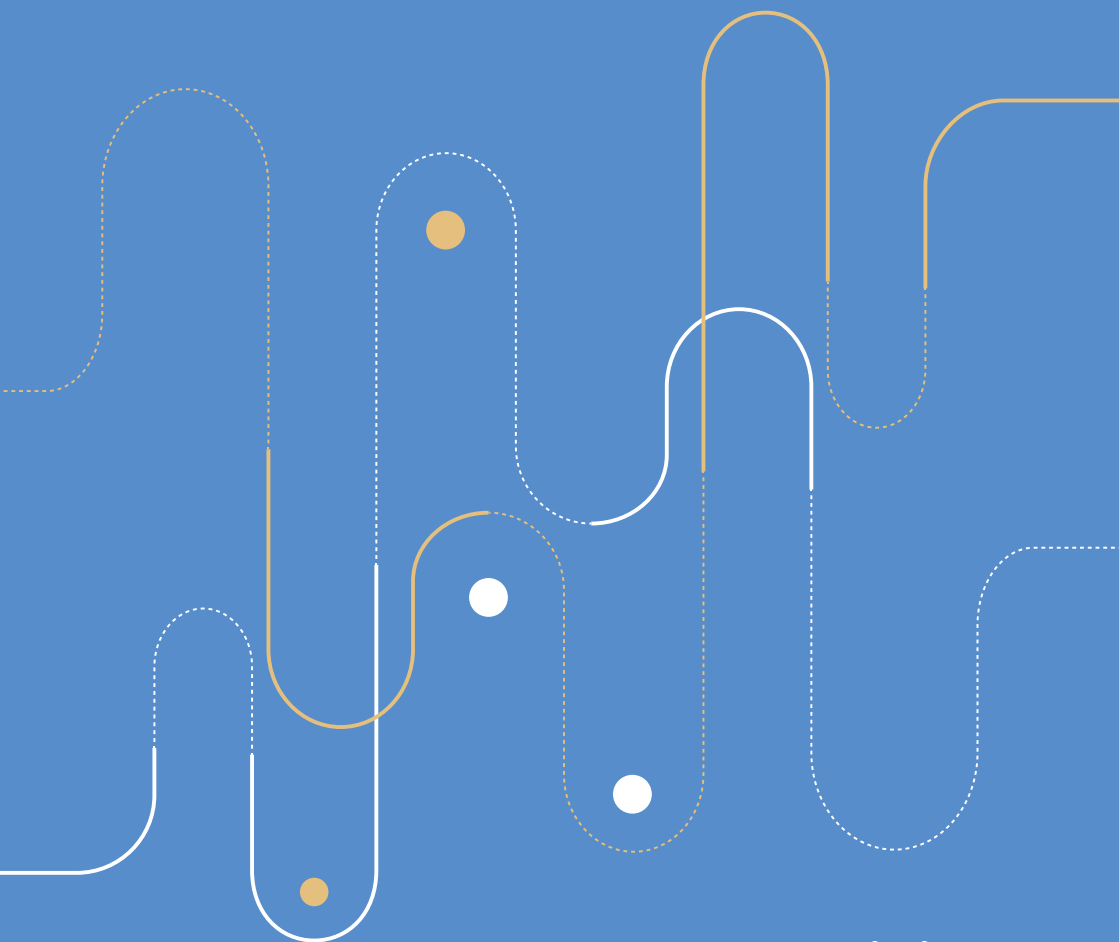


DESATERO PALIATIVNÍ PÉČE PRO PRAKTICKÉ LÉKAŘE



PALIATIVNÍ
PRAKTIK

„**Pane doktore, kolik mi teda zbývá času?**“ Ať už před námi v tu chvíli sedí padesátiletý muž s karcinomem jícnu, sedmdesátiletá žena s terminální CHOPN nebo třiaosmdesátiletý muž s pokročilým srdečním selháním, je tato otázka vždy znepokojující a často nepřijemná. Odpovědi můžeme uniknout prohlášením, že to nikdo nemůže vědět, nebo přehnaným optimismem či výzvou, ať nemocný nemyslí hned na nehorší. Ale pro lidi s pokročilým onemocněním není často nehorší představa vlastní *smrti*, ale představa strastiplného *umírání*. Za otázkou po časové prognóze se tak skrývá celá řada otázek, které se týkají **dalšího průběhu nemoci**, možnosti **řešení symptomů**, obav o ztrátu důstojnosti či **obav o blízké**. Pokud tuto otázku uchopíme jako výzvu k rozhovoru o těchto nelehkých tématech, můžeme spolu s nemocným na základě jeho preferencí a životních hodnot vytvořit plán péče, který mu umožní závěr života prožít alespoň částečně podle jeho představ, v přítomnosti blízkých a bez velkého tělesného utrpení. Právě tomu se věnuje paliativní péče, která je významnou součástí práce praktického lékaře.

Cílem tohoto Desatera pro praktické lékaře je upozornit na některé **důležité aspekty péče** o pacienty s pokročilým onemocněním, které vám mohou pomoci dobře je tímto obdobím provést. Desatero vychází z Doporučeného postupu Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP „**Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci**“ a další aktuální literatury a stručnou formou přináší shrnutí zásadních informací o možnostech paliativní péče v ordinaci praktického lékaře.

... pro lidi s pokročilým onemocněním není často nehorší představa vlastní smrti, ale představa strastiplného umírání.

Informace v tomto textu vycházejí z odborné literatury, na kterou odkazují. Při poskytování zdravotní péče je třeba vždy zohlednit zdravotní stav konkrétního pacienta a být si vědom rizik a nežádoucích účinků spojených s jednotlivými postupy, včetně podání léků. Tento text má nezávazný a pouze doporučující charakter, který nezbavuje lékaře povinnosti nastavovat péči dle vlastního odborného úsudku, závazných předpisů a s ohledem na konkrétního pacienta.

1/ PRO JAKÉ PACIENTY JE PALIATIVNÍ PÉČE VHODNÁ?

Většina lidí ve vyspělém světě včetně České republiky zemře na **chronická onemocnění** (86 % všech úmrtí), nejčastěji se jedná o onemocnění nádorová či kardio-vaskulární. Z průzkumů veřejného mínění v ČR, stejně jako ze zahraničních výzkumů vyplývá, že téměř 80 % populace by si přálo v případě nevyléčitelného onemocnění **zemřít doma**.¹ Zkušenosti ze zemí s vyspělým systémem paliativní péče ukazují, že časná integrace paliativní péče vede k úspěšnějšímu řešení symptomů pokročilé nemoci, k větší spokojenosti nemocných a jejich blízkých s péčí a k větší pravděpodobnosti, že nemocní **zemřou tam, kde si přáli**.² Praktický lékař je vzhledem ke svým **znalostem osobní i rodinné situace** pacienta zásadním článkem zdravotního systému, který může paliativní péči

- iniciovat
- koordinovat
- poskytovat

Jak a kdy ale začít o paliativní péči s nemocným mluvit?

