

Opiátové přípravky v hospicové péči z pohledu lékaře a všeobecné sestry

Veronika Palová

Bakalářská práce
2025



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2024/2025

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Veronika Palová**
Osobní číslo: **H220078**
Studijní program: **B0913P360015 Všeobecné ošetřovatelství**
Forma studia: **Prezenční**
Téma práce: **Opiátové přípravky v hospicové péči z pohledu lékaře a všeobecné sestry**

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti opiátových přípravků v hospicové péči.
Příprava metodiky kvalitativního výzkumu.
Formulace kritérií pro výběr participantů.
Realizace výzkumu technikou polostrukturovaných rozhovorů.
Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných informací.
Prezentace výsledků kvalitativního výzkumu, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

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

Seznam doporučené literatury:

CHENRY, Nathan I.; FALLON, Marie T.; KAASA, Stein; PORTENOY, Russell K. a CURROW, David C. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 6th ed. United Kingdom: Oxford University Press, 2021. ISBN 978-0-19-882132-8.
KITCHEN, Richard; FAULL, Christina; RUSSELL, Sarah a WILSON, Jo. *Handbook of Palliative Care*. 4th ed. USA: John Wiley & Sons Ltd, 2024. ISBN 978-11-1978-436-4.
KOZÁK, Jiří; LEJŠKO, Jan a VRBA, Ivan. *Opioidy*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Maxdof, 2021. ISBN 978-80-7345-664-1.
MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Edukace v ošetrovatelství: respekt a úcta k lidské důstojnosti*. Trenčín: Trenčianská univerzita Alexandra Dubčeka, 2015. ISBN 978-80-7454-513-9.
SLÁMA, Ondřej a KABELKA, Ladislav. *Paliativní medicína pro praxi*. 3. přeprac. a rozš. vyd. Praha: Galén, 2022. ISBN 978-80-7492-627-3.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Marcela Dolejšová**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **4. listopadu 2024**

Termín odevzdání bakalářské práce: **30. května 2025**

L.S.

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan

Mgr. Věra Vránová, Ph.D.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 9. ledna 2025

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb., v platném znění bez ohledu na výsledek obhajoby;
- bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému a bude dostupná k nahlédnutí;
- jedno vyhotovení bakalářské práce v listinné podobě bude ponecháno Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně k uložení;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3;
- podle § 60 odst. 1 autorského zákona má Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci – nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům;
- pokud je výstupem bakalářské práce jakýkoliv softwarový produkt, považují se za součást práce rovněž i zdrojové kódy, popř. soubory, ze kterých se projekt skládá; neodevzdání této součásti může být důvodem k neobhájení práce.

Prohlašuji, že

- jsem na bakalářské práci pracoval(a) samostatně a použitou literaturu jsem řádně citoval(a); v případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor;
- odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou obsahově totožné.

Ve Zlíně, dne

.....
podpis autora

ABSTRAKT

Bakalářská práce s názvem *Opiátové přípravky v hospicové péči z pohledu lékaře a všeobecné sestry* se věnuje analýze zkušeností lékařů a všeobecných sester s opioidními analgetiky v kontextu hospicové péče. Práce se zaměřuje na jejich postoje k využívání opioidů, způsoby edukace pacientů a pečujících osob a rovněž identifikaci etických a komunikačních výzev, souvisejících s jejich podáváním. Teoretická část vymezuje pojmy vztahující se k hospicové péči, bolesti, opioidní farmakoterapii a edukaci v hospicové péči. Praktická část je založena na kvalitativním výzkumu realizovaném prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s lékaři a všeobecnými sestrami v oblasti hospicové péče v České republice. Získaná data byla analyzována metodou interpretativní fenomenologické analýzy.

Klíčová slova: Hospicová péče, bolest, opiátové přípravky, edukace, všeobecná sestra, lékař, kvalitativní výzkum

ABSTRACT

The bachelor's thesis titled *Opioid Medications in Hospice Care from a Physician and Nurse Perspective* focuses on the analysis of experiences of physicians and nurses with opioid analgesics in the context of hospice care. The thesis explores their attitudes toward the use of opioids, methods of educating patients and caregivers, and the identification of ethical and communication challenges related to opioid administration. The theoretical part defines key concepts related to hospice care, pain management, opioid pharmacotherapy, and education in hospice settings. The practical part is based on qualitative research conducted through semi-structured interviews with physicians and nurses working in hospice care in the Czech Republic. The collected data were analyzed using the method of interpretative phenomenological analysis.

Keywords: Hospice care, pain, opioid medications, education, nurse, physician, qualitative research

Ráda bych poděkovala své vedoucí bakalářské práce paní Mgr. et Mgr. Bc. Marcelu Dolejšové za vedení práce, cenné rady, pomoc a vstřícnost při konzultacích. Dále bych chtěla poděkovat všem zúčastněným lékařům a všeobecným sestřím za ochotu a vstřícnost poskytnout informace.

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

OBSAH

ÚVOD.....	11
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 SPECIALIZOVANÁ PALIATIVNÍ PÉČE	13
1.1 DEFINICE HOSPICOVÉ PÉČE.....	14
1.2 ZÁKLADNÍ FORMY HOSPICOVÉ PÉČE.....	15
1.3 MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM V HOSPICOVÉM ZAŘÍZENÍ	18
2 BOLEST A OPIÁTOVÉ PŘÍPRAVKY	21
2.1 BOLEST V POKROČILÉM STÁDIU ONEMOCNĚNÍ	21
2.2 ÚLOHA VŠEOBECNÉ SESTRY PŘI HODNOCENÍ BOLESTI	23
2.3 OPIÁTY V LÉČBĚ BOLESTI U POKROČILÉHO STÁDIA ONEMOCNĚNÍ.....	26
2.4 NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY OPIOIDŮ	28
2.5 ETIKA VE FARMAKOTERAPII	30
3 EDUKACE V HOSPICOVÉM ZAŘÍZENÍ	32
3.1 METODY A STRATEGIE EFEKTIVNÍ EDUKACE	33
3.2 ÚLOHA VŠEOBECNÉ SESTRY V EDUKACI.....	34
3.3 EDUKACE SPECIFICKÝCH SKUPIN.....	36
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	38
4 METODOLOGIE VÝZKUMU	39
4.1 CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	39
4.2 STRATEGIE VÝZKUMU	40
4.3 METODA SBĚRU DAT	40
4.4 VÝBĚR PARTICIPANTŮ.....	41
4.5 ETIKA VE VÝZKUMU	42
4.6 POSTUP ANALÝZY DAT	42
5 VÝSLEDKY VÝZKUMU.....	45
5.1 ANALÝZA ROZHOVORU P1	45
5.2 ANALÝZA ROZHOVORU P2	49
5.3 ANALÝZA ROZHOVORU P3	55
5.4 ANALÝZA ROZHOVORU P4	60
5.5 ANALÝZA ROZHOVORU P5	64
5.6 SPOLEČNÁ TÉMATA	69
5.7 INTERPRETACE ANALÝZY VÝZKUMU	72
5.8 SEBEREFLEXE VÝZKUMNÍKA	75

6	DISKUSE.....	76
	ZÁVĚR.....	78
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	81
	SEZNAM OBRÁZKŮ	85
	SEZNAM TABULEK.....	86
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	87
	SEZNAM PŘÍLOH.....	88

ÚVOD

Bakalářská práce je zaměřena na téma *Opiátových přípravků v hospicové péči z pohledu lékařů a všeobecné sestry*, kteří působí v hospicové péči v České republice. Pozornost je věnována několika klíčovým oblastem: postoji lékařů a všeobecných sester k využívání opioidních analgetik, způsobům edukace pacientů a jejich blízkých a rovněž identifikaci etických a komunikačních výzev spojených s podáváním těchto léčiv.

Důvodem pro výběr tohoto tématu je zkušenost autorky práce, kdy již několik let pracuje v hospicovém zařízení. Osobně poznala práci v kamenném hospici i tabuizaci tématu opioidů. Mnohdy se autorka práce dostala do situace, kdy byli pacienti, jejich rodinní příslušníci nebo jiné blízké osoby nedostatečně informováni o charakteru opioidů, případně nebyla opioidní terapie vhodně nastavena. Během studia na vysoké škole se autorka začala více zajímat o paliativní a hospicovou péči, rozhodla se se svými poznatky přispět ke zlepšení kvality života pacientů trpících nevléčitelnými onemocněními. Problematika je v českém prostředí stále aktuální, neboť demografický vývoj a stárnutí populace zvyšují potřebu kvalitní paliativní a hospicové péče.

Teoretická část je strukturovaná do tří celků. První kapitola vymezuje hospicovou péči jako součást paliativní medicíny, definuje její formy a analyzuje roli multidisciplinárního týmu, včetně specifických kompetencí lékařů, všeobecných sester, sociálních pracovníků a dalších pracovníků v hospicové péči. Druhá kapitola se zaměřuje na bolest jako klíčový symptom terminálních stavů. Popisuje úlohu všeobecných sester při hodnocení bolesti, farmakologické vlastnosti opioidních analgetik, jejich nežádoucí účinky a etická dilemata spojená s jejich podáváním. Třetí kapitola mapuje edukaci v hospicovém prostředí, hodnotí metody a strategie efektivní edukace, úlohu všeobecné sestry v předávání informací a specifika v kontextu edukace specifických skupin.

Navazující praktická část vychází z kvalitativního výzkumného designu, jehož cílem je analyzovat zkušenosti lékařů a všeobecných sester s podáváním opioidů v hospicovém prostředí. Data byla získána prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s lékaři a všeobecnými sestrami působícími v hospicové péči na území České republiky. Analýza dat byla provedena pomocí metody interpretativní fenomenologické analýzy, která umožňuje porozumět výzkumu subjektivních zkušeností participantů v jejich konkrétním profesním kontextu. V závěru práce je provedena interpretace analýzy výzkumu, kde jsou zmapovány výsledky výzkumného šetření a sebereflexe výzkumníka.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 SPECIALIZOVANÁ PALIATIVNÍ PÉČE

Specializovaná paliativní péče neboli specializovaná hospicová péče či hospicová péče, nemá v legislativním ustanovení České republiky téměř žádnou oporu, je zmiňován pouze pojem paliativní péče (Doležal a Doležal, 2020). Dle legislativního ustanovení České republiky: „*Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, pojednává o paliativní péči, jejím účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevléčitelnou nemocí*“ (Zákon č. 372/2011 Sb.).

Paliativní péče je aktivní a na kvalitu života orientovaná péče, poskytovaná pacientovi, který trpí nevléčitelným onemocněním v pokročilém nebo konečném stádiu. Cílem je účinné mírnění bolesti, dalšího tělesného a duševního strádání, zachování pacientovy důstojnosti a podpora jeho blízkých (Sláma a Kabelka, 2022). Umírání a smrt je vnímáno jako přirozená součást lidského života, kdy není v úmyslu ji urychlit ani oddálit. Každý jedinec prožívá svou konečnou fázi života individuálně. Paliativní péče vychází z přání a potřeb pacientů a jeho blízkých a respektuje jejich hodnotové priority v závěru života. Chrání důstojnost a klade důraz na kvalitu, poskytuje komplexní podporu pacientům, jeho příbuzným a jiným osobám umírajících a pomáhá jim vyrovnat se s pacientovou nemocí a vlastním truchlením (World Health Organization, 2023a).

Paliativní péče je poskytována pacientům trpícím nádorovým onemocněním, neurologickým onemocněním, pacientům s pokročilým stádiem chronického srdečního selhání či chronické obstrukční plicní nemoci, polymorbidním křehkým geriatrickým pacientům a jedincům s dlouhodobými závažnými kvantitativními poruchami vědomí (Sláma a Kabelka, 2022).

Poskytovaná péče je dle individuálních potřeb pacienta rozdělená na obecnou a specializovanou formu. Obecná paliativní péče by měla být v rámci své odbornosti poskytována každým lékařem a nelékařským zdravotnickým pracovníkem. Její součástí je dobrá komunikace s pacientem a jeho rodinou, psychická podpora, účinné mírnění symptomů onemocnění a orientace léčby a péče na kvalitu života. Jakmile má péče o pacienta vyšší individuální nároky a vyžaduje více časového prostoru, nastupuje specializovaná paliativní péče. Tato péče je poskytovaná týmem odborníků, kteří jsou v oblasti paliativní péče speciálně vzděláni a disponují potřebnou praxí. Hlavní náplní tohoto týmu je poskytování paliativní péče (Svoboda a Herle, 2019).

1.1 Definice hospicové péče

Hospicová péče je jednou z forem péče paliativní. Je poskytována tehdy, když nemocný vstupuje do terminální fáze svého onemocnění, kde se prognóza nemocného pohybuje v řádu dnů či týdnů nebo je předpoklad úmrtí do šesti měsíců (Sláma a Kabelka, 2022).

Pojem terminální fáze úzce souvisí s poskytováním hospicové péče, jedná se o stav, který je nezvratný, nevyléčitelný a je pravděpodobné, že brzy nastane smrt (Cleveland Clinic, 2024). Ministerstvo zdravotnictví České republiky ve Věstníku (13/2017) vymezuje terminální stav jako konečné období nemoci, které trvá dny, týdny až měsíce. V této fázi se nachází pacient, u něhož se vlivem přirozeného průběhu základního nevyléčitelného onemocnění předpokládá úmrtí do 6 měsíců (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2017).

Specializovaná hospicová péče může být popsána různými definicemi, přesto je význam jednotlivých definic ve své podstatě shodný. Ministerstvo zdravotnictví České republiky ve Věstníku (1/2022) uvádí následující definici: „*Specializovaná paliativní péče je aktivní multiprofesní péče poskytovaná pacientům a jejich rodinám týmem specialistů, kteří disponují potřebným vzděláním. Je poskytovaná pacientům i jejich blízkým, kteří komplexností svých potřeb (somatických, psychických, sociálních i spirituálních) přesahují možnosti obecné paliativní péče*“ (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2022).

Worldwide Hospice Palliative Care Alliance vymezuje hospicovou péči, jako péči, jejímž cílem je pomoci získat klid, pohodlí a důstojnost umírajícím lidem. Snahou hospicového týmu je efektivně zvládat bolest a další nepříjemné příznaky terminálního onemocnění, aby člověk zůstal co nejvíce čilý a v pohodlí. Hospicové programy také poskytují služby na podporu rodiny pacienta, pomáhají rodině překonat obtížné období a poskytují péči i po smrti jejich blízkých (Connor, 2020).

Obecně lze říct, že se jedná o komplexní multioborovou péči poskytovanou osobám s předpokládanou délkou života kratší než 6 měsíců. Klíčovým aspektem této péče je její koordinovaný a holistický přístup zajišťovaný pacientovi, jeho rodině a jiným blízkým osobám. Hospicová péče je určena dětem, dospívajícím a dospělým jedincům v konečné fázi života (Hospice Foundation of America, 2024). Cílem péče je udržet co nejlepší kvalitu života a pomoci jedincům zemřít důstojně. Upřednostňuje dosažení komfortu a pohody pacienta i jeho nejbližších až do posledních dnů života (MacLeod a Block, 2019).

Zásadou poskytované péče je znalost přístupu k pacientům. Mezi principy, které tvoří základ kvalitní a holistické péče je respektovat autonomii a důvěrnost pacienta. Systematicky a pravidelně hodnotit fyzické, psychologické, informační, sociální, finanční, kulturní a duchovní potřeby. Pravidelně poskytovat pacientovi a jeho rodině zjištěné informace a podporu v závěru života. Prioritně se snažit zmírnit příznaky onemocnění a používat týmový přístup.

Hospicová péče je obecně indikovaná osobám se špatným a zhoršujícím se zdravotním stavem, se zvyšující se závislostí na péči druhých a v případě, kdy pečovatel terminálně nemocného potřebuje větší pomoc a podporu. Cílovou skupinou jsou také jedinci nebo rodiny, kteří žádají o hospicovou péči a rozhodnou se zastavit či omezit kurativní léčbu a zaměřit se na kvalitu života. Konkrétně je specializovaná hospicová péče poskytovaná pacientům se zhoršující se funkční schopností, v důsledku progredujícího nádorového onemocnění a těm, kteří jsou příliš slabí na léčbu nádorového onemocnění. Dále pacientům s klidovými příznaky závažného chronického srdečního selhání či plicního onemocnění, s různě zhoršujícími se stavy souvisejícími s onemocněním či více onemocněními, které nejsou zvrátné a dosavadní léčba má špatný výsledek. A také jedincům s neschopností chodit, oblékat se nebo jíst bez pomoci, s polykacími obtížemi, inkontinencí, s narůstajícími problémy při komunikaci a progresivním zhoršováním fyzických a kognitivních funkcí (Kitchen et al., 2024).

1.2 Základní formy hospicové péče

Základními organizačními formami specializované paliativní péče je lůžkový hospic, mobilní specializovaná paliativní péče, konziliární tým paliativní péče v nemocnici, lůžkové oddělení paliativní péče a ambulance paliativní medicíny (Sláma a Kabelka, 2022).

Lůžkový hospic

Jedná se o samostatné zdravotnické zařízení, které poskytuje specializovanou hospicovou péči pacientům v terminální fázi onemocnění. Je vhodný pro pacienty, kteří nemohou nebo nechtějí prožít konečnou fázi svého života doma. Podmínkou pro přijetí pacienta do hospicového zařízení je předpokládaná délka života kratší než 6 měsíců (Umírání.cz, 2023).

V legislativním ustanovení České republiky definuje zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, lůžkový hospic následovně: „*Hospicem se rozumí poskytovatel, který poskytuje zdravotní služby nevléčitelně nemocným pacientům v terminálním stavu ve speciálních lůžkových zdravotnických zařízeních hospicového typu nebo ve vlastním sociálním prostředí pacienta*“ (Zákon č. 372/2011 Sb.).

Cílem péče v hospicích je zlepšit nebo co nejdéle udržet stávající kvalitu života jedince a zachovat jeho důstojnost. Péče je založena na sdílených hodnotách multidisciplinárního týmu, který se zaměřuje na pacienta a respektuje jeho hodnoty a potřeby. Součástí tohoto přístupu je také znalost a reflexe etického a právního kodexu v péči a respektování rolí, možností a hodnot dalších ošetrovatelských profesionálů. Snahou hospicového zařízení je vytvořit prostředí podobné domovu s důrazem na soukromí, intimitu a individuální denní režim každého jedince. Hospicová zařízení jsou většinou vybavena jednolůžkovými pokoji, které umožňují rodinám a blízkým časově neomezené návštěvy.

Péči v hospicovém zařízení zajišťuje multidisciplinární tým složený z lékařů se specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicíny, všeobecných sester, sociálních pracovníků, psychologů či psychoterapeutů, duchovních pracovníků a dobrovolníků. Odborným garantem je vedoucí lékař (Sláma a Kabelka, 2022).

Mobilní specializovaná paliativní péče

Mobilní specializovaná paliativní péče (dále MSPP) neboli mobilní hospic či domácí hospic, je zdravotně sociální služba. Slouží lidem s nevléčitelným onemocněním v konečné fázi života, kteří chtějí prožít svůj zbývajících čas v domácím prostředí se svými blízkými (Fórum mobilních hospiců, 2022).

Ministerstvo zdravotnictví ve Věstníku České republiky (13/2017) vymezuje mobilní hospic následovně: „*Mobilní specializovaná paliativní péče je multidisciplinární a specializovaná péče o pacienty s nevléčitelnou nemocí v terminálním stavu poskytovaná v jejich vlastním sociálním prostředí. Zdravotní péče MSPP je vždy nepřetržitě dostupná 24 hodin, 7 dní v týdnu*“ (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2017).

Cílem mobilních hospiců je umožnit pacientům dobrý a důstojný konec života v domácím prostředí, kde jim bude poskytnuta co nejvyšší specializovaná paliativní péče. Zároveň se snaží naplnit jejich konkrétní přání a očekávání v sociální, psychologické a duchovní oblasti. Princip péče spočívá v povědomí, že středem zájmu je pacient a jeho individuální přání. Zároveň každý člen týmu musí upřednostnit svou profesionální

odpovědnost před osobními zájmy a poskytovat tak služby na co nejvyšší odborné úrovni. V rámci své práce každý člen týmu projevuje úctu k životu, respektuje lidská práva a důstojnost každého jedince, bez ohledu na věk, pohlaví, rasu, národnost, víru a sociální postavení (Marková, 2023).

Tým MSPP je složen z lékařů se specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicíny, všeobecné sestry, sociálních pracovníků, psychologů a duchovních pracovníků. Péče je poskytována pod odborností 926 – domácí paliativní péče o pacienta v terminálním stádiu (Sláma a Kabelka, 2022).

Konziliární tým paliativní péče v nemocnici

Ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče se specializovaná paliativní péče realizuje prostřednictvím konziliárních týmů paliativní péče (dále jen KTPP). Ty poskytují odbornou pomoc při péči o pacienty na různých odděleních nemocnice. Slouží jako poradenský tým pro kolegy z jiných oddělení a pracují i s rodinou pacienta (Centrum paliativní péče, 2024).

Ministerstvo zdravotnictví České republiky ve Věstníku (1/2022) používá následující definici: „*Konziliární tým paliativní péče je specifická forma poskytování specializované paliativní péče v rámci poskytovatelů zdravotních služeb akutní a následné lůžkové péče. KTPP je multidisciplinární tým s definovaným personálním zabezpečením, který provádí intervence u pacientů v rámci hospitalizace*“ (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2022).

Péče je cílená na zlepšení nebo udržování kvality života jedince. Plní potřeby medicínské, psychologické, spirituální, sociální, koordinační a komunikační. KTPP může být indikována jak v závěru života v kontextu terminální paliativní péče, tak i v dřívější fázi orientované na prodloužení života, při poskytování časně paliativní péče. Cílovou skupinu tvoří pouze samotní pacienti, ale také jejich rodinní příslušníci, další blízké osoby, ošetřující personál a případně i další odborníci zapojení do péče.

Standardní multidisciplinární tým KTPP je složen z lékařů se specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicíny, všeobecné sestry, sociálního pracovníka, psychologa a kaplana. Týmy mohou být v některých nemocničních zařízeních dále rozšiřovány o nutričního specialistu, logopeda, farmaceuta a lékaře pediatra (Sláma a Kabelka, 2022).

Ambulance paliativní medicíny

Ambulance paliativní medicíny je specializovaná ambulance poskytovaná dle odbornosti 720 – paliativní medicína. Je určena zejména pro pacienty, jejichž stav umožňuje převoz k ambulantnímu vyšetření a jsou ve svém vlastním domácím či náhradním sociálním prostředí. Ambulance paliativní medicíny může kromě běžné ambulantní péče poskytovat konzilia u lůžka hospitalizovaných pacientů (Sláma et al., 2019).

Lůžkové oddělení paliativní péče

Jedinou formou lůžkového oddělení specializované paliativní péče, která se v České republice vyskytuje, je oddělení s lůžky hospicového typu. Jedná se o dlouhodobou lůžkovou péči zaměřenou na nevyлéčitelně nemocné pacienty v terminálním stavu, kteří zde obvykle umírají. Péči zajišťuje multidisciplinární tým odborníků. Ve zdravotnických zařízeních se také vyskytují samostatná lůžka paliativní péče v rámci jiného lůžkového oddělení. Tyto lůžka jsou určena pro pacienty v terminálním stavu, kde je jim zajištěn komfort, soukromí a možnost trvalé přítomnosti rodiny a jiných blízkých osob (Sláma et al., 2019).

