

**Univerzita Karlova  
1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví  
Studijní obor: Fyzioterapie



**Darya Ustinova**

**Fyzioterapie v paliativní péči**

Physiotherapy in palliative care

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Tereza Chalupská

Praha, rok 2019

## **PODĚKOVÁNÍ**

Chtěla bych poděkovat vedoucí bakalářské práce, paní Mgr. Tereze Chalupské za vedení, cenné poznámky, odborné připomínky a podněty.

Dále bych chtěla poděkovat všem pracovištím, která se podílela na práci vyplněním dotazníku.

## **ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ**

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

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

V Praze,

Jméno, příjmení

Podpis studenta

## **IDENTIFIKAČNÍ ZÁZNAM**

USTINOVA, Darya. *Fyzioterapie v paliativní péči. [Physiotherapy in palliative care]*. Praha, 2019. 54 s., 2 přílohy. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika rehabilitačního lékařství. Vedoucí závěrečné práce Mgr. Tereza Chalupská.

# ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

**Jméno, příjmení:** Darya Ustinova

**Vedoucí práce:** Mgr. Tereza Chalupská

**Název bakalářské práce:** Fyzioterapie v paliativní péči

## **Abstrakt bakalářské práce:**

Cílem moderní paliativní medicíny je udržení dobré kvality života pacientů s pokročilým onemocněním. Původně byla paliativní péče považována za terminální péči, která se zaměřovala na úlevu příznaků na konci života. V současné době má paliativní péče větší rozsah a koncept rehabilitace v paliativní péči se také stále rozšiřuje.

Hlavním cílem této bakalářské práce je popsat poznatky o roli fyzioterapie v paliativní péči, a přispět tak do okruhu literatury věnující se této problematice.

Teoretická část obsahuje obecné informace o paliativní péči, multidisciplinárním paliativním týmu se zaměřením na rehabilitaci v paliativní péči. Následuje výčet fyzioterapeutických metod aplikovatelných v paliativní péči spolu s vymezením hlavních symptomů, které je možno pomocí fyzioterapie ovlivnit. Závěr teoretické části se věnuje postoji pacientů a zdravotnického personálu vůči fyzioterapii v paliativní péči a možnosti vzdělání fyzioterapeutů v oblasti paliativní péče.

Praktická část popisuje výsledky dotazníkového šetření o současném stavu zastoupení fyzioterapeutů v paliativní péči v České republice a o roli fyzioterapeuta v paliativním týmu na jednotlivých pracovištích. Součástí bakalářské práce je informační leták vytvořený s cílem rozšíření znalostí o fyzioterapii v paliativní péči mezi ostatní členy paliativního týmu.

Výsledkem této práce je potvrzení důležitosti fyzioterapie v paliativní péči, avšak Česká republika se potýká s nedostatkem fyzioterapeutů v paliativních zařízeních.

## **Klíčová slova:**

Paliativní péče

Hospic

Fyzioterapie

Rehabilitace

## **Abstract:**

The purpose of modern palliative medicine is to maintain high quality live of patients with advanced form of disease. Palliative care was originally considered as terminal care, which focused on relief of symptoms at the end of life. Nowadays, palliative care has a greater scope and the concept of rehabilitation, in palliative care, expands.

The main purpose of this dissertation is to define the role of physiotherapy in palliative care and to contribute to the existing literature.

Theoretical part of this dissertation begins with general information about palliative care and multidisciplinary palliative team with a focus on rehabilitation in palliative care. Below is a list of physiotherapy techniques applicable in palliative care, and the main symptoms that can be affected by physiotherapy in palliative care.

The conclusion of the theoretical part is devoted to the attitude of patients and medical personnel to physiotherapy in palliative care and the training opportunities of physiotherapists in the field of palliative care.

The practical part describes results of the questionnaire survey on the numbers of the physiotherapists in palliative care field in Czech Republic and the role of the physiotherapist in palliative team at the different organizations. Also, the part of the bachelor dissertation is informational leaflet, designed for spreading the knowledge about physiotherapy in palliative care among the other members of palliative team.

The results of this study confirming the importance of physiotherapy in palliative care, but Czech Republic faces with the lack of physiotherapist in palliative care.

## **Key words:**

Palliative care

Hospice

Physiotherapy

Rehabilitation



# OBSAH

ÚVOD.....	1
1. TEORETICKÁ ČÁST.....	3
1.1. Paliativní péče .....	3
1.1.1. Vysvětlení pojmů paliativní a hospicová péče.....	3
1.1.2. Paliativní péče v mezinárodním kontextu .....	6
1.2. Poskytovatelé paliativní péče.....	8
1.2.1. Obecná paliativní péče .....	8
1.2.2. Specializovaná paliativní péče.....	10
1.3. Paliativní tým .....	12
1.3.1. Rodina.....	12
1.3.2. Lékaři a sestry.....	13
1.3.3. Sociální pracovníci a dobrovolníci .....	14
1.3.4. Psychologové a duchovní .....	14
1.3.5. Rehabilitace .....	14
1.4. Fyzioterapie v paliativní péči .....	18
1.4.1. Vysvětlení pojmu fyzioterapie.....	18
1.4.2. Vliv inaktivity na stav pacienta .....	18
1.4.3. Cíle fyzioterapie.....	19
1.4.4. Fyzioterapie v různých stádiích onemocnění .....	20
1.4.5. Formy terapie .....	22
1.5. Možnosti fyzioterapie v paliativní péči.....	25
1.5.1. Ovlivnění bolesti .....	25
1.5.2. Ovlivnění dyspnoe .....	25
1.5.3. Ovlivnění respirační sekrece a kašle.....	26
1.5.4. Ovlivnění srdečního selhání.....	27
1.5.5. Ovlivnění neurologických obtíží .....	27
1.5.6. Ovlivnění komprese míchy .....	28
1.5.7. Ovlivnění únavy .....	28
1.5.8. Ovlivnění nevolnosti, ztráty chuti k jídlu a zácpy .....	29
1.5.9. Ovlivnění chronického edému.....	29
1.5.10. Ovlivnění psychiky .....	30
1.5.11. Ovlivnění paliativních onemocnění u dětí.....	30
1.5.12. Role fyzioterapeuta v edukaci rodiny a pečujících .....	31
1.6. Postoje pacientů a zdravotnického personálu k paliativní péči .....	32
1.6.1. Postoj zdravotnického personálu.....	32



