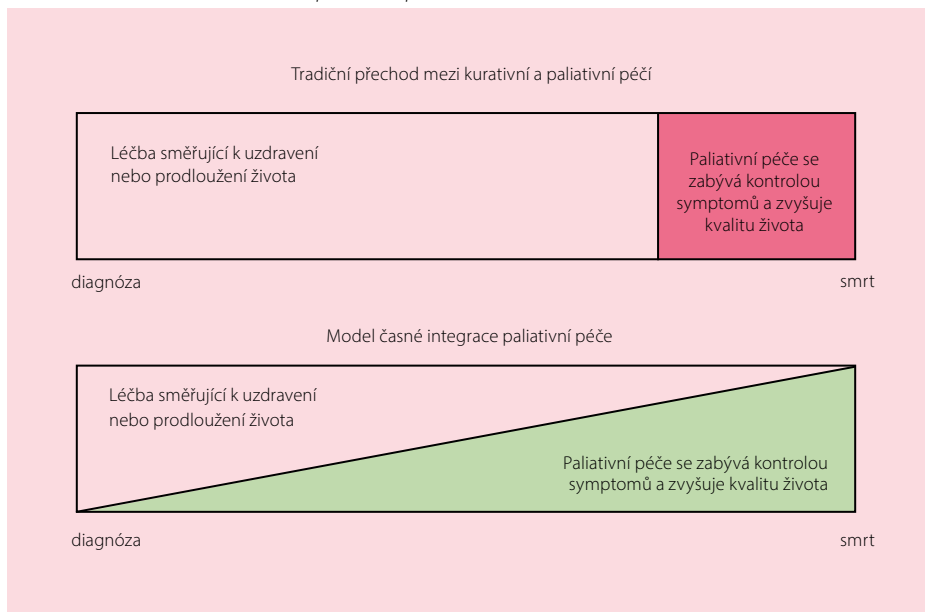


**Obr. 1.** Přechod mezi kurativní a paliativní péčí

## Specializovaná PP

Je péče poskytovaná zkušeným týmem odborníků v paliativní péči. Řeší spolu s nemocným a jeho rodinou komplexně potíže spojené s pokročilým onemocněním, které přestalo reagovat na léčbu.

Na obrázku 1 je přehledně uvedeno rozdělení péče o nemocné v obecné a specializované PP. Konziliární tým PP koordinuje péči o hospitalizované pacienty v akutní péči. Zajišťuje spolu s ošetřujícím lékařem další paliativní péči po ukončení hospitalizace, ať již cestou praktického lékaře nebo hospicové péče. Oddělení a ambulance PP zajišťuje péči o nemocné a jeho rodinu v ambulantním režimu.

## Kvalita života (QoL)

Pochopení problémů, které nemocný může řešit na konci svého života. Nemocnému výrazně pomůžeme ať již z pozice odborného lékaře, paliatra nebo praktického lékaře. Na obrázku 2 jsou schematicky znázorněny čtyři okruhy QoL. Tvoří je bio-, psycho-, socio- a spirituální potřeby.

**Biologická složka QoL** se týká onemocnění samotného. Je vždy výhodou, když je

pacient srozumitelně informován o své diagnóze, výsledcích posledních vyšetření, důvodu ukončení specializované léčby. Měl by umět hovořit o svých potížích tak, aby byl lékař schopen reagovat i na jemné výchyly zdravotního stavu úpravou medikace (bolest, dušnost, nevolnost, nespavost...) Mělo by být také jednoznačně jasné, kam se má nemocný či rodina obrátit, pokud dojde k výrazné změně (zhoršení) zdravotního stavu. Součástí uspokojení těchto potřeb může být i institut dříve vysloveného přání (advance directives), kdy pacient vyjadřuje, jak k němu má být přistupováno, pokud on sám již nebude schopen za sebe rozhodovat.

**Do psychologické složky QoL** se promítá to, jak nemocný psychicky zvládá aktuální životní situaci. Zásadní je respektování lidské důstojnosti, hovory o všech bolestných věcech a respektování nezávislosti – práva člověka rozhodovat sám za sebe. Může se zde řešit nespavost, depresivní stavy a nálady, otázka míry samostatnosti a soběstačnosti. Nemocné může trápit ztráta koníčků, zhoršená schopnost sebeobsluhy.

## Pět fází reakce na závažnou zprávu dle Kublerové-Rossovové (4)

U nemocných a jejich rodin můžeme v průběhu PP očekávat různé fáze psychické reakce na informaci o nevyléčitelném onemocnění, ukončení specifické léčby. První reakcí většinou bývá negace, odmítání přijmout informaci. Tato fáze trvá různě dlouho a přechází do fáze agrese, poté smlouvání, následuje fáze smutku a smíření. Měli bychom počítat s tím, že nemocný může oscilovat mezi jednotlivými fázemi. Mnohdy přechod od jedné ke druhé není plynulý. Pacient se může vracet od fáze deprese do negace atd. Tato znalost nám také může pomoci v pochopení chování pacienta a jeho rodiny v jejich těžké životní situaci.

## Základy procesu sdělování špatných zpráv

■ Zásadní je velmi dobrá příprava na vstupní rozhovor, znalost případu pacienta. Musíme počítat s tím, že budeme řešit nejen péči o pacienta, ale i jeho rodinu. Ta může mít různé dotazy, na kte-

**Tab. 1.** Úrovně paliativní péče. Obrázek převzat z: Paliativní péče v ČR 2016, Situační analýza

	Typ paliativní péče		
	Obecná paliativní péče	Specializovaná paliativní péče ve spolupráci s obecnou paliativní péčí	Specializovaná paliativní péče
Akutní péče	Nemocnice	Domácí hospicová péče	Nemocniční paliativní konziliární týmy
Dlouhodobá péče	LDN, domovy pro seniory	(vyškolení dobrovolníci, poskytující poradenství a podporu, v ČR neexistující služba)	Mobilní specializovaná paliativní péče
Domácí péče	Praktičtí lékaři, agentury domácí péče		Lůžkové hospice
			Mobilní specializovaná paliativní péče, paliativní stacionáře