilo v tom, že tato zařízení využívají služeb NT, jak pro lůžkový, tak pro mobilní hospic. Pracuje u nás na dohodu dle potřeby (3 zařízení), pracuje u nás na částečný úvazek (1 zařízení).

Skupina C „zařízení s lůžky hospicového typu“

V této skupině 2 zařízení (50 %) uvedla, že NT u nich pracuje na plný úvazek. Možnost pracuje u nás na dohodu, dle potřeby označil 1 respondent (25 %). Pole jiné uvedlo 1 zařízení s lůžky hospicového typu (25 %). Možnost pracuje u nás na částečný úvazek ani možnost jeho služeb nevyužíváme, nevedlo žádné zařízení z této skupiny. V poli jiné, zařízení uvedlo: „V případě potřeby konzultujeme s dalšími externími odborníky na výživu.“

Celkem

Z celkového počtu respondentů poskytujících paliativní péči, 33 zařízení (62 %) uvedlo, že nevyužívají služeb NT, 9 (tj. 17 %) označilo pole jiné. Možnost pracuje u nás na dohodu, dle potřeby uvedlo 7 respondentů (13 %). 2 poskytovatelé (4 %) uvedli, že u nich NT pracuje na plný úvazek a 2 zařízení (4 %) označila, že nutriční terapeut u nich pracuje na částečný úvazek (viz graf č. 10).

Graf č. 10 – Využíváte služeb nutričního terapeuta? Celkem



Otázka využívání služeb nutričního terapeuta porovnání skupin:

Pro zajímavost je zde uvedeno porovnání jednotlivých skupin (viz tabulka č. 3). Nejvíce služeb NT využívá skupina C kde 75 % respondentů uvedlo, že u nich NT pracuje. Naopak možnost, že služeb NT nevyužívají nevedl nikdo ze skupiny C. Ve skupině A uvedlo pouze 33 % respondentů, že využívá služeb NT. Na plný úvazek NT ale nikdo, většinou využívají NT na dohodu 25 % anebo na částečný úvazek 8 %. Skupina B využívá služeb NT nejméně, pouze 11 % využívá služeb NT, a to většinou jen na dohodu, dle potřeby. Vezmeme-li v úvahu, že v této skupině jsou i lůžkové hospice, které provozují zároveň mobilní hospic. Můžeme říci, že mobilní hospice jako takové, služeb nutričního terapeuta nevyužívají.

Tabulka č. 3 – Porovnání otázky č. 4 – Využíváte služeb nutričního terapeuta?

Otázka č. 4 - Využíváte služeb nutričního terapeuta?			
	Skupina A (lůžkový)	Skupina B (mobilní)	Skupina C (lůž. hosp. typu)
na plný úvazek	0%	0%	50%
na částečný úvazek	8%	3%	0%
pracuje u nás na dohodu, dle potřeby	25%	8%	25%
jeho služeb nevyužíváme	59%	70%	0%
jiné:	8%	19%	25%

Vyhodnocení hypotézy č. 1: „Většina zařízení nevyužívá služeb nutričního terapeuta.“

Z celkového počtu 53 zařízení poskytujících paliativní péči uvedlo 33 respondentů (7 lůžkových hospiců a 26 mobilních hospiců), že nevyužívají služeb NT tj. 62 % (viz tabulka č. 4). Z daného vyplývá, že více než 50 % zařízení, tedy většina, nevyužívá služeb nutričního terapeuta. **Tímto se výše uvedená hypotéza potvrzuje.**

Tabulka č. 4 – Vyhodnocení hypotézy č. 1

Využíváte služeb nutričního terapeuta?						
Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost	Služeb NT využívá		Služeb NT nevyužívá	
			Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
pracuje u nás na plný úvazek	2	4%	2	4%		
pracuje u nás na částečný úvazek	2	4%	2	4%		
pracuje u nás na dohodu, dle potřeby	7	13%	7	13%		
jeho služeb nevyužíváme	33	62%			33	62%
jiné:	9	17%				
Celkem	53	100%	11	21%	33	62%

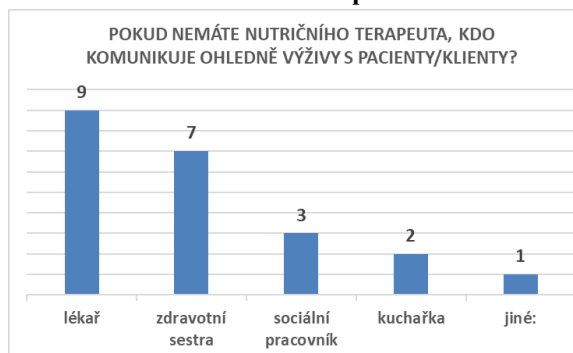
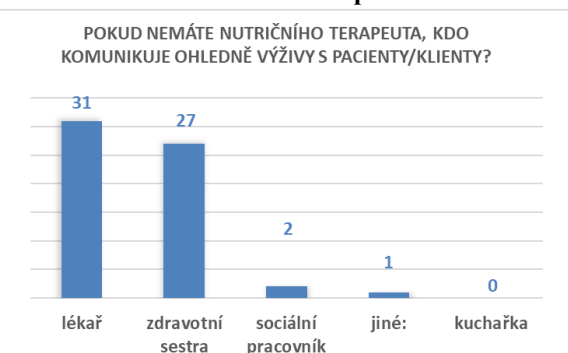
Pokud nemáte nutričního terapeuta, kdo komunikuje ohledně výživy s pacienty/klienty?* (otázka č. 5) Možno více odpovědí.

Tato otázka byla organizačního a zajišťovacího charakteru. Měla zjistit, kdo komunikuje ohledně výživy s pacienty/klienty v zařízeních poskytujících paliativní péči. Komunikace ohledně výživy na odborné úrovni přísluší nutričnímu terapeutovi/specialistovi, zejména z důvodu eliminace zdravotních obtíží, či z důvodu poskytování paliativní péče zaměřené na kvalitu života a přání pacienta/klienta. V kompetenci to nemá zdravotní sestra, pečovatelé, sociální pracovník ani kuchař. Pokud to dělají lékaři, bere jim to drahocenný čas. Rovněž je důležitá komunikace ohledně výživy s rodinou příp. pečujícími o pacienta. Tato otázka měla nepřímý vztah k otázce č. 4 (využívání služeb NT) a bylo možné zaznačit více odpovědí.

Možnosti odpovědí: zdravotní sestra; lékař; sociální pracovník; kuchařka; jiné:

Skupina A „lůžkový hospic“

Z celkového počtu 12 lůžkových hospiců, 9 uvedlo, že ohledně výživy s pacientem komunikuje lékař. 7 respondentů označilo zdravotní sestru. Možnost sociálního pracovníka uvedla 3 zařízení a 2 lůžkové hospice uvedly, že s pacienty/klienty komunikuje kuchařka. Pole jiné vyplnil 1 lůžkový hospic, který uvedl: „Pečovatelé (týmová práce)“ (viz graf č. 11). Tuto otázku nezodpověděla 2 zařízení. Lze předpokládat, že ohledně výživy v těchto dvou zařízeních komunikuje výhradně NT.

Graf č. 11 – Komunikace. Skupina A**Graf č. 12 – Komunikace. Skupina B****Skupina B „mobilní hospic (domácí hospicová péče)“**

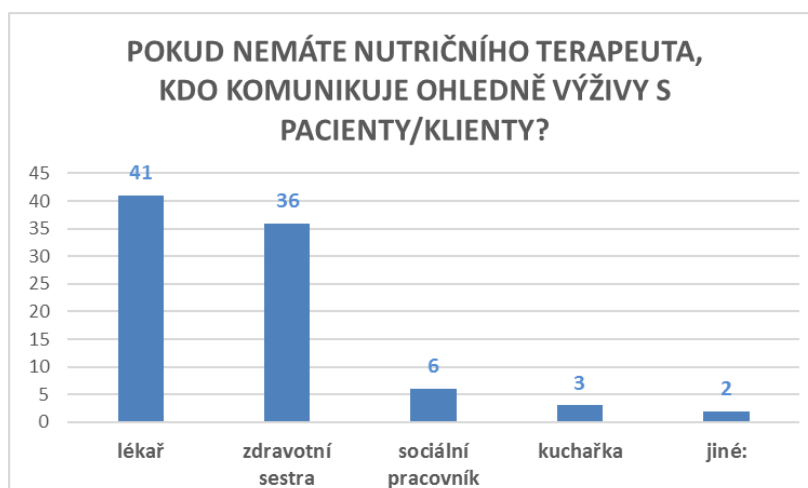
Z celkového počtu 37 mobilních hospiců 31 uvedlo, že ohledně výživy s pacientem komunikuje lékař. 27 respondentů označilo zdravotní sestru. Možnost sociálního pracovníka uvedla 2 zařízení. Pole jiné vyplnil 1 mobilní hospic, který uvedl: „Pečovatelé“. Možnost kuchařka neoznačilo z této skupiny žádné zařízení (viz graf č. 12).

Skupina C „zařízení s lůžky hospicového typu“

Ze 4 zařízení s lůžky hospicového typu 2 uvedla, že ohledně výživy s pacientem komunikuje zdravotní sestra. 1 respondent označil lékaře. Možnost sociálního pracovníka uvedlo 1 zařízení. Pole jiné nevyplnil nikdo. Tuto otázku nezodpověděla rovněž 2 zařízení. Také zde lze předpokládat, že ohledně výživy v těchto dvou zařízeních komunikuje výhradně nutriční terapeut.

Celkem

Z celkového počtu 53 poskytovatelů paliativní péče 41 uvedlo, že ohledně výživy s pacientem komunikuje lékař. 36 respondentů označilo zdravotní sestru. Možnost sociálního pracovníka uvedlo 6 zařízení a 3 poskytovatelé uvedli, že s pacienty/klienty ohledně výživy komunikuje kuchařka. Pole jiné vyplnila 2 zařízení (viz graf č. 13). Je zřejmé, že na 1. místě komunikují ohledně výživy v zařízeních poskytujících paliativní péči lékaři a na 2. místě zdravotní sestry.

Graf č. 13 – Komunikace. Celkem

Jaký je podle Vás význam výživy u pacientů/klientů v hospicové péči? Na škále od 1 do 6. * (otázka č. 6)

Tato otázka se týkala vztahu poskytovatelů paliativní péče k výživě a nepřímo k nutriční péči o pacienty/klienty. Význam výživy, v paliativní péči má jinou povahu než v léčbě kurativní. To neznamená, že výživa nemá v paliativní péči svůj význam. Výživa spolu s nutriční péčí by měla být zaměřena na eliminaci zdravotních obtíží a zajištění výživy z důvodu poskytování paliativní péče zaměřené na kvalitu života a přání pacienta/klienta. Otázka měla nepřímý vztah k otázce č. 4 (využívání služeb NT). V této otázce byla použita škála významnosti od 1 do 6 z důvodu vyvarování se možnosti odpovědi průměru. Respondenti se tak museli na škále jednoznačněji přiklonit k bezvýznamnosti anebo významnosti výživy.

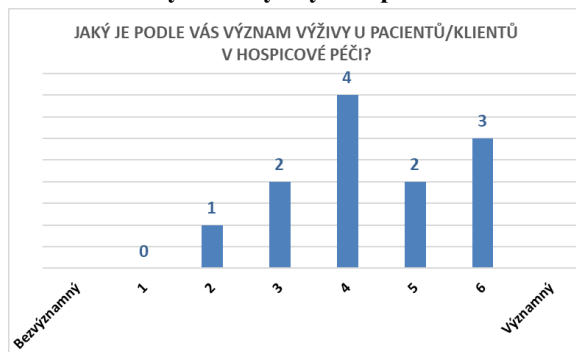
Možnosti odpovědí – škála:

Bezvýznamný 1 2 3 4 5 6 Významný

Skupina A „lůžkový hospic“

Z lůžkových hospiců 4 (33 %) uvedlo na škále hodnotu 4. Následovala hodnota 6 – významný význam výživy, tu označila 3 zařízení (25 %), hodnoty 3 a 5 označili po 2 respondentech (17 % a 17 %). Hodnotu 2 na škále označil 1 respondent (8 %) a žádný lůžkový hospic neoznačil hodnotu 1 – bezvýznamný význam výživy (viz graf č. 14).

Graf č. 14 – Význam výživy. Skupina A



Graf č. 15 – Význam výživy. Skupina B



Skupina B „mobilní hospic (domácí hospicová péče)“

Z 37 mobilních hospiců 12 (32 %) uvedlo na škále hodnotu 6 – významný význam výživy. Následovala hodnota 3, tu označilo 11 zařízení (30 %). Hodnotu 5 označilo 7 mobilních hospiců (19 %) a hodnotu 4 na škále, uvedlo 6 respondentů (16 %). Hodnotu 2 označil 1 mobilní hospic (3 %) a žádný mobilní hospic neoznačil hodnotu 1 – bezvýznamný význam výživy (viz graf č. 15).

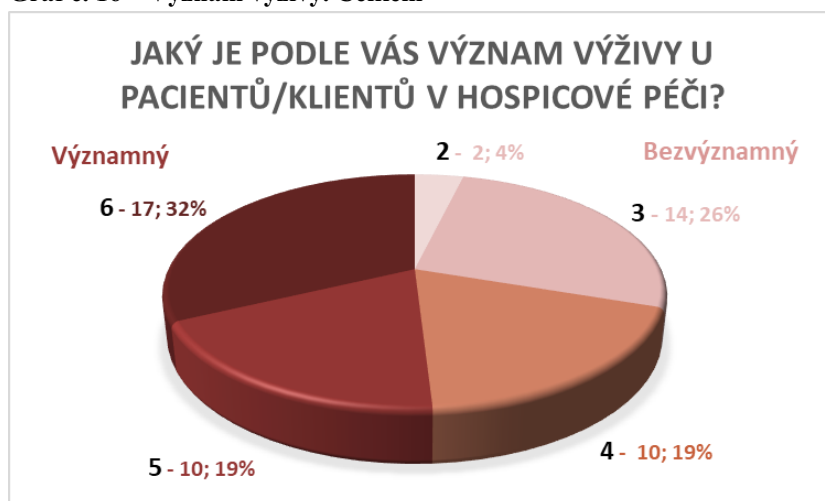
Skupina C „zařízení s lůžky hospicového typu“

Z této skupiny 2 respondenti (50 %) uvedli na škále hodnotu 6 – významný význam výživy. Hodnoty 3 a 5 označili po 1 zařízení (25 % a 25 %). Žádné zařízení s lůžky hospicového typu neoznačilo hodnotu 1 – bezvýznamný význam výživy.