1.6.2. Postoje pacientů.....	33
1.7. Možnosti vzdělání fyzioterapeutů v oblasti paliativní péče .....	36
2. PRAKTICKÁ ČÁST.....	39
2.1. Cíle bakalářské práce.....	39
2.2. Metody zpracování praktické části.....	39
2.2.1. Dotazník.....	40
2.2.2. Zpětná vazba respondentů.....	44
2.2.3 Vytvoření informačního letáku.....	45
3. DISKUZE .....	46
4. ZÁVĚR .....	53
5. SEZNAM CITOVANÉ LITERATURY.....	55
6. SEZNAM PŘÍLOH .....	60
Příloha č. 1 Dotazník – „Fyzioterapie v paliativní péči“ .....	61
Příloha č. 2 Informační leták – „Role fyzioterapeuta v paliativní péči“ .....	63
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK .....	65
SEZNAM TABULEK A GRAFŮ .....	66

## ÚVOD

Právo člověka na důstojné umírání a smrt by mělo být považované za základní etický princip každé demokratické země, která respektuje mezinárodní lidská práva. Charta práv pacientů uvádí, že „pacient má právo na zmírnění utrpení a bolesti v souladu se současným stavem medicínského poznání a zásadami lidskosti, na humánní terminální péči a důstojné umírání, jakož i na pietní zacházení s jeho tělem". (Lukacková, 2012)

Paliativní péče je přístup, který zabezpečuje základní práva člověka na důstojné umírání a zaměřuje se na zmírnění utrpení a zlepšení kvality života pacientů a jejich rodin. Je však důležité, aby paliativní péči zajišťoval multidisciplinární tým odborníků, ve kterém má každý člen své nezastupitelné místo. (Lukacková, 2012)

Avšak dle deklarace zdravotníků spočívá péče o umírající pacienty v dnešní době spíše na zdravotních sestřích (56 %) než na ostatních členech multidisciplinárního týmu. Většina paliativních týmů se skládá z lékařů, zdravotních sester, psychologů a případně duchovních. Jen malá část paliativních týmů v sobě zahrnuje i další profese, jako například fyzioterapeuty. (STEM/MARK, 2013) Častým důvodem absence fyzioterapeutů v paliativních týmech jednotlivých pracovišť je nedostatečné pochopení role fyzioterapeutů v paliativní péči. (Nelson, 2012)

Moje bakalářská práce se zaměřuje na fyzioterapii v paliativní péči a jejím hlavním cílem je popsat a rozšířit poznatky o roli fyzioterapie v paliativní péči. Tato práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části jsou popsány obecné informace o paliativní péči, její rozdělení, role členů paliativního týmu se zaměřením na rehabilitaci v paliativní péči. Dále jsou vymezeny hlavní symptomy, které ovlivňuje fyzioterapie a fyzioterapeutické metody, které se používají v paliativní péči. Pak jsou popsány postoje pacientů a zdravotníků k fyzioterapii v paliativní péči a možnosti vzdělání fyzioterapeutů v oblasti paliativní péče.

Cílem praktické části je získat informace o současném zastoupení fyzioterapeutů v paliativní péči v České republice, o roli fyzioterapeutů v paliativním týmu jednotlivých pracovišť, zjistit důvody jejich případné absence v týmu. Pro realizaci těchto cílů jsem použila dotazníkové šetření. V závěru praktické části jsem vytvořila informační leták s cílem rozšíření znalostí o fyzioterapii v paliativní péči mezi ostatní členy paliativního týmu.

Do napsání této bakalářské práce jsem s paliativní a hospicovou péčí neměla žádné zkušenosti. Zvolila jsem si toto téma, abych si rozšířila obzory a pronikla do dané problematiky.

# 1. TEORETICKÁ ČÁST

## 1.1. Paliativní péče

### 1.1.1. Vysvětlení pojmů paliativní a hospicová péče

Neexistuje jednotná definice paliativní péče, každá publikace klade důraz na určité její části.

Nejčastěji se uvádí definice paliativní péče podle Světové zdravotnické organizace (WHO) z roku 2002, která ji označuje jako přístup, který zlepšuje kvalitu života nejenom pacientů, ale i jejich rodin, které přišly do styku s problémy spojenými s život ohrožujícím onemocněním. Včasným rozpoznáním, přesným vyhodnocením a terapií bolesti a dalších tělesných, psychosociálních a duchovních obtíží je možné utrpení předejít, nebo ho účinně zmírnit. Paliativní péče má představovat péči vycházející z individuálních potřeb pacienta bez ohledu na prostředí, ve kterém je poskytována. (WHO, 2002)

Paliativní péče:

- poskytuje úlevu od bolesti a jiných utrpení;
- akceptuje život a považuje umírání za normální proces, který každý člověk prožívá jedinečně;
- snaží se o prodloužení života, který bude svou kvalitou pro pacienta přijatelný;
- využívá psychologické a spirituální aspekty péče o pacienty;
- podporuje a pomáhá pacientům žít co nejvíc aktivně až do smrti;
- nabízí všestrannou účinnou podporu rodině během onemocnění pacientů a pomáhá zvládnout jejich smrt;
- využívá multidisciplinární tým při řešení potřeb pacientů a jejich rodin, včetně případného poradenství při úmrtí;
- zlepšuje kvalitu života a může také pozitivně ovlivnit průběh onemocnění;
- je použitelná v rané fázi onemocnění ve spojení s dalšími terapiemi, jejichž cílem je prodloužit život (například chemoterapie nebo radioterapie), a zahrnuje vyšetření potřebná k lepšímu porozumění a zvládnání stresujících klinických komplikací. (WHO, 2018)