1.3 Multidisciplinární tým v hospicovém zařízení

Péči v kamenném hospici zajišťuje multidisciplinární tým odborníků, kteří se starají o nemocné a poskytují jim a jejich blízkým podporu a pomoc. Poskytují komplexní a holistickou péči, která vyžaduje nejen odborné znalosti, ale také koordinovanou spolupráci s cílem zajistit fyzickou, psychickou, sociální, kulturní a duchovní pohodu pacienta. Pacient a jeho rodina hrají klíčovou roli v týmu, a proto musí být poskytovaná péče vždy v souladu s jejich potřebami a preferencemi (Chenry et al., 2021). Cíle multidisciplinárního týmu se přizpůsobují vývoji zdravotního stavu, měnícím se přáním a potřebám terminálně nemocných v závěru života (Pechová a Lejsal, 2020).

Počet členů multidisciplinárního týmu se liší od velikosti zařízení, obecně by hospic měl být zastoupen lékařem se specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicíny, všeobecnými sestrami, ošetrovateli, sociálními pracovníky a duchovními pracovníky (Sláma a Kabelka, 2022).

Lékař

Vedoucí týmu je lékař se specializovanou způsobilostí v nástavbovém oboru paliativní medicíny (Svoboda a Kabelka, 2022). Vzdělávání probíhá v akreditovaných zařízeních

dle zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta (Zákon č. 95/2004 Sb.). Dále Ministerstvo zdravotnictví České republiky ve Věstníku (11/2021) definuje vzdělávací program nástavbového oboru paliativní medicína. Cílem vzdělání je osvojit si teoretické znalosti a praktické dovednosti pro řešení komplexních klinických a komunikačních situací u pacientů v terminálním stádiu onemocnění. Lékař se získanou specializovanou způsobilostí získá teoretické znalosti v oblasti somatické a psychosociální paliativní medicíny a praktické dovednosti v komunikačních schopnostech, vedení multidisciplinárního týmu, managementu nežádoucích symptomů pokročilého život ohrožujícího onemocnění a mnoho dalších důležitých dovedností, potřebných pro práci v hospicovém zařízení (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2021a).

Všeobecná sestra

Všeobecná sestra je nepostradatelným členem multidisciplinárního týmu, jelikož spolu s ošetřovateli je v nejbližším kontaktu s terminálně nemocnými a jejich blízkými osobami (MacLeod a Block, 2019). Vykonává svou práci dle vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, v aktuálním znění vyhlášky č. 158/2022 Sb., všeobecná sestra vykonává činnosti dle § 3 odstavce 1 a dále dle § 4 (Vyhláška č. 55/2011 Sb.). Pro práci všeobecné sestry v hospici jsou klíčové odborné znalosti (základní i specializované vědomosti v oblasti paliativní péče), dovednosti (hodnocení zdravotního stavu, komunikační dovednosti, kritické myšlení) a schopnosti (poskytování komplexní péče, profesionální a empatický přístup). Obecně zajišťuje koordinovanou a holistickou péči, přičemž se zaměřuje na uspokojování fyzických, psychických, sociálních a spirituálních potřeb jedince a zároveň aktivně reaguje na potřeby rodiny a jiných blízkých osob (MacLeod a Block, 2019).

Ošetřovatelé, sanitáři a pečovatelé

Ošetřovatelé, sanitáři a pečovatelé představují skupinu pracovníků, kteří jsou často v bezprostředním kontaktu s terminálně nemocnými. Zajišťují péči v oblasti sebeobsluhy, hygieny a komfortu a zároveň se mohou podílet na realizaci aktivizačních činností. Tito pracovníci sehrávají významnou roli při doprovázení jedince v jeho posledních chvílích života a následně pečují o jeho tělo po úmrtí (Pechová a Lejsal, 2020).

Sociální pracovníci, zdravotně-sociální pracovníci

Sociální pracovníci a zdravotně-sociální pracovníci jsou součástí multidisciplinárního týmu v hospicovém zařízení. Zaměřují se na podporu pacienta i jeho rodiny v sociální, zdravotní i praktické oblasti. Sociální pracovník poskytuje informace o možnostech finanční podpory, zprostředkovává kontakty na potřebné zdravotní a sociální služby, pomáhá při získávání či navýšení příspěvku na péči a jiných dávek. Jeho práce vychází z psychosociálních potřeb pacienta i rodiny a v době úmrtí pacienta poskytuje podporu pozůstalým, poskytuje informace při zařizování pohřbu a při dalších záležitostech spojených s úmrtím (Svoboda a Herle, 2019). Zdravotně-sociální pracovník v hospicovém zařízení poskytuje pacientům i jejich blízkým praktickou podporu při orientaci v systému péče, při komunikaci se zdravotnickými i sociálními institucemi a pomáhá zvládat každodenní praktické potřeby. Je důležitým spojovacím článkem mezi zdravotnickou a sociální složkou péče, čímž napomáhá koordinaci péče. Často působí také v rámci terénních hospicových týmů (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2018).

Duchovní péče

Součástí poskytování komplexní péče je duchovní pracovník, kaplan či pastorační asistent. Jejich cílem je podpořit a posílit duchovní víru pacienta a jeho rodiny, pomáhat hledat odpovědi a otevírat nové pohledy na otázky spojené s utrpením, umíráním a smrtí. S respektem k hodnotám a důstojnosti každého člověka naslouchají jeho životním příběhům, nehodnotí ani neposuzují, zachovávají mlčenlivost a poskytují podporu pozůstalým (Marková, 2023).

Další pracovníci

Dle velikosti a specifických potřeb konkrétního zařízení se k multidisciplinárnímu týmu pojí další profese. Mezi ně patří psychologové, kteří pomáhají pacientům a jejich rodinám v procesu vyrovnávání se s těžkou situací. Nedílnou součástí týmu jsou dobrovolníci, kteří se věnují aktivizačním činnostem s pacienty, čímž jim zlepšují psychickou pohodu a částečně pomáhají zastoupit personál (Pechová a Lejsal, 2020).

2 BOLEST A OPIÁTOVÉ PŘÍPRAVKY

Bolest je jedním z nejčastěji pocíťovaných symptomů u lidí v pokročilém stádiu onemocnění. Významně ovlivňuje komfort, naději, motivaci a radost ze života (Sláma a Kabelka, 2022). Jedná se výhradně o subjektivní prožitek, jehož intenzitu dokáže posoudit pouze sám pacient, přičemž jeho vnímání je ovlivněno řadou fyzických, psychických, spirituálních, etických a kulturních faktorů. Důležitou roli hraje předchozí zkušenost s bolestí a její schopnost možného tlumení (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2020).

Nejčastěji používaná definice pro bolest dle International Association for the Study of Pain (dále IASP) zní: „*Bolest je nepříjemný smyslový a emocionální zážitek spojený se skutečným nebo potencionálním poškozením tkáně nebo se mu podobající*“ (IASP, 2021). Z globálního hlediska Margo McCaffery popisuje bolest jako: „*cokoliv, co pacient říká, že je, existující kdykoliv a kdekoliv, kde pacient říká, že je*“ (MacLeod a Block, 2019).

Cílem léčby bolesti je její odstranění nebo zmírnění intenzity na snesitelnou úroveň, která umožňuje přijatelnou kvalitu života. U pacientů v pokročilém stádiu onemocnění, se většinou nedosáhne úplné bezbolestnosti. Principem léčby jsou farmakologické intervence, které mohou být doplněny postupy radioterapeutickými, anesteziologickými, neurochirurgickými, psychologickými, fyzioterapeutickými, duchovními a sociálními. Klasický přístup k výběru analgetik vychází z použití analgetického žebříčku vytvořeného Světovou zdravotnickou organizací (WHO), ten představuje obecný návod k léčbě bolesti dle její závažnosti (World Health Organization, 2018).

2.1 Bolest v pokročilém stádiu onemocnění

Bolest je jedním z nejčastějších a nejobávanějších symptomů narušujících kvalitu života, kterou se paliativní péče zabývá. V pokročilém stádiu onemocnění pacienti nezažívají pouze fyzickou složku bolesti (vliv onemocnění, léčby), ale také duševní (úzkost, deprese, frustrace), sociální (sociální izolace, finanční problémy) a spirituální (ztráta smyslu a naděje). Tento koncept bolesti se nazývá celková bolest neboli „total pain“. Pojem byl poprvé použit zakladatelkou moderního hospicového hnutí Cicely Saundersovou (Sláma a Kabelka, 2022). Zdůrazňuje důležitost komplexního přístupu k bolesti, podporu pacienta v terminální fázi života, podporu důstojnosti, smysluplnosti a osobnosti (Marková, 2023).

Z hlediska trvání může být přítomna bolest akutní a chronická. Akutní bolest vzniká na podkladě náhlého, nečekaného poškození tkáně úrazem nebo chorobou. Přichází bez varovných symptomů a trvá krátkodobě v řádu hodin či dní. Zatímco bolest chronická, trvá déle než 3 měsíce a nemusí mít vždy jasnou příčinu (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2020). Je obtížné ji lokalizovat, často bývá vnímána jako hluboká a špatně ohraničená nebo přenesená bolest. Má negativní vliv na pacienta a výrazně narušuje jeho kvalitu života. Silná chronická bolest z hlediska intenzity bez vhodné léčby není dlouhodobě snesitelná. U tohoto typu bolesti nebývají pouze běžná analgetika dostačující a je potřeba kombinace s opioidy (Vše o bolesti, 2024).

Průlomová neboli epizodická bolest se vyskytuje u pacientů, kteří již mají nastavenou základní terapii bolesti. Jedná se o náhlé vzplanutí bolesti během několika vteřin či minut a její krátkodobé trvání. Bolest je velmi intenzivní až nesnesitelná, mnohdy nelze předvídat kdy a za jaké situace se vyskytne. Může nastat na konci dávkového intervalu („end of dose pain“), kdy přijde několik málo hodin před podáním dávky analgetik. Dalším vyvolávacím faktorem může být působení konkrétního podnětu (pohyb, kašel, zvýšení nitrobrišního tlaku), v tomto případě je označována jako incidentální bolest („incidental pain“) (Sláma a Kabelka, 2022). Marková udává, že cílem terapie tohoto druhu bolesti, je podání rychle působícího analgetika, pro zajištění rychlého nástupu účinku. Využívá se tzv. záchranná medikace (Marková, 2023).

Pacienti s pokročilým onemocněním mohou zažívat bolest vyvolanou různými příčinami, které lze klasifikovat do následujících skupin. Nejintenzivnější bolesti jsou vyvolány nádorem, například vlivem kostních metastáz při prorůstání nádoru do měkkých tkání nebo u metastáz v mozku. Další skupinu tvoří bolesti vyvolané diagnostikou a protinádorovou léčbou, kterou pacient může zažít při bolestivých diagnostických vyšetřeních (punkce, pooperační bolest), vlivem bolestivé neuropatie po chemoterapii či po radioterapii a chronické bolesti po onkologických operacích. Poslední typ bolesti se vyskytuje u pacientů bez onkologické diagnózy, jedná se o chronickou nenádorovou bolest, vzniklou při ischemické bolesti dolních končetin, diabetické polyneuropatii, muskuloskeletální bolesti při degenerativních změnách kloubů a páteře, bolestivých svalových kontrakturách a při bolesti u dekubitů a chronických ran (Sláma a Kabelka, 2022).

2.2 Úloha všeobecné sestry při hodnocení bolesti

Základem léčby bolesti je její pečlivé posouzení, které umožňuje následné nastavení optimálního terapeutického postupu (Kitchen et al., 2024). Úlohou všeobecné sestry podle vyhlášky č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů, je: „*monitorovat a hodnotit bolest, aplikovat léčivé přípravky v souladu s ordinací lékaře, sledovat účinek analgetik, edukovat a spolupracovat s ostatními blízkými pacienta*“ (Vyhláška č. 55/2011 Sb.).

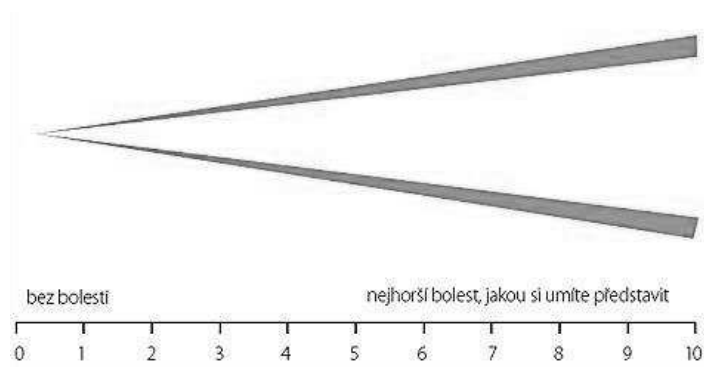
Hodnocení bolesti je komplexní proces, který zahrnuje odebrání anamnézy, fyzikální vyšetření, indikované diagnostické postupy a použití vhodných nástrojů pro měření bolesti. Při odebrání pečlivé anamnézy je kladen důraz na zjištění intenzity, lokalizace, charakteru, zhoršující či uvolňující faktory a na časový průběh bolesti (World Health Organization, 2018). Obtížné hodnocení nastává v okamžiku, kdy je ztížena nebo znemožněná verbální komunikace (demence, delirium, děti). V těchto situacích je nutné důkladné posouzení bolestivých projevů, včetně zhodnocení vzhledu, postoje a chování.

Při rozhodování o vhodném terapeutickém postupu hraje klíčovou roli intenzita bolesti. Tu hodnotí sám pacient, je však nezbytné rovněž pečlivě sledovat jeho bolestivé projevy. Pacienti trpící bolestí mohou mít obtíže rozeznat stupeň intenzity bolesti od míry stresu, který je bolestí způsobený. Měřící techniky k hodnocení bolesti lze rozdělit do dvou skupin, jednoduché a vícerozměrné (Sláma a Kabelka, 2022).

Jednoduché neboli unidimenzionální nástroje měření vyjadřují jednu hodnotu komplexní prožitek bolesti:

- *Verbální škála bolesti* – pacient sám hodnotí intenzitu bolesti dle nabídnutých kategorií (žádná – mírná – středně silná – silná – nesnesitelná). Předpokládá se, že jedinec jednotlivým kategoriím rozumí (Sochor et al., 2019).
- *Vizuální analogová škála (VAS)* – tvoří úsečku znázorňující kontinuum intenzity od „žádné bolesti“ až po „nejhorší možnou bolest“. Je nutné ověřit, zda pacient metodě hodnocení bolesti rozumí.
- *Numerická škála bolesti* – nejčastěji využívaná metoda, která znázorňuje úsečku od 0 do 10, kde 0 znamená „žádná bolest“ a 10 „nejhorší představitelná bolest“. Pacient intenzitě bolesti přiřazuje číslo (Sláma a Kabelka, 2022).

- *Wong-Bakerova obličejová škála* – nástroj určený pro děti nebo dospělé osoby, které mají problém s řečí a nedokážou číselně vyjádřit svou bolest. Série obrázků tváří znázorňuje různé intenzity bolesti (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2020).



Obrázek 1 Vizuální analogová a numerická škála bolesti

(zdroj: Sláma a Kabelka, 2022)

Druhou skupinu hodnotících technik představují vícerozměrné neboli multidimenzionální dotazníky. Jedná se o komplexní nástroje, které sledují nejen intenzitu bolesti, ale také její kvalitu, včetně senzitivní, afektivní a behaviorální složky. Poskytují podrobnější informace, umožňují bolest lépe pochopit a sledovat její vliv na denní aktivity nemocného. Nástroje jsou časově náročné a je nutné zvážit, zda získané informace budou pro léčbu bolesti přínosné (Sochor et al., 2019).

- *Brief Pain Inventory (BPI)* – škála hodnotí závažnost bolesti a její dopad na kvalitu života. Využívá se ve dvou formách: krátká forma BPI, doporučená k hodnocení nádorové bolesti, sleduje bolest v daném okamžiku, bolest v nejhorším a nejlepším stavu a průměrnou bolest. Dlouhá forma BPI navíc zohledňuje vliv bolesti na celkovou aktivitu, náladu, spánek, běžné činnosti a vztah k ostatním lidem.
- *McGillův dotazník bolesti* – validovaný dotazník používaný zejména u pacientů s nádorovým onemocněním. Hodnotí intenzitu, kvalitu, lokalizaci, časový průběh bolesti a faktory, které ji zmírňují nebo zhoršují (Chenry et al., 2021).

U pacientů s omezenou či zcela znemožněnou verbální komunikací (u osob s demencí nebo ve vegetativním stavu) je nutné sledovat neverbální projevy bolesti. K jejich posouzení se nejčastěji využívají tyto škály:

- *Pain Assessment in Advanced Dementia Scale (PAINAD)* – hodnotí různé projevy bolesti, jako je dýchání v souvislosti s vokalizací, bolestivé zvukové projevy (vzdychání, sténání, pláč), výraz obličeje, řeč těla a reakce na utěšování (Chenry et al., 2021).
- *FLACC škála* (Face-Legs-Activity-Cry-Consolability) – nonverbální hodnotící škála zaměřená na pozorování výrazu obličeje, pohybu dolních končetin, aktivity, pláče a utižitelnosti pacienta (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2020).

Kategorie	0	1	2
Obličej	Žádný určitý výraz, úsměv	Občasná grimasa, mračení se, nezáměr	Časté až stálé mračení, chvění brady, sevřená čelist
Dolní končetiny	Fyziologická poloha, relaxované	Neklid, nepohoda, napjaté	Kopání, dolní končetiny přitažené k břichu nebo napjaté
Aktivita	Fyziologická poloha těla, lehké pohyby	Motorický neklid, napětí	Prohnutý, ztuhlý, křeče, rigidita
Pláč	Nepláče, spí nebo bdí	Nařiká, kňourá, občasná nespokojenost	Stále pláče, křičí, častá nespokojenost
Utižitelnost	Spokojený, uvolněný	Uklidnění chováním, mluvením, odvedením pozornosti	Obtížná utižitelnost

Obrázek 2 FLACC škála

(zdroj: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2020)

V průběhu léčby bolesti se všeobecná sestra kromě sledování bolesti zaměřuje i na psychosociální a duchovní aspekty kvality života pacienta. U pacientů s pokročilým onemocněním obvykle není možné dosáhnout úplné absence bolesti. Hlavním cílem je proto snížit intenzitu a zmírnit její dopady na úroveň, která je pro pacienta snesitelná. Z tohoto důvodu je nezbytné, aby všeobecné sestry pravidelně vyhodnocovaly účinnost analgetik, nežádoucí účinky a celkový vliv léčby na kvalitu života jedince (Sláma a Kabelka, 2022).

2.3 Opiáty v léčbě bolesti u pokročilého stádia onemocnění

Farmakoterapie hraje zásadní roli v léčbě bolesti pokročilého stádia onemocnění, jelikož účinně mírní symptomy, které by jinak významně ovlivňovaly kvalitu života pacienta. Mezi hlavní léky používané v této oblasti patří opioidy, což jsou sloučeniny získané přirozeně z opia, polosynteticky nebo synteticky (World Health Organization, 2023b). Farmakologické vlastnosti jednotlivých zástupců se mění v závislosti na věku, pohlaví nebo etnicitě. Tyto látky svou schopností působí na opioidní receptory v centrální nervové soustavě, čímž efektivně tlumí intenzitu středně silné až silné bolesti. Dále se využívají v anesteziologii, k tlumení kašle, při silné dušnosti, plicním edému nebo proti úporným průjům (Kozák et al., 2021).

Legislativní ukotvení opiátů v České republice je stanoveno zákonem č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů. Tento zákon vymezuje zacházení s návykovými látkami a přípravky, jejich výrobu, zneškodňování, distribuci, prodej a předepisování lékařem. Návykové látky musí být skladovány v: *„uzamčených místnostech, ve zvláštním, k tomu účelu vyrobeném uzamykatelném zařízení neoddělitelně ukotveném do stěny, stropu nebo podlahy zhotovených z pevných materiálů“* (Zákon č. 167/1998 Sb.).

Opioidy se vyskytují v mnoha lékových a aplikačních formách, přičemž způsob podání je přizpůsoben individuálním potřebám každého pacienta. Perorální podání je nejjednodušší a nejrozšířenější forma aplikace, která dominuje svou širokou škálou léčivých přípravků, neinvazivním podáním a jednoduchou manipulací. Problematické momenty, vyžadující jiný způsob aplikace často souvisejí se změnami příjmu ústy (potíže s polykáním, nevolnost, zvracení, poruchy vědomí, kognitivní deficit) (Sochor et al., 2019). Pro efektivní a bezpečné podání opioidů i při dlouhodobé terapii bolesti je využívána transdermální aplikace, která umožňuje kontinuální uvolňování léčivé látky a vyžaduje méně častou aplikaci. Rizikovou skupinu však představují kachektičtí pacienti bez dostatečné vrstvy podkožního tuku, jedinci s opakovanými zvýšenými teplotami a se zvýšeným pocením. Parenterální podání opiátů se uplatňuje při léčbě akutní a epizodické bolesti a u pacientů v terminálním stavu. Opiáty lze aplikovat kontinuálně intravenózně nebo subkutánně. Intramuskulární aplikace se využívá méně často pro její bolestivost, vyšší riziko komplikací a je nevhodná u pacientů s malým objemem svalové hmoty (Kozák et al., 2021). Pro rychlý nástup účinku se opioidy podávají také sublinguálně, intranasálně či inhalačně (Sochor et al., 2019).

Při léčbě bolesti se analgetika dělí na neopioidní a opioidní. Opioidní analgetika se dále klasifikují na slabé a silné opiáty (Kozák et al., 2021).

Neopioidní analgetika

První volbou v léčbě mírné bolesti jsou neopioidní analgetika. Mezi jejich hlavní zástupce patří Paracetamol, Metamizol a Nesteroidní antiflogistika (Ibuprofen, Nimesulid). Tyto léky mohou být podávány samostatně nebo v kombinaci s opioidy. Při podávání vyšších dávek je nutné dbát zvýšené opatrnosti, jelikož vyšší dávka nevede k zesílení analgetického účinku, ale zvyšuje riziko nežádoucích účinků (Svoboda a Herle, 2019).

Slabé opioidní analgetika

Slabé opiáty se předepisují na běžný recept a jsou indikovány k léčbě mírné až středně silné bolesti. V České republice jsou v současnosti dostupné léky Tramadol, Codein a Dihydrocodein (Kozák et al., 2021). Často se kombinují s neopioidními analgetiky, zejména s Paracetamolem. Slabé opioidy se navzájem nekombinují ani se pravidelně nepodávají spolu se silnými opioidy (Svoboda a Herle, 2019). Codein a Dihydrocodein vyčnívají svými antitusickými účinky, díky nimž účinně potlačují kašel. I přes jejich slabší analgetický účinek oproti silným opioidům, je nutné brát v úvahu riziko výskytu nežádoucích projevů. Pokud není dosaženo požadovaného zmírnění bolesti, je indikován přechod na silné opioidy (Kozák et al., 2021).