Položte si 6 otázek:³

1. Byl/a byste překvapen/a, kdyby tento pacient v následujícím roce zemřel?

Toto je intuitivní nástroj, který ale ukazuje, že lékařská intuice ve většině případů není zavádějící.⁴

Pokud si na tuto otázku odpovíte NE (nebyl bych překvapen), velmi pravděpodobně se jedná o pacienta s paliativními potřebami. Pokud váháte, zamyslete se nad dalšími otázkami:

2. Byl tento pacient v posledním roce opakovaně či dlouhodobě hospitalizován kvůli stejnému onemocnění?

Opakované hospitalizace jsou u chronického onemocnění často známkou limitované prognózy.

3. Zhubl tento pacient za poslední rok neplánovaně a navzdory nutriční intervenci o více než 10 %?

Neplánovaný úbytek na váze je známkou vyčerpávajících se rezerv.

4. Je tento pacient závislý na druhé osobě ve ≥ 2 každodenních aktivitách nebo je jeho Karnofského skóre < 50 (tab. 1)?

Hodnocení funkčního stavu pacienta a zejména jeho vývoj v čase jsou jedním z nejhodnotnějších ukazatelů prognózy. Obecné pravidlo zní: pokud se funkční stav zhoršuje z měsíce na měsíc, je prognóza v řádu měsíců, pokud z týdne na týden, je prognóza v řádu týdnů a tak dále...

5. Je pacient nebo jeho rodina nespokojena, když se pacient po akutním zhoršení i přes adekvátní léčbu či rehabilitaci není s to dostat na úroveň před zhoršením?

Pacient je ve fázi, kdy se po dekompenzaci i přes adekvátní léčbu nevrací na původní úroveň funkčního stavu.

6. Pokud má pacient nádorové onemocnění, CHOPN, srdeční selhání nebo syndrom demence, řekli byste, že je toto onemocnění v pokročilém stádiu?

JAK ZAHÁJIT ROZHOVOR O PALIATIVNÍ PÉČI?

„Když se podíváme na vývoj Vašeho zdravotního stavu v posledních měsících, je vidět, že těch obtíží přibývá. Myslím, že by bylo dobré společně vytvořit plán pro případ dalšího zhoršení tak, aby péče, kterou dostanete, co nejvíce odpovídala vašim představám a přáním. Nejdříve bych ale potřeboval vědět, jak jste ten předešlý půlrok vnímal vy a jak své nemoci v tuto chvíli rozumíte.“

tab. 1 / Karnofského skóre – škála hodnocení celkového stavu

100 %	normální stav, bez obtíží, bez známek onemocnění	40 %	invalidita, vyžaduje speciální péči a pomoc
90 %	schopen normální aktivity, velmi málo symptomů	30 %	těžká invalidita, smrt bezprostředně nehrozí
80 %	schopen normální aktivity s mírnými obtížemi, symptomy	20 %	těžce nemocný, nezbytná aktivní podpůrná léčba
70 %	soběstačný, neschopen normálních aktivit či práce	10 %	moribundní, rychle progredující onemocnění
60 %	občas vyžaduje pomoc, zvládá většinu osobních potřeb	0 %	smrt
50 %	často potřebuje pomoc, často vyžaduje lékařskou péči		

REFERENCE:

- 1/ www.umirani.cz/data
- 2/ HAUN, Markus W., et al. *Early palliative care for adults with advanced cancer*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2017, 6.
- 3/ HIGHET, Gill, et al. *Development and evaluation of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT): a mixed-methods study*. BMJ supportive & palliative care, 2013, bmjspcare-2013-000488.
- 4/ MOSS, Alvin H., et al. *Prognostic significance of the "surprise" question in cancer patients*. Journal of palliative medicine, 2010, 13.7: 837-840.

2/ KOMUNIKACE ZÁVAŽNÝCH ZPRÁV

I když výzkumy ukazují, že pacienti by chtěli být pravdivě a plně informováni o svém onemocnění i o jeho prognóze, jsou tyto rozhovory obvykle vedeny velmi pozdě. Lékaři se při nich často necítí dobře a mají pocit, že k tomu nebyli dostatečně školeni.

Základní principy komunikace o závažném onemocnění:

- Nebudte direktivní, buďte autentičtí.
- Naučte se mlčet a aktivně naslouchat.
- Vyvarujte se frází a lékařského žargonu.
- Držte se společného cíle péče, buďte profesionální.
- Nezapomínejte na neverbální komunikaci.

SPIKES – šestikrokový protokol pro sdělování špatné zprávy

S Setting – zajistěte soukromí, pohodlí a dostatek času, zkontrolujte, zda si pacient nepřeje přítomnost dalších osob. Zjistěte, co od rozhovoru nemocný očekává, a sdělte mu, jaký plán pro toto setkání máte vy.

„Souhlasil/a byste s tím, že bychom teď společně probrali, jak se vaše onemocnění bude dále vyvíjet a co můžete očekávat?“

P Perception – zjistěte, co pacient ví o nemoci, účelu vyšetření a cílech léčby. Jak mu nemoc v poslední době změnila život?

*„Co víte o své nemoci?“
„Mluvil s vámi někdo z lékařů o pravděpodobném dalším vývoji vašeho onemocnění?“*

I Invitation – získejte od pacienta souhlas s předáním informací. Jak detailně chce být informován o výsledcích vyšetření, dalším průběhu nemoci a prognóze?

*„Někteří lidé chtějí znát všechny detailní informace, někomu stačí jen určitý nástin dalšího vývoje. Do které skupiny patříte vy?“
„Pro někoho je velmi důležité znát odhad časové prognózy, někdo naopak tyto informace slyšet nechce. Jak to máte vy?“*

K Knowledge – před oznámením nepříznivé zprávy pacienta upozorněte, že přijde závažná informace. Informaci sdělte jednoduchým jazykem v krátké větě. Poté udělejte pauzu a čekejte na reakci pacienta. Pokud je pacient v silné emoci, nemůže přijmout další objektivní informace. Vyčkejte!

„Nelze to říci přesně, ale pacienti s nemocí, jako máte vy, mají obvykle prognózu v řádu několika týdnů / měsíců.“

E Emotions – reflektujte emoce a vyjádřete podporu. Popisujte situaci: „Je mi jasné, že je to velmi složitá situace“. Nesnažte se nemocnému ulevit tím, že budete silu emoce zlehčovat – „Vždyť to ještě není tak zlé“ nebo „To bude dobré“. Pracujte s tichem. Nebojte se projevit své vlastní emoce.

S Summary & Strategy – ověřte si, že pacient informaci správně porozuměl. Zodpovězte doplňující otázky. Mluvte s pacientem o tom, jaké další konkrétní kroky budou následovat.

„Je vidět, že vás ta informace hodně rozrušila“. „Vidím, že pláčete, musí to být pro vás hrozně těžké.“
„Také bych si přál, abych měl pro vás lepší zprávu.“

„Abych měl jistotu, že tomu oba rozumíme správně, mohl byste mi to, o čem jsme mluvili, zopakovat vlastními slovy?“
„Kolik toho o vaší nemoci ví vaši blízcí?“
„Chcete to, co jsme si dnes řekli, sdělit vašim blízkým sám, nebo se s nimi chcete sejít společně se mnou?“

Pokud se chcete v komunikaci zlepšovat, doporučujeme po každém rozhovoru krátkou sebe-reflexi a zhodnocení toho, co se vám v rozhovoru povedlo a co byste příště mohli udělat lépe. Vzorové věty vám mohou při těchto rozhovorech pomoci, nejdůležitější ale je být autentický a skutečně naslouchat tomu, co vám nemocný říká!