Americká onkologická asociace (2014) zdůrazňuje, že paliativní péče je péče o dospělé a děti s vážným onemocněním, která se zaměřuje na zmírnění utrpení a zlepšení kvality života pacientů a jejich rodin, ale není určena k léčení samotné nemoci. Poskytuje se pacientům v jakémkoli věku nebo stadiu onemocnění pro úlevu od symptomů, bolesti a stresu a často je poskytována spolu s léčením základního onemocnění. (American Cancer Society, 2014)

V posledních letech nabývají důkazy o pozitivním vlivu časného zahájení paliativní péče současně se standardní léčbou, často onkologického onemocnění (early integration of palliative care). (Gaertner, 2012) Mění se tím význam a vnímání konceptu paliativní péče, která začíná být považována za důslednou prevenci a léčbu všech symptomů ovlivňujících kvalitu života a utrpení pacienta po celou dobu ovlivnění nevléčitelného onemocnění, v průběhu protinádorové léčby i po jejím ukončení. (Sochor, 2015) Řada studií ukazuje, že časná paliativní péče vede ke zlepšení kvality života, efektivnější kontrole symptomů, racionálnějšímu využití zdravotní péče a prodloužení života v lepší kvalitě. Kromě toho má časná paliativní péče pozitivní vliv na rodinu pacienta. (Parikh, 2013)

Je třeba odlišit pojem paliativní péče od péče hospicové.

Paliativní péče je podpůrná péče pro pacienty s pokročilým onemocněním a zahrnuje intervenční programy používané jak v nemocnicích, tak i v sociálních zařízeních. Cílem paliativní péče je prevence nebo včasná terapie symptomů onemocnění a vedlejších psychologických, sociálních a duchovních problémů spojených s onemocněním nebo jeho léčbou. (Hui, 2015)

Hospicová péče je formou paliativní péče převážně sloužící v poslední fázi nevléčitelného onemocnění, aby pacienti mohli žít co nejuplněji a nejpohodlněji. V době, kdy je pacient zahrnut hospicovou péčí, již neprobíhá léčba primárního onemocnění. (Hui, 2015) Proto by pacienti neměli podstupovat paliativní péči až v posledních týdnech a dnech života, když byly použité všechny ostatní léčebné možnosti. Paliativní přístupy by měly být zařazeny do péče o pacienta od doby stanovení diagnózy nevléčitelného, život ohrožujícího onemocnění. (Sláma, 2016) V mnoha případech je však paliativní péče indikovaná až u pacientů v pokročilých stádiích chronického onemocnění. V těchto stádiích postupně klesají možnosti kauzálního ovlivnění příčiny onemocnění a zároveň narůstají nepříjemné symptomy (např. bolest, dušnost, nevolnost) a související komplikace (např. úzkost, deprese, omezená hybnost, omezení samostatnosti v běžných denních činnostech – ADL). Pacienti v prostředí

intenzivní medicíny, u kterých dochází k selhávání jednoho či více systémů orgánů, představují skupinu pacientů, která vyžaduje zvláštní intenzivní paliativní péči. (Sláma, 2016)  
Růst počtu starších polymorbidních osob, zejména těch, které mají omezenou rodinnou péči, zvyšuje důležitost paliativní péče. (Physiopedia, 2018)

Ještě před 15 lety se paliativní péče zaměřovala téměř výlučně na pacienty s rakovinou, avšak v současné době se věnuje větší pozornost pacientům s chronickými neonkologickými onemocněními (např. CHOPN, chronické srdeční selhání nebo demence). U těchto pacientů taky dochází ke vzniku řady somatických symptomů a psychosociálních komplikací, které potřebují kvalitní paliativní péči. Forma a metody, intenzita a trvání paliativní péče u těchto pacientů se však můžou lišit od paliativní péče u pacientů s rakovinou. (Sláma, 2016)

Mezi onemocnění a stavy, které v pokročilých stádiích obvykle vyžadují paliativní péči, patří:

- onkologická onemocnění;
- neurodegenerativní onemocnění (např. Parkinsonova choroba, roztroušená skleróza, amyotrofická laterální skleróza, syndrom demence);
- terminální stadia chronických onemocnění orgánů: srdečních, plicních, jaterních a ledvinových;
- polymorbidní geriatricí pacienti;
- HIV/AIDS;
- některá vrozená dětská onemocnění;
- pacienti v terminálním stadiu multiorgánových selhání v prostředí intenzivní péče. (Sláma, 2016)

Všichni pacienti bez ohledu na svou diagnózu by měli mít přístup k paliativní péči odpovídající jejich současnému stavu. (Physiopedia, 2018)

Paliativní péče se považuje za určitou filozofii péče (klade důraz na bio-psycho-socio-spirituální unikátnost každého člověka, propojuje somatické a psychosociální aspekty zdraví, nemoci a umírání), ale také za určitou organizaci péče umožňující uspokojení potřeb nemocného ve všech uvedených oblastech. (Vorlíček, 2011)

Pokud se nevytvoří vhodné podmínky pro nevléčitelně nemocné a umírající pacienty, psychická, sociální a duchovní smrt může nastat dříve než smrt fyzická, a to by se nikdy nemělo stát. Je potřeba komplexní péče, lidského přístupu a co největšího možného komfortu, který je pro tyto pacienty nezbytný. (Vorlíček, 2011)