Celkem

Z 53 poskytovatelů paliativní péče 17 (32 %) uvedlo na škále hodnotu 6 – významný význam výživy. Následovala hodnota 3, kterou označilo 14 zařízení (26 %). Hodnoty 5 a 4 označilo po 10 respondentech (19 % a 19 %). Hodnotu 2 označila 2 zařízení (4 %) a žádný poskytovatel paliativní péče neoznačil hodnotu 1 – bezvýznamný význam výživy (viz graf č. 16).

Graf č. 16 – Význam výživy. Celkem



Otázka zhodnocení významu výživy na škále 1 (bezvýznamný) až 6 (významný) porovnání skupin:

Pro zajímavost je zde uvedeno porovnání jednotlivých skupin (viz tabulka č. 5). Z jednotlivých skupin hodnotu 6 – významný význam výživy označilo 50 % respondentů skupiny C, následovala skupina B, kde tuto hodnotu označilo 32 %. Ze skupiny A uvedlo hodnotu 6 nejméně zařízení z porovnávaných tj. 25 %. Skupina A nejvíce uváděla na škále významu výživy hodnotu 4, a to 33 % dotázaných. Skupina B nejčastěji uváděla maximální hodnotu významu výživy, již zmiňovaných 32 %, ale na druhém místě byla uváděna hodnota 3 (30 %). Skupina C stejně jako skupina B uváděla nejvíce na škále významu výživy hodnotu 6. Žádný z poskytovatelů paliativní péče neuvedl hodnotu 1 – bezvýznamný význam výživy.

Hodnoty 1 až 3 (škála nižšího významu výživy) uvedlo 25 % u skupiny A i u skupiny C a 33 % u skupiny B. Hodnoty 4 až 6 (škála vyššího významu výživy) uvedlo 75 % u skupiny A i u skupiny C a 67 % u skupiny B. Celkem poskytovatelé paliativní péče hodnotili význam výživy na škále vyššího významu, a to 70 % dotázaných. Škálu nižšího významu výživy uvedlo 30 % respondentů, přičemž hodnota 1 – bezvýznamný význam výživy, nebyla zastoupena vůbec. Můžeme říci, že se poskytovatelé přiklání k vyššímu až významnému významu výživy v paliativní péči. Pokud je kladen důraz na význam výživy, nabízí se přítomnost nutričního terapeuta/specialisty v těchto zařízeních.

Tabulka č. 5 – Porovnání otázky č. 6 – Význam výživy v hospicové péči

Otázka č. 6 - Jaký je podle Vás význam výživy v hospicové péči?				
škála	Skupina A (lůžkový)	Skupina B (mobilní)	Skupina C (lůž. hosp. typu)	Celkem
1	0%	0%	0%	0%
2	8%	3%	0%	4%
3	17%	30%	25%	26%
4	33%	16%	0%	19%
5	17%	19%	25%	19%
6	25%	32%	50%	32%
1 až 3	25%	33%	25%	30%
4 až 6	75%	67%	75%	70%

Jak řešíte nutriční podporu a péči u pacientů/klientů? Možno více odpovědí. * (otázka číslo 7)

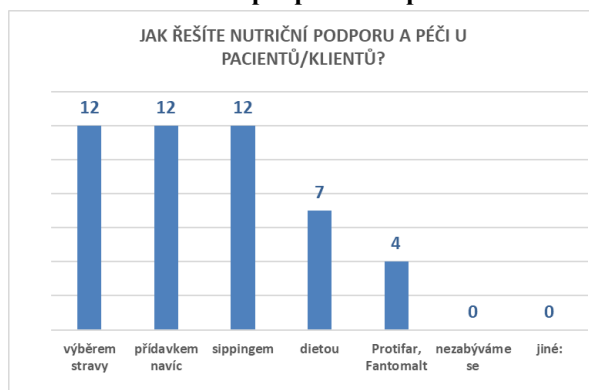
Dílčím úkolem diplomové práce bylo zjistit, jak je zajišťována nutriční péče o pacienty/klienty, jakým způsobem a do jaké míry je řešena nutriční podpora. Tato otázka měla přímý vztah (spolu s otázkami 8, 9, 10 a 11) k výživě a nutriční péči o pacienty/klienty v paliativní péči. Otázka č. 7 byla konkrétně zaměřena na nutriční podporu a péči. Bylo možné zaznačit více odpovědí.

Možnosti odpovědí: individuálním výběrem stravy; možností přidavku navíc (jogurt, sýr, šunka, přesnídávka apod.); podáváním sippingu (např. Nutridrink, Fresubin, Cubitan); přidáváním Protifar, Fantomaltu apod.; dietou; nutriční podporou se nezabýváme; jiné:

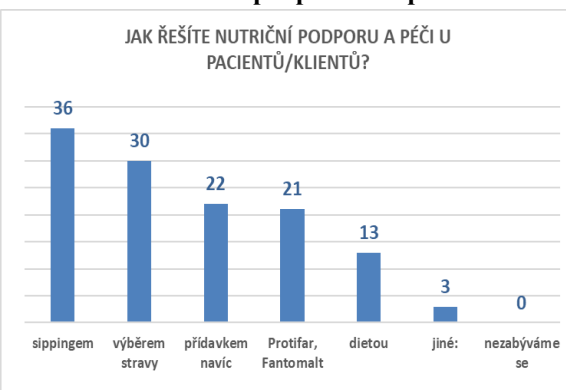
Skupina A „lůžkový hospic“

Z celkového počtu 12 respondentů v této skupině, všichni uvedli možnosti: individuálním výběrem stravy; možností přidavku navíc (jogurt, sýr, šunka, přesnídávka apod.); podáváním sippingu (např. Nutridrink, Fresubin, Cubitan). Možnost dietu, označilo 7 zařízení a přidávání Protifar, Fantomaltu apod., 4 respondenti. Žádný lůžkový hospic neoznačil možnost, že se nutriční podporou nezabývá. Pole jiné, ve skupině A nevyplnil žádný respondent (viz graf č. 17).

Graf č. 17 – Nutriční podpora. Skupina A



Graf č. 18 – Nutriční podpora. Skupina B



Skupina B „mobilní hospic (domácí hospicová péče)“

Z celkového počtu 37 v této skupině zařízení uvedla na prvním místě možnost podávání sippingu, a to 36 dotázaných. Možnost individuálního výběru stravy označilo 30 zařízení. Na třetím místě uváděli možnost přidavku navíc (jogurt, sýr, šunka, přesnídávka apod.), a to 22 respondentů. Přidávání Protifaru, Fantomaltu apod. uvedlo 21 a možnost dietu, označilo 13 dotázaných z této skupiny. Pole jiné vyplnila 3 zařízení. Žádný mobilní hospic neoznačil možnost, že se nutriční podporou nezabývá (viz. graf č. 18). V poli jiné mobilní hospice uváděly: „Snažíme se podat pacientům cokoli na co mají chuť, aby jim rodina dopřála bez ohledu na dietu.“ „Kombinace dle prognózy, možnosti per os enterálního příjmu.“ „Konzultacemi s lékaři nutriční poradny.“

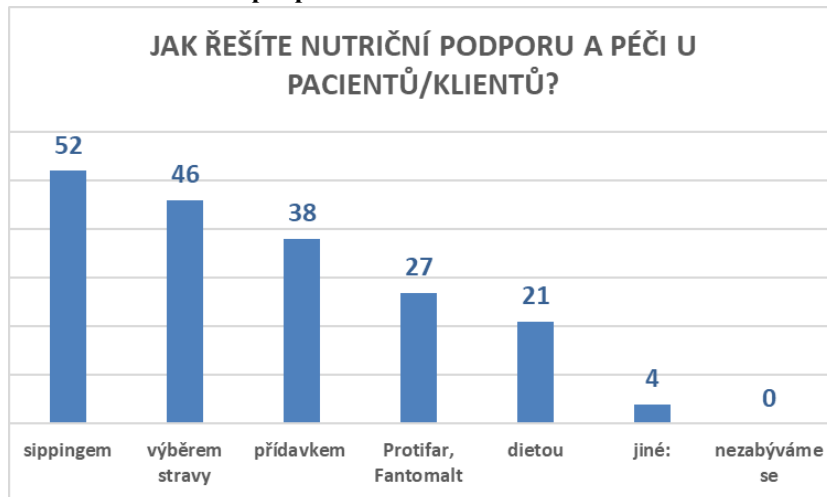
Skupina C „zařízení s lůžky hospicového typu“

V této skupině všichni poskytovatelé (4) uvedli možnosti: individuálním výběrem stravy; možností přidavku navíc (jogurt, sýr, šunka, přesnídávka apod.); podáváním sippingu (např. Nutridrink, Fresubin, Cubitan). Možnost přidávání Protifaru, Fantomaltu apod. označila 2 zařízení a dietu uvedl 1 respondent. Pole jiné ve skupině C vyplnil 1 respondent, který uvedl: „Rodiče s dětmi k nám přijíždějí většinou už s nastavenou dietou, takže spíše doplňujeme a rozšiřujeme nastavený jídelníček (např. hodnotnějšími alternativami).“ Žádné zařízení s lůžky hospicového typu neoznačilo možnost, že se nutriční podporou nezabývá.

Celkem

Z celkového počtu 53 zařízení poskytující paliativní péči zařízení uvedla na prvním místě možnost podávání sippingu, a to 52 dotázaných. Možnost individuálního výběru stravy označilo 46 zařízení. Na třetím místě uváděla možnost přidavku navíc (jogurt, sýr, šunka, přesnídávka apod.), a to 38 respondentů. Přidávání Protifaru, Fantomaltu apod. uvedlo 27 a možnost dietu označilo 21 dotázaných. Pole jiné vyplnila celkem 4 zařízení a žádný poskytovatel paliativní péče neoznačil možnost, že se nutriční podporou nezabývá (viz. graf č. 19).

Graf č. 19 – Nutriční podpora. Celkem



Jak nutričně řešíte případné problémy polykání, dysfagii u pacienta/klienta? Možno více odpovědí. * (otázka číslo 8)

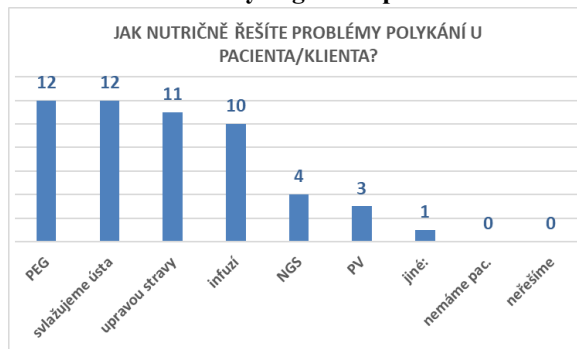
Dílčím úkolem bylo zjistit, jak je zajišťována nutriční péče o pacienty/klienty. Tato otázka měla přímý vztah (spolu s otázkami 7, 9, 10 a 11) k výživě a nutriční péči o pacienty/klienty v paliativní péči. Otázka č. 8 byla konkrétně zaměřena na případné problémy polykání, dysfagii u pacienta/klienta. Bylo možné zaznačit více odpovědí.

Možnosti odpovědí: infuzí fyziologického roztoku, glukózy; výběrem vhodné stravy, příp. mechanicky upravenou stravou; sondou NGS; pokud má zaveden PEG, podáváme enterální výživu do PEGu; parenterální výživou; svlažujeme ústa, vytíráme dutinu ústní; nemáme pacienty/klienty s problémy s polykáním; příliš to neřešíme; jiné:

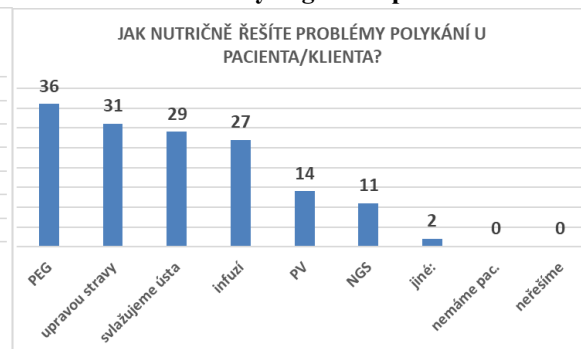
Skupina A „lůžkový hospic“

Z celkového počtu 12 v této skupině všechna zařízení uvedla možnosti: pokud má zaveden PEG, podáváme enterální výživu do PEGu a svlažujeme ústa, vytíráme dutinu ústní. Možnost, že problémy s polykáním řeší výběrem vhodné stravy, příp. mechanicky upravenou stravou, byla v počtu odpovědí na druhém místě a označilo ji 11 zařízení. Na třetím místě uvádělo možnost infuzí fyziologického roztoku, glukózy, a to 10 respondentů. Sondy NGS uvedli 4 a parenterální výživu označili 3 dotázaní z této skupiny. Pole jiné vyplnilo 1 zařízení, které uvedlo: „*Tam, kde to jde, používáme zahušťovadlo.*“ Žádný lůžkový hospic neoznačil možnost, že nemají pacienty/klienty s problémy s polykáním ani možnost, že to příliš neřeší. (viz. graf č. 20).

Graf č. 20 – Řešení dysfagie. Skupina A



Graf č. 21 – Řešení dysfagie. Skupina B



Skupina B „mobilní hospic (domácí hospicová péče)“

Z celkového počtu 37 mobilních hospiců byla na prvním místě odpověď, že pokud má pacient zaveden PEG, podávají enterální výživu do PEGu. Tuto možnost označilo 36 respondentů. Na druhém místě 31 zařízení řeší problémy s polykáním výběrem vhodné stravy, příp. mechanicky upravenou stravou. Na třetím místě 29 dotázaných uvádělo možnost: svlažujeme ústa, vytíráme dutinu ústní. Infuzi fyziologického roztoku, glukózy označilo 27 respondentů. Parenterální výživu uvedlo 14 a sondu NGS označilo 11 dotázaných z této skupiny. Pole jiné vyplnila 2 zařízení, která uvedla: „*Odvíjí se od očekávané prognózy.*“ „*Zahuštění tekutin (nutilis).*“ Žádný mobilní hospic neoznačil

možnost, že nemají pacienti/klienty s problémy s polykáním ani možnost, že to příliš neřeší (viz. graf č. 21).