V MEDICÍNĚ JSOU OBČAS KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOSTI POVAŽOVÁNY ZA SAMOZŘEJMOST, ALE VÍTE, ŽE:

- i v komunikaci lze používat „doporučené postupy“, například SPIKES¹
- komunikační schopnosti je možné zlepšovat²
- většina lidí chce být pravdivě informována o svém zdravotním stavu, i v situaci nepříznivé prognózy³
- otevřená, pravdivá a empatická komunikace nebere nemocným naději, ale může jim naopak pomoci překonávat obtíže?⁴

ODKAZY:

- 1/ BAILE, Walter F., et al. *SPIKES—a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer*. The oncologist, 2000, 5.4: 302-311.
- 2/ BACK, Anthony L., et al. *Efficacy of communication skills training for giving bad news and discussing transitions to palliative care*. Archives of internal medicine, 2007, 167.5: 453-460.
- 3/ www.umirani.cz/data
- 4/ CAMPBELL, Toby C., et al. *Discussing prognosis: balancing hope and realism*. The Cancer Journal, 2010, 16.5: 461-466.

3/ FORMY PALIATIVNÍ PÉČE

Obecná a specializovaná paliativní péče¹

V České republice, stejně jako ve většině evropských zemí je paliativní medicína samostatný specializační obor. **Obecnou paliativní péčí (box 1.)** by měli na základní úrovni dobře zvládat všichni zdravotníci. Pro mnoho pacientů bude právě její dostupnost klíčová pro **pokojný a důstojný závěr života**. Pokud je situace nemocného komplikovanější, můžeme do péče o tohoto pacienta zapojit poskytovatele **specializované paliativní péče (box 2.)**, kteří mají zvláštní vzdělání, kompetence a často také více času najít nejlepší řešení.

Jak může být specializovaná paliativní péče poskytována?²

1. Nemocniční paliativní tým

Multidisciplinární paliativní týmy v nemocnicích řeší komplexní obtíže nemocných často ve zlomových bodech **trajektorie onemocnění** – stanovení diagnózy, ukončování léčby, náhlá akutní komplikace. Cílem paliativní intervence je podpora nemocných a **tvorba plánu péče** pro následující období.

2. Ambulance paliativní medicíny

Ambulance vedená specializovaným paliatrem pečuje o pacienty v pokročilém stádiu nevléčitelných nemocí, kteří nevyžadují čtyřadvacetihodinovou dostupnost zdravotní péče, formou **ambulantních vyšetření či domácích návštěv**.

3. Hospice

Hospice pečují o pacienty v posledních týdnech života. Obvyklá délka péče v českých hospicích je kolem čtrnácti dní. Součástí žádosti je souhlas pacienta a doporučení praktického lékaře či specialisty.

Lůžkové zařízení hospicového typu

Lůžkové hospice jsou určeny nemocným, kteří nechtějí nebo ze sociálních či jiných důvodů nemohou trávit závěr života v domácím prostředí. **Multidisciplinární tým** (lékař, sestra, sociální pracovník, psycholog, kaplan, dobrovolníci) zajišťuje komplexní řešení potřeb nemocných. Jednolůžkové pokoje umožňují zachování **důstojnosti**, dostatek **soukromí** a důstojné **rozloučení** po úmrtí nemocného. Lůžkové hospice většinou žádají doplatek ve výši 200–500 Kč na den péče, vždy je ale možné žádat o slevu.

Mobilní specializovaná paliativní péče – domácí hospice

Domácí hospice nabízejí nepřetržitou dostupnost lékaře a sestry, potřebné léky a vybavení a další služby multidisciplinárního týmu tak, aby nemocný mohl strávit **závěr života doma** v péči rodiny. Podmínkou je však **přítomnost blízké osoby**, která je zodpovědná za setrvalý dohled u pacienta. Od roku 2018 je tato péče částečně hrazena ze **zdravotního pojištění** (box 3.), většina hospiců však pečuje i o nemocné, kteří tyto podmínky nespĺňují a tuto péči hradí z jiných zdrojů.

BOX 1. OBECNÁ PALIATIVNÍ PÉČE:

- Management bolesti a dalších symptomů
- Management deprese a úzkosti
- Vedení rozhovoru o
 - prognóze
 - cílech péče
 - utrpení a kvalitě života
 - preferencích ohledně život zachraňujících úkonů (DNR ...)

BOX 2. SPECIALIZOVANÁ PALIATIVNÍ PÉČE

Management refrakterní bolesti a dalších symptomů

- Management komplexnější deprese, úzkosti, zármutku a existenciálního distresu
- Pomoc při řešení konfliktních situací při stanovování cílů péče
 - mezi příbuznými
 - mezi zdravotníky a rodinou
 - mezi zdravotníky

BOX 3. INDIKAČNÍ KRITÉRIA PRO MOBILNÍ SPECIALIZOVANOU PALIATIVNÍ PÉČI, KTERÉ JSOU VYŽADOVÁNY PRO UPLATNĚNÍ ÚHRAD ZE ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ K MSPP³:

- pacient s pokročilým onemocněním
- špatný funkční stav – Karnofského skóre méně než 40 %
 - pacient není schopen ambulantní návštěvy
- symptomy vyžadující pravidelnou farmakoterapii
- úhradová vyhláška nedovoluje při hrazení MSPP souběh další péče, tedy ani návštěvu PL – veškeré léky a zdravotní pomůcky zajišťuje poskytovatel MSPP

ODKAZY:

- 1/ SLÁMA, Ondřej. *Obecná a specializovaná paliativní péče v ČR. Paliativní medicína a léčba bolesti*, 2012, 5.1: 10–12.
- 2/ *Paliativní péče v ČR 2016 – Situační analýza*. Dostupné z: www.paliativnimedicina.cz/paliativni-pece-v-cr-2016-situačni-analyza/
- 3/ Podrobně viz *Metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví ČR k poskytování mobilní specializované paliativní péče*. Dostupný z: www.mobilnihospice.cz/dokumenty/

4/ PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY PALIATIVNÍ PÉČE

Péče o psychologické potřeby:

Mnozí pacienti i jejich rodiny trpí **úzkostí a depresivním laděním**, pro které však farmakoterapie nemusí být nejlepší volbou. Často pomůže **otevřený rozhovor** o obavách, které je sužují, a naplánování péče s ohledem na reálné možnosti pacienta i rodiny. Někdy může být výhodné doporučit nemocnému nebo rodině **kontakt s psychologem** nebo psychoterapeutem specializujícím se na podporu lidí v podobné situaci (box 1).

Péče o sociální potřeby:

Sociální potřeby nemocného a jeho blízkých často vyplývají právě z rozhovoru o plánu péče, stanovení, kde bude péče probíhat, určení hlavního pečujícího a nastavení strategie pro krizové situace.

Pokud je situace nepřehledná nebo chybí pečující, můžeme kontaktovat odbor **sociálních věcí při městské části**, aby provedl šetření a pomohl nám **připravit řešení** pro případ rozvoje nesoběstačnosti pacienta, nebo **facilitovat komunikaci** uvnitř rodiny. Rovněž skrze ně můžeme doporučit pečovatelskou nebo odlehčovací službu.