Silné opioidní analgetika

Silné opioidy tvoří základní lékovou skupinu pro terapii středně silné a silné onkologické bolesti, silné akutní bolesti a silné chronické neonkologické bolesti (Sochor et al., 2019). Jsou určeny pro intenzivní, neztížitelné bolesti, které nelze zmírnit pomocí neopioidních analgetik nebo slabých opioidů. Účinnost analgetik a nadcházející výskyt nežádoucích účinků závisí na podané dávce. Neexistuje stanovená maximální denní dávka, limitujícím faktorem je výskyt nežádoucích účinků u konkrétního pacienta (Kozák et al., 2021). V České republice je v současné době dostupných zhruba 10 silných opiátů, mezi nejčastější patří Morfin, Fentanyl, Oxycodon, Sufentanil, Buprenorfin a Hydromorphon (Svoboda a Herle, 2019). Zlatým standardem v terapii silné bolesti je Morfin, jedná se o nejrychlejší způsob tišení akutní silné a epizodické bolesti. U pacientů v terminálním stavu je často aplikován kontinuálně subkutánně. Pro transdermální podání slouží převážně Fentanyl a Buprenorfin. Sufentanil se využívá více v anesteziologii a perioperační analgezií (Sochor et al., 2019).

Opiáty lze podávat ve formě s rychlým nástupem účinku, která je vhodná především k léčbě akutní a epizodické bolesti. Mezi způsoby podání patří parenterální, trans mukózní (sublinguální, nasální), perorální a rektální aplikace. K léčbě stabilní chronické bolesti jsou vhodné lékové formy s prodlouženým účinkem, u nichž analgetický efekt nastupuje pozvolně. Tyto formy zahrnují perorální a transdermální podání (Sláma a Kabelka, 2022).

Síla analgetického účinku a výskyt nežádoucích účinků závisí na řadě faktorů, které každý pacient vnímá individuálně, a nelze je vždy přesně předvídat. Pokud se objeví nežádoucí účinky, které nelze zvládnout běžnými postupy, je možné provést rotaci opioidů neboli změnu druhu podávaného opioidu. Důležitá je důkladná kalkulace dávky nového přípravku s využitím tabulky ekvianalgetických dávek (Kozák et al., 2021). Výsledné hodnoty jsou pouze orientační a je nutné zohlednit individuální rozdíly mezi pacienty (věk, intenzitu bolesti, citlivost na podávané opioidy, způsob podání...). Pacientovi je rovněž poskytnuta další medikace pro zvládnutí případného výskytu epizodických bolestí, nebo pro případ, že by nastavená dávka nebyla dostatečně účinná (Marková, 2023).

2.4 Nežádoucí účinky opioidů

Při léčbě opioidními analgetiky je zásadní najít rovnováhu mezi úlevou od bolesti a výskytem nežádoucích účinků. Většinu nežádoucích účinků lze do určité míry předvídat, zároveň je nezbytné zohlednit individuální analgetickou odpověď každého pacienta. I přes možné nežádoucí účinky jsou opioidy považovány za bezpečná analgetika, případné nežádoucí účinky lze potlačit jinými farmaky či změnou druhu opioidu (rotací opiátů) (Sochor et al., 2019). Včasné nasazení opioidů přispívá k brzkému odhalení nežádoucích účinků, snížení jejich rizik a případnému bezpečnému navýšování dávky. Vhodná je také kombinace opioidů s neopioidními analgetiky.

Při zahájení terapie opiátovými analgetiky je nezbytná důkladná edukace o možných nežádoucích účincích, jejich prevenci a možnostech řešení. Dle pravděpodobnosti výskytu lze nežádoucí účinky rozdělit na velmi časté, časté, méně časté a vzácné (Sláma a Kabelka, 2022).

Velmi časté nežádoucí účinky

Nežádoucí účinky, které se vyskytují více než u 10 % pacientů, zahrnují zácpu, nevolnost, sedaci, únavu, ospalost a sucho v ústech. Opioidy narušují funkci gastrointestinálního traktu, což u pacientů vede k pocitu plnosti, meteorismu, říhání,

břišnímu diskomfortu a velmi časté zácpě. Zácpa obvykle přetrvává po celou dobu užívání opioidů, přičemž je méně častá při transdermálním podání. Její prevence a léčba zahrnují edukaci pacienta, dostatečnou hydrataci, zvýšený příjem vlákniny, pohybovou aktivitu dle míry soběstačnosti a v případě potřeby užívání projímadel. V prvních dnech léčby se velmi často objevuje nevolnost, sedace, únava a ospalost. Tyto nežádoucí účinky obvykle do několika dní či týdnů ustoupí, pokud však přetrvávají, může to být důsledkem základního onemocnění, souběžně podávané jiné medikace nebo dehydratace (Sochor et al., 2019).

Časté nežádoucí účinky

Zvracení, pocení, retence moči a pruritus se vyskytují u 1–10 % pacientů. Zvracení se objevuje zejména v prvních dnech po zahájení opioidní terapie a obvykle do několika týdnů ustoupí. Pacienty je nutné edukovat a poskytnout jim v případě potřeby symptomatickou medikaci (antiemetika). Pokud zvracení přetrvává, je nutné pátrat po dalších možných příčinách (Sláma a Kabelka, 2022). Retence moči se vyskytuje především u starších mužů s hypertrofií prostaty. Projevuje se oslabeným močovým reflexem a sníženým vnímáním naplnění močového měchýře. Tento nežádoucí účinek lze řešit rotací opioidů nebo zavedením močového katetru. Během několika hodin po aplikaci opioidů se až u 13 % pacientů může vyskytnout pruritus neboli svědění. Jeho intenzita závisí na dávce opioidu a obvykle se s délkou terapie snižuje (Kozák et al., 2021).

Méně časté nežádoucí účinky

Nežádoucí účinky, které se vyskytují u 0,1–1 % pacientů, jsou považovány za méně časté. Zahrnují zmatenost, halucinace a hypotenzi. Starší pacienti jsou k rozvoji zmatenosti náchylnější, zejména v prvních dnech opioidní terapie. Zmatenost a halucinace se častěji objevují u pacientů ve špatném celkovém stavu, kteří užívají vysoké dávky opioidů. Tyto poruchy mohou být také důsledkem infekce, retence moči, dehydratace nebo vlivem jiných léků (Sláma a Kabelka, 2022). Hypotenze bývá častěji vyvolána progresí pokročilého stádia onemocnění než samotnou léčbou opioidy (Svoboda a Herle, 2019).

Vzácné nežádoucí účinky

Myoklonus (záškuby kosterního svalstva), se vzácně vyskytuje na končetinách a trupu při léčbě vysokými dávkami silných opioidů. Někdy se objevuje společně s deliriem nebo při dehydrataci (Sochor et al., 2019). Velmi vzácně může dojít k útlumu dechového centra. Toto riziko se zvyšuje při současném podávání tlumivých medikamentů (sedativ) nebo u pacientů s plicním onemocněním. Při správném dodržení zásad opioidní terapie

je však pravděpodobnost výskytu dechového útlumu nízká. U pacientů v terminálním stavu je nepravidelná dechová frekvence, bradypnoe a apnoické pauzy běžným projevem umírání, který si pacient většinou neuvědomuje (Kozák et al., 2021).

2.5 Etika ve farmakoterapii

Etika je věda o morálce a mravnosti, chápána jako souhrn postojů a názorů jedince či společnosti ve vztahu k hodnocení lidského jednání a chování. Zdravotnická etika se konkrétně zaměřuje na etické problémy spojené se zdravotní péčí a zdravím jedinců, skupin i celé společnosti. Ondriová (2021) uvádí: „*Etika zdravotnického pracovníka má za cíl vést k zodpovědnosti, moudrosti a lidskosti. Cílem je humanizace mezilidských vztahů mezi zdravotnickým personálem a nemocnými, rodinou a zdravotnickými pracovníky navzájem*“.

V rámci zdravotnické etiky existují čtyři základní principy, které pomáhají při řešení etických problémů a dilemat. Jedná se o princip autonomie či svébytnosti, který respektuje nezávislé a samostatné rozhodování pacienta bez vnějšího ovlivnění. Princip beneficence neboli dobročinnosti, zdůrazňuje nutnost jednat vždy v zájmu pacienta a konat dobro pro pacienta. Princip nonmaleficence, tedy neškodnosti, znamená závazek, vyvarovat se jakéhokoli jednání, které by mohlo pacientovi způsobit újmu. Princip justice neboli spravedlnosti, usiluje o rovnoměrné a spravedlivé rozložení prostředků, pozornosti a péče mezi pacienty (Kitchen et al., 2024).

Bolest a její léčba jsou spojeny s mnoha etickými otázkami a problémy. Dodnes bývají často spojovány s falešnými představami a mýty, zejména ve vztahu k opioidním analgetikům. Mezi nejrozšířenější mýty a názory patří: nasazení opiátů znamená blížící se smrt, opioidy jsou určeny pouze pro nádorovou bolest, opioidy tlumí dechové centrum a hrozí riziko udušení, užívání opiátů vede ke vzniku závislosti, opioidy mají závažné nežádoucí účinky a nepříjemně ovlivňují vědomí nebo myšlení. Při včasné a správné vyhodnocení bolesti a nasazení adekvátní opioidní léčby neexistují důkazy, které by naznačovaly jejich negativní vliv na pacienta. Vzhledem k tomu, že bolest je subjektivní zkušenost, je nutné vést s pacientem důkladnou diskusi o její léčbě, včetně poučení o možných rizicích a vyvrácení mýtů. Při komunikaci by měly být zohledněny individuální komunikační schopnosti pacienta.

Intenzitu chronické bolesti nelze u pacientů podceňovat a odkládat nasazení opioidů. Takové jednání ze strany lékaře je neetické a non-lege artis. Etická povinnost zmírnit nebo odstranit bolest či utrpení je součástí humánní zdravotní péče (Opatrná, 2022). Léčba bolesti v pokročilém stadiu onemocnění má svá etická pravidla. Terapie musí být přizpůsobena bolesti, a i přes její zmírnění nesmí být vysazena. Léková forma je přizpůsobena schopnostem a potřebám pacienta, který má také léky první pomoci v případě epizodické bolesti (Cesta domů, 2018).

Léčba opioidy nemůže a nesmí být ztotožňována s eutanázií, neboť farmakologická léčba bolesti přináší úlevu, zatímco eutanazie znamená usmrcení na žádost. Otázka eutanazie je nedílnou součástí etických úvah o umírání a smrti (Opatrná, 2022). V České republice je eutanazie považována za trestný čin podle zákona č. 40/2009 Sb., trestního zákoníku (Zákon č. 40/2009 Sb.).

Etická rozhodnutí mohou být u jednotlivých pacientů složitá. Danou situaci je třeba hodnotit podle individuálních potřeb pacienta a postupovat podle etických principů, které jsou v daném okamžiku pro pacienta nejvhodnější (Svoboda a Herle, 2019). Etický kodex České lékařské komory uvádí: *„Lékař u nevyléčitelně nemocných a umírajících účinně tiší bolest, šetří lidskou důstojnost a mírní utrpení“* (Česká lékařská komora, 2007).

Opatrná (2022) zdůrazňuje, že právo na úlevu od bolesti by mělo být zakotveno v Listině základních práv a svobod. S tímto právem také souvisí právo na uznání bolesti jako subjektivní zkušenosti, právo na správnou diagnostiku bolesti a její vhodnou terapii a právo na průběžné hodnocení účinnosti léčby bolesti.

3 Edukace v hospicovém zařízení

Pojem edukace je odvozen z latinského slova educare, educo neboli vychovávat, vypěstovat. Její význam spočívá ve výchově, školení a vzdělání jedince (Mastiliaková, 2015). Podle Šťastné (2019) je edukace definována jako: „*proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech*“. Edukace představuje celoživotní proces rozvoje osobnosti prostřednictvím působení záměrného a mimovolného vzdělání. Probíhá ve formálních institucích (škola) i neformálním prostředí, jako je rodina či zdravotnické zařízení (Mastiliaková, 2015).

Edukace pacienta je v České republice legislativně zakotvena v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Dle citovaného zákona v § 31 jsou uvedeny povinnosti poskytovatele zdravotnických služeb, který je zavázán zajistit, aby byl pacient srozumitelným způsobem informován o svém zdravotním stavu. Edukace o zdravotním stavu jedince obsahuje informace o nemoci, o možných zdravotnických službách včetně jednotlivých zdravotnických výkonů, o omezeních a doporučeních týkajících se životního stylu a zodpovězení doplňujících otázek pacienta (Zákon č. 372/2011 Sb.).

Historický vývoj edukační činnosti je úzce spjat s celkovým rozvojem ošetrovatelství. Edukační činnost sester byla vždy orientována na podporu zdraví, prevenci vzniku onemocnění, péči v průběhu onemocnění i v konečné fázi života. Již v 19. století Florence Nightingalová kladla důraz na edukaci pacientů, které bylo třeba vést ke spolupráci při péči o vlastní zdraví. V Československém prostředí sehrál důležitou roli Československý červený kříž, jenž od svého založení v roce 1919 podporoval vzdělání zdravotnických pracovníků a šířil osvětu v oblasti zdravotní výchovy, prevenci nemocí, první pomoci a péči o nemocné a umírající (Mastiliaková, 2015). S nástupem samostatné České republiky, koncem 70. let 20. století představila Světová zdravotnická organizace zásadní podněty, které položily základy strategie péče o zdraví (World Health Organization, 2023c). V současné době sehrává ošetrovatelství klíčovou roli v edukaci pacientů a jejich blízkých, přičemž vychází z holistického přístupu, dodržování profesního etického kodexu a respektu k lidským právům. Tyto principy jsou systematicky zakotveny v Koncepci rozvoje ošetrovatelství v České republice (Mastiliaková, 2015).

Úlohou edukace je doplnit jedinci potřebné znalosti, které potřebuje, aby mohl vykonávat určité činnosti a péči o sebe. V rámci poskytování holistické péče by se edukace

neměla zaměřovat pouze na fyzickou stránku jedince, ale také na stránku psychickou, sociální a duchovní. Edukace ve zdravotnictví by měla přispívat k podpoře a upevnění zdraví, navrácení zdraví, zmírnění utrpení a vést pacienty k sebeděči (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2021b).

3.1 Metody a strategie efektivní edukace

Edukační proces v ošetrovatelství je systematický, plánovaný a logický. Představuje myšlenkový postup všeobecné sestry k řešení zjištěného problému. Ovlivňuje chování pacienta, rodiny, skupiny či komunity s cílem uskutečnit změny v kognitivní, afektivní a psychomotorické oblasti. Edukační proces má zpravidla pět fází, které na sebe navazují, a každá následující fáze je závislá na fázi předchozí (Mastiliaková, 2015).

- 1. Fáze počáteční pedagogické diagnostiky** – Tato fáze, nazývaná také edukační posouzení, je prvním krokem v edukačním procesu. Má zásadní význam pro určení budoucích edukačních cílů a ovlivňuje úspěch v dalších krocích edukačního procesu. Informace získané o pacientovi by měly být přesné, komplexní a systematicky zpracované. Při sběru informací je důležité se zaměřit na úroveň dosavadních vědomostí, dovedností a návyků, motivace, postojů, hodnot a psychický stav edukanta (osoba, která se učí nové informace).
- 2. Fáze projektování** – V této fázi edukátor (osoba poskytující informace) na základě získaných informací v předchozí fázi stanovuje edukační diagnózu (Šťastná, 2019). Tato diagnóza zahrnuje identifikaci ošetrovatelských problémů, které se vztahují k nedostatkům ve znalostech, dovednostech a postojích pacienta (Mastiliaková, 2015).
- 3. Fáze plánování edukace** – Realizace edukačního plánu probíhá v několika krocích. Prvním krokem je motivace, jejímž cílem je vzbudit u pacienta zájem o danou problematiku a připravit ho na nové informace. Následuje expozice, během níž jsou předány nové informace. V části nazvané fixace si pacient procvičuje získané znalosti, dovednosti a návyky. Dalším krokem je průběžná diagnostika, při které edukátor ověřuje, zda pacient získané informace správně pochopil. Posledním krokem realizace je aplikace, která hodnotí schopnost pacienta využít získané znalosti v praxi.

4. **Fáze upevňování a prohlubování učiva** – Tato fáze je zaměřena na opakování a procvičování již získaných vědomostí, dovedností a návyků. To pacientovi pomáhá lépe si nové poznatky osvojit a upevnit.
5. **Fáze zpětné vazby** – Závěrečná fáze edukačního procesu, ve které dochází k bezprostřední zpětné vazbě o tom, zda bylo dosaženo stanovených cílů edukace (Krátká, 2016).

Edukační metoda představuje koordinovaný soubor činností edukátora zaměřených na vedení pacienta, rodiny, skupiny či komunity k dosažení stanovených vzdělávacích cílů, definovaných v rámci edukačního procesu. Edukační metodu je nutné přizpůsobit aktuálním podmínkám edukace a dosavadním vědomostem, dovednostem a návykům edukanta. Ve zdravotnictví se nejvíce využívají edukační metody mluveného slova, mezi něž patří například vysvětlování, rozhovor či přednáška a metody názorně-demonstrační.

Efektivní edukace spočívá v minimalizaci překážek, které mohou v průběhu edukačního procesu nastat. Mezi faktory, které brání plnění role edukátora, patří nedostatek času na edukaci způsobený krátkou hospitalizací, nízkou prioritou přikládanou edukaci, nevhodným prostředím s nedostatkem soukromí, opakovanými přerušeními nebo nadměrným hlukem a nedostatečně zpracovanou dokumentací poskytované péče. Překážky se mohou vyskytnout i na straně edukanta, například omezená schopnost přijímat a zpracovávat informace v důsledku stresu, negativního vlivu nemocničního zařízení nebo osobnostních charakteristik (Mastiliaková, 2015). Mezi strategie efektivní edukace patří empatická komunikace, interdisciplinární spolupráce, využívání jednoduché a srozumitelné terminologie, pravidelné opakování získaných informací a hodnocení porozumění edukanta (Chenry et al., 2021).

3.2 Úloha všeobecné sestry v edukaci

Všeobecná sestra plní v procesu edukace nezastupitelnou roli. Součástí komplexní ošetrovatelské péče všeobecná sestra poskytuje edukační činnosti zaměřené na zprostředkování potřebných a srozumitelných informací pacientům, rodinám, skupinám a komunitám. Edukace není zaměřena pouze na onemocnění, ale také na aktivní přístup k životu a zdravému životnímu stylu, na výchovu ke zdraví, podporu zdravého životního stylu a prevenci onemocnění a jejich komplikací. Cílem edukační činnosti je umožnit pacientům a jejich blízkým převzít kontrolu nad léčbou i vlastní péčí (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2021b).

Edukace vyžaduje od všeobecné sestry určité charakteristické rysy a dovednosti. Mezi tyto předpoklady patří schopnost získat si důvěru pacienta, pečlivě posoudit jeho schopnosti a připravenost k edukaci a současně identifikovat a minimalizovat případné bariéry, které by mohly bránit procesu edukace. Dalšími nezbytnými dovednostmi je schopnost jasně a srozumitelně komunikovat, organizovat edukační proces, zvolit vhodné edukační metody a zdroje a ověřit, zda pacient získaným informacím nejen rozumí, ale zda je také dokáže realizovat ve svém životě (Mastiliaková, 2015).

Ve specifickém prostředí, jako je hospicové zařízení, nabývá edukace vyšší důležitosti. Všeobecná sestra musí do procesu edukace zahrnout podporu celé osobnosti pacienta a vyjádřit respekt vůči jeho autonomii a individuálním potřebám. Důležitá je také emocionální podpora, kdy všeobecná sestra pomáhá pacientovi přijmout změny spojené se zdravotním stavem, nalézt nový smysl života a smířit se s případnou změnou tělesného vzhledu. Tím se nejen posiluje důvěra pacienta, ale vytváří se podmínky pro lepší adaptaci a přijetí změn spojených s jeho zdravotním stavem a terminální fází onemocnění (Chenry et al., 2021).

Komunikace je nedílnou součástí edukační činnosti a plní podstatnou úlohu při předávání informací a při budování důvěry mezi pacientem a jeho blízkými (Mastiliaková, 2015). Pokud chce všeobecná sestra plnit edukační činnost kvalitně, musí disponovat komunikačními schopnostmi a dovednostmi, jako je aktivní naslouchání, autenticita, empatie, odborné znalosti a schopnost týmové spolupráce (End of Life Directions for Aged Care, 2024). Mezi časté chyby v komunikaci patří nedostatečná příprava na rozhovor, povrchní znalost problematiky či nedostatek času, což může u pacienta a jeho blízkých vyvolat dojem nezájmu ze strany zdravotnického personálu. Dalšími bariérami jsou nevhodný výběr místa, kde chybí soukromí, a sdělování příliš podrobných a odborných informací (Svoboda a Herle, 2019).

Úspěšná edukační činnost může významně ovlivnit kvalitu života jedince, rodiny a jeho blízkých. Současně podporuje aktivní zapojení pacienta do léčby a péče o vlastní zdraví. V procesu edukace nepůsobí všeobecná sestra pouze jako informátor, ale stává se průvodcem, který pacienta provází k pochopení a přijetí změn spojených s jeho zdravotním stavem (Hunt, 2017).

3.3 Edukace specifických skupin

Edukace specifických skupin zahrnuje vzdělání jedinců s různými specifickými potřebami, které mohou ovlivnit jejich schopnost získávat a porozumět informacím. Předpokladem efektivní edukace je jasná, srozumitelná a přizpůsobená komunikace. Podávané informace by měly odpovídat věku, úrovni vzdělání i předchozím zkušenostem (Mastiliaková, 2015).

Specifika edukace dětí a adolescentů

Věk a vývojová fáze edukanta mají podstatný význam, který ovlivňuje proces edukace. Všeobecná sestra by měla tyto specifické aspekty znát a akceptovat vývojové zvláštnosti (Mastiliaková, 2015). Edukační proces by měl být dobře zorganizován, naplánován a vhodně začleněn do denního režimu. Je vhodné edukaci začlenit do herní aktivity, která dítě motivuje k opakování skrze pozitivní zkušenost s úspěchem (Krátká, 2016). Pro zajištění spolupráce dítěte s všeobecnou sestrou je nezbytné, aby ovládala zásady efektivní komunikace. Komunikace s dítětem nebo adolescentem je ovlivněna jeho zdravotním a psychickým stavem i projevy klinických příznaků onemocnění (Mastiliaková, 2015).

Specifika edukace seniorů

Senioři tvoří různorodou skupinu obyvatel, lišící se společenským postavením, úrovní vzdělání a mírou tělesných, psychických a sociálních změn (Krátká, 2016). U seniorů dochází často ke zhoršení paměťových funkcí, zpomalení schopnosti soustředění, omezení sociálních kontaktů a také k častému výskytu nedoslýchavosti. Komunikace v této oblasti vyžaduje především trpělivost, empatii, pozitivní podporu během edukace, vhodný způsob kladení otázek a případnou pomoc při vyplňování formulářů. Všeobecná sestra by měla brát v úvahu možné poruchy zraku a sluchu. Do edukačního procesu je vhodné zapojit rodinné příslušníky či jiné blízké osoby, které mohou seniorovi poskytnout podporu (Mastiliaková, 2015).