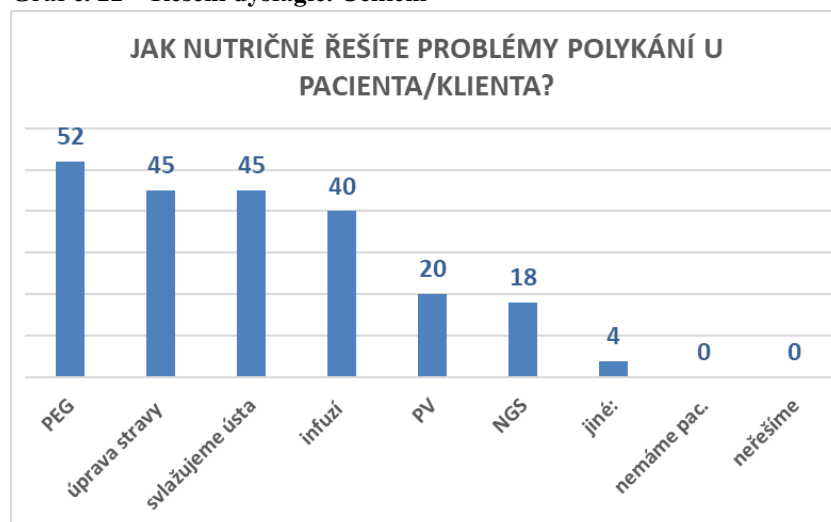
Skupina C „zařízení s lůžky hospicového typu“

Všechna 4 zařízení v této skupině uvedla možnosti: pokud má zaveden PEG, podáváme enterální výživu do PEGu a svlažujeme ústa, vytíráme dutinu ústní. Na druhém místě v počtu odpovědí 3 zařízení uvedla možnosti: infuzí fyziologického roztoku, glukózy; výběrem vhodné stravy příp. mechanicky upravenou stravou; sondou NGS a parenterální výživou. Pole jiné vyplnilo 1 zařízení, které uvedlo: „Vždy individuálně.“ Žádné zařízení s lůžky hospicového typu neoznačilo možnost, že nemají pacienti/klienty s problémy s polykáním ani možnost, že to příliš neřeší.

Celkem

Z celkového počtu 53 poskytovatelů paliativní péče byla na prvním místě odpověď, že pokud má pacient zaveden PEG, podávají enterální výživu do PEGu. Tuto možnost označilo 52 respondentů. Na druhém místě 45 zařízení uvedlo, že problémy s polykáním řeší u pacientů/klientů výběrem vhodné stravy, příp. mechanicky upravenou stravou a svlažováním úst, vytíráním dutiny ústní. Na třetím místě 40 dotázaných uvádělo možnost: infuzi fyziologického roztoku, glukózy. Parenterální výživu uvedlo 20 a sondu NGS označilo 18 dotázaných. Pole jiné vyplnila 4 zařízení. Žádné zařízení poskytující paliativní péči neoznačilo možnost, že nemají pacienti/klienty s problémy s polykáním ani možnost, že to příliš neřeší (viz. graf č. 22).

Graf č. 22 – Řešení dysfagie. Celkem



Jak řešíte hydrataci pacienta/klienta? Možno více odpovědí. * (otázka číslo 9)

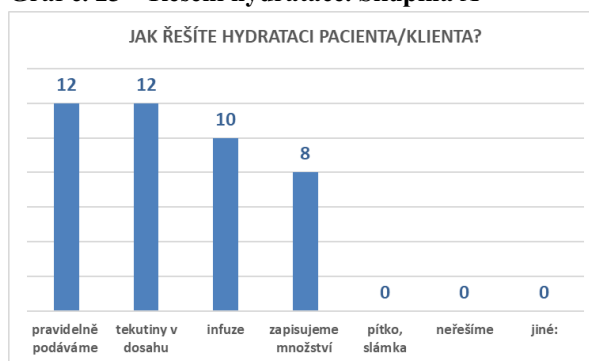
Dílčím úkolem bylo, jak již bylo zmíněno, zjistit, jak je zajišťována nutriční péče o pacienti/klienty. Tato otázka měla přímý vztah (spolu s otázkami 7, 8, 10 a 11) k výživě a nutriční péči o pacienti/klienty v paliativní péči. Otázka č. 9 byla konkrétně zaměřena na hydrataci pacienta/klienta. Bylo možné zaznačit více odpovědí.

Možnosti odpovědí: pravidelně nabízíme a podáváme tekutiny; pokud je schopen se napít sám, má je vždy v dosahu; při potížích používáme pítko, slámku; zapisujeme množství přijatých tekutin, příp. stanovujeme bilanci tekutin; v případě dehydratace využíváme infuzí; příliš hydrataci neřešíme; jiné:

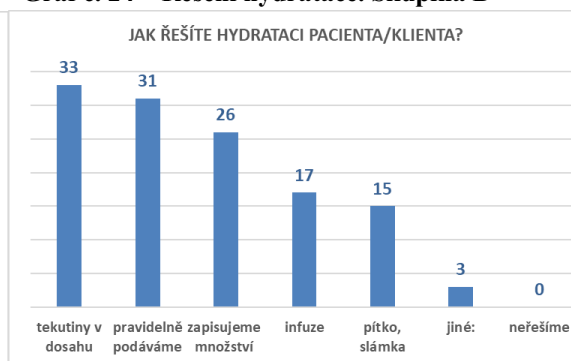
Skupina A „lůžkový hospic“

Všechna zařízení (12) uvedla možnosti: pravidelně nabízíme a podáváme tekutiny; pokud je schopen se napít sám, má je vždy v dosahu. Možnost, že v případě dehydratace využívají infuzí, byla v počtu odpovědí na druhém místě a označilo ji 10 zařízení. Na třetím místě uvádělo možnost, že zapisuje množství přijatých tekutin, příp. stanovuje bilanci tekutin 8 respondentů. Žádný dotazovaný z této skupiny neoznačil, že při potížích u pacientů/klientů používá pítko, slámku ani, že hydrataci příliš neřeší. Pole jiné nevyplnil žádný respondent (viz. graf č. 23).

Graf č. 23 – Řešení hydratace. Skupina A



Graf č. 24 – Řešení hydratace. Skupina B



Skupina B „mobilní hospic (domácí hospicová péče)“

Na prvním místě z počtu odpovědí respondenti skupiny B uvedli (33), že pokud je pacient schopen se napít sám, má tekutiny vždy v dosahu. Možnost pravidelného nabízení a podávání tekutin označilo 31 dotázaných. Na třetím místě 26 respondentů uvádělo možnost, že zapisuje množství přijatých tekutin, příp. stanovuje bilanci tekutin. „V případě dehydratace využíváme infuzí“ označilo 17 zařízení. Při potížích používá pítko, slámku 15 poskytovatelů. Pole jiné vyplnila 3 zařízení této skupiny. Žádný mobilní hospic neuvedl, že hydrataci příliš neřeší (viz. graf č. 24). V poli jiné mobilní hospice uváděly: „Infuze podáváme u umírajícího výjimečně, při delší prognóze podáváme.“ „V některých případech podáváme hypodermoklýzu.“ „Doma to řešíme velmi individuálně, infuze někdy dáváme.“

Skupina C „zařízení s lůžky hospicového typu“

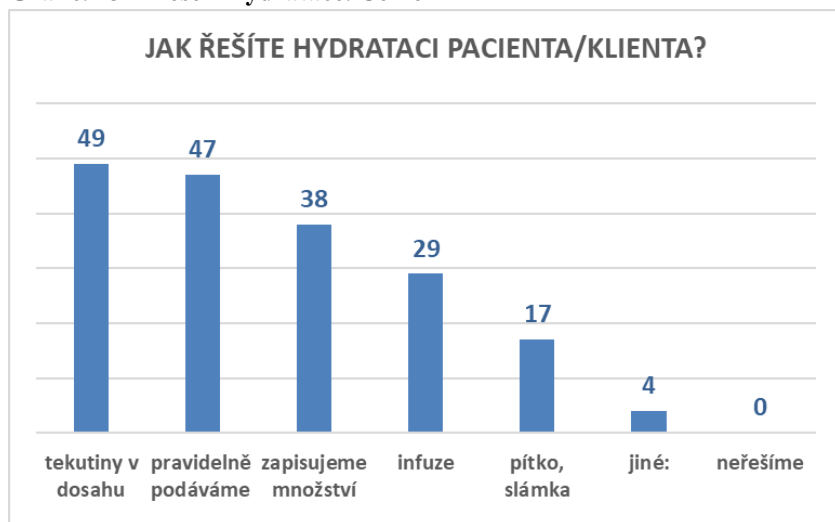
Všechna zařízení z této skupiny (4) uvedla tři možnosti: pravidelně nabízíme a podáváme tekutiny; pokud je schopen se napít sám, má je vždy v dosahu a zapisujeme množství přijatých tekutin příp. stanovujeme bilanci tekutin. Možnost, že při potížích u pacientů/klientů používá pítko, slámku uvedla 2 zařízení. V případě dehydratace využívají infuzí rovněž 2 poskytovatelé. Žádné zařízení s lůžky hospicového typu

neoznačilo, že hydrataci příliš neřeší. Pole jiné ve skupině C vyplnil 1 respondent, který uvedl spíše upřesnění: „*Bilanci zapisujeme v případě, že o to žádá ošetřující lékař.*“

Celkem

Na prvním místě z počtu odpovědí poskytovatelé paliativní péče uvedli (49), že pokud je pacient schopen se napít sám, má tekutiny vždy v dosahu. Možnost pravidelného nabízení a podávání tekutin označilo 47 dotázaných. Na třetím místě uvádělo možnost, že zapisuje množství přijatých tekutin, příp. stanovuje bilanci tekutin 38 respondentů. Odpověď „v případě dehydratace využíváme infuzí“ označilo celkem 29 zařízení a „při potížích používáme pítka, slámku“ 17 respondentů. Pole jiné vyplnila celkem 4 zařízení. Žádný poskytovatel paliativní péče neuvedl, že hydrataci u pacientů/klientů příliš neřeší (viz. graf č. 25).

Graf č. 25 – Řešení hydratace. Celkem



Které z uvedených nutričních intervencí jste schopni zajistit? Možno více odpovědí. * (otázka číslo 10)

Tato otázka měla přímý vztah (spolu s otázkami 7, 8, 9 a 11) k výživě a nutriční péči o pacienty/klienty v paliativní péči. Otázka č. 10 byla konkrétně zaměřena na to, jaké nutriční intervence jsou zařízení poskytující paliativní péči pro své pacienty/klienty schopna zajistit. Bylo možné zaznačit více odpovědí.

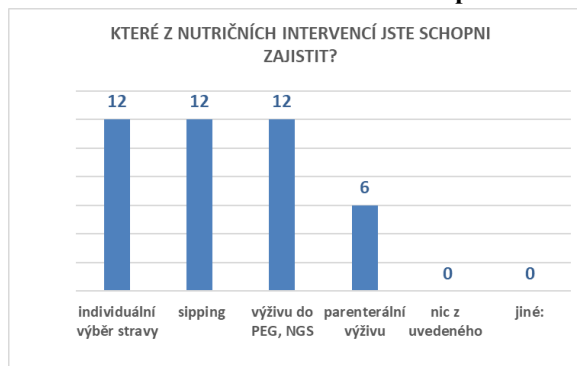
Možnosti odpovědí: stravu dle přání a potřeb pacienta/klienta (individuální výběr stravy); nutriční podporu ve formě sippingu (např. nutridrinky); podávání výživy do PEGu, NGS, příp. PEJu; podávání parenterální výživy; nemáme možnost nic z výše uvedeného zajistit; jiné:

Skupina A „lůžkový hospic“

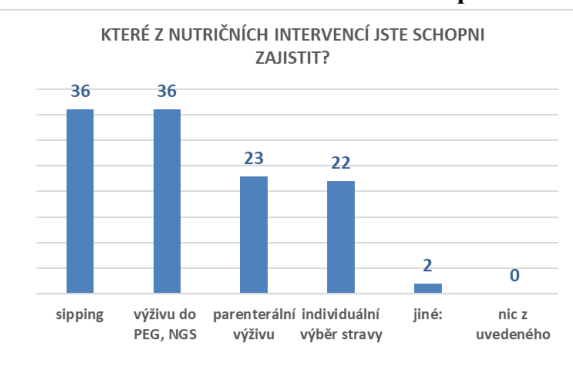
Z celkového počtu 12 respondentů v této skupině všichni uvedli možnosti: stravu dle přání a potřeb pacienta/klienta (individuální výběr stravy); nutriční podporu ve formě sippingu (např. nutridrinky) a podávání výživy do PEGu, NGS, příp. PEJu.

Možnost podávání parenterální výživy označilo 6 zařízení. Žádný lůžkový hospic neoznačil, že nemá možnost nic z výše uvedeného zajistit. Pole jiné ve skupině A nevyplnil žádný respondent (viz graf č. 26).

Graf č. 26 – Nutričních intervence. Skupina A.



Graf č. 27 – Nutričních intervence. Skupina B



Skupina B „mobilní hospic (domácí hospicová péče)“

Z celkového počtu 37 mobilních hospiců 36 uvedlo, že jsou schopni zajistit ohledně výživy nutriční podporu ve formě sippingu a podávání výživy do PEGu, NGS, příp. PEJu. 23 respondentů označilo podávání parenterální výživy. Možnost zajištění stravy dle přání a potřeb pacienta/klienta (individuální výběr stravy) uvedla 2 zařízení. Pole jiné vyplnily 2 mobilní hospice, které uvedly: „Doma jde vše, záleží, co je indikováno, anebo jaké je přání nemocného.“ „Spoluprací s lékaři nutriční ambulance.“ Žádný mobilní hospic neoznačil, že nemá možnost nic z výše uvedeného zajistit (viz graf č. 27).