Pamatujeme také na finanční zajištění:

- Má rodina zažádáno o **příspěvek na péči**?
 - i když proces vyřízení příspěvku často trvá dlouho, při jeho přiznání se vyplácí i zpětně od data zažádání
 - pokud není pacient schopen, s administrativou mu pomůže sociální pracovnice
- Má pečující blízká osoba nárok na **dlouhodobé ošetrovné**?
 - žádost o dlouhodobé ošetrovné může podat jen lékař lůžkového oddělení
 - žádost je třeba **iniciovat již během hospitalizace**
 - je proto důležité o tom příbuzné poučít
- Vystavení pracovní **neschopnosti u OSVČ**?
 - Zbavuje dotyčného povinnosti platit zdravotní pojištění.
- Je účelné zažádat o **invalidní důchod**?

Další služby k podpoře domácí péče:

- předání kontaktů na půjčovnu pomůcek (chodítka, oxygenátor, polohovací postel)
- zavedení domácí zdravotní služby (homecare)
 - aplikace parenterálních léků, převazy defektů, domácí rehabilitace
 - **signální kód 06349** (ošetrování pacienta v terminálním stavu) umožní docházet sestře agentury domácí péče častěji než 3x denně v průběhu celých 24 h.
- informování pečujících o možnosti **respiračního pobytu** (hospic, zdravotní nebo sociální zařízení v daném regionu)
 - služba slouží hlavně rodině k odpočinku a nabrání sil
 - podobnou úlohu mají odlehčovací služby v domácím prostředí

BOX 1. NABÍDKA DALŠÍCH MOŽNOSTÍ PORADENSKÝCH A PODPŮRNÝCH SLUŽEB PRO PACIENTY A JEJICH BLÍZKÉ:

- telefonická poradenská linka (Cesta domů, Umění doprovázet)
- informační web umirani.cz
- seznam psychoonkologických pracovišť na www.linkos.cz
- kontakt na psychoterapeutické a pacientské organizace:
 - gaudieprotirakovine.cz
 - amelie-zs.cz
 - www.rakovinaprsu.cz
 - www.lymfomhelp.cz
 - www.mammahelp.cz
 - www.onkounie.cz
 - www.breastcancer.cz

BOX 2. TIPY PRO PRAKTICKÉ LÉKAŘE PŘI ŘEŠENÍ PSYCHOSOCIÁLNÍCH OBTÍŽÍ:

- Nejvíce nám o situaci a předpokládaných potřebách pacienta napoví domácí návštěva.
- Zním ve svém okolí psychologa/organizaci, která může umírajícímu nebo rodině poskytnout psychologickou oporu?
- Spolupracuji se sociálním pracovníkem a vím, co může svým klientům nabídnout?
- Spolupracuji s domácím hospicem?
- Nabízím umírajícím pacientům a jejich rodinám možnost zažádat o sociální dávky?

5/ BOLEST A DUŠNOST V POSLEDNÍCH TÝDNECH ŽIVOTA

I. BOLEST

Bolest patří k nejčastějším a nejobávanějším symptomům v závěru života. Střední až silnou bolestí trpí přes 70 % onkologicky nemocných a více než polovina nemocných se srdečním selháním a syndromem demence. Zahraniční studie ukazují, že **až 50 % nemocných nemá bolest léčenu dostatečně efektivně**¹. Častým důvodem jsou obavy, mýty či nezkušenost s léčbou opioidy. Léčba bolesti při pokročilém onemocnění patří k základním dovednostem praktického lékaře.

A. Zhodnoťte typ a intenzitu bolesti

- Použijte **numerické či verbální škály** ke stanovení intenzity (0 až 10, mírná, střední, silná), u pacientů s kognitivním deficitem použijte **PAINAD** (tab. 1).
- Na základě popisu bolesti lze usuzovat na možnou příčinu (neuropatická či kostní bolest s možností specifické léčby).

B. Zvolte adekvátní léčbu a titrujte dávku²

- při nedostatečném efektu neopioidních analgetik (NSAID, paracetamol) či slabých opioidů (tramadol) zahajte léčbu **silným opioidem**
- u nemocných, kteří opioidy dosud neužívali, léčbu zahajujeme krátkodobě působícím preparátem – **rychle působící morfin** (Sevredol, morfinové kapky) v dávce 5–10 mg p. o. po 4–6 hodinách (u kachektických či geriatrických pacientů ev. 2,5 mg)
- při nedostatečném efektu dávku pomalu titrujeme, poté převádíme na **dlouhodobě působící preparát** (retardovaný oxycodon či morfin, transdermální fentanyl či buprenorfin) pomocí ekvivalenčních tabulek (tab. 2)
- vždy je třeba myslet na **rescue medikaci** na průlomovou bolest
 - rychle působící silný opioid – morfin p. o. či s. c., transmukózní fentanyl
 - adekvátní dávka – většinou ekvivalent 10 % celkové denní dávky opioidů
 - při trvající bolesti dávku opakovat
- předcházejte nežádoucím účinkům – preventivní podání antiemetika (haloperidol) a laxativa (lactulosa)
- většina nežádoucích účinků po nastavení léčby odeznívá, zácpa je jedním z mála trvalých nežádoucích účinků

NEJČASTĚJŠÍ NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY OPIOIDŮ:

- zácpa – neodeznívá
- nauzea/zvracení – na stabilní dávce odeznívá za 7–10 dnů
- pruritus – na stabilní dávce odeznívá za 7–10 dnů
- sedace – na stabilní dávce odeznívá za 36–72 hod
- útlum dechového centra – při správném dávkování extrémně vzácný

KOANALGETIKA VE SPECIFICKÝCH PŘÍPADECH

- **kostní bolest**
 - dexamethason 16 mg/den v rozdělených dávkách ev. bisfosfonát
 - u pacientů s delší prognózou zvažte analgetickou radioterapii
 - u 70 % pacientů efekt po 2–3 týdnech
- **neuropatická bolest – efekt často až po postupné titraci**
 - antidepressiva (Amytriptilin v poč. dávce 12,5–25 mg na noc, obvykle účinná dávka 25–50 mg 1–3x denně)
 - antikonvulziva (např. gabapentin – poč. dávka 100–300 mg na noc, obvykle účinná dávka 300–1200 mg 1–3x denně)

- **Tabulka 1: PAINAD** – stupnice pro měření intenzity bolesti u pokročilé demence. Každý prvek ohodnotte na škále od 0 do 2, součet bodů všech pěti prvků je celkové skóre od 0 do 10 jako na numerické škále.

PRVEK	0	1	2
Dýchání	Klidné	Usilovné	Usilovné se zvuky
Zvuky	0	Sténání, vzdychání	Volání, pláč
Výraz obličeje	Klidný	Smutný, vystrašený	Grimasy
Řeč těla	Uvolněná	Napjatá	Rigidní – pěsti, kolena
Utěšitelnost	Netřeba tišit	Hlasem či dotekem	Neutěšitelný

- **Tabulka 2: Ekvianalgetické dávky opioidních analgetik** (zkráceno dle SLÁMA, Ondřej, et al. Paliativní medicína pro praxi. 2. vyd. Praha: Galén, 2011.)

morfin s. c. mg	10	20	30	40	50	60	80	100
morfin p. o. mg	30	60	90	120	150	180	240	300
buprenorfin transderm. ug/hod.	17,5	35	52,5	70	87,5	105	140	
fentanyl transderm. ug/hod.	25		50		75	100	125	250
oxycodon p. o. mg	20	40	60	80	100	120	160	200
hydromorfon p. o. mg	4	8	12	16	20	24	32	40

II. DUŠNOST

Dušnost je častým a velmi stresujícím symptomem pokročilých, nejen onkologických onemocnění, který zúzkostňuje pacienty i rodinné příslušníky.