Specifika edukace osob s poruchou kognitivních funkcí

Poruchy kognitivních funkcí se vyskytují především u neurodegenerativních onemocnění, jako je Alzheimerova choroba, Parkinsonova nemoc a demence. V počáteční fázi je zásadní vstřícný přístup a schopnost porozumění ze strany zdravotnického personálu. Edukace pacienta a rodinných příslušníků zahrnuje poskytování informací o vytvoření vhodného prostředí, které bude pro jedince srozumitelné, přehledné a podpoří jeho schopnost orientace při postupném zhoršování paměťových funkcí.

V pokročilé fázi pacienti potřebují pomoc při každodenních aktivitách, připomínání a navigaci během jejich vykonávání. Pro rodinné příslušníky může být náročné vyrovnat se s psychickými změnami, změnami chování a častým opakováním určitých frází. Některé formy neurodegenerativních onemocnění mohou být doprovázeny halucinacemi a bludy. V takových situacích pacienti mohou ztrácet schopnost rozeznat souvislosti a domnívat se, že jim někdo činí úmyslnou škodu, odcizuje či schovává věci. Pro tyto pacienty je nutné přizpůsobit edukaci, vytvořit strukturovaný denní program a navrhnout individualizované aktivity, které dávají jedincům smysl a činí jim radost (Pechová a Lejsal, 2020). Komunikace musí být přizpůsobená specifickým potřebám. Je nezbytné, aby byla srozumitelná, pomalá a vedená v krátkých větách. Vhodné je věci přímo pojmenovávat a vizuálně na ně ukazovat, přičemž nevhodné je používání odborné terminologie. Zásadní význam má aktivní naslouchání a udržování očního kontaktu, což přispívá k vytvoření důvěry a usnadnění vzájemného porozumění (World Health Organization, 2019).

S progresí psychických příznaků a zhoršením tělesného stavu dochází k přechodu do těžké fáze, postupně až do terminálního stadia. V této fázi je nezbytné uplatnit komplexní paliativní přístup, jehož cílem není vyléčení pacienta, ale zmírnění nepříjemných symptomů, zajištění co nejvyšší možné kvality života, důstojnosti a komfortu (Kitchen et al., 2024).

Specifika edukace osob se zdravotním postižením

Pojem zdravotní postižení označuje určitou odchylku ve zdravotním stavu jedince, která ho omezuje v určité oblasti činností nebo o vlastní péči. Může se jednat o tělesné, mentální, zrakové a sluchové postižení či narušení komunikační schopnosti (Pechová a Lejsal, 2020). Edukace pacientů se zdravotním postižením a jejich blízkých osob je zásadním nástrojem k zajištění jejich lepší účasti ve zdravotní péči o sebe samé. Cílem edukace je jejich začlenění mezi běžnou populaci. Úspěch edukace může být ovlivněn řadou faktorů, které je nutné zohlednit. Patří sem faktory biologické (věk, poruchy smyslového vnímání, úroveň soběstačnosti), faktory psychické (psychický stav, motivace, schopnosti a dovednosti, zkušenosti), faktory sociální (vzdělání, rodinné vztahy, ekonomická situace) a faktory prostředí (edukační prostředí a jeho vybavení). Neefektivní komunikace mezi všeobecnou sestrou a pacientem se zdravotním postižením může ovlivnit kvalitu péče a zdravotní výsledky. Hlavním cílem edukačního procesu je zdravotně postižené podporovat a učit je, jak znalosti získat a uchovat si je co nejdéle (Danková a Zamboriová, 2024).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODOLOGIE VÝZKUMU

Pro praktickou část bakalářské práce byl zvolen kvalitativní výzkum. Jako výchozí metoda pro tuto práci byla zvolena interpretativní fenomenologická analýza (dále IPA). Tato kapitola poskytuje základní informace o výzkumu, přičemž definuje jeho cíle, výzkumné otázky a strategie. Dále popisuje metody sběru dat, kritéria pro výběr participantů, etické aspekty výzkumu a postup analýzy dat.

4.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Hlavním cílem výzkumu je analyzovat a detailně interpretovat zkušenosti lékařů a všeobecných sester s opiatovými přípravky v hospicové péči.

Dílčí cíle (DVC):

- DVC 1: Analyzovat zkušenosti lékařů a všeobecných sester s podáváním opiatových přípravků v hospicové péči.
- DVC 2: Zjistit, jak lékaři a všeobecné sestry edukují pacienty, jejich rodiny a pečující osoby o opiatové léčbě.
- DVC 3: Identifikovat etické a komunikační výzvy, které lékaři a všeobecné sestry vnímají při zahájení a vedení opiatové terapie v hospicové péči.

Hlavní výzkumná otázka:

- Jaké zkušenosti mají lékaři a všeobecné sestry s opiatovými přípravky v hospicové péči?

Dílčí výzkumné otázky (DVO):

- DVO 1: Jaké jsou zkušenosti lékařů a všeobecných sester s podáváním opiatových přípravků?
- DVO 2: Jak lékaři a všeobecné sestry edukují pacienty, jejich rodiny a pečující osoby o opiatové léčbě?
- DVO 3: Jaké etické a komunikační výzvy lékaři a všeobecné sestry vnímají při zahájení a vedení opiatové terapie v hospicové péči?

4.2 Strategie výzkumu

Vzhledem ke zvolenému tématu a cílům výzkumu byla zvolena kvalitativní metodologie, která umožňuje hlubší analýzu zkoumaného fenoménu prostřednictvím detailního sběru dat. Kvalitativní výzkum je charakteristický delším a intenzivnějším kontaktem s participanty, což umožňuje co nejvěrněji zachytit jejich každodenní život a získat podrobný popis individuálních zkušeností, ať už na úrovni jedince, skupiny, situace či fenoménu. Jedním z omezení této metodologie je menší počet participantů, což komplikuje zobecňování výsledků na širší populaci a dané prostředí (Hendl, 2023).

Výchozí metodou byla zvolena interpretativní fenomenologická analýza, která se zaměřuje na subjektivní reflexi, myšlení, prožívání a osobní zkušenosti participantů. Cílem IPA je zachytit fenomén v jeho autentické podobě, bez zkreslení předchozími předsudky. Pomocí svého charakteru a metodických postupů umožňuje citlivý a hluboký vhled do podstaty zkoumaných jevů. Tato metoda vychází z fenomenologie, hermeneutiky a idiografického přístupu (Gurková, 2019). Výzkumník se snaží porozumět vnitřnímu světu participantů a analyzovat významy, které fenoménu přiřkládají. Výsledkem je text, který nejen reflektuje zkušenost participantů, ale zároveň poskytuje hlubší porozumění zkoumanému fenoménu i těm, kteří tuto zkušenost nemají (Hendl, 2023).

4.3 Metoda sběru dat

Jednou z technik sběru dat bylo pozorování participantů, které představuje záměrné, cílevědomé a systematické sledování jejich jednání a chování (Hendl, 2023).

V rámci zvoleného tématu bylo výzkumné šetření realizováno technikou polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumník měl předem připravené tematické okruhy a otázky, které byly v souladu s výzkumnými cíli, a v průběhu rozhovoru kladl doplňující dotazy dle potřeby. Tento přístup poskytoval systémový rámec, zároveň však ponechával participantům dostatek prostoru pro vyjádření jejich vlastních zkušeností a názorů. Otevřené otázky umožnily rozvinout diskusi o zkoumaném fenoménu a poskytly hlubší vhled do individuálního prožívání participantů (Hricová et al., 2023).

Rozhovory byly zaznamenávány na diktafon, přičemž před jejich zahájením byli participanté seznámeni s informovaným souhlasem a principy výzkumu. Bylo zdůrazněno, že celý rozhovor proběhne v anonymitě, aby byla zajištěna ochrana osobních údajů a maximální komfort zkoumaných osob. Seznam otázek je přiložen v příloze (P I).

4.4 Výběr participantů

Pro účely výzkumu byli vybráni participanté, kteří splňovali předem stanovená kritéria. Výzkumník využil záměrný výběr participantů s ohledem na jejich odborné znalosti a zkušenosti v oblasti zkoumané problematiky. Důležitým aspektem byla ochota k aktivní účasti na výzkumu a zapojení do výzkumného šetření (Hendl, 2023).

Rozhovory byly ve třech případech provedeny v zařízení kamenného hospice v blíže nespecifikovaném regionu. Zbývající dva rozhovory proběhly v ambulanci paliativní medicíny v jedné z nemocnic v daném regionu. Pro přehled participantů byla sestavena tabulka 1, ve které jsou zaznamenány základní informace o účastnících výzkumu.

Stanovená kritéria pro záměrný výběr participantů:

- Lékař s odbornou způsobilostí v paliativní medicíně / všeobecná sestra
- Minimálně 3 roky praxe v oblasti paliativní nebo hospicové péče

Tabulka 1 Základní údaje participantů

Participanté	Věk	Vzdělání	Délka praxe v zařízení
P1	51 let	Středoškolské (do roku 2003/3004)	9 let v kamenném hospici
P2	48 let	Středoškolské (do roku 2003/3004)	14 let v kamenném hospici
P3	60 let	Lékař s odbornou způsobilostí v paliativní medicíně	15 let v mobilní specializovaná paliativní péči
P4	52 let	Lékař s odbornou způsobilostí v paliativní medicíně	10 let v mobilní specializovaná paliativní péči
P5	37 let	Diplomovaná všeobecná sestra	6 let v kamenném hospici

(zdroj: vlastní)

4.5 Etika ve výzkumu

Etické aspekty plní v kvalitativním výzkumu důležitou roli, zejména při zkoumání citlivých témat. Výzkumník musí dbát na dodržování etických principů, které zajišťují respektování práv, důstojnosti a ochranu soukromí participantů.

Hendl (2023) zmiňuje tyto důležité zásady etického jednání při výzkumu:

Informovaný souhlas – základním etickým požadavkem je získání informovaného souhlasu od všech účastníků výzkumu. Výzkumník požádal vybrané participanty o účast na empirickém šetření s dostatečným časovým předstihem. Seznámil je s výzkumným záměrem bakalářské práce a jejími cíli. Před zahájením rozhovoru byl účastník požádán o souhlas s nahráváním výzkumu. Souhlas byl zaznamenán ve formě zvukového záznamu na mobilní zařízení.

Důvěrnost informací – jedná se o způsob zajištění anonymity a ochrany osobních údajů účastníků. Na začátku rozhovoru výzkumník informoval všechny zúčastněné participanty o zachování jejich anonymity. Každý participant vystupoval ve výzkumu pod kódem, který mu byl přidělen výzkumníkem.

Zpřístupnění práce účastníkům výzkumu – participantům byla nabídnuta možnost seznámit se s výsledky výzkumu. Možnost nahlédnout do výsledků výzkumu projevíli participantů označení jako P1 a P2 (Hendl, 2023).

4.6 Postup analýzy dat

Jako zdroj pro analýzu dat, byl použit postup od Kostínkové a Čermáka (2013), kteří vycházeli dle Smith, Flowerse a Larkina (2009, in Řiháček et al., 2013).

0. Reflexe výzkumníkovy zkušenosti s tématem výzkumu

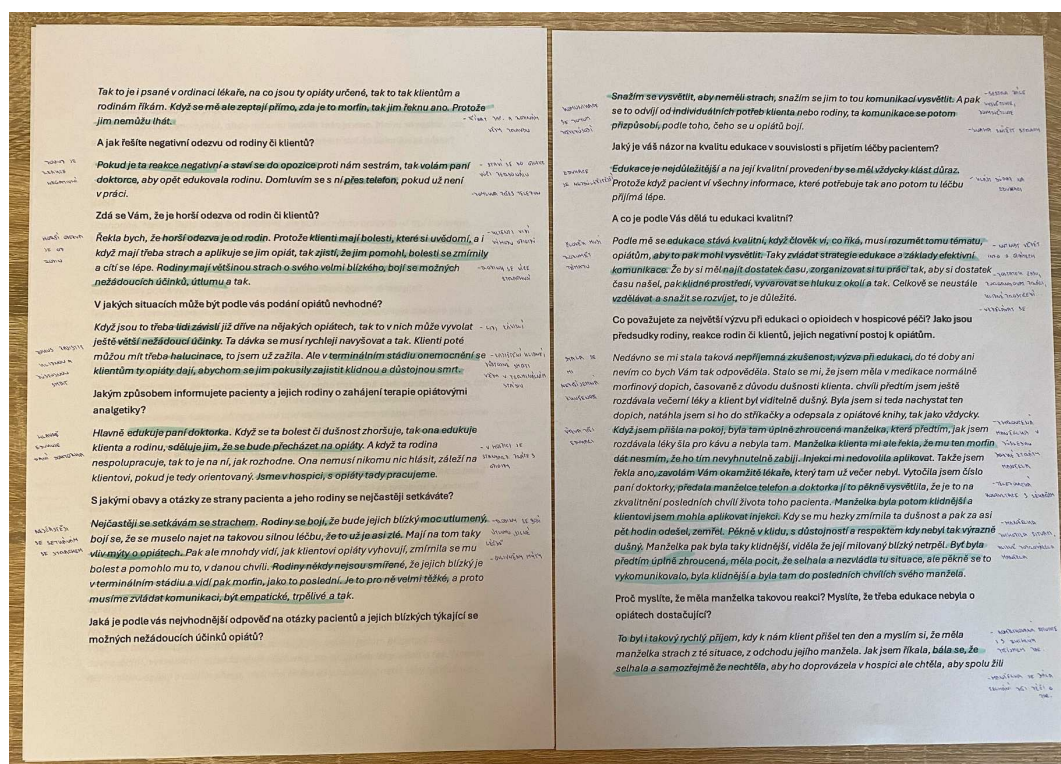
Výzkumník by měl mít vztah k tématu výzkumu. Měl by si uvědomit, jaký má na něj názor, jak na dané téma pohlíží (Řiháček et al., 2013). Výzkumník si vybral téma, které je mu blízké, jelikož má zkušenosti s opiátovými přípravky v hospicové péči. Díky této zkušenosti má výzkumník vztah k danému tématu a lépe se mohl vcítit do zkušenosti participanta.

1. Čtení a opakované čtení. Pozornost výzkumníka

Pozornost výzkumníka by měla být zaměřena na data participanta. Měl by proniknout do jeho světa a dívat se na svět jeho očima (Řiháček et al., 2013). Výzkumník se po každém uskutečněném rozhovoru snažil co nejrychleji přepsat data do textové podoby ve Wordu. Text si výzkumník opakovaně pročetl a také si znovu poslechl nahrávku rozhovoru pro lepší zaujetí a vtáhnutí do případu. Tuto fázi bral výzkumník vážně, jelikož je důležitá pro realizaci následujících kroků výzkumného šetření.

2. Počáteční poznámky a komentáře

Druhý krok představuje nejdetailnější část analýzy, vyžaduje plnou výzkumníkovu otevřenost vůči datům. Výzkumník popisuje a podtrhuje vše, co mu přijde zajímavé. Nejsou dána přesná pravidla, na která by se měl výzkumník zaměřit (Řiháček et al., 2013). Výzkumník si rozhovory vytiskl a znovu přečetl. Zaměřoval se na podobnosti a odlišnosti, které si zvýrazňoval. Na pravé straně si výzkumník dělal počáteční poznámky a komentáře. Na straně levé byla uvedena vycházející podtémata, která byla v další části zařazena do témat.



Obrázek 3 Ukázka analýzy ve druhé fázi

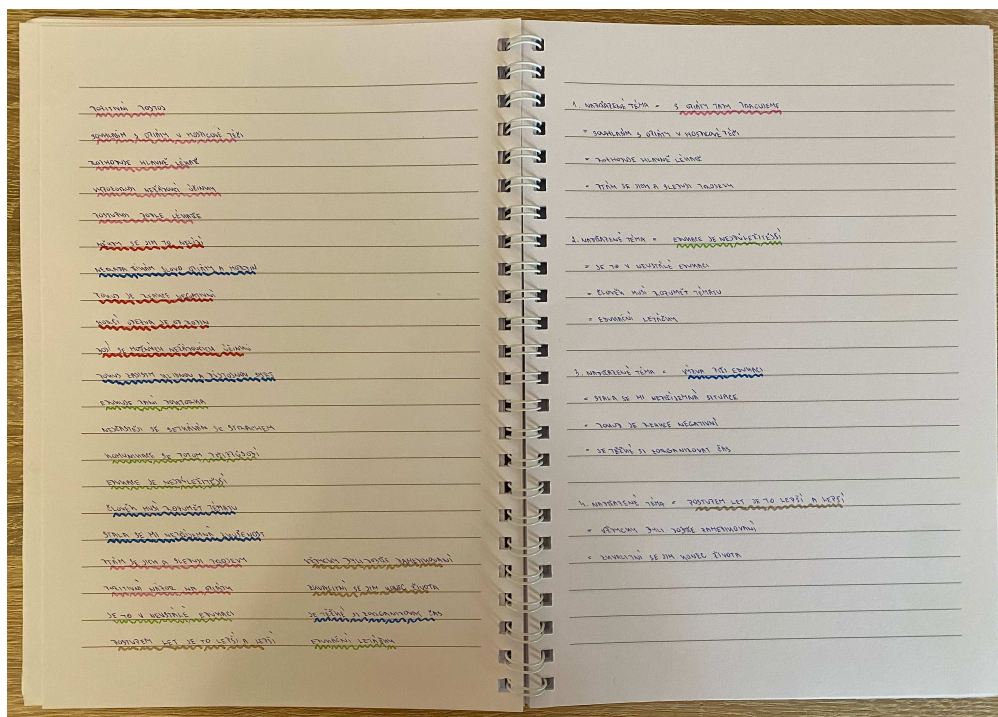
(zdroj: vlastní)

3. Rozvíjení vznikajících témat

V tomto kroku analýzy dochází k redukci dat a poznámek. Výzkumník pracuje více s vlastními poznámkami a komentáři (Řiháček et al., 2013). Výzkumník se při čtení svých poznámek uvedených na pravé straně textu snažil zachytit nová, výstižná témata.

4. Hledání souvislostí napříč tématy

Výzkumník mapuje vzájemné propojení mezi tématy. Propojuje, hledá souvislosti, přiřazuje nadřazená témata. Není nutné, aby využil všechna témata, některá může výzkumník vyřadit (Řiháček et al., 2013). Výzkumník hledal napříč vzniklými fenomény vzájemné spojitosti. Všechna vycházející podtémata byla napsána na papír, výzkumník hledal něco společného, aby následně vytvořil nadřazená, hlavní témata.



Obrázek 4 Ukázka analýzy ve čtvrté fázi

(zdroj: vlastní)

5. Analýza dalšího případu

V tomto kroku výzkumník opakoval fáze jedna až čtyři u zbývajících rozhovorů.

6. Hledání vzorců napříč případy

Výzkumník propojuje jednotlivé případy, zjišťuje souvislosti mezi zkušenostmi jednotlivých informantů. Hledá nejsilnější analýzy napříč všemi případy (Řiháček et al., 2013).

5 VÝSLEDKY VÝZKUMU

5.1 Analýza rozhovoru P1

Základní informace o participantovi

Participant P1 je žena ve věku 51 let. Absolvovala středoškolské vzdělání v oboru všeobecná sestra (studium zahájeno před školním rokem 2003/2004). V zařízení kamenného hospice v blíže nespecifikovaném regionu má praxi v délce 9 let. Participantka disponuje dlouholetou zkušeností s opiátovými přípravky a v rozhovoru vyjadřuje svůj kladný postoj k jejich užívání.

Projev participantky byl přirozený, v některých momentech se nad informacemi zamýšlela, avšak ochotně odpovídala na všechna témata i doplňující otázky. Jednotlivá témata rozhovoru s participantkou č. 1 jsou dále podrobněji rozvedena.

Hlavní a vedlejší témata

1. Nadřazené téma: JSOU HODNĚ ÚČINNÉ

Podtéma:

- Ulevují našim klientům
- Všechny léky mají nežádoucí účinky
- Velký pokrok vpřed

2. Nadřazené téma: EDUKACE BY MĚLA BÝT KVALITNÍ

Podtéma:

- Řeším to komunikací
- Je důležité si najít čas
- Aby se kladl důraz na edukaci

3. Nadřazené téma: NIC NEVNÍMÁM JAKO VÝZVU

Podtéma:

- Setkávám se s obavami
- Když je edukace špatná
- Říkám léky od bolesti

Nadřazené téma: JSOU HODNĚ ÚČINNÉ

▪ Ulehčují našim klientům

Participantka v rozhovoru vyjadřuje svůj kladný postoj k opioidním přípravkům v hospicové péči, přičemž zdůrazňuje jejich vysokou účinnost. „*Opiáty ulevují našim klientům od různých příznaků ať je to bolest nebo dušnost, jsou hodně účinné.*“

Zkušenosti participantky potvrzují, že opioidy jsou efektivní součást komplexního přístupu, jehož cílem je maximální komfort pacienta. Pomáhají zvládat obtíže a zlepšují kvalitu jejich posledních dnů.

▪ Všechny léky mají nežádoucí účinky

Ačkoli jsou opioidy významným prvkem farmakoterapie v hospicové péči, jejich podání může být spojeno s výskytem nežádoucích účinků. Participantka zdůrazňuje, že tato skutečnost je běžnou součástí léčby. „*Všechny léky mají nějaký nežádoucí účinky, který se musí podchytit.*“ Většina klientů reaguje na jejich podání dobře, přesto se mohou vyskytnout komplikace. „*Nejčastěji se řeší zácpa, nevolnosti bývají méně časté ty obvykle poté ustoupí.*“

Při výskytu komplikací podaných opioidů je nezbytné postupovat podle ordinace lékaře. „*Nežádoucí účinky hlásíme lékaři. A pak pokračujeme podle jeho rozhodnutí.*“ Ve vzácných případech může dojít k závažným reakcím. „*Zažila jsem málo klientů, kteří měli nepříjemnou reakci, jako třeba alergická reakce na opiáty.*“ V takových situacích je nutné opioidní terapii okamžitě ukončit a nahradit ji vhodnými léčivy dle rozhodnutí lékaře.

Participantka také popisuje postup monitorování účinnosti léčby a sledování nežádoucích účinků. „*Klienty sleduju anebo se jich zeptám, jestli se bolesti zmírnily, jestli dušnost ustoupila a jak se cítí. Kognitivní útlum zjišťuji tím sledováním, jestli nejsou utlumení, jak vnímají.*“ Pravidelné hodnocení účinnosti opioidní terapie je zásadní součástí ošetrovatelské péče. Úloha všeobecné sestry spočívá v monitorování stavu pacienta a včasném rozpoznání potencionálních komplikací.

▪ Velký pokrok vpřed

Participantka reflektuje velký pokrok v přístupu k opioidům během její devíti leté působnosti v hospicovém zařízení. Zatímco v minulosti byly opioidy často nasazovány až v hospici, v současnosti přicházejí klienti již s nastavenou opioidní terapií. „*...ted'ka*

chodí víc lidí z domu nebo z jiného zdravotnického zařízení s navedenými opiátovými náplastmi nebo opiáty v různých formách. Tehdy mi přišlo že jsme vždycky opiáty nasazovali až u nás.“

Tento vývoj lze podle participantky přidělit celkovému rozvoji paliativní péče, která poskytuje včasnou medikaci nepříjemných symptomů terminálního stavu a provádí kvalitní edukaci pacientů i jejich rodinných příslušníků. *„Je i velký pokrok ambulancí paliativní medicíny a mobilních hospiců, které dělají velký kus práce, kvalitně ty lidi edukují a jde to poznat, když je pak tady přijímáme.“*

Informantka se při položení otázky chvíli zamýšlela. Během její odpovědi bylo patrné, že přikládá velký význam rozvoji paliativní péče, která zlepšuje kvalitu života pacientů.