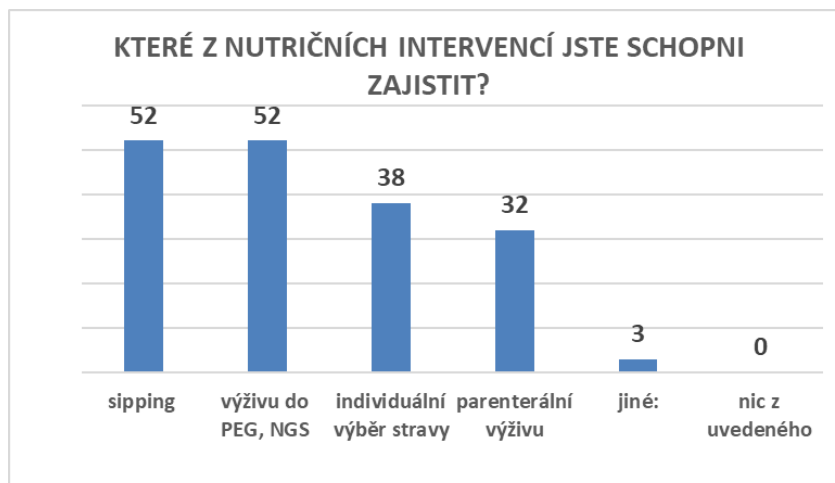
Skupina C „zařízení s lůžky hospicového typu“

Všechna zařízení (4) uvedla tři možnosti: stravu dle přání a potřeb pacienta/klienta (individuální výběr stravy); nutriční podporu ve formě sippingu; podávání výživy do PEGu, NGS, příp. PEJu. Možnost podávání parenterální výživy uvedla 2 zařízení. Pole jiné ve skupině C vyplnil 1 respondent, který uvedl: „Vše individuálně, po poradě s rodiči, případně s dalšími externími odborníky.“ Žádné zařízení s lůžky hospicového typu neoznačilo, že nemá možnost nic z výše uvedeného zajistit.

Celkem

Z celkového počtu 53 poskytovatelů paliativní péče označilo 52 respondentů, že jsou schopni zajistit nutriční podporu ve formě sippingu a podávání výživy do PEGu, NGS, příp. PEJu. 38 zařízení uvedlo možnost stravy dle přání a potřeb pacienta/klienta (individuální výběr stravy). Podávání parenterální výživy označilo 32 dotázaných. Pole jiné vyplnila 3 zařízení. Žádné zařízení poskytující paliativní péči neodpovědělo, že nemá možnost nic z výše uvedeného zajistit (viz. graf č. 28).

Graf č. 28 – Nutričních intervencí. Celkem



Pokud zajišťujete výživu do PEGu nebo sondy NGS, jakou výživu používáte? (otázka číslo 11)

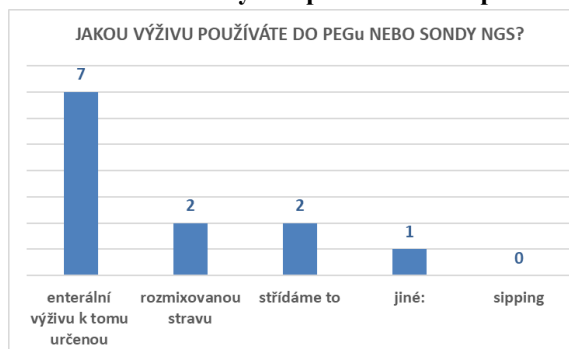
Dílním úkolem bylo zjistit, jak je zajišťována nutriční péče o pacienty/klienty, v tomto případně konkrétně, jaká výživa je aplikovaná do NGS, PEGu, pokud tuto výživu zařízení zajišťuje. Je-li poskytována enterální výživa do NGS, PEGu, příp. PEJu pacientům/klientům, je nutné k tomu přistupovat vždy individuálně a s ohledem na bezpečnost a rizika. Nedoporučuje se podávat mixovanou stravu (nebezpečí kontaminace, riziko ucpání sondy, není plnohodnotná). Otázka měla nepřímý vztah k otázce č. 4 (využívání služeb NT).

Možnosti odpovědí: enterální výživu k tomu určenou (např. Nutrison, Diason); sipping; připravenou rozmixovanou stravu; střídáme to; jiné:

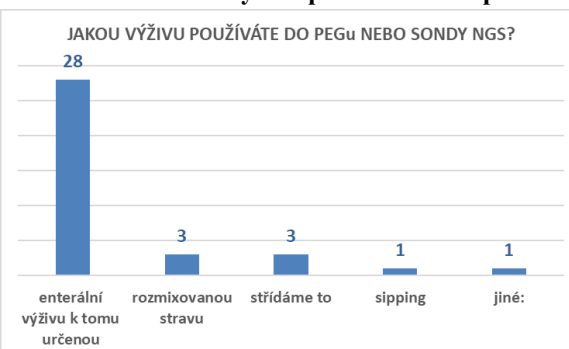
Skupina A „lůžkový hospic“

Na prvním místě zařízení uvedla odpověď „enterální výživu k tomu určenou“, a to 7 dotázaných. Připravenou rozmixovanou stravu do PEGu nebo sondy NGS podávají 2 lůžkové hospice. Možnost střídání enterální výživy a mixované stravy označila rovněž 2 zařízení. Pole jiné vyplnil 1 lůžkový hospic, který uvedl: „Tuto výživu podáváme, pouze pokud s ní už pacient k nám přijde.“ Podávání sippingu do PEGu nebo sondy NGS neoznačil žádný respondent ze skupiny A (viz. graf č. 29).

Graf č. 29 – Jakou výživu používáte? Skupina A



Graf č. 30 – Jakou výživu používáte? Skupina B



Skupina B „mobilní hospic (domácí hospicová péče)“

Z celkového počtu 37 mobilních hospiců na prvním místě zařízení uvedla možnost enterální výživy k tomu určenou, a to 28 dotázaných. Připravenou rozmixovanou stravu do PEGu nebo sondy NGS podávají 3 mobilní hospice. Možnost střídání enterální výživy a mixované stravy označila rovněž 3 zařízení. Podávání sippingu do PEGu nebo sondy NGS uvedl 1 respondent (viz. graf č. 30). Pole jiné vyplnil 1 mobilní hospic, který uvedl: „Doma buď výživu tovární – Nutrison nebo mixovanou anebo rodina zkouší i per os.“ Tuto otázku nezodpovědělo 1 zařízení ze skupiny B. Tento respondent rovněž neoznačil možnost podávání výživy do PEGu, NGS v otázce č. 10 (zajištění nutričních intervencí).

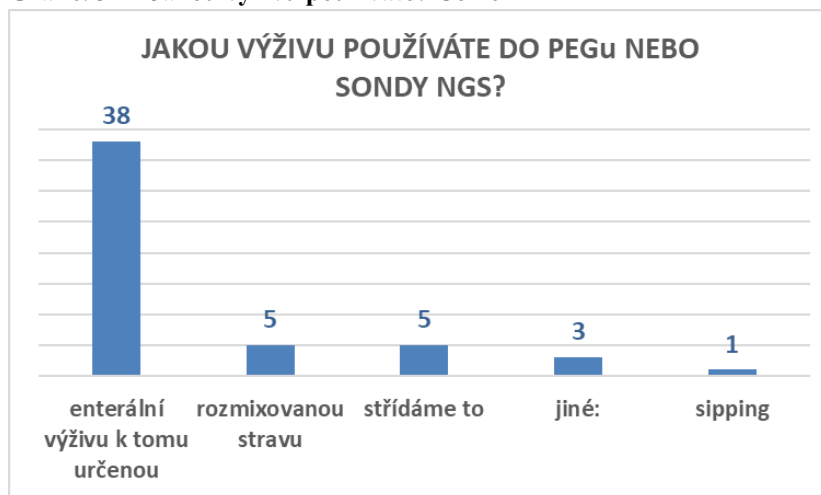
Skupina C „zařízení s lůžky hospicového typu“

Na prvním místě zařízení uvedla, že používá enterální výživu k tomu určenou, a to 3 respondenti. Pole jiné vyplnilo 1 zařízení z této skupiny, které uvedlo: „Vždy po konzultaci s rodinou, nejčastěji rozmixovanou stravu, ale někdy se střídá s EV.“ Podávání sippingu do PEGu nebo sondy NGS, rozmixovanou stravu a možnost střídáme to neoznačil ale výhradně žádný respondent ze skupiny C. Podle odpovědi v poli jiné, 1 zařízení používá rozmixovanou stravu, kterou někdy střídá s enterální výživou k tomuto účelu určenou.

Celkem

Z celkového počtu 53 poskytovatelů paliativní péče na prvním místě uvedli možnost enterální výživy k tomu určenou, a to 38 dotázaných. Připravenou rozmixovanou stravu do PEGu nebo sondy NGS podává 5 zařízení. Možnost střídání enterální výživy a mixované stravy označilo rovněž 5 respondentů. Podávání sippingu do PEGu nebo sondy NGS uvedlo 1 zařízení (viz. graf č. 31). Pole jiné vyplnili 3 poskytovatelé.

Graf č. 31 – Jakou výživu používáte? Celkem



Máte zpracovanou metodiku zajištění výživy a nutriční péče o pacienty/klienty – např. ve formě standardu, manuálu, pracovního postupu? * (otázka číslo 12)

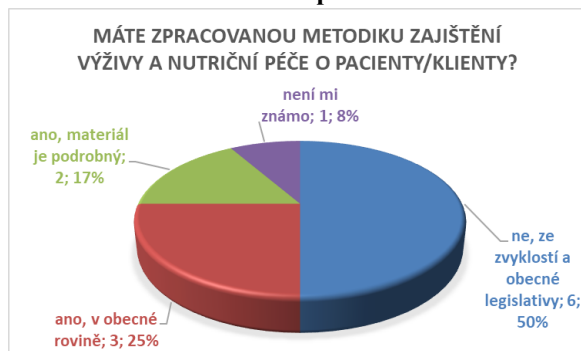
Dílčím úkolem diplomové práce bylo zjistit, jestli zařízení mají a do jaké míry zpracovanou metodiku zajištění výživy a nutriční péče o pacienty/klienty. Tato otázka byla organizačního a zajišťovacího charakteru a měla nepřímý vztah k otázce č. 4 (využívání služeb NT). Zařízení poskytující paliativní péči by měla mít zpracovanou odbornou a kvalitní metodiku zajištění výživy a nutriční péče o pacienty/klienty. Tuto metodiku má v kompetenci zpracovat nutriční terapeut/specialista pod dohledem garanta.

Možnosti odpovědí: ano, materiál je podrobný a jednoznačně určující kompetence jednotlivých odborností; ano, v obecné rovině, stručně popisuje činnosti bez uvedení kompetencí; ne, vychází se z místních zvyklostí a obecné legislativy; není mi známo; jiné:

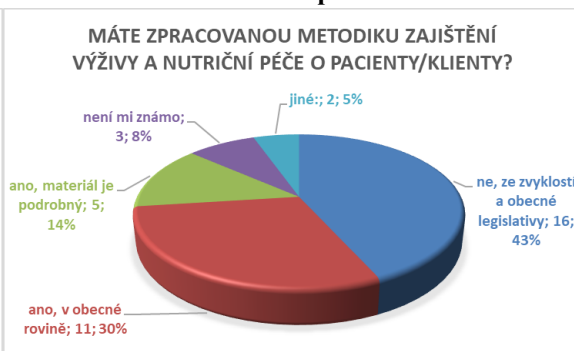
Skupina A „lůžkový hospic“

Z celkového počtu 12 lůžkových hospiců 6 zařízení (50 %) v této skupině uvedlo, že nemají zpracovanou metodiku zajištění výživy a nutriční péče, ale vychází z místních zvyklostí a obecné legislativy. 3 poskytovatelé (25 %) mají metodiku zpracovanou v obecné rovině, kde stručně popisují činnosti bez uvedení kompetencí. Podrobný materiál jednoznačně určující kompetence jednotlivých odborností mají zpracovány 2 lůžkové hospice (17 %). Možnost není mi známo označilo 1 zařízení (8 %). Pole jiné ve skupině A nevyplnil žádný respondent (viz graf č. 32).

Graf č. 32 – Metodika. Skupina A



Graf č. 33 – Metodika. Skupina B



Skupina B „mobilní hospic (domácí hospicová péče)“

Z 37 respondentů této skupiny 16 mobilních hospiců (43 %) uvedlo, že nemají zpracovanou metodiku zajištění výživy a nutriční péče, ale vychází z místních zvyklostí a obecné legislativy. 11 poskytovatelů (30 %) má metodiku zpracovanou v obecné rovině, kde stručně popisují činnosti bez uvedení kompetencí. Podrobný materiál jednoznačně určující kompetence jednotlivých odborností má zpracováno 5 mobilních hospiců (14 %). Možnost není mi známo označili 3 respondenti (8 %). Pole jiné vyplnila 2 zařízení (5 %) z této skupiny (viz graf č. 33), která uvedla: „Pracujeme na standardech.“ „Připravujeme.“

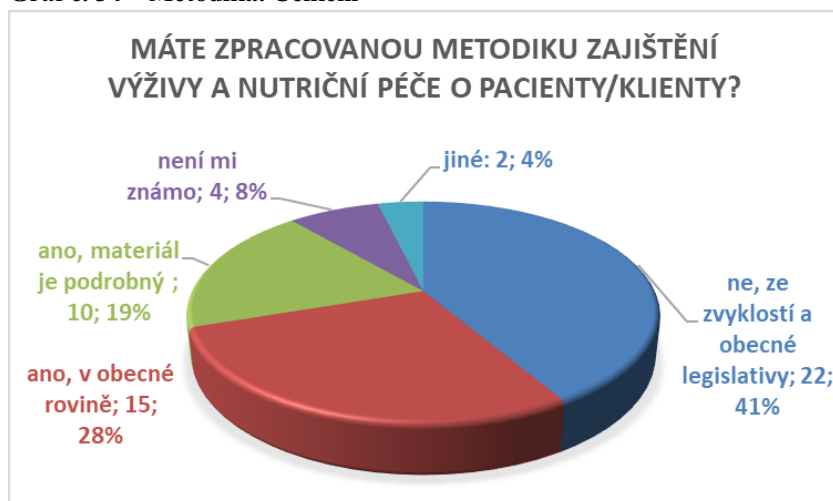
Skupina C „zařízení s lůžky hospicového typu“

Podrobný materiál jednoznačně určující kompetence jednotlivých odborností mají zpracovaný 3 zařízení s lůžky hospicového typu (75 %). 1 poskytovatel (25 %) má metodiku zpracovanou v obecné rovině, kde stručně popisuje činnosti bez uvedení kompetencí. Možnosti: ne, vychází se z místních zvyklostí a obecné legislativy; není mi známo a pole jiné neuvedl žádný respondent ze skupiny C.