A. Zvažte reverzibilní a potenciálně kauzálně řešitelné příčiny

- např. plicní embolie, pneumonie, exacerbace CHOPN, dekompenzace srdečního selhání či fluidothorax

B. Pokud kauzální léčba není možná, nastavte symptomatickou terapii

1, Nefarmakologické postupy:

- dýchání proti odporu, brániční dýchání, chodítko (opora zmírňuje dušnost při chůzi), vibrační masáže

2, Oxygenoterapie:

- dušnost v závěru života nekoreluje s hypoxémií
- u pokročilé CHOPN oxygenoterapie zmírňuje dušnost i u nehypoxemických nemocných
- u nádorů – oxygenoterapie stejný efekt jako vzduch (ruční fén)

3, Farmakoterapie:³

- bronchodilatancia – inhalační salbutamol či ipratropium
- kortikoidy – dexamethason v dávce 4–8 mg/den, terapeutický pokus na týden, pokud bez efektu – vysadit
- anxiolytika – úzkostná složka výrazně zhoršuje vnímání dušnosti – např. alprazolam 0,25–1 mg 3x denně
- opioidní analgetika⁴
 - bezpečná a efektivní léčba dušnosti u pokročilého onemocnění
 - počáteční dávka rychle působícího morfinu 2,5–5 mg a 4 hod., dávku titrovat dle efektu, poté přejít na dlouhodobě působící preparáty
 - vždy je třeba pacienty vybavit rychle působícím preparátem pro případ náhlého zhoršení
 - u nemocných dlouhodobě léčených opioidy navýšit dávku o 30–50 %
- V léčbě refrakterní dušnosti u terminálně nemocných může být krajním řešením **cílená farmakologická sedace** – podání kontinuální subkutánní infuze morfinu 20–40 mg/d a midazolam 20–50 mg/d.

EFEKTIVITA A BEZPEČNOST OPIOIDŮ V LÉČBĚ DUŠNOSTI⁴

- významná redukce dušnosti ve srovnání s placebem
- vysoce signifikantní zlepšení dušnosti u CHOPN
- dobře vedená terapie dušnosti opioidy nevede k desaturaci, respiračnímu útlumu či posunu v krevních plynech

CO JE DŮLEŽITÉ:

- Většina lidí v závěru života trpí **dušností bez ohledu na diagnózu**.
- **Opioidy jsou efektivní a bezpečnou** symptomovou léčbou dušnosti.
- I u dušnosti myslte na **RESCUE medikaci!**
- Pokud léčba nezabírá, konzultujte paliativního specialistu v hospici nebo nemocnici.

ODKAZY:

- 1/ DEANDREA, S., et al. *Prevalence of undertreatment in cancer pain*. A review of published literature. *Annals of oncology*, 2008, 19.12: 1985-1991.
- 2/ DOLEŽAL, Tomáš, et al. *Bolest. Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. CDP-PL, 2018
- 3/ SLÁMA, Ondřej, et al. *Paliativní medicína pro praxi*. 2. vyd. Praha: Galén, 2011.
- 4/ JENNINGS, Anne Louise, et al. *Opioids for the palliation of breathlessness in terminal illness*. The Cochrane database of systematic reviews, 2001, 4: CD002066-CD002066.

6/ NEVOLNOSTI A ZVRACENÍ

Nevolnosti a zvracení jsou velmi častým symptomem pokročilého onemocnění, který významně ovlivňuje kvalitu života.

A. Identifikujte nejpravděpodobnější příčinu nevolnosti

- zácpa – vždy je třeba provést vyšetření per rectum
- gastritida – bolest či tlak v epigastriu
- zvýšený intrakraniální tlak – neurologické příznaky
- orofaryngeální kandidóza – vždy vyšetřete ústní dutinu
- nežádoucí účinek opioidů
- metabolické poruchy – hyperkalcémie, renální insuficience

B. Zvolte vhodné antiemetikum k zahájení léčby¹

- metoclopramid – 1. volba při gastrostáze, zácpě, poruchách pasáže
- dávkování: 10–20 mg tbl. a 6–8 hod. nebo 40–120 mg/24 hod. v s. c. infuzi
- haloperidol – 1. volba při opioidy indukované nevolnosti a při metabolických poruchách
- 0,5–1,5 mg 3x denně (5 kapek haloperidol 2 mg/ml), možno postupně navýšit až na 10 mg/den nebo 2,5–5 mg/24 hod. v s. c. infuzi

Poznámka: Extrapyramidové nežádoucí účinky haloperidolu jsou u antiemetických dávek vzácné, pozor u nemocných s Parkinsonovým syndromem.

C. Průběžně vyhodnocujte efekt léčby

- k pravidelné medikaci je vždy třeba doporučit rescue dávku při průlomu obtíží
 - při nedostatečném efektu léků první volby zvažte nasazení širokospektrých antiemetik.²
- setrony: Ondasetron 8 mg 1–3x denně p. o. nebo s. c., granisetron 1–2 mg 1x denně p. o. či s. c. levomepromazin – 6,25–12,5 mg p. o. nebo s. c.

NEZAPOMEŇTE:

- v paliativní péči využíváme často antiemetický efekt haloperidolu
- i zde je třeba myslet na rescue medikaci
- při nemožném p. o. příjmu podáváme léky do podkoží
- při nedostatečném efektu léky kombinovat či použít širokospektrý preparát
- nevolnostem a zácpě při zahájení léčby opioidy předcházíme preventivním podáním laxativa a antiemetika

NEZAPOMEŇTE NA DALŠÍ ČASTÉ GIT OBTÍŽE:

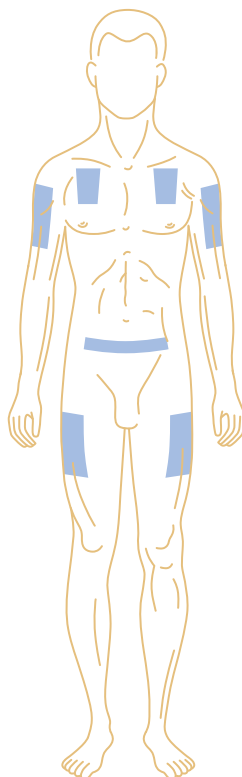
- suchá ústa či kandidóza – při každém vyšetření kontrolujte ústa, při přítomnosti sooru zahajte léčbu např. mikonazolovým gelem magistraliter
- škytavka – léčba dle pravděpodobné příčiny – nejčastěji haloperidol, ev. levopromazine
- zácpa – lactulosa, bisacodylový čípek, ev. makrogol
- maligní střevní obstrukce – ileózní stav v důsledku pokročilého nádorového onemocnění – konzervativní řešení je možné i v domácím prostředí, je ale spíše úkolem pro specialistu paliatra

Poznámky k podkožnímu podání léků:³

- podkožní aplikace je vhodná u nemocných s nemožným příjmem p. o. medikace
- podkožní kanylu je možné ponechat 72 hod. i déle, riziko infekčních komplikací je malé
- běžně do podkoží podáváme: morfin, haloperidol, midazolam, buscopalamin, metoclopramid, furosemid, dexamethason, levomepromazin
- NEVHODNÉ k s. c. aplikaci: diazepam, antibiotika, chlorpromazin
- pomocí lineárního dávkovače je možné podkožní cestou podat lék kontinuálně

ODKAZY:

- 1/ DI, WATSON, Max S., et al. *Oxford handbook of palliative care*. Oxford University Press, USA, 2005.
- 2/ TYLER, Linda S. *Nausea and vomiting in palliative care*. *Journal of Pharmaceutical Care in Pain & Symptom Control*, 2000, 8.1: 163-181.
- 3/ SLÁMA, Ondřej. *Podkožní aplikace léků a tekutin v paliativní medicíně*. *Onkologie*, 2008, 2.4: 246-248.