Nadřazené téma: EDUKACE BY MĚLA BÝT KVALITNÍ

▪ Řeším to komunikací

Poskytování jasných a srozumitelných informací představuje podle participantky nezbytnou součást úspěšného zahájení terapie. V edukačním procesu se zaměřuje na praktické aspekty podávání opioidních analgetik. *„O zahájení terapie informuje lékař. Já potom vysvětluji, jak funguje lineární dávkovač nebo jak často ty opiáty budeme podávat a jak působí.“* Zatímco lékař zodpovídá za indikaci opioidů a úvodní edukaci, role všeobecné sestry spočívá v objasnění případných nejasností a praktických záležitostí.

Jedním z faktorů efektivní edukace je redukce strachu spojeného s nežádoucími účinky. Informantka zdůrazňuje individuální přístup: *„Nejčastěji se snažím vysvětlit, ať se toho nebojí, že je to lék, který na jejich problémy zabere. Vysvětluji, že se nemusí bát útluhu, odkazují se na zkušenosti paní doktory, která zná dávkování dobře a umí s tím pracovat, kdykoli by jim to nepasovalo.“* Vyzdvihuje možnost úpravy dávkování nebo způsobu aplikace podle aktuálního stavu pacienta, což jim poskytuje pocit kontroly nad terapií.

▪ Je důležité si najít čas

„Je to velmi důležité najít si dostatek času na klienty a rodiny.“ Participantka opakovaně zdůrazňuje, že kvalita edukace souvisí s časovými možnostmi. Jako hlavní překážku efektivní komunikace uvádí pracovní vytíženost zdravotnického personálu. *„Ze strany sestry asi, že někdy se to tak nahromadí, že není čas. Ale to myslím, že všichni tady se snažíme minimalizovat nebo spíš si ten plán činností v tom dne uspořádat tak, abychom si ten čas opravdu našli.“*

Na straně pacientů a jejich rodin identifikuje přetrvávající stigmatizaci opioidů. *„Ze strany klienta, že mají strach. Strach z toho, co to s nimi udělá a jak se poté budou cítit.“* Tyto obavy podle ní mohou být důsledkem nedostatečné zdravotní gramotnosti nebo dezinformací v sociálních médiích. Podle participantky lze tyto bariéry efektivně překonat prostřednictvím cílené komunikace s ohledem na individuální potřeby a obavy pacientů a jejich rodin.

- **Aby se kladl důraz na edukaci**

Pro optimalizaci edukačního procesu navrhuje zaměřit se více na jeho individualizaci. *„Aby se kladl důraz na edukaci, která by měla být prováděná kvalitně, najít si vždy dostatek času na komunikaci s rodinami a klienty.“* Efektivní strategií je adaptace komunikačního stylu na konkrétní potřeby. *„Myslet na individuální potřeby klientů, každý potřebuje mít komunikaci jinak přizpůsobenou, jiným tempem a tak, vysvětlovat podle konkrétního klienta.“*

Závěrem participantka konstatuje, že systematickost, časová investice a empatický přístup vedou k lepší akceptaci a spolupráci při jejich podávání.

Nadřazené téma: NIC NEVNÍMÁM JAKO VÝZVU

- **Setkávám se s obavami**

Participantka konstatuje, že kvalitní edukace má zásadní význam pro akceptaci opioidní terapie a redukci obav spojených s jejím podáváním. Popisuje nejčastější reakce pacientů a jejich rodinných příslušníků na zahájení opioidní terapie: *„Většinou se rodiny bojí, že klient bude hodně utlumený nebo že vznikne závislost na těch opiátech.“* Mezi další časté obavy zahrnuje: *„Setkávám se taky s obavami, že jim to ovlivní kognitivní funkce jako myšlení a vědomí. ...že budou moc utlumení. Že budou jako kdyby pod drogou.“* Tyto obavy mohou vést k nedůvěře a odmítnutí ordinovaných opioidů.

Přestože tyto reakce mohou vést k odmítnutí léčby, participantka je nevnímá jako výzvu. *„Všechno se to ale dá vysvětlit, komunikací.“* Důsledné informování považuje za účinný nástroj destigmatizace.

- **Když je edukace špatná**

Podle participantky dochází k problémům především při neadekvátním informování. Zdůrazňuje, že i pacienti, kteří nejsou v terminální fázi onemocnění, obvykle akceptují opioidy dobře, pokud mají dostatek informací. *„Když je edukace špatná a třeba*

nedostačující tak to může negativně ovlivnit přístup k opiátům a celkově k léčbě ze strany pacienta a rodiny.“

K tomuto tématu participantka uvádí svou osobní zkušenost, kdy rodina pacienta v terminálním stádiu onemocnění odmítla podání morfinu, kvůli nedostatečnému porozumění účinkům léčby. *„Setkala jsem se s tím, že když byla rodina nedostatečně edukována, tak nechtěli podání opiátů přijmout a nechtěli, aby se opiáty klientovi podávaly, klient byl v bezvědomí a byl velmi bolestivý. Tato situace byla nepříjemná.*“ Situace bylo nutné řešit dodatečnou komunikací s lékařem na dálku přes telefon a opakovaným vysvětlováním principů terapie.

Několikrát v rozhovoru participantka opakovala: *„Edukace, která je kvalitní je velmi důležitá.*“ Z rozhovoru vyplývá, že edukaci přisuzuje velký význam, sama se snaží pacienty a jejich rodiny informovat důsledně. Klade důraz na systematickou, srozumitelnou a individuálně přizpůsobenou edukaci, která zamezí podobným nedorozuměním.

▪ **Říkám léky od bolesti**

Jedním z negativních mýtů spojených s podáváním opioidů uvádí negativní vnímání morfinu. Proto se aktivně snaží pracovat s terminologií ke snížení psychologické zátěže. *„Osobně nevyslovuji moc často před klienty a rodinami, že dostávají morfin, říkám raději léky od bolesti nebo tak.*“ Tento přístup reaguje na přetrvávající mýty v populaci a praktické zkušenosti participantky.

V praxi se participantka setkává s několika mýty o opioidech, které ovlivňují postoj pacientů a jejich rodin. Mezi nejčastěji uvádí: *„Například že morfin znamená blížící se smrt, že morfin způsobí útlum kognitivních funkcí a celkově útlum dechového centra a budou potom v útlumu a moc spaví. Nebo že morfin je jen pro lidi, co mají nádorové onemocnění.*“ Z toho důvodu se snaží komunikaci přizpůsobit a volit formulace, které pacienti a jejich rodiny vnímají neutrálněji, což usnadňuje přijetí léčby. Tento přístup odráží nutnost citlivého a empatického přístupu, zaměřeného na odbourávání negativních mýtů.

5.2 Analýza rozhovoru P2

Základní informace o participantovi

Participant P2 je ženského pohlaví ve věku 48 let. Participantka absolvovala středoškolské vzdělání v oboru všeobecná sestra (studium zahájila před školním rokem 2003/2004). V zařízení kamenného hospice v blíže nespecifikovaném regionu

má participantka 14 let praxi. S opiátovými přípravky má dlouholetou praxi, sama uvádí svůj pozitivní přístup k těmto lékům.

Během rozhovoru participantka působila přirozeně, odpovídala otevřeně. Jednotlivá témata rozhovoru jsou následně blíže rozvinuta.

Hlavní a vedlejší témata

1. Nadřazené téma: S OPIÁTY TADY PRACUJEME

Podtémata:

- Souhlasím s opiáty v hospicové péči
- Rozhoduje hlavně lékař
- Ptám se jich a sleduji projevy

2. Nadřazené téma: EDUKACE JE NEJDŮLEŽITĚJŠÍ

Podtémata:

- Je to v neustálé edukaci
- Člověk musí rozumět tématu
- Edukační letáčky

3. Nadřazené téma: VÝZVA PŘI EDUKACI

Podtémata:

- Stala se mi nepříjemná zkušenost
- Pokud je reakce negativní
- Je těžké si zorganizovat čas

4. Nadřazené téma: POSTUPEM LET JE TO LEPŠÍ A LEPŠÍ

Podtémata:

- Zkvalitní se jim konec života
- Vždycky byli dobře zamedikováni

Nadřazené téma: S OPIÁTY TADY PRACUJEME**▪ Souhlasím s opiáty v hospicové péči**

Opiátové přípravky plní nezastupitelnou roli v hospicové péči při terapii bolesti a dušnosti. Participantka vyjadřuje svůj pozitivní postoj k jejich využití nejen v hospicovém prostředí, ale i mimo něj. *„Pokud někdo opravdu už trpí bolestmi, které se už nedají zvládnout jinou medikací, tak určitě souhlasím s opiáty v hospicové péči. Celkově i mimo hospicovou péči u lidí s velkými chronickými bolestmi nebo u lidí s nádorovým onemocněním, kteří se potýkají s bolestmi během léčby.“* Z rozhovoru je patrný její silný důraz na empatii. *„Nemám ráda, když lidi trpí, sama bych tak nechtěla vidět svého blízkého.“*

Zároveň bylo možné vnímat určitou nervozitu, když vyslovovala „pozitivní“ v kontextu s opioidy. Zjevně vnímala možnou kontroverzi svého názoru a obávala se, aby její postoj nebyl nesprávně ztotožňován například s eutanazií. *„Ale to je celkově můj jakoby pozitivní názor na opiáty.“*

▪ Rozhoduje hlavně lékař

Jako všeobecná sestra s kvalifikací získanou před školním rokem 2003/2004 nemá kompetence k samostatnému zahájení opiátové terapie. Během rozhovoru se opakovaně odkazovala na paní doktorku, zároveň reflektovala svou úlohu v procesu indikace. *„Rozhoduje hlavně lékař, který od sester slyší jako jak je klient bolestivý nebo není.“*

Z rozhovoru s participantkou vyplývá, že ačkoliv nemá kompetence k rozhodování o podání opioidů, její zkušenosti a dlouholetá praxe jí umožňuje předvídat postup terapie v souladu s lékařskými rozhodnutími. *„Postupuji podle lékaře, ale vlastně za ty roky už v podstatě vím, co mám udělat nebo tak.“*

▪ Ptám se jich a sleduji projevy

Náplní práce všeobecných sester je monitorovat a hodnotit bolest a zároveň sledovat účinek podaných analgetik. Participantka uvedla, že klientům pravidelně pokládá otázky zaměřené na bolest. *„Ptám se jich, zda mají bolesti, jestli se jim po lécích trochu ulevilo.“* V případech, kdy je verbální komunikace ztížená nebo znemožněná, se snaží bolestivé projevy důkladně posoudit na základě neverbálních podnětů. *„...vidím grimasování v obličeji, zvukové projevy, nějaké úlevové polohy. Celkově sleduji projevy při polohování, při ranní hygieně a v průběhu celého dne.“*

V případě výskytu nežádoucích účinků, participantka situaci ihned konzultuje s lékařem, který rozhoduje o dalším postupu. „Většinou se buď sníží dávka nebo se převede na jiný opioid nebo se převede na něco úplně jiného, pokud by to klientovi vůbec nesedlo.“

Nadřazené téma: EDUKACE JE NEJDŮLEŽITĚJŠÍ

▪ Je to v neustálé edukaci

V procesu zahájení opioidní terapie nese lékař hlavní odpovědnost za edukaci pacienta i jeho rodiny. Participantka vyzdvihuje: „hlavně edukuje paní doktora“, zvláště v situacích, kdy dochází ke zhoršení bolesti či dušnosti. Lékař informuje o nutnosti přechodu na opioidy a vysvětluje důvod této změny. Všeobecná sestra poté doplňuje a opakuje již poskytnuté informace. „Všechnu tuto půdu pro nás připraví doktorka, já jim potom jenom případně něco dovysvětlím, vysvětlím jim, jak funguje dávkovač, kdy se budou léky měnit a tak.“

Participantka považuje edukaci za důležitý aspekt poskytované péče. „Edukace je nejdůležitější a na její kvalitní provedení by se měl vždycky klást důraz.“ Důkladné informování pomáhá snižovat obavy a usnadňuje akceptaci terapie. „...když se to pořádně vysvětlí, tak to pak vnímají lépe a nemají tolik předsudky. Je to v té neustálé edukaci, vše vysvětlovat a někdy to je prostě těžké, ale snažíme se tady všechny.“

▪ Člověk musí rozumět tématu

Kvalitní edukace vyžaduje, aby osoba poskytující informace rozuměla tématu. Participantka zdůrazňovala: „Podle mě se edukace stává kvalitní, když člověk ví, co říká, musí rozumět tomu tématu, opiátům, aby to pak mohl vysvětlit.“ Kromě znalostí dané problematiky je nutné ovládat strategie efektivní edukace. „...najít si dostatek času, zorganizovat si tu práci tak, aby si člověk dostatek času našel, pak klidné prostředí, vyvarovat se hluku z okolí a tak.“

„Celkově se neustále vzdělávat a snažit se rozvíjet, to je důležité.“ V rozhovoru je rovněž vyzdvížen význam vzdělávání a profesního rozvoje, který umožňuje všeobecným sestram poskytovat edukaci na vysoké úrovni.

▪ Edukační letáčky

Při dotazování, na možná doporučení ke zlepšení edukace pacientů a jejich rodin v hospicové péči, participantka doporučila edukační letáčky. Ty vnímá, jako užitečný zdroj podpory edukace. „Je tam toho hodně napsané, lidé si to můžou kdykoli přečíst, když potřebují. Jsou tam srozumitelné a pravdivé informace...“ Také poukazuje na riziko

dezinformací z internetových zdrojů, které mohou vést k zbytečným obavám a zkresleným představám o opioidní terapii.

Nadřazené téma: VÝZVA PŘI EDUKACI

▪ Stala se mi nepříjemná zkušenost

Participantka v rozhovoru sdílela svou největší výzvu v rámci edukace. Popsala situaci, kdy manželka pacienta odmítala aplikaci opiátu ze strachu z urychlení jeho úmrtí. *„Když jsem přišla na pokoj, byla tam úplně zhroucená manželka... Řekla, že mu ten morfin dát nesmím, že ho tím nevyhnutelně zabiji. Injekci mi nedovolila aplikovat.“* Tato situace poukazuje, že přetrvávající předsudky a neinformovanost mohou vést k odmítnutí léčby, která by jinak mohla pacientovi výrazně ulevit.

Participantka se domnívá, že na situaci mohl mít vliv rychlý příjem pacienta i rychle se zhoršující terminální stav. *„Paní doktorka tu edukaci dělá vždycky poctivě a kvalitně, jenom v té těžké životní situaci manželky, těžko se vyrovnávala s budoucí ztrátou manžela.“* Je patrné, že se manželka nestačila vyrovnat s terminálním stavem svého manžela a jeho blížícím se úmrtím, což mohlo přispět k jejímu odmítavému postoji.

Situaci informantka vyřešila telefonickým konzultováním s lékařkou, která manželku opětovně informovala o účelu opioidní terapie. Jakmile manželka pochopila, že cílem je zmírnění dušnosti a zkvalitnění posledních hodin života, její obavy se zmírnily. *„Byť byla předtím úplně zhroucená, měla pocit, že selhala a nezvládla tu situaci, ale pěkně se to vykomunikovalo, byla klidnější a byla tam do posledních chvilí svého manžela.“* Situace poukázala na význam citlivé komunikace a důkladné edukace jako prostředek k překonání obav.

▪ Pokud je reakce negativní

Reakce pacientů a rodin na podání opioidních analgetik nemusí být vždy pozitivní, zvláště pokud nemají dostatečné informace. *„No, někdy se jim to nelíbí, většinou se setkávám, že rodina a pacient mají strach.“* Participantka zdůrazňuje, že negativní odezva se častěji objevuje u rodinných příslušníků než u samotných pacientů. *„Řekla bych, že horší odezva je od rodin. Protože klienti mají bolesti, které si uvědomí, a i když mají třeba strach a aplikuje se jim opiát, tak zjistí, že jim pomohl, bolesti se zmírnily a cítí se lépe.“*

Rodiny pacientů často vnímají opioidy s obavami: „*Rodiny mají většinou strach o svého velmi blízkého, bojí se možných nežádoucích účinků, útlumu a tak.*“ Nejčastější reakcí rodiny je strach. „*Rodiny se bojí, že bude jejich blízký moc utlumený, bojí se, že se muselo najet na takovou silnou léčbu, že to už je asi zlé.*“ Tyto obavy často pramení z přetrvávajících mýtů o opioidech nebo z emočně náročného procesu smířování se s blížícím se úmrtím blízkého.

Participantka byla dotazována, jak řeší negativní reakce rodinných příslušníků. „*Pokud je ta reakce negativní a staví se do opozice proti nám sestrám, tak volám paní doktorce, aby opět edukovala rodinu.*“ Z jejích slov bylo patrné, že vnímá lékařku jako důležitou oporu, na kterou se obrací v případě komplikací. Dodala, že pokud není lékařka osobně přítomna, kontaktuje ji telefonicky a konzultuje další postup.

▪ **Je těžké si zorganizovat čas**

Participantka v rozhovoru upozorňuje na bariéry, které vznikají během edukace. Kromě mylných přesvědčení o opioidech, zmiňuje nedostatek času a vysoké pracovní zatížení. „*Možná, když je toho opravdu hodně a je nás tu málo, tak je těžké si zorganizovat ten čas, abychom mohli nejen edukovat na to si myslím, že si každá snažíme ten čas najít ale třeba vyslechnout ty klienty a rodiny.*“

Rodiny a pacienti často nepotřebují pouze informace o poskytované péči, ale také prostor pro sdílení svých obav a emocí. „*Někdy si potřebují promluvit, říct co je trápí, potřebují být vyslechnutí nejde o to jim dávat rady, to v takových situacích ani nejde ale být tam pro ně a vyslechnout.*“

Další výzvu je nevhodné prostředí, jako je hluk a neklid v prostorách kamenného hospice, což může zvyšovat úzkost pacientů a jejich rodin. „*Někdy máme na oddělení neklidné klienty, kteří křičí a ono to jde slyšet, a může to znervóznit rodiny či klienty. To se samozřejmě snažíme vyřešit, ale někdy to je těžké.*“

Nadřazené téma: POSTUPEM LET JE TO LEPŠÍ A LEPŠÍ

▪ **Zkvalitní se jim konec života**

Jedním z nejrozšířenějších mýtů, které jsou s opioidy spojovány, je domněnka, že jejich podání urychluje umírání. Toto mylné přesvědčení v určité míře stále přetrvává. „*Možná to, že si lidi myslí, že po jeho aplikaci hned zemřou. Neví, že tak můžou žít delší dobu a uleví se jim od bolestí, více se jim zkvalitní konec života.*“

Správně nastavená terapie umožňuje pacientům fungovat i při vysokých dávkách opioidů. „*Můžou žít i na vysokých dávkách a odejdou pak důstojně a s respektem.*“ Tento přístup pomáhá nejen pacientům, ale i jejich rodinám, které se lépe smíří s terminálním stavem svého blízkého.

- **Vždycky byli dobře zamedikováni**

Z pohledu participantky došlo k výraznému posunu v informovanosti pacientů a jejich blízkých, když přicházejí do hospice. Zatímco dříve neměli dostatečné znalosti a edukace probíhala až po jejich příchodu, nyní přichází mnoho pacientů již edukovaných díky předchozí péči. „*Hodně už přicházejí edukováni z ambulancí paliativní medicíny, z ambulancí bolesti nebo od mobilních hospiců. To nám hodně ulehčuje práci, když klienti přijdou třeba s navedenými náplastmi nebo léky a už mají povědomí o opiátech.*“

Z hlediska účinnosti analgetik, participantka nevnímá rozdíl mezi minulostí a současností. Vždy se snažili pacientům poskytovat adekvátní analgetickou péči odpovídající jejich bolesti. „*Opravdu pokud ty bolesti byly i tehdy, tak byly vždycky dobře zamedikované. To je pořád stejné, snažíme se tu bolest zvládat, ulevit klientům, samozřejmě s postupným navyšováním dávky.*“ Cílem hospicové péče zůstává minimalizovat bolesti a zajistit co největší možný komfort pacienta.

5.3 Analýza rozhovoru P3

Základní informace o participantovi

Participant P3 je žena ve věku 60 let s vzděláním v oboru všeobecné lékařství a specializací v paliativní medicíně. Pracuje více než 15 let v mobilní specializované péči a 5 let v ambulanci léčby bolesti. Má dlouholetou zkušenost s opiátovými přípravky, které považuje za nezbytné a nazývá je zlatým standardem péče.

Participantka byla ochotná odpovědět na všechny otázky. Na začátku rozhovoru odpovídala stručně, ale ke konci se otevřela a ochotně sdílela své praktické zkušenosti. Na všechny doplňující otázky reagovala ochotně. Jednotlivá témata rozhovoru s participantkou č. 3 jsou následně blíže rozvinuta.

Hlavní a vedlejší témata

1. Nadřazené téma: TO JE MOJE PRÁCE

Podtémata:

- Zlatý standard péče
- Nežádoucí účinky jsou zcela podružné
- Žádnou výzvu nevnímám

2. Nadřazené téma: ZÁKLADEM DOBRÉ MEDICÍNY JE DOBRÁ KOMUNIKACE

Podtéma:

- Vše dopředu prodiskutujeme
- Vždy pravdivá odpověď
- Komunikační bariéry ze strany pacienta

3. Nadřazené téma: NIKDY SE NEJEDNÁ O EUTANAZII

Podtémata:

- Míra utrpení musí být větší než to ostatní
- Nejhorší je, když získají falešnou naději

Nadřazené téma: TO JE MOJE PRÁCE

- **Zlatý standard péče**

Rozhovor byl zahájen otázkou týkající se postoje participantky k využívání opioidů v hospicové péči. Ve své odpovědi vyjádřila pozitivní postoj a označila opioidy za: „*zlatý standard péče o hospicové pacienty*.“ Opioidy jsou klíčové pro kontrolu bolesti a dalších symptomů v terminální fázi života, avšak jejich podání není rutinní u všech pacientů. „*Když pacient nemá bolesti tak nedostane opiáty. Nemusí mít každý hospicový pacient takové bolesti, aby měl opiáty*.“

Indikace opioidní terapie vyžaduje cílený přístup založený na komplexním zhodnocení stavu pacienta. „*Zda má bolesti, jak intenzivní je má a zda je dušný, jak moc je dušný*.“ Tento přístup odpovídá individualizované péči, která se zaměřuje na zmírnění utrpení,

zachování komfortu a autonomie pacienta. Dále je souhlas pacienta považován za důležitý aspekt při zahájení terapie.