Paliativní péče by měla představovat prioritu společnosti v jedné řadě s prevencí, diagnostikou a léčbou. V paliativní medicíně se provádí výzkumy a terapie tělesných a duševních potřeb a projevů nevléčitelného onemocnění v pokročilé fázi metodami medicíny založené na důkazech (evidence based medicine). (Vorlíček, 2011)

### 1.1.2. Paliativní péče v mezinárodním kontextu

V některých státech Evropské unie je nárok na dostupnost paliativní péče stanoven v legislativě. Výbor ministrů Rady Evropy v roce 2003 opublikoval doporučení Rec (2003)24 O organizaci paliativní péče, kde byla popsána potřeba integrace paliativní péče do zdravotních systémů členských států. (Sláma, 2016)

Některé země koncept paliativní péče začaly řešit na celostátní úrovni. Například v Rakousku v roce 2004 byla vládou přijata národní strategie paliativní péče, která se skládá z víceúrovňového systému paliativní péče v různých segmentech zdravotního systému. Tento systém rozděluje paliativní péči na obecnou i specializovanou a upozorňuje na nutnost rovnovážného rozvoje obou těchto složek, proto není vhodné upřednostňovat jeden model, ale rozvíjet celý systém. (Sláma, 2016)

segment zdravotního systému	typ paliativní péče (PP)			
	obecná PP	specializovaná PP ve spolupráci s obecnou PP		specializovaná PP
akutní péče	nemocnice	domácí hospicová péče (vyškolení dobrovolníci, poskytující poradenství a podporu)	nemocniční paliativní konziliární týmy	oddělení paliativní péče
dlouhodobá péče	LDN, domovy pro seniory		lůžkové hospice	
domácí péče	praktičtí lékaři, agentury domácí péče		mobilní specializovaná paliativní péče	mobilní specializovaná paliativní péče, paliativní stacionáře

Tabulka. č. 1.1 *Národní strategie paliativní péče, Rakousko*

Dnes je paliativní péče široce rozvinuta po celém Rakousku. Obdobná úroveň je v Německu, kde je dnes 210 lůžkových hospiců a oddělení paliativní péče v nemocnicích, 270

mobilních hospiců, 14 dětských hospiců a přes 250 konziliárních paliativních týmů v nemocnicích. (Sláma, 2016)

Ministerstvo zdravotnictví ČR (2017) také stanovuje rozdělení paliativní péče na obecnou a specializovanou se všemi jejími strukturami, avšak Česká republika v rozvoji paliativní péče výrazně zaostává i za některými ekonomicky méně vyspělými evropskými zeměmi. Podle informací z webových stránek [www.umirani.cz](http://www.umirani.cz) spravovaných Cestou domů k prosinci 2018 v České republice existovalo 65 organizací zajišťujících mobilní specializovanou paliativní péči, 12 ambulancí paliativní péče, 19 lůžkových hospiců. Konziliární paliativní tým působí pouze ve 3 nemocnicích.

V mezinárodních srovnáních paliativní péče se hodnotí systémová dostupnost paliativní péče, možnosti vzdělání v oblasti paliativní péče, přítomnost národní koncepce paliativní péče a další. Slabší hodnocení České republiky je z důvodu absence schválené národní koncepce, ucelenosti dostupnosti péče v nemocničním prostředí a taky kvůli nedostatku vzdělávacích příležitosti, což vede k malému počtu adekvátně vyškoleného personálu. (Sláma, 2016)



## **1.2. Poskytovatelé paliativní péče**

### **1.2.1. Obecná paliativní péče**

Základem obecné paliativní péče je včasná identifikace toho, že onemocnění nebude možné zcela vyléčit, a poté snaha o zvýšení kvality života pacienta s tímto onemocněním (např. rozumná kauzální léčba, léčba symptomů, soucitný přístup k pacientovi, koordinace poskytované péče, využití služeb potřebných specialistů zdravotní péče, organizace domácí zdravotní péče atd.). (Sláma, 2016)

Obecná paliativní péče je zajištěna praktickými lékaři, agenturou domácí péče nebo odbornými lékaři, kteří léčí nevléčitelně nemocné v rámci své specializace. Nejčastěji jsou to onkologové, internisté, geriatři či neurologové. Do obecné paliativní péče patří také sociální pracovníci, psychologové, duchovní a dobrovolníci. (Sláma, 2016)

Podle informací ze zahraničních zdrojů je v rámci obecné paliativní péče zajištěna péče pro 60–80 % pacientů z celkového počtu pacientů s potřebou paliativní péče. S postupem času s ohledem na komplexnost svých fyzických, psychosociálních a duchovních potřeb 20–40 % pacientů (v závislosti na diagnóze) vyžaduje specializovanou paliativní péči. (Sláma, 2016)

### **Paliativní péče v lůžkových zařízeních akutní a následné péče**

65,5 % všech úmrtí pacientů přichází na zdravotnická zařízení lůžkové péče. (Český statistický úřad, 2017)

Existují velké rozdíly v kvalitě poskytované paliativní péče mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními. U velké části nemocných neprobíhá adekvátní mírnění bolesti a dalších symptomů, péče není dostatečně plánována, chybí psychosociální a spirituální podpora pacientů a jejich rodin. Často chybí dostatečné vybavení pomůckami, soukromí na vícelůžkových pokojích a prostor pro komunikaci s rodinou. (Sláma, 2016)

Většina nemocnic v České republice nemá standardizovanou paliativní péči ani řídicí normy, které by stanovily, jakým způsobem má probíhat péče ve zhoršujících se stavech u pacientů s chronickými onemocněními. Standardy jsou stanoveny jen u bezprostředně umírajících pacientů (poslední dny a hodiny života). Skoro nikdy se npracuje s individuálním plánem paliativní péče. Kvalita paliativní péče u nevléčitelně nemocných

pacientů závisí na určitých náhodných proměnných (např. motivaci a znalostech lékaře a sestery na konkrétním oddělení). (Sláma, 2016)