Místa vhodná k aplikaci
léků podkožní cestou >

77 PSYCHIATRICKÉ SYMPTOMY V PALIATIVNÍ PÉČI

U pacientů v paliativní péči se setkáváme s řadou psychických obtíží, které můžeme ovlivnit psychologickými metodami (například podpurným rozhovorem) nebo farmakoterapií. Obvyklé jsou obavy a strach, **úzkosti a deprese, psychosomatické projevy** a v závěru života pak **delirium**. Obzvláště u deprese je důležité rozlišení mezi stavy, které jsou v dané situaci přirozené a těmi, které již přesahují do psychopatologie.

Smutek vs. deprese:

Je důležité odlišit smutek, který je přirozenou součástí truchlení, od deprese. Depresivní epizoda se může rozvinout v období od sdělení nepříznivé diagnózy až po fázi umírání.

Jak odlišit smutek od depresivní epizody:

SMUTEK	DEPRESE
Je důsledkem truchlení, reálné ztráty	Generalizované do všech oblastí života.
Somatické symptomy, poruchy spánku, nechutenství, zhoršení mobility.	K tomu beznaděj, silné prožívání bezmocnosti a bezcennosti, viny, suicidální úvahy.
Je schopen se z něčeho těšit.	Není schopen se z ničeho radovat.
Přichází ve vlnách.	Stále přítomná.
Je schopen dívat se dopředu, plánovat, hledat smysl utrpení a života.	Není schopen pozitivních úvah a plánů.
Přijímá pomoc, bolest je dobře kontrolovatelná.	Netečný až nespolupracující, vyšší intenzita bolesti.

V paliativní péči je běžné provázání symptomů. V případě deprese platí:

- i jednoduchá otázka „**Cítíte se depresivní?**“ může sloužit jako screeningový nástroj¹
- u nedostatečně kontrolovaných symptomů (dušnost, bolest) je větší incidence deprese
- rozvinutá deprese vede k horší kontrole somatických symptomů²
- může být způsobena léky (kortikosteroidy, rilmenidin a další)

Léčba:

- Pokud předpokládáme přežití delší než měsíc, zkusíme nasadit **SSRI**. V případě kratší prognózy nebo k překlenutí nástupu efektu SSRI používáme **benzodiazepiny** (midazolam, alprazolam).
- Další antidepressiva s rychlejším nástupem jsou bupropion, trazodon, mirtazapin s možným efektem proti nechutenství.

Delirium:³

- je akutní stav spojený s poruchou pozornosti, vnímání, myšlení, spánkového cyklu a psychomotoriky. Typické pro něj je akutní nástup a kolísavý průběh příznaků. Hyperaktivní forma se projevuje agitovaností, zrychleným psychomotorickým tempem, halucinacemi a bludy, při hypoaktivní formě dominuje útlum a spavost.
- Mezi příčinami zvažujeme vlivy metabolické, hypoxie, hypohydratace, farmakologické, syndrom z odnětí, infekce, intrakraniální expanze, špatná kontrola symptomů (bolest, dušnost), zácpa, močová retence.
- V paliativní péči ale častěji přistupujeme k léčbě symptomové než k léčbě kauzální.

Léčba:

u lehčích forem deliria:

- perorální terapie, postupná titrace dávky
- melperon (Buronil tbl.) 25 mg 1–3x denně
- tiaprid 100 mg 1–3 denně
- haloperidol kapky 1,5–3 mg 2x denně

V případě těžších forem volíme s. c. podání haloperidolu, případně levomepromazinu nebo midazolamu v pravidelných intervalech nebo kontinuálně.

- Psychické utrpení může probíhat ve formě depresivní, úzkostné, ale i ve formě deliria.
- BDZ jsou časté léky v řešení anxiodepresivních příznaků a nespavosti v paliativní péči. Jejich nežádoucí účinky (návyk) nás u pacientů v terminální fázi onemocnění nelimitují.
- Haloperidol v kapkách je velmi dobře dávkovatelný a titrovatelný. Patří mezi nesedativní antipsychotika.

ODKAZY:

- 1/ RAYNER, Lauren, et al. *The development of evidence-based European guidelines on the management of depression in palliative cancer care*. *European Journal of Cancer*, 2011, 47.5: 702–712.
- 2/ BUŽGOVÁ, Radka, et al. *Faktory ovlivňující úzkost a depresi u pacientů v konečném stádiu nemoci při hospitalizaci*. *Česká a Slovenská Psychiatrie*, 2014, 110.5.
- 3/ LOUČKA, Martin, HOUSKA, Adam. *Psychiatrie v paliativní péči*. *Psychiatrie*, 2015, 19.4: 202–207

8/ VÝŽIVA A HYDRATACE V ZÁVĚRU ŽIVOTA

V posledních dnech a týdnech života pacientů s pokročilým chronickým onemocněním často dochází k **poklesu příjmu potravy a tekutin**. Nejčastější příčiny tohoto poklesu jsou nechutenství, polykací obtíže, nevolnosti či dezorientace a deprese. Celkovou bilanci tekutin dále mohou narušovat zvracení, průjmy nebo ztráty tekutin do třetího prostoru – otoky, ascites, fluidothorax. Zkušenost i vědecká evidence ukazují, že **umělá výživa a hydratace** u pokročilého onemocnění v posledních dnech a týdnech před smrtí mnohdy **život neprodlužují ani nezvyšují jeho kvalitu**, naopak mohou mít nežádoucí vedlejší účinky, například otoky. Výživa a hydratace mají navíc velký společenský význam a často jsou chápány laickou i odbornou veřejností jako základní potřeby, jejich limitace je tedy eticky komplikovaná a je nutno ji dobře komunikovat s pacientem i jeho rodinou.