Celkem

Z 53 poskytovatelů paliativní péče 22 zařízení (41 %) nemá zpracovanou metodiku zajištění výživy a nutriční péče o své pacienty/klienty, ale vychází z místních zvyklostí a obecné legislativy. 15 poskytovatelů (28 %) má metodiku zpracovanou v obecné rovině, kde stručně popisuje činnosti bez uvedení kompetencí. Podrobný materiál, jednoznačně určující kompetence jednotlivých odborností má zpracováno 10 poskytovatelů (19 %). Možnost není mi známo, označili 4 respondenti (8 %). Pole jiné vyplnila 2 zařízení (4 %), (viz graf č. 34).

Graf č. 34 – Metodika. Celkem



Otázka metodiky zajištění výživy a nutriční péče porovnání skupin:

Ze zajímavosti jsou zde porovnány jednotlivé skupiny (viz tabulka č. 6). Podrobný materiál jednoznačně určující kompetence jednotlivých odborností mají nejvíce zpracována zařízení s lůžky hospicového typu, a to 75 %. U lůžkových hospiců tuto možnost uvedlo pouze 17 % a u mobilních hospiců jen 14 % respondentů dané skupiny. Materiál v obecné rovině se stručným popisem činností bez uvedení kompetencí má 25 % respondentů skupiny A, stejně jako 25 % skupiny C. U skupiny B je to 30 % dotázaných. Metodiku zajištění výživy a nutriční péče nemá zpracovanou 50 % zařízení skupiny A a 43 % zařízení skupiny B. Toto zjištění je alarmující. Lze předpokládat, že toto procento bude u obou zmíněných skupin vyšší, protože není možné, aby management těchto zařízení uvedl, že mu není známo (8 % v obou skupinách), jestli metodiku mají a v jaké rovině. Management by měl schvalovat, zakládat originály dokumentů a mít je u sebe pro případ kontroly. Lze proto předpokládat, že většina lůžkových a mobilních hospiců nemá

zpracovanou metodiku zajištění výživy a nutriční péče. Ve zpracování metodiky „šité na míru“ zařízení, by jim mohl být nápomocen nutriční terapeut/specialista, pokud by využívali jeho služeb (viz výsledky otázka č. 4).

Tabulka č. 6 – Porovnání otázky č. 12 – Metodika zajištění výživy a nutriční péče

Otázka č. 12 - Máte zpracovanou metodiku zajištění výživy a nutriční péče o pacienty?			
	Skupina A (lůžkový)	Skupina B (mobilní)	Skupina C (lůž. hosp. typu)
ano, podrobná a určující kompetence	17%	14%	75%
ano, v obecné rovině, bez kompetencí	25%	30%	25%
ne, místní zvyklosti a obecná legislativa	50%	43%	0%
není mi známo	8%	8%	0%
jiné:	0%	5%	0%

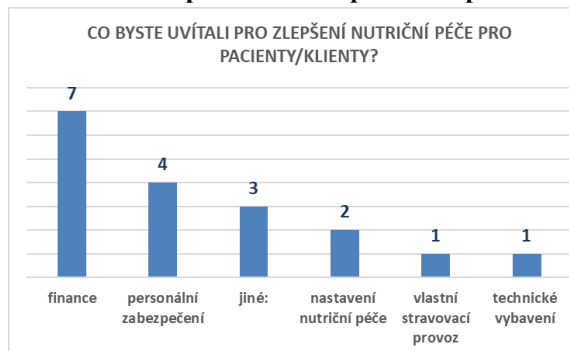
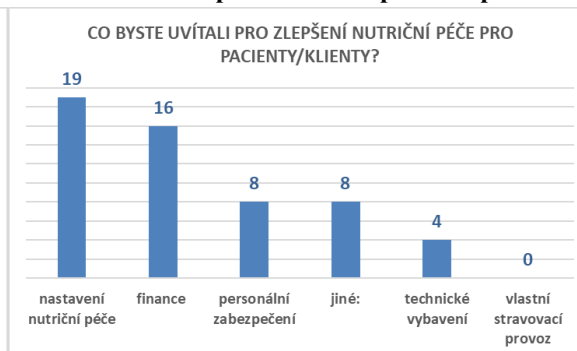
Co byste uvítali pro zlepšení nutriční péče pro pacienty/klienty? Možno více odpovědí. * (otázka číslo 13)

Dílčím úkolem diplomové práce bylo stanovit, co by zařízení poskytující paliativní péči uvítala pro zlepšení nutriční péče. Tato otázka byla organizačního a zajišťovacího charakteru a měla nepřímý vztah k otázce č. 4 (využívání služeb NT). Pokud zařízení označí možnost odpovědi: „*nastavení nutriční péče pro pacienty/klienty odborníkem šité na míru a vaše možnosti*“, nepřímou jim toto nastavení chybí. Nutriční terapeut/specialista je kompetentní jim pomoci. Bylo možné zaznačit více odpovědí.

Možnosti odpovědí: vlastní stravovací provoz; více finančních prostředků pro tyto účely; lepší personální zabezpečení; nastavení nutriční péče pro pacienty/klienty odborníkem "šité na míru a vaše možnosti"; lepší technické vybavení – inventář, pomůcky aj.; jiné:

Skupina A „lůžkový hospic“

Z počtu 12 v této skupině zařízení uvedla na prvním místě, že by uvítala více finančních prostředků pro tyto účely. Na druhém místě 4 respondenti uvedli lepší personální zabezpečení. Pole jiné vyplnili 3 dotázaní, kteří uvedli: „*Myslím, že nám v této oblasti nic neschází, máme dobře spolupracující dealery firem zabezpečujících výživu a pomůcky.*“ „*Myslíme si, že nutriční péči máme na dostatečné úrovni.*“ „*Máme vše pro nutriční péči.*“ 2 lůžkové hospice by uvítaly nastavení nutriční péče odborníkem šité na míru a jejich možnosti. Možnosti vlastní stravovací provoz a lepší technické vybavení – inventář, pomůcky aj. označil vždy 1 respondent (viz. graf č. 35).

Graf č. 35 – Zlepšení nutriční péče? Skupina A**Graf č. 36 – Zlepšení nutriční péče? Skupina B****Skupina B „mobilní hospic (domácí hospicová péče)“**

Z 37 respondentů v této skupině 19 mobilních hospiců uvedlo na prvním místě, že by uvítalo nastavení nutriční péče odborníkem šité na míru a jejich možnosti. Na druhém místě 16 respondentů uvedlo více finančních prostředků pro tyto účely. Možnost lepší personální zabezpečení uvedlo 8 poskytovatelů. Pole jiné vyplnilo rovněž 8 dotázaných, kteří uvedli: „Lepší úhrady pojišťoven – klienti často kupují sipping sami.“ „Pro terén nutričního lékaře na každou onkologii, někde i nemožnost preskripce sippingu.“ „Zrušit preskripční omezení sippingu, tj. nečekat, až pacient zhubne a ztratí sílu.“ „V domácí péči je rodina velmi kreativní a zajistí pacientovi, co si vymyslí, myslím že více nepotřebujeme.“ „Individuální přístup, komunikace.“ „Máme vše zajištěno.“ „To je v režii rodiny.“ Možnost lepší technické vybavení – inventář, pomůcky aj., označili 4 respondenti (viz. graf č. 36).

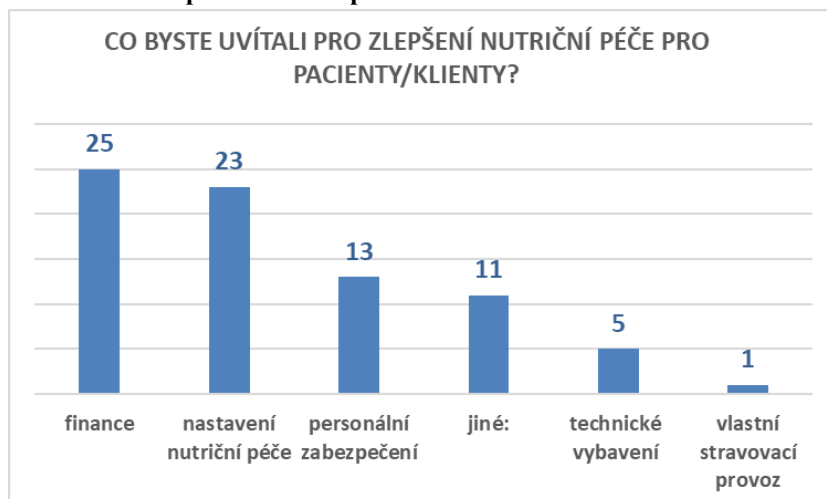
Skupina C „zařízení s lůžky hospicového typu“

Ze 4 zařízení s lůžky hospicového typu 2 uvedla, že by uvítala více finančních prostředků pro tyto účely a rovněž 2 by si přála nastavení nutriční péče odborníkem šité na míru a jejich možnosti. Lepší personální zabezpečení označil 1 respondent. Vlastní stravovací provoz; lepší technické vybavení a pole jiné nevyplnil žádný respondent skupiny C.

Celkem

Z 53 poskytovatelů paliativní péče na prvním místě 25 uvedlo, že by uvítalo více finančních prostředků pro tyto účely. Na druhém místě 23 zařízení by si přálo nastavení nutriční péče odborníkem šité na míru a jejich možnosti. Lepší personální zabezpečení uvedlo 13 poskytovatelů. Pole jiné vyplnilo 11 dotázaných. Lepší technické vybavení by uvítalo 5 respondentů a vlastní stravovací provoz by si přál 1 poskytovatel paliativní péče (lůžkový hospic) (viz. graf č. 37).

Graf č. 37 – Zlepšení nutriční péče? Celkem



Druhá část dotazníku – poznámky, návrhy či připomínky

V druhé části dotazníku poskytovatelé paliativní péče mohli uvést názory a připomínky k výživě v paliativní péči, byl jim ponechán prostor, aby se volně vyjádřili. Prostor byl ponechán z důvodu případných poznatků z praxe, které otázky v dotazníku neřešily. Druhou část vyplnilo velmi malé množství dotázaných. Lze předpokládat, že to bylo způsobeno také situací kolem koronaviru COVID-19, kterou poskytovatelé nejenom paliativní péče museli řešit. Tím pádem měly managementy zařízení méně času a zcela jiné myšlenky.

Druhou část dotazníku vyplnilo celkem 7 poskytovatelů (2 lůžkové hospice, 3 mobilní hospice a 2 zařízení s lůžky hospicového typu). Lůžkové hospice a zařízení s lůžky hospicového typu psaly přání úspěchu při diplomové práci, které zde nejsou zmíněny a k výživě se nevyjadřovaly.

Mobilní hospice uvedly následující:

„V současné době naše lékařka paliativní medicíny si doplňuje vzdělání v nutriční výživě a patříčnou aprobaci. Velmi nám to pomůže při řešení stavu jednotlivých klientů.“

„Za mě velké rozdíly v republice jak v preskripci nutriční, tak k celkovému přístupu nutriční u paliativních pacientů.“

„Držím palce, výživa je důležitá, obzvláště, ale nejenom v časné paliativě.“

7 DISKUZE

Vzhledem k rostoucí délce dožití, stoupajícímu počtu seniorů v populaci v ČR a stejně tak navyšujícímu se počtu onkologických pacientů ve všech věkových skupinách je poskytování kvalitní a efektivní paliativní péče nejen otázkou současnosti, ale i budoucnosti. Je nutné si uvědomit, že se jedná o specifickou populaci nemocných a přístup k výživě i nutriční podpoře je v paliativní péči zcela odlišný než např. v nemocnicích akutní péče či v domovech pro seniory. Je nutné zdůraznit, že paliativní péče je poskytována pacientům/klientům všech věkových kategorií, mladším lidem stejně jako starším nebo dětem. Mnohdy panuje mylný názor, že paliativní péče se týká pouze starších osob, což není pravda a je chybou si toto myslet.

V paliativě je kladen důraz na eliminaci zdravotních obtíží a na preference i přání pacienta/klienta. Vždy je nutné individuálně zhodnotit přínos výživy a nutričních intervencí, jejich vliv na délku i kvalitu života, psychické aspekty nemocného aj. Požadavky na výživu a hydrataci u pacientů v závěru života jsou odlišné: pokud je pacientova prognóza v řádu měsíců, v řádu týdnů života a zcela jiného rozměru nabývá, když má nemocný jenom dny života před sebou. Je žádoucí, aby byla paliativní péče vč. výživy zajišťována v ČR dostupně a kvalitně v souladu s evropskými i světovými doporučeními, standardy i legislativou. ČR by v tomto směru neměla zaostávat za jinými evropskými zeměmi viz např. Atlas of Palliative Care in Europe 2013 (EAPC).

Hlavním cílem práce bylo uvést do problematiky výživy v paliativní péči, pomoci ke komplexnímu vnímání souvislostí i aplikaci paliativního přístupu v nutriční péči. Dalším cílem práce bylo monitorovat a zkoumat současný stav výživy v paliativní péči v zařízeních na území České republiky, poznat objektivní realitu a hodnotit ji jako celek, ze kterého je možné vyvodit závěry. Vzhledem k tomu, že výzkum tohoto zaměření a rozsahu nebyl ještě v České republice uskutečněn, neměla jsem se o co opřít, z čeho vycházet ani s čím porovnávat.

Díličím cílem bylo zjistit, jak je zajišťována strava a nutriční péče o pacienty/klienty. Jakým způsobem a do jaké míry je řešena nutriční podpora a péče. Byla stanovena hypotéza: „Většina lůžkových zařízení má vlastní stravovací provoz.“ Při výzkumném šetření 69 % lůžkových zařízení uvedlo, že mají vlastní stravovací provoz. Tímto byla výše uvedená hypotéza potvrzena. Toto procento je ale, dle mého názoru, velmi nízké. Pokud má být zdravotnické zařízení poskytující paliativní péči schopno zajišťovat adekvátní stravu vč. měnících se preferencí pacientů i s ohledem na nutriční hodnoty a bezpečnost HACCP, mělo by mít vlastní stravovací provoz a nutričního terapeuta/specialistu, který bude mimo jiné dohlížet a garantovat kvalitu stravy.

Na základě uskutečněného výzkumu lze říci, že existují určité rozdíly v zajišťování stravy a přístupu k nutriční podpoře u jednotlivých typů zařízení. 70 % mobilních hospiců

uvedlo, že stravu nezajišťuje a zároveň pouze 59 % uvedlo, že je schopno zajistit stravu dle přání a potřeb pacienta. Lůžkové hospice všechny uvedly, že zajišťují stravu pro nemocné a rovněž jsou schopny zajistit stravu dle přání a potřeb pacienta. Stejně tak zařízení poskytující lůžka hospicového typu. Z daného logicky vyplývá, že mobilní hospice možnost zajistit stravu dle přání a potřeb pacienta příliš nemají a jsou v tomto směru závislí na rodině či osobách pečujících o tyto pacienty/klienty.