Avšak v roce 2016 Nadační fond Avast při spolupraci s Centrem paliativní péče a Českou společností paliativní medicíny zahájil pilotní projekt „Spolu až do konce“, ve kterém poskytl financování 18 nemocnicím s cílem rozvoje paliativních multidisciplinárních týmů, vzdělávání personálu a systémového ukotvení paliativní péče v nemocnicích. Tento projekt byl vysoce hodnocen zúčastněnými nemocnicemi. Výsledky ukázaly, že je systémová implementace paliativní péče v českých nemocnicích žádoucí a možná. (Loučka, 2018)

### **Paliativní péče v rámci ambulantní a domácí péče**

Většinu času posledního roku života pacienti s chronickými onemocněními stráví v domácím prostředí, v péči praktického lékaře, ambulantních specialistů, ojediněle i v domácí ošetrovatelské péči. Péče o tyto pacienty je charakteristická nedostatečnou koordinací. Často chybí komunikace mezi jednotlivými ambulancemi, ve kterých je sledován polymorbidní pacient. Často není jasné, kdo je hlavní lékař, který koordinuje péči a realizaci léčebného plánu. Skoro nikdy se nepracuje s individuálním plánem paliativní péče. (Sláma, 2016)

Lékaři v ambulanci pracují jenom ve stanovené pracovní době a akutní komplikace jsou obvykle řešeny prostřednictvím akutních hospitalizací. Domácí ošetrovatelská péče poskytuje plánované návštěvy, které často poskytuje sám lékař. Tyto služby také nejsou trvale dostupné. (Sláma, 2016)

Lékaři poskytující ambulantní péči často nemají potřebné vzdělání v oblasti paliativní péče, což jim znemožňuje řešit případy složitějších chronických pacientů ocitajících se v závěru života. Kvalita ambulantní paliativní péče je velmi variabilní a závisí na motivaci a dovednosti ošetrojícího lékaře, ochotě k organizaci domácí ošetrovatelské péče atd. (Sláma, 2016)

### **Paliativní péče v domovech pro seniory**

Domovy pro seniory zabezpečují dlouhodobý pobyt pro klienty s potřebou náhradní sociální péče. Diagnózy klientů, kteří přichází do těchto zařízení, se významně změnily za posledních 10 let. Domovy se zvláštním režimem zajišťují ubytování pacientům ve 3. – 4. fázi demence, kteří jsou často imobilní, s nutričními problémy a s řadou dalších chronických onemocnění. (Sláma, 2016)

Často se do těchto zařízení klienti dostávají v posledním měsíci svého života, a proto vyžadují větší rozsah dohledu a zdravotní péče. Vybavenost domovů pro seniory kvalitními a dostupnými zdravotnickými službami však zdaleka není dostatečná. Řada klientů těchto zařízení bývá v posledních měsících a týdnech opakovaně hospitalizována. Pro takto nemocné přitom akutní hospitalizace není vhodným postupem, přesto se jí za stávajících podmínek nelze vyhnout. (Sláma, 2016)

„Integrace paliativní péče do systému zdravotních a sociálních služeb je nezbytnou podmínkou k efektivnímu nastavení péče o nevléčitelně nemocné“, tvrdí doktor Sláma (2016).

### **1.2.2. Specializovaná paliativní péče**

V situaci, kdy se potřeby pacientů stávají komplexnějšími a závaznějšími než možnosti obecné paliativní péče, by měla být pacientům poskytnuta specializovaná paliativní péče. Specializovanou paliativní péči poskytuje tým odborníků se speciálním vzděláním a zkušenostmi v oboru paliativní péče. (Sláma, 2016) Do specializované paliativní péče patří následující organizace.

#### **Ambulance paliativní medicíny**

V ambulanci paliativní medicíny působí specializovaný lékař s nástavbovým oborem Paliativní medicína, popř. Paliativní medicína a léčba bolesti. Lékař koordinuje zdravotní péči v terminálním stadiu života pacienta, zajišťuje jeho ambulantní a konziliární péči v pokročilých a terminálních stádiích nevléčitelných onemocnění. (Sláma, 2016)

V České republice jsou stanovené podmínky pro rozvoj této zdravotní služby, avšak její rozvoj vážne kvůli neochotě zdravotních pojišťoven nasmlouvat úhradu této formy paliativní péče. (Sláma, 2016)

#### **Mobilní specializovaná paliativní péče (MSPP)**

MSPP je komplexně poskytovanou paliativní péčí v domácím prostředí s neustálou dostupností lékařské a ošetrovatelské péče v režimu tzv. domácí hospitalizace. MSPP zajišťuje zdravotní a ošetrovatelskou péči, sociální, psychologickou a duchovní podporu pacientům, kterým zdravotní stav neumožňuje regulérní kontroly u praktického lékaře nebo ambulantního specialisty (často kvůli omezené mobilitě a nízké funkční zdatnosti). Přítomnost závažných symptomů a celková klinická nestabilita však vyžadují časté intervence

a pravidelnou úpravu plánu péče (časté krize a dekompenzace). MSPP je poskytována pacientům v pokročilých a terminálních stádiích nevy léčitelných chorob, s vymezenou prognózou délky života na měsíce až týdny. MSPP se stará nejenom o pacienty, ale i o jejich rodiny. (Sláma, 2016)

Podle pilotního projektu VZP z roku 2015–2016 MSPP umožňuje dožít v domácím prostředí více než 90 % pacientů, kteří si přejí umřít doma a mají podporu své rodiny. Kromě toho MSPP snižuje celkové náklady na zdravotní péči v posledním měsíci života. (Sláma, 2016)