Výživa

Umělá parenterální či enterální výživa může významně prodloužit život například pacientům s amyotrofičkou laterální sklerózou či nově diagnostikovaným nádorovým onemocněním s obstrukcí trávicího traktu. Naproti tomu **v případech pokročilého onkologického onemocnění** s výraznou ztrátou svalové hmoty studie pozitivní efekt umělé výživy neprokazují.¹ Její podání naopak často vede k rozvoji či progresi **nevolností, otoků či celkové slabosti**. Také u **pokročilé demence** výzkumy neprokázaly pozitivní vliv umělé výživy na délku života, riziko aspirace a rozvoj dekubitů.²

Hydratace

Otázka umělé parenterální či enterální hydratace je složitější. Přesvědčení, že tekutiny jako základní potřebu je nutné podávat až do konce života, je velmi silné. Výzkumy ale i zde ukazují, že u nemocných s prognózou **v řádu dnů až týdnů** ve většině případů umělá hydratace **život významně neprodlužuje, nemá významný pozitivní vliv na symptomy** pokročilého onemocnění jako je únava, porucha vědomí, nevolnosti či rozvoj deliria³ a nepřispívá ani ke zmírnění příznaků dehydratace jako žízeň či sucho v ústech. Často naopak vede k výraznějšímu **zahleňování a dušnosti** nebo k **progresi otoků** a ascitu či pleurálního výpotku. V případech nejistoty lze provést **terapeutický pokus**: aplikace 500 ml fyziologického roztoku podkožně. Pokud infúze nevede ke zlepšení stavu či naopak vede k progresi zahleňování či otoků, není další umělá hydratace indikována.

Jak postupovat při rozhodování o ukončení či nezahajování umělé výživy či hydratace v závěru života:

- Položte si 2 otázky:
 - *Jak se k tomuto problému staví pacient a jeho rodina?*
 - *Jaký je v tuto chvíli cíl této medicínské intervence (podání umělé hydratace či výživy)?*
- Nepodávejte umělou hydrataci či výživu, pokud je jediným důvodem prevence hladu či žízně nebo z důvodu psychického distresu blízkých.
- Diskutujte s pacientem a blízkými o přínosech a rizicích těchto intervencí v závěru života, naslouchejte jejich obavám.
- Výzkumy neprokázaly, že by umělá hydratace v závěru života snižovala únavu, celkový útlum či výskyt halucinací.⁴
- Naopak, infuze v závěru života může zhoršit zahlenění, otoky či gastrointestinální obtíže.⁵ V případě nejistoty zvolte terapeutický pokus.

ODKAZY:

- 1/ DY, Sydney Morss. *Enteral and parenteral nutrition in terminally ill cancer patients: a review of the literature*. American Journal of Hospice and Palliative Medicine®, 2006, 23.5: 369-377.
- 2/ SAMPSON, Elizabeth L., et al. *Enteral tube feeding for older people with advanced dementia*. Cochrane Database Syst Rev, 2009, 2.2: CD007209
- 3/ OEHME, Jacqueline; SHEEHAN, Caitlin. *Use of Artificial Hydration at the End of Life: A Survey of Australian and New Zealand Palliative Medicine Doctors*. Journal of palliative medicine, 2018.
- 4/ BRUERA, Eduardo, et al. *Parenteral hydration in patients with advanced cancer: a multicenter, double-blind, placebo-controlled randomized trial*. Journal of clinical oncology, 2013, 31.1: 111.
- 5/ FRITZSON, Anna; TAVELIN, Björn; AXELSSON, Bertil. *Association between parenteral fluids and symptoms in hospital end-of-life care: an observational study of 280 patients*. BMJ supportive & palliative care, 2013, bmjspcare-2013-000501.

9/ DŘÍVE VYSLOVENÉ PŘÁNÍ

Současná lékařská etika klade silný důraz na **autonomii pacienta** a jeho právo podílet se na rozhodování o zdravotní péči. Dříve vyslovené přání (DVP) je nástroj, který rozšiřuje toto právo i na situace, kdy už nemocný **není sám schopen projevit vlastní vůli**.

Právní rámec podle §36 zákona o zdravotních službách

Dříve vyslovené přání je platné pouze pokud jsou splněny následující podmínky:

- jedná se o pacienta staršího 18 let
- DVP je formulováno v **písemné formě** s úředně ověřeným podpisem pacienta
- DVP bylo učiněno na základě písemného poučení pacienta o důsledcích jeho rozhodnutí registrujícím praktickým lékařem nebo jiným ošetřujícím lékařem **v oboru, s nímž DVP souvisí**;
- nastala situace, k níž se DVP vztahuje
- pacient je v takovém stavu, kdy **není schopen vyslovit nový souhlas nebo nesouhlas**;
- poskytovatel zdravotních služeb má přání k dispozici;

Témata DVP v paliativní péči

O písemné poučení k DVP může lékaře požádat jeho pacient kdykoliv bez ohledu na zdravotní stav. V pokročilém stádiu onemocnění jsou však přání i lékařská poučení již konkrétnější a pravděpodobnost, že situace v DVP popsaná skutečně nastane a nemocný nebude schopen vyslovit souhlas či nesouhlas, je vyšší.

Mezi nejčastější témata DVP těchto nemocných patří:

- **nezahajování kardiopulmonální resuscitace** v případě srdeční či dechové zástavy
- **nezahajování umělé plicní ventilace** při progresi respirační insuficience, nejčastěji u nemocných s terminální CHOPN či u pokročilé amyotrofické laterální sklerózy
- **nezahajování či ukončení umělé výživy** v případě pokročilé demence či v terminální fázi chronického onemocnění
- **odmítnutí hospitalizace** při zhoršení celkového stavu
- **odmítnutí antibiotické léčby** v případě infekční komplikace

Dříve vyslovené přání je důležitý nástroj k posílení **svobody a autonomie** pokročile nemocných. Jeho sepsání by však nemělo být formálním aktem, ale naopak příležitostí k důkladnému rozhovoru o pravděpodobném dalším vývoji onemocnění a prognóze pacienta s cílem pojmenovat možné **kritické body a sestavit plán péče** dle preferencí a hodnot pacienta.

ODKAZY:

- 1/ umirani.cz/rady-a-informace/drive-vyslovena-prani
- 2/ MATĚJEK, Jaromír. *Dříve vyslovená přání pacienta, komentář k zákonné úpravě*. Praktický lékař: časopis pro další vzdělávání lékařů, 2012, 286–289.
- 3/ DOLEŽAL, Adam. *DŘÍVE VYSLOVENÁ PŘÁNÍ (ADVANCE DIRECTIVES)*. Právní a etické úvahy. *Advance Directives. Legal and ethical aspects*. Časopis zdravotnického práva a bioetiky, 2017, 7.2: 1–15.

Vzor dříve vysloveného přání

Dříve vyslovené přání

Já, níže podepsaný/podepsaná , r. č., pro případ, že bych se dostal/a do takového zdravotního stavu, ve kterém nebudu schopen/schopna vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb a způsobem jejich poskytnutí, vyslovuji následující dříve vyslovené přání dle § 36 zákona č. 372/2011 Sb.:

I.**Pro případ, že**

(např.: moje nevyléčitelné onemocnění dospěje do terminální fáze bez naděje na zlepšení)

souhlasím s tím, aby mi byla poskytována péče:

(např. zaměřená na tišení tělesných obtíží jako bolest, dušnost, nevolnosti a další)
a nesouhlasím s péčí:

(např. intubace a umělá plicní ventilace, podání antibiotik, kardiopulmonální resuscitace), a tuto péči odmítám.

II.

Součástí tohoto dříve vysloveného přání je i písemné poučení mým lékařem v oboru všeobecné praktické lékařství, MUDr., o důsledcích mého rozhodnutí.

III.