- **Nežádoucí účinky jsou zcela podružné**

Participantka vnímá nežádoucí účinky opioidů u hospicových pacientů jako vedlejší aspekt péče. „*V hospicové péči jsou zcela podružné, případně přechodné nežádoucí účinky řešíme medikamentózně.*“ Hlavním cílem je komfort pacienta, kterého lze dosáhnout cíleným tlumením nežádoucích účinků jinými léky. Mezi konkrétní strategie participantka uvádí: „*Nevolnosti řešíme antiemetiky, zácpu řešíme léky na zácpu, případně dneska už máme cílenou terapii, která je zaměřená na snížení opioidy indukované obštipace.*“

Existují situace, kdy je podání opioidních analgetik kontraindikováno. V rozhovoru participantka identifikovala tři hlavní faktory, které mohou vést k jejich dočasnému nebo trvalému vysazení. První z nich je závažná intolerance: „*Při těžké intoleranci na účinnou látku obsaženou v opiátech.*“ Další důvod uvádí vědomé rozhodnutí pacienta, který si vědomě přeje požit svůj terminální stav bez analgetické terapie. Posledním faktorem uvádí nutnost přerušování terapie v souvislosti s vyřizováním právních záležitostí. „*V situacích, kdy se řeší dědictví, různé přepisy majetku. Když se pacient chce ženit, pacienta vdávat. V takových situacích je vždycky potřeba tu léčbu pozastavit, aby to potom nebylo možné zneplatnit.*“

Pravidelné monitorování účinnosti léčby a zpětná vazba od pacientů jsou zásadní pro správné nastavení terapie. „*Pacient v hospicové péči má fyzickou kontrolu minimálně třikrát týdně, minimálně, záleží podle jeho stavu.*“ První kontrola po nastavení opioidní terapie se provádí hned následující den.

- **Žádnou výzvu nevnímám**

Participantka nevnímá zahájení opioidní terapie jako zásadní výzvu. Podle jejich zkušeností je přístup k opioidní terapii jednoznačný. „*Pakliže je pacient hospicový a jeho míra bolesti, jeho míra intenzity bolesti je taková, že potřebuje opioidy, tak je potřebuje.*“

Důležitým aspektem je schopnost vést s pacientem a jeho rodinou otevřenou komunikaci. Přesto participantka zmínila situace, kdy pacienti odmítají léčbu z vlastního rozhodnutí. „*Někteří pacienti prostě nechtěli žádnou léčbu. Ale nebylo to, že by měli strach z opiátů jako takových léků po dobře provedené komunikaci.*“

Nadřazené téma: ZÁKLADEM DOBRÉ MEDICÍNY JE DOBRÁ KOMUNIKACE

▪ Vše dopředu prodiskutujeme

Otevřená komunikace je základním pilířem medicíny, zvláště v hospicové péči, kde pacienti a jejich rodiny často čelí obavám a nejistotám. Včasná diskuse o potřebnosti opioidů usnadňuje jejich přijetí. *„Dopředu je to prodiskutované, strach se tak snažíme snížit.“* Pacienti často vnímají zahájení opioidní terapie jako konečnou fázi života, což může být spojeno s procesem smíření se s blížícím se koncem života. *„Podávání morfinu někteří lidi vnímají už konečný stav dané nemoci. Což ale je úplně na místě, ono to tak i může být, jako konečný stav.“*

Cílem edukace je poskytnout pacientům a jejich rodinám dostatečné informace o dané problematice. *„Nemusí mít žádné informace, když vstupují do péče, ale musí ode mě ty informace dostat natolik, aby se v tom byli schopni poté rozhodnout.“* Participantka zdůrazňuje dodržování etických principů, zejména informovaného souhlasu, který respektuje autonomii pacienta. *„Edukace musí být vždycky kvalitní, kvalitně provedena. Základem dobré medicíny je dobrá komunikace. Je nutné ji umět ovládat, umět používat v praxi.“*

▪ Vždy pravdivá odpověď

Pacienti a jejich rodiny mají právo být kompletně informovaní o plánované péči. *„Vždy pravdivá odpověď. Není co skrývat, pacient a rodiny musí vědět co, jak a proč dáváme.“* Participantka v rozhovoru popisuje praktické aspekty opioidní terapie, jako je způsob podání a přizpůsobování léčby. *„Zda budeme podávat léky per os, nebo budou nasazeny opiátové náplasti, jak často se budou měnit.“*

Rozhovor ukazuje, že participantka podporuje aktivní spolupráci pacientů a jejich blízkých při rozhodování v péči, aby se snížila nedůvěra a obavy spojené s opioidní terapií. Dále se zaměřuje nejen na snížení symptomů, ale také na psychosociální podporu pacienta a jeho nejbližších.

▪ Komunikační bariéry ze strany pacienta

Komunikační bariéry ze strany pacientů vycházejí ze strachu a mylných představ o opioidech. Participantka uvádí, že pacienti často reagují slovy: *„Já už mám opiáty, já umírám.“* Tento názor vychází z mýtu, že opioidní analgetika jsou podávána výhradně

při blížícím se konci života, což není vždy pravda. „*Můžeme dávat opiáty třeba v ambulanci paliativní medicíny dlouhodobě, několik let.*“

Po dotazování, zda se informantka setkala s nedorozuměním, uvedla příklad z praxe: „*Je potřeba vysvětlit například vy jste chronická obstrukční choroba, jste významně dušný, když dostanete minimální dávku třeba transdermální náplast jako Fentanyl, nic se nezmění, ale vy se nebudete cítit natolik dušný. A zkvalitní se vám život.*“

Nadřazené téma: NIKDY SE NEJEDNÁ O EUTANAZII

▪ Míra utrpení musí být větší než to ostatní

Participantka neidentifikuje v souvislosti opioidů v hospicové péči žádná etická dilemata. Vnímá, že u pacientů v terminálním stádiu není podání opioidů eticky sporné, jelikož jejich hlavním cílem je zmírnění utrpení, nikoliv ovlivnění délky života. „*Etické dilema by bylo jako neubližuji tomu pacientovi, protože ty opiáty nastavuji.*“

Jednou z mála situací, které by mohly být vnímány jako eticky náročné, je podle participantky paliativní analgosedace, farmakologicky navozené snížení úrovně vědomí pacienta. „*K té já v hospicové péči přistupuji tehdy, jestliže míra utrpení pacienta převyšuje možnost jiné léčby a jestliže je pacient schopný se rozhodnout.*“ O této situaci musí být pacient a jeho rodina dostatečně informováni. „*To mám dopředu prodiskutované. Až mi pacient řeknete, že je to neúnosné, tak ho uspím.*“

Paliativní analgosedace se neomezuje pouze na terminální sedaci. „*Už několikrát se mi stalo, že pacienta uspím na 24 hodin a pak ho probudím.*“ To umožňuje pacientovi si krátkodobě odpočinout od extrémního utrpení bez trvalé sedace až do úmrtí.

„*Míra utrpení musí být větší než to ostatní. Aby ho převýšilo pouhé podání opiátu.*“ Participantka detailněji popisovala etické dilema, se kterým se v praxi setkává při zahajování paliativní analgosedace. „*Podání opiátu nezmění, že by pacient třeba nebyl schopný jíst, pacient třeba nejí, protože je mu zle. Ale teprve tehdy, když já přistoupím k tomu, že ho opravdu uspím. Přestává jíst a je to jasné. Tím se ten konec nějakým způsobem urychlujeme.*“

Zavedení paliativní analgosedace vyžaduje důkladné zvážení přínosů a rizik. Rozhodnutí je vždy na základě diskuse s pacientem a rodinou, která musí být o postupu dostatečně informována. „*Musíte jim to všechno vysvětlit. Že teďka je ta doba, kdy už to je pro pacienta neúnosné a přeje si to.*“ Participantka odmítá spojitost paliativní

analgesedace s eutanazií. „*Nikdy se nejedná o eutanázii. Není to přímé usmrcení.*“ Jedná se o postup zmírnění utrpení v konečné fázi života.

- **Nejhorší je, když získají falešnou naději**

Většina pacientů a jejich blízkých vnímají vstup do hospicové péče jako zásadní moment přijetí reality terminálního onemocnění. Přesto se mohou objevit situace, kdy dojde k nesprávnému očekávání ohledně prognózy. Z praxe participantky vyplývá, že stěžující moment nastává, když pacient a jeho rodina získají falešnou naději na uzdravení či prodloužení života. „*Měli jsme pacienta, kterého jsme přijímali na podzim, s tím, že to byla hospicová péče na poslední měsíc. A pacient umřel až na jaře loňského roku.*“

Tento případ vedl k emocionálně náročnému závěru života, k psychickému i fyzickému vyčerpání. „*A ten konec byl pro něho nesmírně těžký. Protože tím, jak on byl obrovský bojovník, tak ten okamžik, kdy to opravdu už je ten konec, byl pro něho takový zlom.*“ Pacient si přál být při vědomí a kontrolovat svou léčbu až do závěrečných hodin života. „*Tam se v podstatě po jeho souhlasu nedávala paliativní analgesedace. Tam se dala opravdu jenom pravidelná aplikace morfinu. Kdy on dal souhlas k tomu, že už fakt má takové bolesti.*“ Po zahájení opioidní terapie pacient zemřel do pár hodin, což ilustruje, že opioidní terapie neurychlila smrt, ale poskytla úlevu od nesnesitelné bolesti a minimalizovala utrpení v závěrečných hodinách života.

5.4 Analýza rozhovoru P4

Základní informace o participantovi

Participant P4 je žena ve věku 52 let s vzděláním v oboru všeobecné lékařství, dále absolvovala specializaci v paliativní medicíně. V mobilní specializované paliativní péči pracuje 10 let a s opiátovými přípravky má dlouholetou praxi. V rozhovoru vyjadřuje svůj pozitivní postoj k jejich využívání.

Participantka ochotně odpovídala na všechna témata rozhovoru. Jednotlivá témata rozhovoru s participantkou č. 4 jsou následně blíže rozvinuta.

Hlavní a vedlejší témata

1. Nadřazené téma: OPIÁTY JSOU V PODSTATĚ BEZPEČNÉ LÉKY

Podtémata:

- Nevidím důvod nedávat opiáty

- Nikoho nenutím
- Vždycky se začíná od nízké dávky

2. Nadřazené téma: KOMUNIKACE JE ZÁKLAD

Podtéma:

- Každý pacient reaguje jinak
- Někdy je zapotřebí více vysvětlování
- Překonat ty předsudky

3. Nadřazené téma: JE TO POŘÁD TABU VE SPOLEČNOSTI

Podtéma:

- Někdy to slovo morfin je těžké
- Je to lepší než před několika lety

Nadřazené téma: OPIÁTY JSOU V PODSTATĚ BEZPEČNÉ LÉKY

- Nevidím důvod nedávat opiáty

Participantka vyjadřuje pozitivní postoj k využívání opioidních analgetik v hospicové péči, přičemž vyzdvihuje, že jejich podání není automatické u všech pacientů. „*Není to tak, že by každý musel mít opiát, ale když má člověk bolesti nebo je dušný, tak s tím nemám problém nebo nevidím důvod nedávat.*“ Tento přístup odpovídá zásadám paliativní medicíny, která klade důraz na individuální posouzení symptomů pacienta a jejich vliv na kvalitu života.

Rozhodování o indikaci opioidní terapie podle participantky vychází z kombinace dvou faktorů: „*Z jedné strany potíže pacienta, jeho bolesti nebo dušnost. A z druhé strany postoj toho ošetřujícího lékaře.*“ Rozhodovací proces zahrnuje kontinuální sledování pacienta a vyhodnocování míry diskomfortu. „*Ptám se a sleduji, jakou má intenzitu bolesti, kdy se stává neúnosná nebo ovlivňuje jeho každodenní činnosti. Nebo u dušnosti, když jedinec má vysokou míru dušnosti, klidové dušnosti nebo dušnost při běžné denní aktivitě.*“

Z rozhovoru s participantkou vyplývalo, že vnímá opioidy jako bezpečnou a efektivní volbu pro zvládání bolesti nebo dušnosti u pacientů v terminálním stádiu onemocnění.

- **Nikoho nenutím**

Podávání opioidních analgetik v hospicové péči je založeno na individuálním přístupu a respektování přání pacienta. I přes účinnost opioidů nejsou vždy vhodným řešením pro každého: „*Určitě tam, kde lidi nesouhlasí, odmítají podání opiátu. Někdo ho opravdu nechce.*“ Někteří pacienti mohou mít alergické reakce na účinné látky obsažené v opioidech: „*A pak lidi, kteří s tím mají nežádoucí, negativní zkušenosti, třeba alergie na určité látky.*“

V případech, kdy pacient odmítne opioidní terapii hledá participantka alternativní způsoby zmírnění utrpení. „*Nikoho nenutím a zvažuji poté jinou terapii.*“ Tímto přístupem dává najevo respekt k autonomii a budování důvěrného vztahu s pacientem a jeho rodinou.

- **Vždycky se začíná od nízké dávky**

Zahájení opioidní terapie probíhá postupně. Nejdříve se zváží neopiooidní analgetika a následně se podle potřeby nasazují slabší opioidy. „*Nejdříve se začíná s jinými analgetiky, postupně se slabšími opiáty a tak. Není to vždy hned na silné opiáty jako je morfin, ale to je různé, podle toho, jaké mají ti pacienti bolesti.*“ Snahou je zmírnit zátěž pacienta a nastavit terapii jeho individuálnímu stavu a potřebám.

Pacient dostává pouze takové množství léčiva, které je nezbytné k dosažení úlevy od symptomů, přičemž je snaha tlumit výskyt nežádoucích účinků. „*A dávka, no vždycky se začíná od nízké dávky, postupně se navyšuje.*“

Nadřazené téma: KOMUNIKACE JE ZÁKLAD

- **Každý pacient reaguje jinak**

Participantka v rozhovoru upozornila na rozmanitost reakcí pacientů a rodinných příslušníků na zahájení podávání opioidů. „*Jednak pozitivní, to znamená, že to vnímají jako úlevný krok a jsou rádi. Naopak na druhou stranu jsou i předsudky, kde je někdy zapotřebí více vysvětlování nebo i třeba volba, jiné terapie.*“ Přístup participantky k získávání zpětné vazby o účinnosti a nežádoucích účincích opioidů je založen na pečlivém sledování a otevřené komunikaci. „*Ptám se na ty potíže, ptám se na jejich změnu. Přímo rozhovorem s pacientem nebo jeho pečujícími osobami a jeho okolím. Taký vidím třeba úlevu nebo naopak zhoršení.*“

Každý pacient reaguje na podání opioidů jiným způsobem. „*Je třeba si vzít v úvahu toho konkrétního pacienta. Každý pacient jinak reaguje, je nutné to sledovat a pak individuálně řešit.*“ V případě nežádoucích účinků existuje řada způsobů, jak je účinně

potlačit. „*Když se něco objeví, vždycky je postup, jak se k tomu postavit. Máme hodně medikamentů, které dokážou případné nežádoucí účinky potlačit.*“

- **Někdy je zapotřebí více vysvětlování**

Komunikace s pacientem a jeho rodinou je nezbytná pro zahájení opioidní terapie. Participantka vysvětluje, že pravidelné, srozumitelné a empaticky sdělené informace jsou zásadní. „*Pravdivě, vysvětluji proč, jaký to bude mít efekt, jaké to může mít nežádoucí účinky a jak je budeme případně řešit. Taký vysvětluji, co jim to přinese, že přijde úleva a zlepší se jim poslední chvíle života.*“ Tímto přístupem se snaží zmírnit obavy a zvýšit přijetí opioidní terapie.

V případech, kde přetrvávají obavy nebo strach, doporučuje opakované vysvětlování a edukaci. „*Řeším to edukací, opakovaným vysvětlováním. Jaký budou mít léky účinek, jaký efekt. Vysvětluji, že ty nežádoucí účinky se dají řešit, není to neřešitelné. Je to u těch lidí individuální.*“

- **Překonat ty předsudky**

Jednou z hlavních výzev v komunikaci o opioidech je překonání předsudků, které pacienti a jejich rodiny mohou mít. Participantka se nejčastěji setkává se strachem. „*Strach z nežádoucích účinků, potom někdy i strach z nějakého významnějšího utlumení.*“ Tyto obavy jsou často důvodem, proč pacient a rodina zpočátku odmítají terapii.

Lidé často vstupují do hospicové péči s předem vytvořenými názory na opioidy, které nejsou vždy v souladu se skutečností. „*Překonat předsudky, spousta lidí má nějaké už vytvořené, mají nějaký názor, který si nesou na opiáty. Ne vždy je to ku prospěchu toho pacienta.*“ Opakované poskytování pravdivých informací vnímá participantka jako klíčový faktor pro překonání předsudků.

Nadřazené téma: JE TO POŘÁD TABU VE SPOLEČNOSTI

- **Někdy to slovo morfin je těžké**

Participantka opakovaně zmiňuje, že někteří pacienti a jejich rodiny mají mylné představy o opioidech, což může souviset s obtížným přijetím blížícího se konce života. „*Někdy je to těžké, je přesvědčit o té pravdě.*“ Tento postoj je často spojen s emocionálními

bariérami. „*Ono to souvisí i s tím, že nejsou třeba úplně smíření, což v té situaci je to těžké, umírá jim jejich manžel, manželka, tatínek, maminka a tak.*“

Slovo morfin, může být samo o sobě pro některé lidi problematické. „*Někdy to slovo morfin je pro ně těžké, s tím mají hodně ty myty spojené, ale říkám dá se to vysvětlit.*“

Komunikace a trpělivé vysvětlování tvoří jádro snahy o překonání těchto bariér. „*Někdy jim trvá, nechtějí o tom mluvit nebo nejsou připravení o tom mluvit. Někdy to trvá, než se k tomu přikloní. Než pochopí ten důvod, proč se to podává, aby se jim ulevilo, není to o tom, že jim chceme zkrátit život není to eutanazie.*“ Participantka odmítá spojování opioidů s eutanázií a zdůrazňuje, že jejich podávání je vždy zaměřeno na zlepšení kvality života pacienta.

▪ Je to lepší než před několika lety

Participantka vnímá edukaci o opioidech nejen jako součást širší společenské otázky. Ačkoli se situace zlepšila, přetrvávají jistá tabu. „*Je to sice lepší ale někdy vnímám, že je to pořád tabu ve společnosti.*“ Podle ní je klíčové šířit povědomí o tom, že pacienti nemusí trpět silnou bolestí, pokud je jejich farmakoterapie adekvátně nastavena.

Rozvoj paliativní péče vnímá jako významný faktor přispívající ke zlepšení edukace. „*Paliativní péče jde teď hodně dopředu. Více lidí edukuje.*“ Informace o opioidech se stávají součástí širšího povědomí ve společnosti. „*Ted' je to určitě lepší než před několika lety. Dříve to bylo takové tabu, což bylo spíše ke škodě těm pacientům.*“ Upozorňuje na rostoucí dostupnost informací prostřednictvím médií, odborných edukačních materiálů a internetu „*Je to mnohem lepší, lidé to už slyší v mediích a obecně o opiátech mají různé edukační materiály, můžou si cokoli vyhledat. Internet je hodně přístupný.*“

Navzdory pokroku v edukaci veřejnosti je stále třeba věnovat pozornost odstranění přetrvávajících mýtů a obav spojených s opioidy.

5.5 Analýza rozhovoru P5

Participant P5 je ženského pohlaví ve věku 37 let. Vystudovala vyšší odbornou školu zdravotnickou, obor Diplomovaná všeobecná sestra. Pracuje v zařízení kamenného hospice v blíže nespecifikovaném regionu v délce 6 let a má dlouholeté zkušenosti s opiátovými přípravky v hospicové péči. V rozhovoru vyjádřila pozitivní postoj k jejich využívání.

Projev participantky byl přirozený, ochotně odpovídala na všechny témata i doplňující otázky. Jednotlivá témata rozhovoru č. 5 jsou dále podrobněji rozvedena.

Hlavní a vedlejší témata

1. Nadřazené téma: ZÁLEŽÍ NEJVÍC ABY MĚLI KLINÝ ODCHOD

Podtémata:

- Pomůže jim to ulevit
- Kontroluji a ptám se
- Když ten pacient nesouhlasí

2. Nadřazené téma: VYSVĚTLÍM, ŽE SE NEMUSÍ BÁT

Podtéma:

- Informuje hlavně lékař
- Předsudky, co někteří mají
- Celkově ty lidi více edukovat

3. Nadřazené téma: MŮŽE DOJÍT K VYHROCENÝM SITUACÍM

Podtéma:

- Reakce jsou různorodé
- Kvalita edukace nemá žádný efekt...

Nadřazené téma: ZÁLEŽÍ NEJVÍC ABY MĚLI KLINÝ ODCHOD

- **Pomůže jim to ulevit**

Participantka vnímá podávání opioidních analgetik v hospicové péči jako její nedílnou součást. „*Můj postoj je kladný.*“ Zdůrazňuje jejich význam pro pacienty v terminálním stádiu onemocnění. „*Lidem pomáhá před smrtí od bolesti a uklidňuje je to, aby nevnímali celkově ten odchod.*“ Opioidy neplní pouze analgetickou funkci, ale mají také význam pro zajištění důstojného a komfortního závěru života.

Podle participantky je situace v hospicové péči odlišná od jiných forem zdravotnické péče. „*Tady je to jiné a pomůže jim to ulevit.*“ Upozorňuje na specifika paliativního přístupu, kde je prioritou individuální přístup.

- **Kontroluji a ptám se**

Pro zjištění optimální účinnosti opioidů participantka klade důraz na pravidelné sledování a aktivní získávání zpětné vazby od pacientů ohledně účinnosti podávaných léčiv.

Kontinuální hodnocení analgetické odpovědi umožňuje rychlou reakci na případné komplikace. „*Během směny kontroluji, ptám se jich opakovaně. Dotazuji se, jestli ta bolest je mírnější, nebo naopak neustála.*“ Součástí tohoto procesu je i sledování případných nežádoucích účinků. „*A pozoruji na nich změny fyziologických funkcí, jak teplotu, tak kožní změny a nauzeu například.*“

V případě výskytu nežádoucích účinků: „*No ihned informuji vedoucího lékaře, který opiáty meditoval nebo nastavoval medikaci opiátu.*“ Participantka dále postupuje podle pokynů lékaře.

▪ **Když ten pacient nesouhlasí**

Podání opioidů v hospicové péči vychází z principu autonomie pacienta a informovaného souhlasu. Participantka zdůrazňuje, že rozhodnutí o jejich podávání je vždy založeno na souhlasu pacienta. „*Je to vždycky o domluvě a dává se až když to třeba pacient uzná za potřebné, když už má ty bolesti nesnesitelné.*“ Tímto přístupem je v souladu s etickými zásadami paliativní medicíny, která zdůrazňuje právo pacienta na rozhodování o vlastní léčbě.

Kromě respektování pacientova přání je nutné zohlednit i individuální zdravotní stav a anamnestické údaje pacienta. „*Když měl v minulosti nějakou alergickou reakci tak to se pak volí analgetikum s jinou účinnou látkou.*“ Zdůrazňuje možnost přizpůsobení terapie a možnou změnu druhu a formy opioidu. „*Je výhoda že jich je v dnešní době mnoho a může se to měnit.*“ Toto přizpůsobení umožňuje flexibilní reakci na potřeby pacienta a současně minimalizovat rizika spojená s nežádoucími účinky.