### **Lůžková hospicová péče**

Lůžkový hospic je nejrozšířenější formou lůžkové specializované paliativní péče v České republice, který poskytuje komplexní zdravotní, sociální, psychologická a duchovní péče. Jeho zastoupení v jednotlivých regionech je velice nerovnoměrné. Většina pacientů (92 %) v hospicích se nachází v pokročilých stádiích onkologických onemocnění a v hospici také umírají. (Sláma, 2016)

Střední doba pobytu v hospici činí 23,4 dne, avšak polovina pacientů zemře do 10 dnů od přijetí. Každý rok v hospicích umírá 2700 pacientů (2,6 % všech úmrtí). Pouze 3,8 % pacientů s chronickými onemocněními, kteří vyžadují paliativní péči, umírá v hospicích, na onkologické onemocnění umírá 9,2 % z celkového počtu pacientů s rakovinou. (Sláma, 2016)

### **Konziliární tým paliativní péče v lůžkovém zařízení akutní nebo následné péče**

Diagnostika a stanovení rozsahu léčebné péče u pacientů v terminální fázi onemocnění většinou probíhá v nemocnicích. Jednou z možností jak posunout paliativní péči na vyšší úroveň jsou konziliární týmy paliativní péče. V zahraničí jsou takové týmy nejrychleji se rozvíjející formou specializované paliativní péče. Konziliární tým je obvykle tvořen lékařem specialistou v paliativní péči, sestrou, sociálním pracovníkem a psychoterapeutem. Členové týmu také poskytují edukaci a odborné poradenství ostatním zdravotním pracovníkům v oblasti zvládnutí bolesti a dalších závažných symptomů pacientů v terminální fázi onemocnění s konečným cílem zvýšit kvalitu péče o pacienty. Poskytují také emocionální podporu pacientům a rodinám. Tým úzce spolupracuje s dalšími zdravotnickými profesemi, jež pomáhají zlepšovat kvalitu života pacientů. (Sláma, 2016)

### **1.3. Paliativní tým**

V paliativní péči se nejvíce zdůrazňuje holistický přístup k nevyлéčitelně nemocným a umírajícím pacientům. Je proto velmi důležité, aby tuto komplexní péči zajišťoval multidisciplinární tým odborníků, ve kterém má každý člen své nezastupitelné místo. Paliativní péče vyžaduje spolupráci jednotlivých členů na vysoce profesionální úrovni. Povinností každého multidisciplinárního týmu je vytvořit takové prostředí, ve kterém se bude pacient cítit spokojený, v bezpečí a hlavně bude mít zajištěno své pohodlí. (Lukacková, 2012)

Hlavní součástí paliativního týmu by měli být lékaři a zdravotní sestry se speciálním výcvikem. Významnou roli sehrává také rodina pacienta. Nedílnou součástí týmu by měli být také psychologové, sociální pracovníci a rehabilitační pracovníci včetně fyzioterapeutů. Ostatní pracovníci mohou být členy základního týmu, ale častěji je navázána konsiliární spolupráce. (Kalvach, 2010)

Paliativní tým mobilního hospice nebo paliativního oddělení by měl hrát roli konzultanta nebo koordinátora péče pro odborníky, kteří poskytují obecnou paliativní nebo ošetrovatelskou péči (praktičtí lékaři, agentury domácí péče atd.). Spolupráce s praktickými a ošetrujícími lékaři pacientů by měla být samozřejmostí. (Kalvach, 2010)

Je potřeba, aby každý člen multidisciplinárního týmu dobře rozuměl své kompetenci, znal zásady péče ostatních profesí a byl schopen je alespoň v elementární podobě zastoupit. To zvyšuje flexibilitu systému a zabezpečení pacientů všemi potřebami. Je nezbytné, aby jednotlivé profese dobře věděly, kdy a proč je nutné konzultovat či povolát příslušnou další profesi (službu), což zvyšuje kvalitu, bezpečnost a ucelenost paliativní péče. (Kalvach, 2010)

V následujících podkapitolách je popsána role jednotlivých členů paliativního týmu.

#### **1.3.1. Rodina**

Rodina je rovnocenným členem paliativního týmu poskytující významný podíl péče. Pečující rodina poskytuje zdravotní péči na běžné, neprofesionální úrovni a také trvalou přítomnost a zabezpečení základními potřebami. (Kalvach, 2010) Rodina, kamarádi, dokonce i domácí mazlíčci naplňují život pacienta pozitivními emocemi, které on může dostat jen od svých blízkých. V některých situacích díky péči o pacienta může rodina najít pochopení a vyřešit problémy z minulosti. (Ferrell, 2015)

Aby rodiny mohly pečovat o své závažně nemocné členy, musejí nejen chtít, ale také umět a moct (mít podmínky a předpoklady – zdravotní, mentální, psychické, finanční, sociální). Proto je nezbytné, aby byla rodina vyškolená a podporována. Je potřeba zabezpečit rodinu ošetrovatelskými pomůckami, poskytnout podrobnou instruktáž a nácvik ošetrovatelských a rehabilitačních úkonů a následně provádět kontrolu její laické domácí péče. Je důležité taky zajistit komunikaci se specialisty v případě komplikací nebo zhoršení stavu pacienta a poskytnout informace o podpůrných službách (domácí péče, pečovatelská služba, osobní asistence) i sociálních dávkách, pomoci rodině v jejich získávání, nabídnout odlehčovací služby v podobě dobrovolnické pomoci, osobní asistence, dohledu nebo krátkodobých ústavních pobytů. Důležité je také zapojení širšího rodinného okruhu a přátel nemocného tak, aby péče mohla být dlouhodobá a neležela pouze na jednom členu rodiny. Je nezbytné poskytnout rodině včasnou potřebnou intervenci, jako je psychoterapeutická podpora v krizi či fyzioterapeutická podpora u muskulo-skeletálních obtíží, které mohou nastat při přetěžování (častým polohováním, zdviháním a přenášením pacienta). (Kalvach, 2010) „Je třeba se starat o pečující rodinu, aby se ona mohla starat o svého umírajícího člena“, říká Kalvach.