Co se týká nutriční podpory lůžkové hospice a zařízení poskytující lůžka hospicového typu všechna uvedla, že nutriční podporu řeší individuálním výběrem stravy, možností přidavku navíc a podáváním sippingu. U mobilních hospiců bylo na prvním místě podávání sippingu. Modulární dietetika nejméně používají v lůžkových hospicích. Mobilní hospice je využívají naopak více než lůžkové hospice i než zařízení lůžkového typu. Obecně je hojně využíván sipping a enterální výživa do PEG. Sondu NGS využívají lůžkové i mobilní hospice méně než PEG. Parenterální výživa je používána nejvíce v zařízeních poskytujících lůžka hospicového typu. Lůžkové i mobilní hospice PV využívají méně. Obecně všechna zařízení poskytující paliativní péči uváděla, že využívají umělou nutriční výživu. Rovněž do pole jiné některá zařízení uvedla, že mají díky dobře spolupracujícím dealerům zabezpečenou výživu a pomůcky pro pacienty.

Z výše uvedeného se nabízí, že by mohla být přirozená strava na talíři nahrazována lahvičkou umělé výživy a nutriční specialista spolupracujícím dealerem nabízejícím umělou výživu. K tomu přispívá fakt, že nutričního terapeuta/specialistu lůžkové ani mobilní hospice téměř nevyužívají. Nutriční doplňky mají své opodstatnění, ale musí být na ně nahlíženo jako na možné doplňky ke stravě. Rovněž se nabízí otázka, zda je výživě v těchto zařízeních věnována adekvátní pozornost.

Dalším dílčím cílem bylo zjistit, jestli zařízení mají a do jaké míry zpracovanou metodiku zajištění výživy a nutriční péče o pacienty/klienty. Kde pouze 17 % lůžkových hospiců a 14 % mobilních hospiců uvedlo, že má zpracovaný podrobný materiál jednoznačně určující kompetence jednotlivých odborností. 50 % lůžkových a 43 % mobilních hospiců uvedlo, že vychází pouze z místních zvyklostí a obecné legislativy.

Dalším dílčím cílem bylo zjistit do jaké míry zařízení využívají služeb nutričního terapeuta a kdo komunikuje s pacienty/klienty ohledně stravy. Role nutričního terapeuta/specialisty je v paliativní péči důležitá, jak již bylo v teoretické části popsáno. Vystává otázka, jak vnímají tuto potřebu jednotlivá zařízení poskytující paliativní péči. Byla stanovena hypotéza: „Většina zařízení nevyužívá služeb nutričního terapeuta.“ Při výzkumném šetření 62 % respondentů uvedlo, že služeb nutričního terapeuta nevyužívá. Tímto byla výše uvedená hypotéza potvrzena.

NT pracujícího na plný úvazek neuvedl ani jeden lůžkový či mobilní hospic. NT pracujícího na částečný úvazek uvedlo pouze 8 % lůžkových a 3 % mobilních hospiců.

Nabízí se další otázka, kdo dohlíží a garantuje kvalitu stravy, když všechny lůžkové hospice zajišťují stravu pro pacienty/klienty a 58 % uvedlo, že má vlastní stravovací provoz. Stravovací provoz ve zdravotnickém zařízení by měl být pod dozorem nutričního terapeuta/specialisty. Co se týká komunikace ohledně stravy s pacientem tak zařízení poskytujících paliativní péči uvedla na 1. místě lékaře a na 2. místě zdravotní sestry. Lékaři a zdravotní sestry mají specifické náplně práce a vlastní kompetence. Není možné, pokud to nejsou specializovaní lékaři nutricionisti, aby obsáhli specifickou problematiku výživy a nutriční podpory. Stejně tak jako nutriční terapeut/specialista není kompetentní a nemůže obsáhnout náplň práce lékařů a zdravotních sester.

Dalším dílčím cílem práce bylo stanovit, co by zařízení poskytující paliativní péči vítala pro zlepšení nutriční péče. Zde by se mohly najít příčinné souvislosti. Lůžkové hospice na prvním místě uváděly více finančních prostředků pro tyto účely. Mobilní hospice uváděly na prvním místě nastavení nutriční péče odborníkem šité na míru a možnosti zařízení. Zařízení s lůžky hospicového typu (většinou lůžka při nemocnicích) uváděla na prvním místě více finančních prostředků pro tyto účely a nastavení nutriční péče odborníkem šité na míru a možnosti zařízení. Je zajímavé, že i v této skupině poskytovatelů, mají potřebu nastavit nutriční péči odborníkem. Po zhodnocení získaných výsledků z výzkumného šetření, lze říci, že zajištění výživy v paliativní péči má značné nedostatky, které je nutné řešit.

Návrhy a doporučení

V České republice neexistuje samostatný zákon o paliativní péči. Žádoucí by bylo efektivní legislativní „vnoření“ paliativní péče do stávající legislativy a adekvátní nastavení systémového řešení, vládní koncepce. Tato koncepce by měla být vytvořena ve spolupráci s odborníky erudovanými v dané problematice a měla by stanovit priority, dle kterých se bude paliativní péče v ČR utvářet. Dalším problémem je nedostatečné propojení zdravotních a sociálních služeb. Je nutné zajistit provázanost zdravotní a sociální legislativy a nastavit příznivý a stálý systém financování těchto služeb.

V paliativní péči se v praxi mnohdy naráží na nedostatečné pokrytí nákladů úhradami z veřejného zdravotního pojištění a další omezení poskytování paliativní péče ze strany pojišťoven (doba pobytu pacienta v zařízení, preskripce enterální výživy, úhrady a hodnoty bodů v úhradové vyhlášce aj.). Co se týká doby pobytu pacienta, např. v lůžkových hospicích je většinou limitovaná 3 měsíci (nepřímo toto omezení říká, máte čas pouze 3 měsíce a pak musíte umřít).

Do kompetence nutričního specialisty by bylo žádoucí zavést preskripci enterální výživy. Nevidím důvod, proč by nutriční specialista nemohl předepisovat enterální výživu. Dále by bylo, dle mého názoru, žádoucí zařazení nutričního terapeuta/specialisty do vyhlášky č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, jako jsou v ní zařazeny úvazky lékařů, zdravotních sester, sanitářů

nebo ošetřovatelů. V lůžkovém zařízení hospicové paliativní péče s kapacitou 30 lůžek minimálně na 0,5 úvazku. V rámci ostatních poskytovatelů paliativní péče (např. mobilní hospice) by měla být uvedena podmínka zajištění dostupnosti nutričního terapeuta/specialisty. Vyhláška říká, že je nutné, aby byla zajištěna kvalita, bezpečí a dostupnost zdravotní péče. Začleněním nutričního terapeuta/specialisty by byla zajišťována kvalitní a bezpečná výživa pacientů, která bezesporu do zdravotní péče patří. Nutriční terapeut/specialista, by následně mohl, kromě jiného, spolupracovat na zavedení a realizaci metodiky (standardu, manuálu, pracovního postupu) zajištění výživy a nutriční péče v rámci jednotlivých zařízení poskytujících paliativní péči.

8 ZÁVĚR

Práce je zaměřena na výživu v paliativní péči, která by měla představovat multidisciplinární, aktivní, kvalifikovaný, individualizovaný i lidský přístup, zaměřený na zvyšování kvality života pacientů a jejich rodin. Tato práce se zabývá důležitými symptomy, jevy a problémy, které mají vliv na výživu pacientů. Práce si klade za cíl uvést do problematiky výživy v paliativní péči, pomoci ke komplexnímu vnímání souvislostí i aplikaci paliativního přístupu v nutriční péči. Součástí práce je výzkum, který monitoruje současný stav výživy v paliativní péči v ČR.

Cílovou skupinou výzkumného šetření byla zařízení poskytující paliativní péči v České republice. Na základě uskutečněného výzkumu se potvrdila stanovená hypotéza, že většina lůžkových zařízení má vlastní stravovací provoz. Rovněž se potvrdila hypotéza, že většina zařízení nevyužívá služeb nutričního terapeuta. Lze říci, že existují určité rozdíly v zajišťování stravy a přístupu k nutriční podpoře u jednotlivých typů zařízení poskytující paliativní péči (lůžkové hospice, mobilní hospice, zařízení s lůžky hospicového typu). Mobilní hospice nemají příliš možnost zajistit stravu dle přání a potřeb pacienta a jsou v tomto směru závislé na rodině či osobách pečujících o tyto pacienty/klienty. Modulární dietetika nejméně používají v lůžkových hospicích. Obecně je využíván sipping a enterální výživa do PEG. Sondu NGS využívají lůžkové i mobilní hospice méně než PEG. Parenterální výživa je používána nejvíce v zařízeních poskytujících lůžka hospicového typu. Lůžkové i mobilní hospice PV využívají méně.

Hlavní cíl i dílčí cíle práce byly naplněny. Výzkumné šetření, resp. návratnost dotazníků byla nižší s ohledem na situaci kolem COVID-19. Proto by bylo vhodné tuto problematiku zkoumat s časovým odstupem, po pominutí situace kolem koronaviru. Data získaná výzkumným šetřením považuji za užitečná a v některých směrech i za motivující ke změnám ve výživě v paliativní péči. Vzhledem k tomu, že výzkum tohoto druhu v této oblasti nebyl uskutečněn, neměla jsem s čím porovnávat ani polemizovat. Z důvodu možných východisek pro další případné výzkumy v této oblasti jsem se komplexněji zaměřila na teoretickou část.

Byla bych velmi ráda, kdyby tato diplomová práce posloužila pro účely zkvalitnění výživy a k implemetnaci nutričních terapeutů/specialistů do zařízení poskytujících paliativní péči. Zapojení nutričních terapeutů/specialistů do paliativní péče v České republice by mohlo vést k významnému zkvalitnění výživy i poskytování nutriční péče pacientům/klientům.

9 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AIDS – Acquired Immune Deficiency Syndrome (syndrom získaného selhání imunity)

ALS – amyotrofická laterální skleróza

COVID-19 – nový koronavirus SARS-CoV-2, coronavirus disease 2019

ČLK – Česká lékařská komora

ČSÚ – Český statistický úřad

DIS – daily interruption of sedative infusions, denní přerušení sedativních infuzí

EoLC – End-of-life care, péče na konci života

EAPC – European Association for Palliative Care

EV – enterální výživa

F016 – nutriční licence pro lékaře na preskripci enterální a parenterální výživy

GIT – gastrointestinální trakt, zažívací ústrojí

HACCP – Hazard Analysis and Critical Control Points, analýza nebezpečí a kritické kontrolní body

CHOPN – chronická obstrukční plicní nemoc

Kcal – kilokalorie (kilokalorie = 4,185 kilojoulů)

KO – Krevní obraz krevní obraz

LDN – Léčebna dlouhodobě nemocných

MNA – Mini Nutrition Assesment

NGS – nasogastrická sonda

NOR – Národní onkologický registr ČR

NRS 2002 – Nutritional Risk Screening

NSAID – non-steroidal anti-inflammatory drugs, nesteroidní antirevmatika a nesteroidní protizánětlivé léky

NT – nutriční terapeut

NRPZS – Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb

ODS – opioidní střevní dysfunkce

p. o., per os – perorální podání, podání ústy

PAD – perorální antidiabetika

PEG – perkutánní endoskopická gastrostomie

PEJ – perkutánní endoskopická jejunostomie

PV – parenterální výživa

TPN – Total Parenteral Nutrition, totální parenterální výživa

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

WHO – World Health Organisation, Světová zdravotnická organizace

10 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BC Inter-professional Palliative Symptom Management Guidelines. (2017). BC Centre for Palliative Care. Dostupné z: <http://www.bc-cpc.ca/cpc/symptom-management-guidelines-printable/>

Council of Europe. Recommendation 1418. (1999). Protection of the human rights and dignity of the terminally ill and the dying. Parliamentary Assembly. Dostupné z: <https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-EN.asp?fileid=16722&lang=en>

Council of Europe. Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care. Dostupné z: [https://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec\(2003\)24_en.pdf](https://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec(2003)24_en.pdf)

Český statistický úřad. (2019). Věková struktura populace se výrazně mění. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vekova-struktura-populace-se-vyrazne-meni>

Doyle, D. (2009). Getting Started: Guidelines and Suggestions for those Starting a Hospice/ Palliative Care Service, 2nd Edition. Houston: IAHPC Press.

Doyle, D. (2013). The IAHPC Manual of Palliative Care 3rd Edition. Houston: IAHPC Press.

Evropská úmluva o ochraně lidských práv/European Court of Human Rights Council of Europe. (2010). Evropský soud pro lidská práva/Council of Europe. Strasbourg cedex. Dostupné z: https://www.echr.coe.int/documents/convention_ces.pdf

Grofová, Z. (2007). Nutriční podpora. 1. vyd. Praha: Grada Publishing.

Grofová, Z. (2009). Paliativní péče. *Medicína pro praxi*, 6(5), 276-278. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2009/05/12.pdf>

Hrdá, K. & Tollarová, B. (2018). Průvodce poskytováním paliativní péče v pobytových sociálních službách pro seniory. Metodický materiál projektu Proces integrace paliativní péče do domova pro seniory podpořený NF AVAST. Dostupné z: https://www.sue-ryder.cz/www/files/ckfiles/file/PPPP_A4.pdf

Hrnčiariková, D., Hrnčiarik, M., Jurašková, B. & Zadák, Z. (2007). Nutriční podpora v terminální péči. *Medicína pro praxi*. 4(12), 511-513. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/12/06.pdf>

Chráska, M. (2003). Úvod do výzkumu v pedagogice. Základy kvantitativně orientovaného výzkumu. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

International Association for Hospice & Palliative Care, IAHPC. (2019). Consensus-Based Definition of Palliative Care. Dostupné z: <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition/>

Kalvach, Z. (2019). Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě. Praha: Cesta domů.

Kohout, P. & Kotrlíková, E. (2009). Základy klinické výživy. 1. vyd. Praha: Forsapi.