Nadřazené téma: VYSVĚTLÍM, ŽE SE NEMUSÍ BÁT

▪ **Informuje hlavně lékař**

V procesu edukace pacientů a jejich rodin má klíčovou roli lékař: „*Informuje hlavně ošetřující lékař.*“ Lékař poskytuje pacientům a jejich rodinám většinu informací. Úloha všeobecné sestry spočívá především v poskytování informací, které se týkají každodenní péče. „*Informuju v případě, když se pacient nebo rodina během mé služby doptává na nějaké informace. Na informace, třeba praktické informace ohledně výměny dávkovače, co s dávkovačem a tak.*“ Tento komplexní přístup zajišťuje, že pacienti a jejich blízké osoby jsou informováni o všech aspektech péče. Multidisciplinární tým, který zahrnuje lékaře, všeobecné sestry, sociální pracovníky a další odborníky, pracuje společně na tom, aby pacienti dostali komplexní podporu, která zahrnuje nejen zdravotní, ale i psychickou,

sociální a spirituální péči. Díky této spolupráci je možné zajistit, že pacienti a jejich rodiny mají přístup k veškerým potřebným službám a informacím, které jim umožní zvládnout náročné situace spojené s terminálním stavem.

- **Předsudky, co někteří mají**

V procesu edukace pacientů a jejich rodin se participantka setkává s předsudky, které někteří lidé vnímají vůči opioidům. „*Setkávám se tu s těmi předsudky, co někteří mají.*“ Někteří lidé srovnávají opioidy s nelegálními drogami. „*Někdy si lidi myslí že opiáty jsou jako drogy a oni to srovnávají třeba s nějakým heroinem.*“ Je nutné vysvětlit, že opioidy používané v hospicové péči nejsou stejné jako nelegální drogy. „*A je potřeba vysvětlit že to nejsou drogy, které se berou za jakoby dveřmi kamenného hospice, že tady je to jiné a pomůže jim to ulevit.*“

Tyto předsudky jsou často vlivem nedostatečné informovanosti a strachu z možných nežádoucích účinků. Kvalitní komunikace a edukace proto mají zásadní význam v překonání těchto bariér a zajištění, aby pacienti dostali adekvátní péči.

- **Celkově ty lidi více edukovat**

Edukace pacientů a jejich rodin je zásadním prvkem péče, který vyžaduje systematický přístup, individuální přizpůsobení a zajištění kvalitních informací. Participantka navrhuje aspekty efektivní edukace, které usnadňují proces adaptace a minimalizují předsudky.

„*Zorganizovat si tu práci tak aby měl člověk dost času na tu edukaci, to je důležité.*“ Participantka reflektuje, že všeobecné sestry by si měly efektivně zorganizovat časový plán práce tak, aby měly dostatek prostoru nejen pro praktické a administrativní úkony, ale také pro samotnou informovanost pacientů a jejich rodin. Kromě poskytování odborných informací je nezbytné, aby měly čas na individuální přístup, aktivní naslouchání a odpovídání na otázky. Efektivní plánování práce umožňuje nejen lepší organizaci práce, ale také podporuje vztah důvěry mezi zdravotníky a pacienty.

Někteří pacienti či jejich rodinní příslušníci nejsou obeznámeni s odbornou terminologií. „*Pak samozřejmě edukovat srozumitelně pro toho člověka, ne každý třeba rozumí různým odborným výrazům.*“ Naopak u vzdělaných pacientů je důležité se vyhnout přílišnému laickému přístupu. „*Někdy máme velmi vzdělané lidi, kteří měli různá vysoká postavení a tam je to taky potřeba přizpůsobit. Ať se s nimi zase nebavíme moc laicky to je i pro ně třeba potupné, když jsou vzdělaní.*“ Je zásadní volit vhodnou úroveň

komunikace, která nebude pro méně informované pacienty matoucí, ale zároveň nebude příliš zjednodušená pro ty, kteří mají hlubší znalosti.

Jako možnou cestu ke zvýšení informovanosti participantka navrhuje formu edukačních materiálů. *„Třeba edukační letáčky, se kterými by se setkávali při vstupu a odchodu z hospice.“* Zároveň je důležitá prevence dezinformací, na kterou informantka upozorňuje. *„Celkově ty lidi více informovat, odkázat je na kvalitní informace, kdyby si chtěli i sami něco zjistit ať pak nečerpají nějaké dezinformace a pak si vytváří ty předsudky.“*

Nadřazené téma: MŮŽE DOJÍT K VYHROČENÝM SITUACÍM

▪ Reakce jsou různorodé

V průběhu poskytování hospicové péče může docházet k vyhroceným situacím, které pramení z odlišných postojů pacientů a jejich rodin k opioidní terapii. *„Když ti lidi mají málo informací nebo třeba v té těžké životní situaci se jim to těžko vnímá tak pak může dojít k těm vyhroceným situacím.“*

Participantka uvádí příklad z praxe, kdy zažila zmiňovanou vyhrocenou situaci. *„Byla tady manželka pacienta, která nebyla smířená s jeho odchodem.“* V kritickém okamžiku bránila v podání opioidů, přestože pacient v terminální fázi onemocnění trpěl bolestí a dušností. *„Měla strach, že ho zabijíme tou injekcí.“* Situace vyžadovala přítomnost lékaře, který jí musel opakovaně citlivě vysvětlit význam podání opioidu. *„A manželka poté svolila k tomuto s tím, že když se opiát podával, tak si zakrývala oči. A, křičela nám ne, ne, ne.“*

Po smrti manžela, se jeho manželka zhroutila, což ukazuje na význam podpory nejen pacientů, ale i jejich blízkých.

Reakce na nabídku podávání opioidů se značně liší. *„Někteří pacienti nás prosí, aby už opiát dostali, jiní jsou skeptičtí vůči tady té léčbě a bojí se.“* Obavy se neomezují pouze na samotné pacienty, ale často se ve větší míře projevují i u jejich rodinných příslušníků. *„Bojí se i jejich rodiny, protože neví, co to obnáší.“* Tyto obavy mohou být důsledkem nedostatečné informovanosti. Rodiny pacientů se často obávají, že opioidy mohou způsobit urychlení umírání, vést k nadměrné sedaci nebo ztrátě vědomí pacienta. Tyto obavy v nich vyvolávají nejistotu a odpor k této léčbě. V takových případech je zásadní role zdravotnického personálu, který musí empaticky a citlivě reagovat na obavy pacientů a jejich rodin a poskytnout jim dostatečné informace.

- **Kvalita edukace nemá žádný efekt...**

Účinnost edukace v hospicové péči je do značné míry závislá na stavu vědomí pacienta a jeho schopnosti informace vnímat a zpracovat. Participantka reflektuje situace kdy by se měl klást důraz na kvalitu edukace. *„Pokud ten člověk je orientovaný a je plně při smyslech, tak bych byla pro kvalitu edukace. Měla by se provádět dobře jako srozumitelně, otevřeně a v logické posloupnosti, neskákat z jedné věci na druhou to by je pak ještě více zmátlo.“*

Naopak v případech, kdy má pacient poruchu vědomí či není schopný adekvátně přijímat informace, informantka postrádá smysl edukace. *„Pokud je pacient v takovém stádiu, že už je třeba v soporu nebo je dezorientovaný, tak kvalita edukace nemá žádný efekt, nebo spíše ji s tím pacientem nejde provést.“* V takových situacích je důležité zaměřit se na edukaci rodiny.

Participantka upozorňuje, že ne všichni pacienti mají rodinné příslušníky, kteří by mohli být edukováni, což poukazuje na nutnost individuálního přístupu.

5.6 Společná témata

Po provedení analýzy jednotlivých rozhovorů byly nalezeny společná témata, která se objevovala u více participantů. V závěrečné fázi analýzy je důležité propojit případy a identifikovat mezi nimi souvislosti.

Pozitivní zkušenosti s opioidními přípravky

Všichni účastníci rozhovorů vyjadřují pozitivní postoj k využívání opioidů v hospicové péči. Celkově rozhovory ukazují, že opioidy jsou v hospicové péči vnímány jako nezbytný nástroj pro kontrolu bolesti a dalších symptomů. Participantka P1 zdůrazňuje jejich vysokou účinnost při zmírňování bolesti a úlevu, kterou přináší klientům. Participantka P2 souhlasí s používáním opioidů nejen v hospicové péči, ale i mimo ni, zejména u pacientů s velkými chronickými bolestmi nebo nádorovým onemocněním. Jako zlatý standard péče v terminální fázi života, nazývá opioidy participantka P3. Vyjadřuje svůj kladný postoj k jejich využívání a považuje je za nezbytné pro kontrolu bolesti a dalších symptomů. Participantka P4 vnímá opioidy jako bezpečnou a efektivní volbu pro zvládání bolesti nebo dušnosti u pacientů v posledním stádiu onemocnění. Participantka P5 považuje podávání opioidních analgetik za nedílnou součást hospicové péče. Zdůrazňuje, že opioidy nejen zmírňují bolest, ale také přispívají k zajištění důstojného a komfortního závěru života pacientů.

Faktory ovlivňující rozhodování

Rozhodování o zahájení opioidní terapie v hospicové péči je ovlivněno řadou faktorů. Participantka P2 je všeobecná sestra, která nemá kompetence k samostatnému zahájení opiátové terapie. O podávání opioidů rozhoduje lékař, který také samotné opioidy ordinuje. Přestože nemá kompetence k samostatnému zahájení terapie, vyzdvihuje, že její pozorování a zpětná vazba jsou zásadní pro rozhodovací proces lékaře. Participant P3 a P4 jsou lékaři s odbornou způsobilostí v oblasti paliativní péče, zdůrazňují nutnost komplexního zhodnocení stavu pacienta pro indikaci opioidů. Obě participantky také poukazují na význam souhlasu pacienta jako nezbytnou podmínku pro jejich rozhodnutí.

Rizika spojená s užíváním opioidních analgetik

Výskyt tohoto tématu byl zaznamenán u všech participantů. Participantka P1 vnímá rizika a nežádoucí účinky jako běžnou součást terapie. Udává, že každý lék má své nežádoucí účinky a opioidy nejsou výjimkou. Participantky P1, P2 a P5 jsou všeobecnými sestrami, všechny reflektovaly, že při výskytu komplikací ihned informují lékaře a dále postupují podle jeho ordinace. Uváděly, že jejich úloha spočívá v monitorování stavu pacienta a včasném rozpoznání potencionálních komplikací. Participantka P3 vnímá nežádoucí účinky jako zcela podružné. Jako hlavní cíl péče vnímá komfort pacienta a případné nežádoucí účinky lze tlumit jinými medikamenty. Ze všech rozhovorů vyplývá, že pravidelné monitorování stavu pacienta je nezbytné pro minimalizaci rizik spojených s opioidní terapií.

Edukace pacientů a rodin

Všichni účastníci rozhovorů poukazovali na význam kvalitní edukace v procesu zahajování opioidní terapie. Pro optimalizaci edukačního procesu byly zmiňovány obdobné zásady, které zahrnují poskytování jasných a srozumitelných informací. Participantka P1 upozorňuje na individuální přístup a potřebu dostatečného času pro komunikaci s klienty a rodinami. Participantka P2 reflektuje, že kvalitní informace lze poskytovat pouze tehdy, pokud edukující osoba rozumí tématu opioidů. Participantka P3 vnímá otevřenou komunikaci jako základní pilíř medicíny, která by měla být poskytována pravdivě a včas. Participantka P4 vysvětluje, že pravdivé, srozumitelné a empaticky sdělené informace jsou zásadní pro zahájení terapie a zmírnění obav. Participantka P5 zdůrazňuje nutnost individuálně přizpůsobit edukaci pacientovi, aby nebyla poskytována příliš laicky či s přílišnou odbornou terminologií.

Obavy během edukace

Během edukace pacientů a jejich rodin se často vyskytují obavy spojené s opioidní terapií. Participantka P1 konstatuje, že kvalitní edukace má zásadní význam pro akceptaci a redukci obav. Zároveň nevnímá obavy pacientů a jejich rodinných příslušníků jako výzvu. Participantka P2 se setkává s negativní odezvou častěji ze strany rodinných příslušníků než u samotných pacientů. Rodiny se obávají možných nežádoucích účinků a bojí se brzké ztráty jejich blízkého člena. Opakované poskytování pravdivých informací považuje participantka P4 jako efektivní nástroj pro překonání předsudků a obav.

Výzvy během komunikace

Edukace pacientů a jejich rodin při zahájení opioidní terapie často představuje výzvu, se kterou se všichni účastníci rozhovorů v praxi setkávají. Participantka P1 poukazuje na to, že neadekvátní informování může negativně ovlivnit přístup k opioidům. V rozhovoru popsala osobní zkušenost, kdy rodina pacienta odmítla podání morfinu z důvodu nedostatečného porozumění účinkům léčby. Obdobnou nepříjemnou zkušenost reflektovala participantka P2, kdy manželka pacienta odmítla aplikaci opioidu ze strachu z urychlení smrti. Participantka P3 nevnímá zahájení opioidní terapie jako zásadní výzvu, ale zdůrazňuje nutnost otevřené komunikace. Participantky P4 a P5 vnímaly předsudky pacientů a rodin jako jednu z hlavních výzev v komunikaci o opioidech. Celkově z rozhovorů vyplývá, že kvalitní edukace a otevřená komunikace jsou nezbytné pro překonání etických a komunikačních výzev spojených s opioidní terapií.

Pokrok v paliativní péči

Rozvoj paliativní péče je téma, které je společné pro participantky P1, P2 a P4. Všechny se shodují v tom, že tento rozvoj vede ke zlepšení přístupu k opioidům a lepší edukaci pacientů, jejich rodin a pečujících osob. Participantka P1 poukazuje na to, že během jejich devíti let v hospicovém zařízení došlo významnému posunu v přístupu k opioidům. Zatímco dříve byly opioidy nasazovány až v hospici, nyní přicházení klienti často s již nastavenou opioidní terapií z předchozí péče. Participantka P2 zmiňuje, že pacienti a jejich rodiny jsou nyní lépe informováni o paliativní péči než dříve. Participantka P4 vnímá edukaci o opioidech jako součást širší společenské otázky, ačkoli se situace zlepšila, přetrvávají jistá tabu. Společný názor na rozvoj paliativní péče vnímají participantky jako klíčový faktor pro zlepšení kvality života pacientů a zvýšení povědomí o opioidech.

5.7 Interpretace analýzy výzkumu

Interpretativní fenomenologická analýza umožnila zachytit hlubokou subjektivní zkušenost lékařů a všeobecných sester s používáním opioidních přípravků v hospicové péči. Výzkum současně identifikoval klíčové faktory edukačního procesu, které ovlivňují akceptaci a správné využívání těchto léků.

Do kvalitativního výzkumu bylo zařazeno pět participantů. Nejmladší měl 37 let, nejstarší participant 60 let. Všichni měli minimálně tříletou praxi v oblasti paliativní či hospicové péče. Konkrétně participantka P1 disponovala devítiletou praxí, P2 čtrnáctiletou a P5 šestiletou zkušeností v hospicovém prostředí. Participantka P3 pracovala v oboru patnáct let a P4 deset let. Z hlediska profesní klasifikace se výzkumu účastnily tři všeobecné sestry P1, P2 a P5 a dva lékaři s odbornou způsobilostí v paliativní medicíně P3 a P4.

Na základě zpracovaných dat lze odpovědět na hlavní výzkumnou otázku a tři dílčí výzkumné otázky.

Jaké zkušenosti mají lékaři a všeobecné sestry s opiatovými přípravky v hospicové péči?

Výsledky výzkumu ukazují, že opiatové přípravky jsou vnímány jako nepostradatelná a bezpečná součást péče o pacienty v terminálním stádiu onemocnění. Participanti zdůrazňovali význam individuálního přístupu, úzké spolupráce v týmu a potřebu systematické edukace. Zároveň se ukázalo, že přetrvávající stigmatizace opioidů představuje významnou bariéru, kterou je nutné řešit prostřednictvím otevřené komunikace a širší společenské osvěty.

Jaké jsou zkušenosti lékařů a všeobecných sester s podáváním opiatových přípravků?

Z výzkumu vyplývá, že opiatové přípravky v hospicové péči nejsou vnímány pouze jako farmakologický prostředek k tlumení symptomů onemocnění, ale především jako nástroj ke zlepšení kvality života a zajištění klidného a důstojného odchodu pacientů. Všichni participanti vyjadřovali pozitivní postoj k jejich využívání v hospicové péči. Zatímco participanti P1, P2 a P5 poukazovali na nezbytnost opioidů pro zajištění komfortu terminálně nemocných, participanti P3 a P4 upozorňovali na možné stigmatizující aspekty spojené s jejich předepisováním. Participantka P2 ve své výpovědi poukazovala

na emocionální zátěž, která je s rozhodováním spojena, a na obavu, aby podávání opioidů nebylo mylně ztotožňováno s eutanázií.

Rozhodování o indikaci opioidů je podle participantů ovlivněno nejen intenzitou bolesti, ale také psychickým stavem pacienta, celkovou symptomatologií a jeho vlastním postojem. Všeobecné sestry P1, P2 a P5 popisovaly svou úlohu v pozorování a získávání zpětné vazby, zatímco lékaři P3 a P4 kladli důraz na nutnost souhlasu pacienta s podáním opioidů. Častým tématem v rozhovorech byla rovněž potřeba průběžného sledování účinnosti léčby a identifikace případných nežádoucích účinků. Participantky P1, P2 a P5 přibližovaly konkrétní postupy monitorování účinnosti léčby a sledování nežádoucích účinků. Participantka P2 reflektovala, že v případě znemožněné verbální komunikace se snaží posoudit bolestivé projevy na základě neverbálních projevů. Participantka P3 hodnotila nežádoucí účinky opioidů u hospicových pacientů jako méně závažné a zdůraznila prioritu zajištění komfortu.

Jak lékaři a všeobecné sestry edukují pacienty, jejich rodiny a pečující osoby o opiátové léčbě?

Výzkum ukazuje, že úspěšná edukace pacientů a jejich rodinných příslušníků vyžaduje kombinaci několika přístupů, které společně přispívají k překonání bariér v přijetí opioidů. Podle participantů je edukace klíčovou součástí péče, jejímž hlavním cílem je zmírnění obav, odbourání předsudků a podpora informovaného souhlasu. Zdůrazňují přitom potřebu srozumitelné, empatické a individuálně přizpůsobené komunikace. Participantka P5 vyzdvihuje význam individualizovaného přístupu, který respektuje specifické potřeby každého pacienta i jeho blízkých. Například reflektuje potřebu přizpůsobit komunikaci úrovni zdravotní gramotnosti, kulturním hodnotám a emocionálním potřebám.

Dalším výzkumným zjištěním je schopnost všeobecných sester efektivně organizovat svou pracovní náplň tak, aby byl zachován dostatečný časový prostor pro edukaci, komunikaci a budování důvěrného vztahu s pacientem a jeho rodinou. Participantky P1 a P5 shodně uváděly, že je potřeba plánovat si práci tak, aby měly možnost věnovat se edukaci v klidném a nerušeném prostředí, které považují za jeden z důležitých předpokladů kvalitní péče.

Z hlediska rozdělení rolí v rámci týmu všeobecné sestry P1, P2 a P5 reflektují, že hlavní informace o indikaci opioidní terapie poskytuje lékař, zatímco jejich úlohou je tyto informace doplňovat a vysvětlovat. Velký význam má také zapojení rodiny do edukačního

procesu, neboť její podpora významně ovlivňuje adherenci k léčbě. Participantka P3 zdůrazňuje, že otevřená, pravdivá a včasná komunikace představuje základní pilíř medicíny a je nezbytná pro budování důvěry a efektivní spolupráci.

Jaké etické a komunikační výzvy lékaři a všeobecné sestry vnímají při zahájení a vedení opiatové terapie v hospicové péči?

Edukace byla ve výzkumu identifikována jako základní mechanismus pro překonání bariér, které často pramení z obav pacientů a jejich rodinných příslušníků. Participantka P2 upozorňuje, že výraznější obavy projevují rodinní příslušníci, neboť pacient si často uvědomí úlevu, kterou mu lék přináší, zatímco rodiny se obávají neodvratného přiblížení ztráty blízkého. Vyhrocené situace, které participanti P1, P2, P3 a P5 reflektovali, byly nejčastěji důsledkem nízké informovanosti a silného emocionálního vypětí, jež doprovázejí proces umírání. Participantka P2 například detailně popisovala situaci, kdy manželka pacienta odmítala podání opioidu z obavy, že by ho lék mohl usmrtit. Obavy pacientů a jejich rodin byly často spojeny se strachem z vedlejších účinků, ztráty kontroly či dokonce s představou, že opioidy znamenají začátek konce. Interpretace těchto výpovědí poukazuje na potřebu širší společenské edukace a destigmatizace problematiky opioidní terapie v hospicové péči.

Na základě provedeného výzkumu je doporučováno několik opatření ke zlepšení praxe v oblasti edukace o opioidních přípravcích v hospicovém prostředí.

- Zajistit dostatek času na edukaci, vyčlenit si časový prostor pro individuální a nerušenou edukaci pacientů i jejich blízkých.
- Přizpůsobit edukaci úrovni zdravotní gramotnosti, komunikační přístup by měl být upraven podle vzdělání, zkušeností a psychického stavu dané osoby.
- Využívat edukační materiály, letáky či informační brožury.
- Zahrnout rodinné příslušníky do edukačního procesu, rodiny hrají klíčovou roli v přijetí léčby.
- Podporovat otevřenou komunikaci o opioidech a smrti, zároveň přispívat k destigmatizace tématu a zmírňovat mýty spojené s opioidy.
- Vytvářet prostor pro dotazy a sdílení emocí, rozhovory by měly být vedeny s respektem a empatií, s možností vyjádřit obavy či nejistotu.
- Podporovat mezioborovou spolupráci.

Tato doporučení jsou určena všem, kteří se podílejí na edukaci a podpoře pacientů, jejich rodin a pečujících osob v hospicovém prostředí.

5.8 Sebereflexe výzkumníka

Téma využívání opioidních analgetik v hospicové péči bylo zvoleno na základě osobních i profesních zkušeností výzkumníka. Zároveň je reflektováno jako téma aktuální a společensky významné. Výzkumník dále podrobněji vysvětluje, proč si téma opiátových přípravků v hospicové péči vybral. Volba výzkumného zaměření nebyla pouze akademickým rozhodnutím, ale přirozeným vyústěním dlouhodobého zájmu o kvalitu péče v závěrečných fázích života. Již několik let výzkumník pracuje v kamenném hospici, kde se v přímé péči pravidelně setkává s pacienty v terminálním stádiu onemocnění.

V každodenní praxi je opakovaně pozorováno, že kvalita života těchto pacientů bývá výrazně ovlivněna bolestí, dušností nebo neklidem. Správně indikovaná opioidní terapie je v těchto případech vnímána jako zásadní pro zajištění úlevy. Současně je vnímáno, že léčba opioidy bývá mnohdy ztížena obavami, předsudky či nedostatkem informací ze strany pacientů i jejich blízkých. Tato skutečnost vedla výzkumníka k rozhodnutí prozkoumat, jaké zkušenosti s podáváním opioidů mají lékaři a všeobecné sestry, kteří jsou s touto problematikou v každodenním kontaktu.

Zvolený výzkumný kontext přinesl výzkumníkovi výhodu hlubšího porozumění tématu, současně však nesl riziko možného zkreslení při interpretaci výpovědí. Výzkumník si plně uvědomoval, že osobní zkušenost může ovlivnit formulaci otázek, interpretaci odpovědí a celkové porozumění výpovědím účastníků. Proto byla v průběhu rozhovorů věnována zvláštní pozornost aktivnímu naslouchání a udržování otevřeného, respektujícího a nehodnotícího přístupu. Tento postoj byl důsledně zachován i během následné analýzy dat.