### 1.3.2. Lékaři a sestry

Lékaři v paliativní péči:

- specializovaný ošetrující lékař – poskytuje specializovanou paliativní péči;
- praktický lékař daného pacienta spolupracující s paliativním týmem, který rámcově úkoluje a poskytuje obecnou paliativní péči;
- lékař konsiliář, který péči o umírajícího člověka nevede, ale do péče vstupuje na požádání svou konzultací nebo potřebným výkonem, většinou je to odborník v jiném oboru (onkolog, psychiatr, geriatr, kardiolog, urolog, neurolog). (Kalvach, 2010)

Ošetrovatelství v paliativní péči je velmi důležité. Samotné však hlavně komplikovanější stavy pacientů zvládnout nestačí. I zkušené a paliativně kvalifikované zdravotní sestry musejí dodržovat zásady týmové spolupráce a pracovat se skutečností, že jedna ošetrovatelská péče nemůže zvládnout různorodé obtíže pacientů – jinak může nastat

nesprávné zjednodušení paliativní péče. Nedílnou součástí ucelené ošetrovatelské péče je rehabilitační ošetrovatelství. (Kalvach, 2010)

### **1.3.3. Sociální pracovníci a dobrovolníci**

Sociální pracovníci pomáhají zařídit příspěvky na péči, podporují rodinu pacienta, vybavují potřebnými informacemi a zajišťují sociální služby. Sociální pracovníci také navrhnou další podporu jinými profesemi, pravidelně komunikují s rodinou a vyhodnocují, jestli jsou využité nabízené možnosti podpory v péči o těžce nemocného pacienta. V ústavech často sociální pracovník zabezpečuje kvalitu volného času pacienta a zajišťuje jeho drobná přání. (Kalvach, 2010)

K hlavním činnostem dobrovolníků patří poskytování osobní asistence, včetně společenství, pečovatelské služby, a respitní podpory rodiny. (Kalvach, 2010)

### **1.3.4. Psychologové a duchovní**

Psychoterapie v paliativní péči se nesoustředí pouze na umírající pacienty, ve stejné míře se pečuje o jejich rodinu, která je často jak zaskočená rychlým či náhlým zhoršením nemoci (především u onkologicky nemocných pacientů), tak vyčerpaná dlouhotrvající péčí (nejčastěji u geriatrických pacientů). Psychoterapeut by měl pracovat s pozůstalými a provázet je dobou, kdy se vyrovnávají se ztrátou. Důležitá je pomoc v komunikaci mezi rodinou a dalšími členy týmu. Psychoterapeut, který by měl být členem paliativního týmu, má pracovat také se členy týmu, být jim k dispozici při řešení situací vyžadujících jeho kompetenci. (Kalvach, 2010)

Je potřeba včas rozpoznat a nabídnout adekvátní podporu i v oblasti spirituální. Duchovní podpora a doprovázení se liší v závislosti na kultuře a náboženství pacienta a jeho rodiny, jejich zvyků, chápáním smyslu života atd. Je nutné respektovat výslovná přání pacienta, nechat jej rozhodovat a dbát na zachování jeho důstojnosti. Je nezbytné, aby každý paliativní tým měl v dosahu duchovní různých církví, případně aby duchovní byl přímo členem týmu. (Kalvach, 2010)

### **1.3.5. Rehabilitace**

Rehabilitace je součástí jak kurativní, tak i paliativní péče. Rehabilitace patří do kurativního procesu, když se péče soustředí na specifické onemocnění a úroveň funkčních

schopností a nezávislost pacienta se nakonec vrací zpět k normálu. Běžná rehabilitace mimo jiné provádí prevenci zdravotních obtíží a snížení faktorů, které mohou přivést k nemoci a disabilitám. Avšak rehabilitace zasahuje do každého období života pacienta od narození až ke smrti. V paliativní péči se rehabilitace nesnaží udržet neodolatelný progres ke smrti, protože rehabilitace zahrnuje návrat k běžnému způsobu života přes adaptaci. (Ferrell, 2015)

Původně byla paliativní péče považována za „terminální péči“ a byla zaměřena na úlevu příznaků na konci života. V současné době je její rozsah rozšířen a koncept rehabilitace v paliativní péči je také stále rozšířenější. Paliativní péče se již zaměřuje i na dřívější stadia onemocnění, kdy má rehabilitace větší potenciál. (Physiopedia, 2018) Paliativní péče a rehabilitace pomáhají pacientům maximalizovat jejich vlastní potenciál a žít na maximální úrovni vzhledem k jejich možnostem. (Cherny, 2015)

Koncepce paliativní rehabilitace vychází z Dietzova konceptu rehabilitace pacientů s rakovinou podle stadia onemocnění:

- **Preventivní rehabilitace** se snaží zabránit nebo zmírnit funkční poruchu způsobenou rakovinou nebo její léčbou.
- **Restorativní (znovu/obnovující) rehabilitace** předpokládá návrat pacienta do jeho premorbidního funkčního stavu, pokud se očekává jen malé nebo žádné dlouhodobé poškození.
- **Podpůrná rehabilitace** se pokouší maximalizovat funkci po trvalých poruchách způsobených rakovinou či její léčbou, zabraňuje progresi ztráty dané funkce.
- **Paliativní rehabilitace.** Mezi její cíle patří co nejdelší zachování funkční schopnosti pacienta a zároveň jeho adaptace na ubývající schopnosti. Paliativní rehabilitace snižuje závislost na sebeobsluze, zabraňuje vývoji komplikací progredujícího onemocnění a zmírňuje symptomy onemocnění, poskytuje komfort a emocionální podporu. (Javier, 2011)

Všechny cíle musí být zaměřené na pacienta, měřitelné a dosažitelné. Mohou být jednoduché nebo složité (např. účast na svatbě vnuka). Opakování a redefinování cílů může být nutné denně, protože stav pacienta se může rychle měnit. (Cherny, 2015)