Toto dříve vyslovené přání platí od a bylo sepsáno ve vyhotoveních, kdy jedno vyhotovení je součástí mé zdravotnické dokumentace vedené u MUDr. a zbylá jsou uložena

V, dne

.....
(ověřený podpis)

.....
svědek
(vč. identifikačních údajů)

.....
svědek
(vč. identifikačních údajů)

10/ DOPROVÁZENÍ, ZÁRMUTEK A PÉČE O POZŮSTALÉ

Podpora pečujících rodinných příslušníků je jednou ze základních funkcí paliativní péče nejen v průběhu nemoci, ale i po smrti nemocného. **Otevřenou a empatickou komunikací** v terminální fázi onemocnění můžeme předcházet psychickým traumatům u blízkých pečujících osob.

V této fázi je dobré rodině či blízkým vyjádřit podporu a respekt k jejich péči a ujistit je:

- že je možné tišit obtíže tak, aby nemocný ani v úplném závěru života netrpěl
 - že udělali vše, co mohli
 - že je důležité, aby byli s nemocným, i když např. pro poruchu vědomí již nekomunikuje
- Pozůstalí, kteří o nemocného pečovali doma až do jeho smrti, mohou prožít méně intenzivní zármutek a lépe zvládat adaptaci na ztrátu blízkého.¹

Zármutek je přirozená reakce na ztrátu blízkého. I když je často provázen silnou emocionální reakcí i somatickými obtížemi, není považován za psychickou poruchu.

- U truchlících, kteří nemají jinou psychickou poruchu není doporučována terapie psychofarmaky jako jsou benzodiazepiny či antidepresiva.²
- Intervence v poradně pro pozůstalé naopak může být velmi prospěšná, zejména u těch, kteří se jí dožadují.
- U truchlících, kteří vyhledají lékařskou pomoc, většinou vede k úlevě podpůrný rozhovor, **empatické naslouchání**, informace o typických projevech zármutku a ujištění, že se nejedná o psychickou poruchu.

Pro přirozený zármutek je typická postupná adaptace na ztrátu, obnovení zájmu o aktivity a vztahy a znovunabytí schopnosti vnímat života jako smysluplný. Pro pozůstalé však mohou být náročná určitá období v roce (Vánoce, výročí úmrtí, narozeniny zesnulého a podobně), kdy se mohou příznaky zármutku vrátit s větší intenzitou. Někdy je pro lidi těžké připouštět si zármutek po delší době a v těchto situacích se mohou projevit psychosomatické obtíže, které člověka přivedou do ordinace (poruchy spánku, migrény).

- **Pozor na neúčelné rady a fráze:** „*musíte být silná*“... „*to bude dobré, chce to čas*“... „*vzchopte se, máte přece pro koho žít*“...
- **Empatie** projevená lékařem může pozůstalým velmi ulevit: „*Je mi líto, že maminka zemřela, jak to teď zvládáte?*“ „*Tatínek ke mně chodil celý život a vždy to byl gentleman. Musí být těžké vyrovnat se s tím, že tu není.*“
- **Dejte truchlícímu prostor mluvit** okolnostech úmrtí. „*Vím, že pro lidi ve vaší situaci je někdy důležité mluvit o tom, jak se to stalo.*“

U malé části (2–5 %) truchlících můžeme diagnostikovat psychickou poruchu s definovanými diagnostickými kritérii nazvanou **komplikovaný zármutek**:³

- hluboký, setrvalý stav zármutku déle než **6–12 měsíců** po ztrátě blízkého
 - neschopnost **vyrovnat se se ztrátou**, pocity viny
 - maladaptivní chování – excesivní **vyhledávání** předmětů souvisejících se zesnulým či naopak excesivní **vyhýbání** se připomínek zesnulého
- Řešení komplikovaného truchlení**:⁴
- metodou první volby je psychotherapie³
 - antidepresiva jsou doporučována až při neúspěchu psychotherapie jako doplňková léčba k dalším metodám

Příznak	Komplikovaný zármutek	Depresivní porucha	PTSD
Depresivní ladění	vždy, zaměřené na zemřelého	vždy, dg. kritérium	někdy
Úzkost	vždy, v souvislosti se ztrátou	někdy	vždy, strach z opakovaného nebezpečí, dg. kritérium
Stesk	výrazný, častý	většinou ne	většinou ne
Nutkavé myšlenky	často, o zemřelém	negativní myšlenky o sobě a o světě	negativní, přehnané myšlenky o traumatu
Vyhledávání blízkosti zemřelé osoby	časté, předměty po zemřelém, hrob	většinou ne	většinou ne
Noční můry	většinou ne	někdy	často, v souvislosti s traumatem

ODKAZY:

- 1/ GOMES, Barbara, et al. *Is dying in hospital better than home in incurable cancer and what factors influence this?* A population-based study. *BMC medicine*, 2015, 13.1: 235.
- 2/ MANCINI, Anthony D.; GRIFFIN, Paul; BONANNO, George A. *Recent trends in the treatment of prolonged grief*. *Current Opinion in Psychiatry*, 2012, 25.1: 46–51.
- 3/ SHEAR, M. Katherine. *Complicated grief*. *New England Journal of Medicine*, 2015, 372.2: 153–160.
- 4/ PRAŠKO, J., et al. *Komplikované truchlení a jeho léčba*. *Postgraduální medicína*, 2012, 6: 79–87.

ZAJÍMAVÉ ODKAZY O PALIATIVNÍ PÉČI

A/

doporučené postupy SVL:

Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci

Dostupné z: www.svl.cz/doporucene-postupy

B/

webové stránky v češtině

www.umirani.cz

www.paliativnicentrum.cz

www.paliativnimedicina.cz

www.paliativnipraktik.cz

www.asociacehospicu.cz

www.mobilnihospice.cz

webové stránky v angličtině

www.dyingmatters.org

www.goodlifedeathgrief.org.uk

www.eapcnet.eu – EAPC Primary Care Reference Group

C/

knihy

SLÁMA, Ondřej, et al. *Paliativní medicína pro praxi*. 2. vyd. Praha: Galén, 2011.

VOLANDES, Angelo E. *Umění rozhovoru o konci života*. Praha: Cesta domů, 2015.

KABELKA, Ladislav. *Geriatrická paliativní péče*. Praha: Mladá fronta, 2017.

GŘIVA, Martin. *Paliativní péče v kardiologii*. Praha: Triton, 2018.

BYOCK, Ira. *Čtyři klíče k životu*. Praha: Portál, 2015.



PALIATIVNÍ PRAKTIK

DESATERO PALIATIVNÍ PÉČE PRO PRAKTICKÉ LÉKAŘE

Adam Houska, Jan Kořenek, Pavel Demo, Denisa Mičochová, Martin Loučka

Tato publikace vznikla jako součást projektu Praktičtí lékaři a paliativní péče, který s finanční podporou Nadace Jistota Komerční banky realizuje Centrum paliativní péče ve spolupráci se Společností všeobecného lékařství a Mladými praktiky.

Vydává: Centrum paliativní péče, 2018

Tisk: AFBKK, a. s.

Grafika a sazba: Hedvika Člupná



**CENTRUM
PALIATIVNÍ
PÉČE**



**M L A D Í
P R A K T I C I**



KB

Nadace Jistota