Výzkumný proces byl vnímán nejen jako odborná, ale také hluboce osobní zkušenost, během níž bylo možné nahlédnout na problematiku využívání opioidních přípravků v hospicové péči z nových perspektiv. Za potenciální limitaci výzkumu lze považovat omezený počet respondentů, což může snižovat obecnou přenositelnost zjištění. Rovněž absence pohledu samotných pacientů a jejich rodinných příslušníků může být vnímána jako faktor omezující komplexitu interpretace.

6 DISKUSE

Hlavním cílem praktické části této práce bylo analyzovat a detailně interpretovat zkušenosti lékařů a všeobecných sester s opiatovými přípravky v hospicové péči. Dílčí cíle se zaměřovaly na zkoumání zkušeností s podáváním opioidů, způsoby edukace pacientů, jejich rodin a pečujících osob a dále na identifikaci etických a komunikačních výzev spojených s touto terapií. Výzkumný soubor tvořili lékaři a všeobecné sestry působící v hospicovém prostředí v České republice.

Při rešerši literatury bylo zjištěno, že výzkum zaměřený přímo na zkušenosti lékařů a všeobecných sester s opioidní terapií v hospicovém prostředí je omezený. Podobné studie, například bakalářská práce „*Terminální analgosedace z pohledu lékařů a všeobecných sester*“ (Šáchová, 2018) či bakalářská práce „*Psychologické aspekty farmakologické léčby bolesti v paliativní péči*“ (Trefná, 2016) se zabývají souvisejícím tématem, avšak nezaměřují se komplexně na postoje a zkušenosti zdravotníků s opioidní terapií.

Výsledky výzkumu potvrzují, že opioidy jsou zdravotnickými pracovníky vnímány jako klíčový prostředek pro zmírnění bolesti a zajištění důstojného odchodu pacienta. Tento názor koresponduje s poznatky Šáchové (2018), která zdůrazňuje význam individuálního přístupu a multidisciplinární spolupráce v paliativní péči. Stejně jako Trefná (2016) upozorňuje na nezbytnost kvalitní edukace a komunikace s pacientem a jeho rodinou, což bylo potvrzeno i v tomto výzkumu, kde byla edukace identifikována jako zásadní faktor pro úspěšné přijetí opioidní terapie.

Zahraniční studie „*Opioid use and Survival at the End of Life: A Survey of a Hospice Population*“ (Portenoy et al., 2006) se zabývá užíváním opioidů u pacientů v závěrečné fázi života v hospicovém prostředí. Studie zkoumá, zda podávání opioidů ovlivňuje délku života pacientů, přičemž se snaží tyto obavy vyvrátit. Výsledky ukazují, že správně indikovaná opioidní terapie nezkracuje přežití pacientů, ale naopak přispívá ke zlepšení kvality života zmírněním bolesti a dalších symptomů. Fleckner a kol. (2023) ve své systematické přehledové studii „*Systematic Review on Barriers to Access Opioid Analgesics for Cancer Pain Management from the Health Worker Perspective*“ identifikovali hlavní bariéry v přístupu k opioidním analgetikům z pohledu zdravotnických pracovníků. Mezi nejvýznamnější bariéry patří nedostatečné vzdělání v oblasti léčby bolesti, obavy z právních důsledků a omezená dostupnost těchto léků. Studie rovněž poskytuje doporučení, která

podporují respektování, ochranu a naplnění práv pacientů na nejvyšší dosažitelnou ochranu zdraví, včetně práva na úlevu od bolesti.

Etické a právní aspekty podávání opioidních analgetik v hospicové péči jsou podrobně rozebírány v článku „*Ethical and Legal Considerations in End-of-Life Care*“ (Chessa et al., 2019). Autoři upozorňují, že zvládání bolesti v terminální fázi onemocnění je nejen etickou povinností zdravotnických pracovníků, ale také základním právem pacienta na důstojnou péči na konci života. Zajištění adekvátní analgezie vyžaduje nejen odborné znalosti, ale i citlivý přístup a schopnost reflektovat individuální potřeby nemocných. Tyto poznatky jsou v souladu s výzkumem této práce.

Na základě výše uvedených poznatků lze konstatovat, že využívání opioidních přípravků v hospicové péči je efektivní a přínosné. Úspěch této terapie je podmíněn komplexním přístupem, kvalitní komunikací a překonáním přetrvávajících obav prostřednictvím systematické edukace. Výsledky této práce mohou přispět k dalšímu rozvoji praxe v oblasti hospicové péče a informovanosti pacientů, jejich rodin a pečujících osob.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce byla zaměřena na problematiku využívání opiátových přípravků v hospicové péči z pohledu lékařů a všeobecných sester. Hlavním cílem výzkumu bylo porozumět tomu, jaké zkušenosti mají tito odborníci s opiátovými přípravky v hospicové péči, jak vnímají přínosy, rizika a etické souvislosti spojené s opioidy u pacientů v terminálním stádiu onemocnění. Pozornost byla rovněž věnována procesu edukace pacientů, jejich rodinných příslušníků a pečujících osob, a tomu, jakým způsobem může být ovlivněno přijetí opioidů prostřednictvím komunikace. Pomocí interpretativní fenomenologické analýzy bylo možné nahlédnout do hlubšího významu osobních zkušeností participantů a porozumět jejich prožívání v kontextu poskytování péče v náročných situacích spojených s umíráním.

Dílčím cílem výzkumu bylo analyzovat zkušenosti lékařů a všeobecných sester s podáváním opioidních přípravků v hospicové péči. Z výsledků vplynulo, že opioidy jsou vnímány nejen jako farmakologický prostředek tlumící bolest, ale především jako bezpečný a nezbytný nástroj k zajištění komfortu a důstojného odchodu pacienta. Bylo potvrzeno, že při adekvátní indikaci a individuálně přizpůsobeném přístupu přinášejí opioidní přípravky výraznou úlevu od bolesti i dalších symptomů terminálního stavu.

Druhým dílčím cílem bylo zjistit, jakým způsobem lékaři a všeobecné sestry edukují pacienty, jejich rodiny a pečující osoby o opioidech. Z analýzy rozhovorů vyplynulo, že kvalita edukace výrazně ovlivňuje úspěšnost terapie a míru jejího přijetí. Bylo zjištěno, že důraz je kladen na individuální přístup, přizpůsobení formy sdělení úrovni zdravotní gramotnosti a emočním potřebám pacienta. Edukace byla vnímána nejen jako nástroj předávání informací, ale i jako prostředek budování důvěry, zmírňování strachu a překonávání předsudků. Zároveň bylo reflektováno, že podmínky pro efektivní edukaci, jako je dostatek času a klidné prostředí, nejsou vždy snadno dosažitelné, přesto jsou považovány za nezbytné.

Posledním dílčím cílem bylo identifikovat etické a komunikační výzvy, které lékaři a všeobecné sestry vnímají při zahájení a vedení opioidní terapie. Bylo zjištěno, že tyto výzvy tvoří důležitou součást každodenní praxe v hospicové péči. Participantů zdůrazňovali, že otevřená, pravdivá a empatická komunikace je důležitá pro předcházení nedorozumění a odmítání léčby. Tyto situace byly vnímány jako náročné a vyžadující vysokou míru profesionality, etické citlivosti a empatie.

Pro další výzkum by bylo vhodné rozšířit zkoumanou populaci o samotné pacienty a jejich blízké, jejichž perspektiva by umožnila komplexnější porozumění problematice opioidům v hospicovém prostředí. Za přínosné by bylo rovněž využít kvantitativní výzkumný design, který by doplnil stávající poznatky o statisticky podložené informace a umožnil by rozšířit výzkum v širším vzorku populace.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

CENTRUM PALIATIVNÍ MEDICÍNY. *Paliativní péče*. Online. 2024. Dostupné z: <https://paliativnicentrum.cz/paliativni-pece>. [cit. 2024-10-14].

CESTA DOMŮ. *Opioidy*. Online. 2018. Dostupné z: <https://elearning.cestadomu.cz/elearning/pro-verejnost/opioidy/>. [cit. 2024-12-26].

CLEVELAND CLINIC. *Heart, Vascular & Thoracic Institute Dictionary*. Online. 2024. Dostupné z: <https://my.clevelandclinic.org/departments/heart/patient-education/dictionary#t-z-tab>. [cit. 2024-10-15].

CONNOR, R. Stephen. *Global Atlas of Palliative Care*. 2. ed., Online. London: Worldwide Palliative Care Alliance, 2020. ISBN 978-0-9928277-2-4. Dostupné z: <https://thewhpc.org/resources/global-atlas-of-palliative-care-2nd-ed-2020/>.

ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA. *Etický kodex České lékařské komory*. Online. 2007. Dostupné z: https://www.lkcr.cz/doc/cms_library/10_sp_c_10_eticky_kodex-100217.pdf. [cit. 2024-12-26].

ČESKO. Vyhláška č. 55 ze dne 1. března 2011, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů. Online. In: *Zákony pro lidi*. 2010–2024. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55/zneni-20220701>. [cit. 2024-10-20].

ČESKO. Zákon č. 95 ze dne 29. ledna 2004, o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta. Online. In: *Zákony pro lidi*. 2010–2024. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-95#cast6>. [cit. 2024-10-17].

ČESKO. Zákon č. 167 ze dne 11. června 1998, o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů. Online. In: *Zákony pro lidi*. 2010–2024. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1998-167/zneni-20220201>. [cit. 2024-12-05].

ČESKO. Zákon č. 372 ze dne 6. listopadu 2011, o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). Online. In: *Zákony pro lidi*. 2010–2024. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>. [cit. 2024-10-08].

ČESKO. Zákon č. 40 ze dne 8. ledna 2009, trestný zákoník. Online. In: *Zákony pro lidi*. 2010–2024. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-40/zneni-20240401>. [cit. 2024-12-26].

DANKOVÁ, Silvia a ZAMBORIOVÁ, Mária. *Edukační a komunikační proces u pacientů s poruchami sluchu*. Praha: Grada, 2024. ISBN 978-80-271-5136-3.

DOLEŽAL, Tomáš a DOLEŽAL, Adam. Právní aspekty rozhodování o zdravotní péči v závěru života člověka. Online. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*. 2020, roč. 10, č. 2, s. 105-127. ISSN 1804-8137. Dostupné z: <https://medlawjournal.ilaw.cas.cz/index.php/medlawjournal/article/view/202>. [cit. 2024-10-04].

END OF LIFE DIRECTIONS FOR AGED CARE. *End-of-life communication*. Online. 2024. Dostupné z: <https://www.eldac.com.au>. [cit. 2025-01-03].

FLECKNER, Josephine; PETTUS, Katherine; VALLATH, Nandini a PASTRANA, Tania. Systematic Review on Barriers to Access Opioid Analgesics for Cancer Pain Management from the Health Worker Perspective. Online. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*. 2023, vol. 37, no. 7, s. 324-335. ISSN 1536-0288. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/15360288.2023.2257674>. [cit.2025-05-08].

FÓRUM MOBILNÍCH HOSPICŮ. *Fórum mobilních hospiců*. Online. 2022. Dostupné z: <https://www.mobilnihospice.cz>. [cit. 2024-10-14].

GURKOVÁ, Elena. *Praktický úvod do metodologie výzkumu v ošetrovatelství*. Online. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2019. Dostupné z: https://www.fzv.upol.cz/fileadmin/userdata/FZV/Dokumenty/OSE/2019-0440_Gurkova.pdf. [cit. 2025-02-10].

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. 5 přeprac. vyd. Praha: Portál, 2023. ISBN 978-80-262-1968-2.

HOSPICE FOUNDATION OF AMERICA. *What is hospice?* Online. 2024. Dostupné z: <https://hospicefoundation.org/Hospice-Care/Hospice-Services>. [cit. 2024-10-08].

HRICOVÁ, Alena; ONDRÁŠEK, Stanislav a URBAN David. *Metodologie v sociální práci*. Praha: Grada, 2023. ISBN 978-80-271-3636-0.

HUNT, Dolan Deborah. *The New Nurse Educator: Mastering Academe*. 2nd ed. New York: Springer Publishing Company, 2017. ISBN 978-0-8261-8182-4.

CHENRY, Nathan I.; FALLON, Marie T.; KAASA, Stein; PORTENOY, Russell K. a CURROW, David C. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 6th ed. United Kingdom: Oxford University Press, 2021. ISBN 978-0-19-882132-8.

CHESSA, Frank a MORENO, Fernando. Ethical and Legal Considerations in End-of-Life Care: A Survey of a Hospice Population. Online. *Primary Care: Clinics in Office Practice*. 2019, vol. 46, no. 3, s. 387-398. ISSN 0095-4543. Dostupné z: <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.pop.2019.05.005>. [cit. 2025-05-08].

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN. *Pain*. Online. 2021. Dostupné z: <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/#pain>. [cit. 2024-10-29].

KITCHEN, Richard; FAULL, Christina; RUSSELL, Sarah a WILSON, Jo. *Handbook of Palliative Care*. 4th ed. USA: John Wiley & Sons Ltd, 2024. ISBN 978-11-1978-436-4.

KOZÁK, Jiří; LEJŠKO, Jan a VRBA, Ivan. *Opioidy*. 2. přeprac. a doplň. vyd. Praha: Maxdof, 2021. ISBN 978-80-7345-664-1.

KRÁTKÁ, Anna. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, 2016. ISBN 978-80-7454-635-8.

MACLEOD, Roderick Duncan a BLOCK, Lieve van den. *Textbook of Palliative Care*. Switzerland: Springer Nature Switzerland AG, 2019. ISBN 978-3-319-77740-5.

MARKOVÁ, Alžběta. *Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy*. 4. vyd. Praha: Cesta domů, 2023. ISBN 978-80-88455-09-7.

MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Edukace v ošetrovatelství: respekt a úcta k lidské důstojnosti*. Trenčín: Trenčianská univerzita Alexandra Dubčeka, 2015. ISBN 978-80-7454-513-9.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, *Věstník MZ ČR 11/2021*. Online. 2021a. Dostupné z: https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/2021/09/Vestnik-MZ_11-2021.pdf. [cit. 2024-10-17].

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Koncepce ošetrovatelství*. Online. 2021b. Dostupné z: <https://ppo.mzcr.cz/upload/files/zakladni-dokumenty-koncepce-osetrovatelstvi-62100ee0daf96.pdf>. [cit. 2025-01-01].

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Věstník MZ ČR 1/2022*. Online. 2022. Dostupné z: https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/2022/01/Vestnik-MZ_1-2022.pdf. [cit. 2024-10-14].

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Věstník MZ ČR 11/2018*. Online. 2018. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/wepub/16563/36141/Vestnik%20MZ%20CR%2011-2018.pdf> [cit. 2024-10-20].

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Věstník MZ ČR 13/2017*. Online. 2017. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/wepub/14605/36101/Vestnik%20MZ%20CR%2013-2017.pdf>. [cit. 2024-10-14].

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Věstník MZ ČR 2/2020*. Online. 2020. Dostupné z: https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/wepub/18554/40328/Vestnik%20MZ_2-2020.pdf. [cit. 2024-10-29].

ONDŘIOVÁ, Iveta. *Etické problémy a dilemata v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2021. ISBN 978-80-271-1696-6.

OPATRŇÁ, Marie. *Etické problémy v onkologii*. Praha: Maxdrof, 2022. ISBN 978-80-7345-726-6.

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

PORTENOY, Russell K.; SUBIRCEVA, Una; SMOUT, Randall; HORN, Susan; CONNOR, Stephen et al. Opioid Use and Survival at the End of Life: A Survey of a Hospice Population. Online. *Journal of Pain & Symptom Management*. 2006, vol. 32, no. 6, s. 532-540. ISSN 08853924. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2006.08.003>. [cit. 2025-04-29].

ŘIHÁČEK, Tomáš; ČERMÁK, Ivo a HYTYCH Roman. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita, 2013. ISBN 978-80-210-6382-2.

SLÁMA, Ondřej a KABELKA, Ladislav. *Paliativní medicína pro praxi*. 3. přeprac. a rozš. vyd. Praha: Galén, 2022. ISBN 978-80-7492-627-3.

SLÁMA, Ondřej; KREJČÍ, Jiří a AMBROŽOVÁ, Jana. *Metodika implementace programu paliativní péče v lůžkovém zdravotnickém zařízení*. Online. 2019. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Dostupné z: https://paliativa.cz/sites/default/files/2019-09/Metodika_implementace_PPP_2019%20FINAL.pdf. [cit. 2024-10-08].

SOCHOR, Marek; ZÁVADOVÁ, Irena a SLÁMA, Ondřej. *Paliativní péče v onkologii*. Praha: Mladá fronta, 2019. ISBN 978-80-204-4223-9.

SVOBODA, Pavel a HERLE, Petr. *Paliativní medicína pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Dr. Josef Raabe s.r.o., 2019. ISBN 978-80-7496-448-0.

ŠÁCHOVÁ, Jiřina. *Terminální analgosedace z pohledu lékařů a všeobecných sester*. Online, bakalářská práce. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, 2018. Dostupné z: https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/42693/%20áchová_2018_dp.pdf?sequence=1. [cit. 2025-04-29].

ŠŤASTNÁ, Anna. *Edukace v ošetrovatelství*. Online. Ostrava: Střední zdravotnická škola a Vyšší odborná škola zdravotnická, 2019. Dostupné z: <https://www.vovcr.cz/od/zdrav/119/page00.html>. [cit. 2025-01-01].

TREFNÁ, Klára. *Psychologické aspekty farmakologické léčby bolesti v paliativní péči*. Online, bakalářská práce. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Fakulta filozofická, 2016. Dostupné z: https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/80811/BPTX_2013_2_11210_ASZKBPPS00_382341_0_170986.pdf?sequence=1&isAllowed=y. [cit. 2025-04-29].

UMÍRÁNÍ.CZ. *Závěr života v domácí péči*. Online. 2023. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/rady-a-informace/zaver-zivota-v-domaci-peci>. [cit. 2024-10-14].

VŠE O BOLESTI. *Vše o bolesti*. Online. Praha: Gedeon Richter Marketing ČR, s.r.o., 2024. Dostupné z: <https://www.vseobolesti.cz>. [cit. 2024-11-1].

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Opioid overdose*. Online. 2023b. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/opioid-overdose>. [cit. 2024-12-07].

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Palliative care*. Online. 2023a. Dostupné z: <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/palliative-care>. [cit. 2024-9-30].

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Public health milestones through the years*. Online. 2023c. Dostupné z: <https://www.who.int/campaigns/75-years-of-improving-public-health/milestones#year-2023>. [cit. 2025-01-01].

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO Guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents*. Online. Switzerland: World Health Organization, 2018. ISBN 978-92-4-155039-0. Dostupné z: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550390>. [cit. 2024-10-29].

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Vizuální analogová a numerická škála bolesti	24
Obrázek 2 FLACC škála.....	25
Obrázek 3 Ukázka analýzy ve druhé fázi	43
Obrázek 4 Ukázka analýzy ve čtvrté fázi	44

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Základní údaje participantů.....	41
--	----

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

BPI	Brief Pain Inventory
DVC	Dílčí výzkumné cíle
DVO	Dílčí výzkumné otázky
FLACC	Face – Legs – Activity – Cry – Consolability
IASP	International Association for the Study of Pain (Mezinárodní asociace na studium bolesti)
IPA	Interpretativní fenomenologická analýza
KTPP	Konziliární tým paliativní péče
MSPP	Mobilní specializovaná paliativní péče
PAINAD	Pain Assessment in Advanced Dementia Scale
VAS	Vizuální analogová škála bolesti
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Seznam otázek k rozhovoru	89
Příloha P II: Žádost o umožnění výzkumného šetření	90
Příloha P III: Žádost o umožnění výzkumného šetření	91

PŘÍLOHA P I: SEZNAM OTÁZEK K ROZHOVORU

1. Dokázali byste popsat, jaký máte postoj k podávání opiátových přípravků v hospicové péči?
2. Jaké faktory podle vás ovlivňují rozhodování pro indikaci opiátové terapie?
3. Jak vnímáte rizika, nežádoucí účinky spojená s opiáty?
4. Jaký je váš postup při řešení nežádoucích účinků opiátů?
5. S jakými reakcemi se setkáváte ze strany pacienta a jejich rodiny na zahájení léčby opiáty? Jak tyto situace řešíte?
6. V jakých situacích může být podle vás podání opiátů nevhodné?
7. Jakým způsobem informujete pacienty a jejich rodiny o zahájení terapie opiátovými analgetiky?
8. S jakými obavami a otázkami ze strany pacienta a jeho rodiny se nejčastěji setkáváte?
9. Jaká je podle vás nejvhodnější odpověď na otázky pacientů a jejich blízkých, týkající se možných nežádoucích účinků opiátů?
10. Jaký je váš názor na kvalitu edukace v souvislosti s přijetím léčby pacientem?
11. Co považujete za největší výzvu při edukaci o opioidech v hospicové péči?
12. Jakými způsoby zjišťujete zpětnou vazbu od pacientů ohledně účinnosti a nežádoucích účinků opiátů?
13. Jaká etická dilemata jste osobně zažili v souvislosti s indikací opiátů?
14. Jak vnímáte nedostatečnou informovanost a mýty o opiátech?
15. Jak vnímáte současný přístup využívání opiátů v hospicové péči s ohledem na minulost?
16. Jaké komunikační bariéry nebo nedorozumění nejčastěji vznikají během edukace o opiátech?
17. Jaké doporučení byste navrhli pro zlepšení edukace pacienta a jejich rodin o opiátech?

PŘÍLOHA P II: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění výzkumného šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedená studentka realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Všeobecné ošetřovatelství (prezenční – kombinovaná forma studia).

Jméno a příjmení studentky	Veronika Palová	
Téma bakalářské práce	Opiátové přípravky v hospicové péči z pohledu lékaře a všeobecné sestry	
Vedoucí bakalářské práce	Mgr. Marcela Dolejšová	
	 podpis	
Metoda výzkumu	Kvalitativní metoda, polostrukturovaný rozhovor	
Skupina participantů	Lékaři, všeobecné sestry	
Pracoviště	Vyjádření vedoucího pracoviště / vrchní sestry (nehodící se škrtněte)	Podpis
Diakonie ČCE – hospic Citadela, Žerotínova 1421, 757 01 Valašské Meziříčí	Souhlasím ~~Nesouhlasím~~	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 30-04-2025

.....
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

.....
razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA P III: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění výzkumného šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedená studentka realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Všeobecné ošetrovatelství (prezenční – kombinovaná forma studia).

Jméno a příjmení studentky	Veronika Palová	
Téma bakalářské práce	Opiátové přípravky v hospicové péči z pohledu lékaře a všeobecné sestry	
Vedoucí bakalářské práce	Mgr. Marcela Dolejšová	
	 podpis	
Metoda výzkumu	Kvalitativní metoda, polostrukturovaný rozhovor	
Skupina participantů	Lékaři, všeobecné sestry	
Pracoviště	Vyjádření vedoucího pracoviště / vrchní sestry (nehodící se škrtněte)	Podpis
Ambulance léčby bolesti, Krajská nemocnice Tomáše Bati a.s., Havlíčkovo nábřeží 600, 726 75 Zlín	☒ Souhlasím ☐ Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 4.9.2015

.....
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

.....
razítko a podpis zástupce zařízení