Kolektiv autorů. (2019). Standardy mobilní specializované paliativní péče. Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP a Fórum mobilních hospiců, 2019. Dostupné z: <https://www.paliativnimedicina.cz/standardy-mobilni-specializovane-paliativni-pece/>

Kuře, J. (2012). Kapitoly z lékařské etiky. Brno: Masarykova univerzita.

Kutnohorská, J. (2008). Výzkum ve zdravotnictví. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 2008.

Kutnohorská, J. (2009). Výzkum v ošetrovatelství. 1. vyd. Praha: Grada Publishing.

Kübler-Ross, E. (1997). On Death and Dying. New York: Scribner.

Loučka, O., Houska, A., Trefná, K. & Sláma, T. (2015). Organizace mobilní specializované paliativní péče v Evropě. Praha: Centrum paliativní péče.

Mandysová, P. & Škvrňáková, J. (2016). Diagnostika poruch polykání z pohledu sestry. Praha: Grada Publishing.

Národní onkologický registr ČR. (2019). Česká republika a rakovina v číslech. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/narodni-onkologicky-program/co-musite-vedet/ceska-republika-a-rakovina-v-cislech/>

Paliatr Vysočina. (2019). Indikační manuál pro vstup do paliativní péče. Dostupné z: <https://www.paliatr-vysocina.cz/wp-content/uploads/2019/10/indikacni-manual-pp.pdf>

Pinto, I., Pereira, J., Campos, C. & Thompson, J. (2016) The Dietitian's Role in Palliative Care: A Qualitative Study Exploring the Scope and Emerging Competencies for Dietitians in Palliative Care. *J Palliat Care Med* 6:253. doi:10.4172/2165-7386.1000253. Dostupné z: <http://www.omicsgroup.org/journals/the-dietitians-role-in-palliative-care-a-qualitative-study-exploring-the-scope-and-emerging-competencies-for-dietitians-in-palliat-2165-7386-1000253.php?aid=70040>

Preedy, V. R. (2011). Diet and Nutrition in Palliative Care. Boca Raton: Taylor & Francis Inc.

- Readbruch, L. & Payne, S. (2009). White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: Part 1. *Vilvoorde: European Journal of Palliative Care, EAPC*, 16(6), 22-33.
- Ryff, C. & Singer, B. (2001) *Emotional, social relationship, and health*. New York: Oxford University Press.
- Skála, B., Sláma, O., Vorlíček, J. & Kabelka, L. (2011). *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci: Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře 2011*. Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře 2011.
- Sláma, O., Kabelka, L. & Vorlíček, J. (2011). *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén.
- Sláma, O. & Špínka, Š. (2004). *Koncepce paliativní péče v ČR. Pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi*. Praha: Cesta domů.
- Sláma, O., Špinková M. & Kabelka L. (2013). *Standardy paliativní péče. Česká společnost paliativní medicíny*. Dostupné z: <https://www.paliativnimedicina.cz/paliativni-medicina/standardy-paliativni-pece/>
- Stiborová, D. & Frei, J. (2018). *Paliativní péče a umírání v domácím prostředí*. 1. vyd. Sedlec-Prčice: Stiborová Denisa.
- Svačina, Š. (2010). *Poruchy metabolismu a výživy*. Praha: Galén.
- Svatošová, M. (2011). *Hospice a umění doprovázet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství.
- Šachlová, M., Tomíška, M. & Sláma, O. (2012). *Doporučené postupy nutriční péče u pacientů v onkologické paliativní péči: Stanovisko pracovní skupiny pro výživu České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP*. Praha: Ambit Média.
- Špatenková, V. & Škrabálek, P. (2015). *Protokol diagnostiky a léčby hyponatremie a hypernatremie v neurointenzivní péči*. Dostupné z: <https://www.csmn.eu/casopisy/ceska-slovenska-neurologie/2015-1/protokol-diagnostiky-a-lecby-hyponatremie-a-hypernatremie-v-neurointenzivni-peci-50966/download?hl=cs>
- Špinková, M. & Špínka, Š. (2006). *Euthanasie. Víme, o čem mluvíme?* Praha: Cesta domů.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2019). *Zdravotnická ročenka České republiky 2018*. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=record&id=8280>
- Vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. (2012, v aktuálním znění). Praha: Tiskárna Ministerstva zdravotnictví

World Health Organization. (1998, 2002). Definition of Palliative Care. Dostupné z: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. (2011, v aktuálním znění). Praha: Tiskárna Ministerstva zdravotnictví

Seznam obrázků

Obrázek č. 1 – Trajektorie onemocnění.....	20
Obrázek č. 2 – Schéma multidisciplinárního týmu.....	31
Obrázek č. 3 – Síť odborných léčebných ústavů (Hospice značeny černě).....	62

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 – návratnost dotazníků	62
Tabulka č. 2 – Vyhodnocení hypotézy č. 2.....	71
Tabulka č. 3 – Porovnání otázky č. 4 – Využíváte služeb nutričního terapeuta?	74
Tabulka č. 4 – Vyhodnocení hypotézy č. 1.....	75
Tabulka č. 5 – Porovnání otázky č. 6 – Význam výživy v hospicové péči	79
Tabulka č. 6 – Porovnání otázky č. 12 – Metodika zajištění výživy a nutriční péče.....	90

Seznam grafů

Graf č. 1 – návratnost dotazníků.....	63
Graf č. 2 – Kraj, ve kterém poskytlujete paliativní péči. Skupina B.....	68
Graf č. 3 – Kraj, ve kterém poskytlujete paliativní péči. Celkem.....	68
Graf č. 4 – V jakém zařízení působíte? Celkem.....	69
Graf č. 5 – Jak zajišťujete stravu? Skupina A.....	70
Graf č. 6 – Jak zajišťujete stravu? Skupina B.....	70
Graf č. 7 – Jak zajišťujete stravu? Celkem.....	71
Graf č. 8 – Využíváte služeb NT? Skupina A.....	73
Graf č. 9 – Využíváte služeb NT? Skupina B.....	73
Graf č. 10 – Využíváte služeb nutričního terapeuta? Celkem.....	74
Graf č. 11 – Komunikace. Skupina A.....	76
Graf č. 12 – Komunikace. Skupina B.....	76
Graf č. 13 – Komunikace. Celkem.....	76
Graf č. 14 – Význam výživy. Skupina A.....	77
Graf č. 15 – Význam výživy. Skupina B.....	77
Graf č. 16 – Význam výživy. Celkem.....	78
Graf č. 17 – Nutriční podpora. Skupina A.....	79
Graf č. 18 – Nutriční podpora. Skupina B.....	79
Graf č. 19 – Nutriční podpora. Celkem.....	80
Graf č. 20 – Řešení dysfagie. Skupina A.....	81
Graf č. 21 – Řešení dysfagie. Skupina B.....	81
Graf č. 22 – Řešení dysfagie. Celkem.....	82
Graf č. 23 – Řešení hydratace. Skupina A.....	83
Graf č. 24 – Řešení hydratace. Skupina B.....	83

Graf č. 25 – Řešení hydratace. Celkem.....	84
Graf č. 26 – Nutričních intervence. Skupina A.....	85
Graf č. 27 – Nutričních intervence. Skupina B.....	85
Graf č. 28 – Nutričních intervence. Celkem.....	86
Graf č. 29 – Jakou výživu používáte? Skupina A.....	86
Graf č. 30 – Jakou výživu používáte? Skupina B.....	86
Graf č. 31 – Jakou výživu používáte? Celkem.....	87
Graf č. 32 – Metodika. Skupina A.....	88
Graf č. 33 – Metodika. Skupina B.....	88
Graf č. 34 – Metodika. Celkem.....	89
Graf č. 35 – Zlepšení nutriční péče? Skupina A.....	91
Graf č. 36 – Zlepšení nutriční péče? Skupina B.....	91
Graf č. 37 – Zlepšení nutriční péče? Celkem.....	92

Přílohy

Příloha č. 1 – Základní nutriční screening

Datum		Oddělení		
Jméno	Příjmení	Titul	Pojišťovna	Rodné číslo
Pohlaví	Hmotnost	Výška	BMI (kg:m ²)	
Nelze-li pacienta změřit a zvážit				2
Nelze-li od pacienta získat informace				3
(v takovém případě nevyplňujeme body B, C, D)				
A) Věk	do 65 let		0	
	nad 65 let		1	
	nad 70 let		3	
B) BMI:	20-30		0	
	18-20, nad 35		1	
	pod 18		2	
C) Ztráta hmotnosti (nechtěná)	žádná		0	
	do 3 kg / 3 měsíce		1	
	3 kg - 6 kg / 3 měsíce		2	
	nebo volné šatstvo			
D) Jídlo za poslední 3 týdny	beze změn v množství		0	
	poloviční porce		1	
	jí občas nebo nejí		2	
E) Projevy nemoci	žádné		0	
	bolesti břicha, nechutenství		1	
	zvracení, průjem nad 6/den		2	
F) Faktor stressu	žádný		0	
	střední		1	
	vysoký		2	
Střední faktor stressu				
- chronické onemocnění, diabetes mellitus, menší a nekomplikovaný chirurgický výkon				
Vysoký faktor stressu				
- akutní dekompenzované onemocnění, rozsáhlý chirurgický výkon, pooperační komplikace, umělá plicní ventilace, popáleniny, trauma, krvácení do GIT, hospitalizace na JIP či ARO				
Index: (A + B + C + D + E + F)				
0 - 3	0	bez nutnosti zvláštní intervence		
4 - 7	+	nutné vyšetření dietní sestrou, speciální dieta		
8 →	!	malnutrice ohrožující život či průběh choroby, bezpodmínečně nutná léčba		
Vypočtené skóre:				
Podpis zpracovatele:				

© P. Kohout, T. Starnovská

Zdroj: Kohout, P. & Starnovská, T. Dostupné z

<https://www.szsuo.cz/attachments/article/482/z%C3%A1kladn%C3%AD%20nutri%C4%8Dn%C3%AD%20skreening.pdf>

Příloha č. 2 – Sledování příjmu stravy pacienta/klienta

PONDĚLÍ		SLEDOVÁNÍ PŘÍJMU STRAVY PACIENTA/KLIENTA											
DATUM:		PATRO:											
POKOJ	JMÉNO	snídaně		polévka		hlavní jídlo		svačina		večeře		2.večeře	poznámky
		1/4	1/2	1/4	1/2	1/4	1/2	1/4	1/2	1/4	1/2	ano	
		3/4	1	3/4	1	3/4	1	3/4	1	3/4	1	ne	
		1/4	1/2	1/4	1/2	1/4	1/2	1/4	1/2	1/4	1/2	ano	
		3/4	1	3/4	1	3/4	1	3/4	1	3/4	1	ne	
		1/4	1/2	1/4	1/2	1/4	1/2	1/4	1/2	1/4	1/2	ano	
		3/4	1	3/4	1	3/4	1	3/4	1	3/4	1	ne	
		1/4	1/2	1/4	1/2	1/4	1/2	1/4	1/2	1/4	1/2	ano	
		3/4	1	3/4	1	3/4	1	3/4	1	3/4	1	ne	
		1/4	1/2	1/4	1/2	1/4	1/2	1/4	1/2	1/4	1/2	ano	
		3/4	1	3/4	1	3/4	1	3/4	1	3/4	1	ne	
		1/4	1/2	1/4	1/2	1/4	1/2	1/4	1/2	1/4	1/2	ano	
		3/4	1	3/4	1	3/4	1	3/4	1	3/4	1	ne	
		1/4	1/2	1/4	1/2	1/4	1/2	1/4	1/2	1/4	1/2	ano	
		3/4	1	3/4	1	3/4	1	3/4	1	3/4	1	ne	
		1/4	1/2	1/4	1/2	1/4	1/2	1/4	1/2	1/4	1/2	ano	
		3/4	1	3/4	1	3/4	1	3/4	1	3/4	1	ne	
		1/4	1/2	1/4	1/2	1/4	1/2	1/4	1/2	1/4	1/2	ano	
		3/4	1	3/4	1	3/4	1	3/4	1	3/4	1	ne	
		1/4	1/2	1/4	1/2	1/4	1/2	1/4	1/2	1/4	1/2	ano	
		3/4	1	3/4	1	3/4	1	3/4	1	3/4	1	ne	
		1/4	1/2	1/4	1/2	1/4	1/2	1/4	1/2	1/4	1/2	ano	
		3/4	1	3/4	1	3/4	1	3/4	1	3/4	1	ne	
		1/4	1/2	1/4	1/2	1/4	1/2	1/4	1/2	1/4	1/2	ano	
		3/4	1	3/4	1	3/4	1	3/4	1	3/4	1	ne	
						zapsal(a):			zapsal(a):				

Zdroj: vlastní zpracování

Příloha č. 3 – Dotazník k diplomové práci Výživa v paliativní péči



Obrázek zdroj: <https://dokonalazena.cz/clanek-65106-Za-ciste-ruce-s-Alpou-Francovkou.html>

Výživa v paliativní péči

dotazníkový výzkum k diplomové práci Výživa v paliativní péči

*Povinné pole

Dotazník je anonymní. Jeho vyplněním dáváte souhlas s jeho zpracováním. Pokud uvedete možnosti "jiné", prosím vyplňte odpověďmi vždy prázdná políčka. Předem děkuji za Váš čas.

Kraj, ve kterém poskytujete paliativní péči *

- Jihočeský
- Jihomoravský
- Karlovarský
- Královehradecký
- Liberecký
- Moravskoslezský
- Olomoucký
- Pardubický
- Plzeňský
- Praha
- Středočeský
- Ústecký
- Vysočina
- Zlínský
- jiné:

V jakém zařízení působíte? Možno více odpovědí. *

- lůžkový hospic
- mobilní hospic (domácí hospicová péče)
- zařízení s lůžky hospicového typu
- jiné:

Jak zajišťujete stravu? *

- máme vlastní stravovací provoz
- stravu nám dováží externí firma
- stravu odebíráme ze stravovacího provozu jiného zařízení
- stravu nezajišťujeme
- jiné:

Využíváte služeb nutričního terapeuta? *

- pracuje u nás na plný úvazek
- pracuje u nás na částečný úvazek
- pracuje u nás na dohodu, dle potřeby
- jeho služeb nevyužíváme
- jiné:

Pokud nemáte nutričního terapeuta, kdo komunikuje ohledně výživy s pacienty/klienty?

- zdravotní sestra
- lékař
- sociální pracovník
- kuchařka
- jiné:

Jaký je podle Vás význam výživy u pacientů/klientů v hospicové péči? Na škále od 1 do 6. *

Bezvýznamný

1 2 3 4 5 6

Významný

Jak řešíte nutriční podporu a péči u pacientů/klientů? Možno více odpovědí. *

- individuálním výběrem stravy
- možností přidavku navíc (jogurt, sýr, šunka, přesnídávka apod.)
- podáváním sippingu (např. Nutridrink, Fresubin, Cubitan)
- přidáváním Protifaru, Fantomaltu apod.
- dietou
- nutriční podporou se nezabýváme
- jiné:

Jak nutričně řešíte případné problémy polykání, dysfagii u pacienta/klienta? Možno více odpovědí. *

- infuzí fyziologického roztoku, glukózy
- výběrem vhodné stravy příp. mechanicky upravenou stravou
- sondou NGS
- pokud má zaveden PEG, podáváme výživu do PEGu
- parenterální výživou
- svlažujeme ústa, vytíráme dutinu ústní
- nemáme pacienty/klienty s problémy s polykáním
- příliš to neřešíme
- jiné:

Jak řešíte hydrataci pacienta/klienta? Možno více odpovědí. *

- pravidelně nabízíme a podáváme tekutiny
- pokud je schopen se napít sám, má je vždy v dosahu
- při potížích používáme pítko, slámku
- zapisujeme množství přijatých tekutin příp. stanovujeme bilanci tekutin
- v případě dehydratace využíváme infuzí
- příliš hydrataci neřešíme
- jiné:

Které z uvedených nutričních intervencí jste schopni zajistit? Možno více odpovědí. *

- stravu dle přání a potřeb pacienta/klienta (individuální výběr stravy)
- nutriční podporu ve formě sippingu (např. nutridrinky)
- podávání výživy do PEGu, NGS, příp. PEJu
- podávání parenterální výživy
- nemáme možnost nic z výše uvedeného zajistit
- jiné:

Pokud zajišťujete výživu do PEGu nebo sondy NGS, jakou výživu používáte?

- enterální výživu k tomu určenou (např. Nutrison, Diason)
- sipping
- připravenou rozmixovanou stravu
- střídáme to

jiné:

Máte zpracovanou metodiku zajištění výživy a nutriční péče o pacienty/klienty – např. ve formě standardu, manuálu, pracovního postupu? *

- ano, materiál je podrobný a jednoznačně určující kompetence jednotlivých odborností
- ano, v obecné rovině, stručně popisuje činnosti bez uvedení kompetencí
- ne, vychází se z místních zvyklostí a obecné legislativy
- není mi známo
- jiné:

Co byste uvítali pro zlepšení nutriční péče pro pacienty/klienty? Možno více odpovědí. *

- vlastní stravovací provoz
- více finančních prostředků pro tyto účely
- lepší personální zabezpečení
- nastavení nutriční péče pro pacienty/klienty odborníkem "šité na míru a vaše možnosti"
- lepší technické vybavení – inventář, pomůcky aj.
- jiné:

Zde můžete napsat jakoukoliv poznámku, návrh či připomínku:

Vaše odpověď

Odeslat

Zdroj: vlastní výzkum (Google Forms)

Příloha č. 4 – Průvodní dopis k dotazníkovému šetření (vč. odkazu na dotazník)

Vážená paní ředitelko,

jsem studentkou navazujícího magisterského oboru nutriční specialista na 1. LF Univerzity Karlovy.

Primárně bych Vám chtěla poděkovat za práci, resp. poslání, které děláte. Velmi si toho vážím a vím, jak je to mnohdy náročné a vyčerpávající. Obzvláště v této době.

Také se v této oblasti pohybuji, a proto jsem si jako téma zvolila tuto problematiku. Nyní píši diplomovou práci na téma „Výživa v paliativní péči“. Účelem této práce je kvantitativně zjistit, jaká je obecná praxe, potřeby, či případná úskalí výživy v dané oblasti. Jaké jsou možnosti zařízení poskytujících paliativní péči a případné náměty.

Tímto bych Vás chtěla požádat o vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník je anonymní, má 13 otázek a nezabere Vám mnoho času. Jeho vyplněním dáváte souhlas s jeho zpracováním. Jestliže zřizujete jak lůžkový, tak mobilní hospic, vyplňte dotazníky prosím dva, za každé zařízení (službu) jeden.

Dovoluji si Vám zaslat **přímý odkaz na dotazník, pro usnadnění vyplnění lze kliknout na odkaz**, viz. níže.

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScbp0m_fBX3xFGsyMZnJkrifgiIWTGoNYwPNI33fyBnfctS8Q/viewform?vc=0&c=0&w=1

Dotazníkové šetření bude probíhat v rámci celé České republiky v termínu 10. 6. – 17. 7. 2020. Pokud by Vás zajímal výsledek tohoto dotazníkového šetření a průzkumu, prosím, neváhejte mě kontaktovat na níže uvedený email.

Ještě jednou Vám velmi děkuji za Váš čas a vyplnění dotazníku.

S přáním všeho dobrého

Daniela Zedníková

Kontakt – email: pokornaD@seznam.cz, tel.: 737 549 206

Zdroj: vlastní výzkum

Příloha č. 5 – Databáze poskytovatelů paliativní péče v ČR

Lůžkové hospice			
Číslo	Název	Místo	Poznámky
1.	Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa	Rajhrad u Brna	mobilní hosp. sv. Jana
2.	Hospic Anežky České	Červený Kostelec	
3.	Hospic Citadela - Diakonie CCE	Valašské Meziříčí	domov se zvl. režimem i mobilní
4.	Hospic Frýdek - Místek, p.o	Frýdek – Místek	
5.	Hospic Hvězda (Hvězda z.ú.)	Zlín	středisko Hospicová péče
6.	Hospic Chrudim z.ú.	Chrudim	
7.	Hospic Malovická	Praha 4	
8.	Hospic na Svatém Kopečku	Olomouc	
9.	Hospic sv. Alžběty o.p.s.	Brno	
10.	Hospic sv. Jana N. Neumanna, o.p.s.	Prachatice	
11.	Hospic sv. Lukáše	Ostrava	
12.	Hospic sv. Štěpána	Litoměřice	
13.	Hospic sv. Zdislavy, o.p.s.	Liberec	
14.	Hospic svatého Lazara z.s.	Plzeň	
15.	Hospic Štrasburk, o.p.s.	Praha 8 - Bohnice	
16.	Hospic v Mostě, o.p.s.	Most	
17.	REHOS, p.o. - Nejdek	Nejdek	
18.	Tři, o.p.s., Hospic Dobrého Pastýře	Čerčany	
	Současně provoz mobilního hospice		
	Současně provoz lůžka hosp. typu		

Mobilní (domácí) hospice - MOBILNÍ SPECIALIZOVANÁ PALIATIVNÍ PÉČE			
Číslo	Název	Místo	Poznámky
1.	Agentura domácí péče LADARA, o.p.s. Mobilní hospicová (paliativní) péče	Karlovy Vary	
2.	Agentura Pomádol, s.r.o.	Olomouc	
3.	Bárka - domácí hospic Jihlava	Jihlava	
4.	Centrum domácí péče	Beroun	
5.	Centrum pro léčbu bolesti a paliativní medicínu s.r.o. , Mobilní hospic Most k domovu	Zlín	
6.	Centrum sociálních a zdravotních služeb Poděbrady o.p.s.	Poděbrady	
7.	Cesta domů	Praha 4 – Michle	
8.	Domácí dětská paliativní péče ENERGEIA	Heřmanův Městec	
9.	Domácí hospic ...doma nejlíp	Oskoříněk	
10.	Domácí hospic a komplexní ošetrovatelská péče Slezská humanita	Karviná	
11.	Domácí hospic Alfa - Omega, Oblastní charita Hradec Králové	Ústí nad Orlicí	
12.	Domácí hospic Andělů strážných (středisko Holice) (Oblastní charity Pardubice)	Holice	
13.	Domácí hospic Antoníněk, Charita Uherské Hradiště	Uherské Hradiště	
14.	Domácí hospic Athelas	Písek	
15.	Domácí hospic David, Charita	Kyjov	
16.	Domácí hospic Devětsil, Diakonie ČCE – středisko Vsetín	Vsetín	Diakonie Vsetín
17.	Domácí hospic Duha, o.p.s.	Hořice	
18.	Domácí hospic Girasole	Hustopeče	
19.	Domácí hospic Jordán, o.p.s	Tábor	
20.	Domácí hospic Křídla	Sedlčany	Diakonie Apoštolské církve Čes
21.	Domácí hospic Motýl	Březová	
22.	Domácí hospic Nablízku, z.ú.	Lysá nad Labem	
23.	Domácí hospic Setkání, o.p.s.	Rychnov nad Kněžnou	
24.	Domácí hospic Společnou cestou	Valašské Meziříčí	
25.	Domácí hospic Srdcem, z.ú.	Kolín	
26.	Domácí hospic Strom života	Nový Jičín	
27.	Domácí hospic sv. Lucie	Brno	
28.	Domácí hospic sv. Markéty Strakonice	Strakonice	
29.	Domácí hospic sv. Michaela	Polička	
30.	Domácí hospic sv. Veroniky v Českých Budějovicích	České Budějovice	
31.	Domácí hospic sv. Zdislavy Třebíč	Třebíč	
32.	Domácí hospic TABITA/Doma při Hospic sv. Alžběty o.p.s.	Brno	
33.	Domácí hospicová péče (Oblastní charity Pardubice) středisko Pardubice	Pardubice	
34.	Domácí hospicová péče Charity Olomouc	Olomouc	
35.	Domácí hospicová péče Charity Zábřeh	Zábřeh	
36.	Domácí hospicová péče Iris, Oblastní charita Pelhřimov	Pelhřimov	
37.	Domácí hospicová péče Ledax	Trhové Sviny	
38.	Domácí hospicová péče Letokruhy, o.p.s.	Vsetín	
39.	Domácí hospicová péče Oblastní charita Česká Kamenice	Česká Kamenice	
40.	Domácí hospicová péče oblastní Charity	Žďár nad Sázavou	
41.	Domácí hospicová péče, Oblastní charita	Hradec Králové	
42.	Domácí péče ČČK, o.p.s.	Strakonice	
43.	Domov – plzeňská hospicová péče, z.ú.	Vejprnice /Plzeň	Paliativní ambulance
44.	HOMEDICA, s.r.o.	Hodonín	
45.	Hospic Anežky České	Červený Kostelec	
46.	Hospic sv. Jiří, o.p.s. pracoviště Tachov	Tachov - Cheb	
47.	Hospic sv. Štěpána, domácí hospicová péče	Litoměřice	
48.	Hospic sv. Zdislavy, o.p.s.	Liberec	
49.	Hospic svaté Hedviky, o.p.s.	Kladno	
50.	HOSPIC TEMPUS, z.s	Mělník	

Současně provoz lůžkového hospice

Mobilní (domácí) hospice - MOBILNÍ SPECIALIZOVANÁ PALIATIVNÍ PÉČE			
Číslo	Název	Místo	Poznámky
51.	Hospicová péče sv. Kleofáše, o.p.s.	Třeboň	Třeboň, Jindřichův Hradec
52.	Charita Nový Hrozenkov, služba DOMA – domácí hospicová péče	Nový Hrozenkov	
53.	Charita Opava, Domácí hospic Pokojný přístav	Opava	
54.	Charitní středisko sv. Kryštofa – mobilní hospic a ošetrovatelská služba	Ostrava - Výškovice	lůžkový Hospic sv. Lukáše
55.	Mobilní hospic Masarykovy nemocnice /Krajská zdravotní a.s.	Ústí nad Labem	
56.	Mobilní hospic Most k domovu	Praha - Zbraslav	
57.	Mobilní hospic Ondrášek, o.p.s.	Ostrava	
58.	Mobilní hospic při MEDICA zdravotní péče	Třinec	
59.	Mobilní hospic sv. Jana	Rajhrad	
60.	Mobilní hospic sv. Martina	Blansko	
61.	Nadační fond Klíček (děti)	Praha 5	
62.	Nejste sami – mobilní hospic, z.ú.	Olomouc	
63.	NFDO Krtek - Dětský domácí hospic pro pacienty propuštěné z brněnské onkologie	Brno	domácí hospic pro děti
64.	PAHOP, Zdravotní ústav paliativní a hospicové péče, z.ú.	Uherské Hradiště	Ctihodné matky Hasmandové
65.	Péče doma – mobilní hospic, z.ú.	Praha 5	
66.	RUAH, o.p.s.	Benešov	
67.	SC domácí péče, o.p.s.	Kutná Hora	
68.	Sdílení o.p.s.	Telč	v Telči a okolí do 20 km
69.	Středisko hospicové péče Nové Město na Moravě Domácího hospice Vysočina, o.p.s.	Nové Město na Moravě	lůžka typu rodinný pokoj
70.	Tří, o.p.s., Hospic Dobrého Pastýře	Čerčany	

Současně provoz lůžkového hospice

Současně provoz lůžka hosp. typu

Lůžka hospicového typu a rodinné pokoje			
Číslo	Název	Místo	Poznámka
1.	Centrum sociálních služeb p. o. - Domov s paliativní péčí Pod střechem	Praha 2	
2.	Dětský hospic	Uhlířské Janovice	
3.	Domácí hospic Vysočina, o.p.s. + ODN nemocnice Nové Město	Nové Město na Moravě	v nemocnici dva rodinné pokoje.
4.	Lůžkové Oddělení paliativní péče Boromejky	Praha 1	13 lůžek, 6 lůžek pro doprov.
5.	Nemocnice Jihlava - ODN OGNP Stanice paliativní péče	Jihlava	15 lůžek
6.	Nemocnice s poliklinikou Česká Lípa, a.s. - paliativní pokoje	Česká Lípa	3 rodinné pokoje
7.	Nemocnice Turnov, Krajská nemocnice Liberec a.s.	Turnov	2 rodinné pokoje
8.	Rehos Nejdek (KV kraj)	Nejdek	Zařízení násl. rehab. a hospicové péče
9.	Svitavská nemocnice LDN	Svitavy	

Současně provoz lůžkového hospice

Současně provoz mobilního hospice

Zdroj: vlastní zpracování

Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta

Kateřinská 32, Praha 2

Prohlášení zájemce o nahlédnutí

do závěrečné práce absolventa studijního programu

uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zpřístupněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

Příjmení, jméno (hůlkovým písmem)	Číslo dokladu totožnosti vypůjčitele (např. OP, cestovní pas)	Signatura závěrečné práce	Datum	Podpis