Každé pracoviště by vždy mělo přistupovat ke svým pacientům s ohledem na rehabilitační plán vyvinutý interdisciplinárním týmem. Plán by měl být individualizovaný a



založený na celkové prognóze pacienta, na potenciálu obnovení funkcí a na motivaci samotného pacienta. (Cherny, 2015)

## **Ergoterapie**

Důležitým odvětvím rehabilitace je ergoterapie. Ergoterapie se zabývá obnovou či zachováním soběstačnosti při stávajícím funkčním deficitu. Ergoterapeuti analyzují potřeby pacienta z jiného pohledu a řeší problémy s kreativitou a individualitou. Ergoterapeut nacvičuje všední denní činnosti a v paliativní péči se zabývá především poradenstvím v oblasti kompenzačních a ošetrovatelských pomůcek a jejich půjčováním. (Kalvach, 2010)

Příkladem užitečných pomůcek mohou být například pomůcky pro oblékání, které napomáhají efektivnějšímu oblékání a hygieně. S tím souvisí úspora energie i zachování lidské důstojnosti. Některým pacientům je potřeba přizpůsobit nádobí pro podporu nezávislosti v jídle, čímž lze dosáhnout také zvýšení přísunu živin. (Cherny, 2015)

Ergoterapeut se také zabývá případnými úpravami domácího prostředí, které vedou k zachování pohyblivosti, prostorové orientace a sebeobsluhy pacientů včetně prevence pádů. Úpravy mohou také usnadnit další péči o pacienta. (Kalvach, 2010) Úprava domácího prostředí v sobě zahrnuje: instalaci madel, odstranění prahu, rozšíření dveří, úpravu koupelen (sprchový kout, madla, sedačky do vany a sprchy), úpravu WC (madla, nástavce na klozet, toaletní křeslo), zapůjčení polohovacího lůžka a antidekubitní matrace či křesla pro kardiaky (křeslo usnadňuje dýchání při ortopnoické dušnosti a pacient v něm může i relativně pohodlně v noci spát). Často je potřeba zapůjčení vozíku. (Kalvach, 2010) V určitých případech je v domácím prostředí, ale častěji ve zdravotnických zařízeních, nutná instalace schodišťové plošiny nebo rampy. (Cherny, 2015)

Své místo v rehabilitačních modalitách zaujímá také fyzické prostředí. Například světlo má silný efekt nejen pro vizuální percepci, ale i pro náladu a pocit pohody. Světlo může být užitečným nástrojem pro udržení denních/nočních rytmů a orientaci pacienta v čase a prostoru. (Cherny, 2015)

## **Muzikoterapie**

Zvuk taky může být použit jako terapeutický nástroj jak v rehabilitaci, tak i v paliativní péči. Muzikoterapie ovlivňuje kvalitu života pacienta a jeho rodiny. Metody muzikoterapie v sobě zahrnují hraní, zpívání nebo poslech hudby, kterou pacient poslouchal v průběhu života. Řadí se zde ale také zkoumání „nové“ hudby, hudební improvizace a

skladba nových písní, relaxace s živou nebo nahranou hudbou (zahrnuje slovní doprovod). (Cherny, 2015)

Muzikoterapie zvyšuje sebeuvědomění paliativního pacienta a pomáhá zvládnout tíživou situaci, zmírňuje symptomy onemocnění (včetně bolesti, zvýšeného svalového napětí, dušnosti, nevolnosti, nespavosti, neklidu) a pomáhá v relaxaci. Muzikoterapie rozšiřuje možnosti interakce s rodinou, dalšími pacienty, zdravotním personálem, přináší potěšení, psychickou a duchovní úlevu. (Cherny, 2015)

## 1.4. Fyzioterapie v paliativní péči

### 1.4.1. Vysvětlení pojmu fyzioterapie

Dle definice UNIFY (2000) „je fyzioterapie obor zdravotnické činnosti zaměřený na diagnostiku a terapii funkčních poruch pohybového systému. Prostřednictvím pohybu a dalších fyzioterapeutických postupů cíleně ovlivňuje funkce ostatních systémů“, které jsou ohroženy procesem stárnutí, zraněním, nemocí nebo vrozenou vadou.

Jen v roce 2017 v Zákonu o nelékařských zdravotnických povoláních došlo ke změně a k definici o činnosti fyzioterapeuta se přidala paliativní péče. V současné době tedy tato část zákona zní: „Za výkon povolání fyzioterapeuta se považuje činnost v rámci preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační a paliativní péče v oboru fyzioterapie“. (Zákon č. 96/2004 Sb., 2017)y

Fyzioterapeuti provádějí terapii nejen u pacientů s potenciálem pro zlepšení fyzického zdraví, ale i u pacientů se stabilním a zhoršujícím se fyzickým potenciálem, jako například u pacientů v paliativní péči. (Cherny, 2015) Fyzioterapeuti působí v lůžkových, ambulantních a sociálních zařízeních, včetně hospiců a oddělení paliativní péče, kde ovlivňují fyzické a psychické utrpení pacientů. Fyzioterapeuti se zaměřují na zachování nezávislosti při vykonávání běžných denních činností a obecně na zlepšení kvality života terminálně nemocných pacientů. (Chiarelli, 2014)

### 1.4.2. Vliv inaktivity na stav pacienta

Fyzioterapie v paliativní péči zahrnuje terapii pacientů s progresivním onemocněním podél trajektorie jejich postupného fyzického poklesu až do smrti. Tato terapie je charakterizovaná jako „rehabilitace v opačném směru“. (Przedborska, 2016)

S postupujícím onemocněním se zhoršuje zdraví pacienta a zvyšuje se pravděpodobnost vzniku následných komplikací. Literatura uvádí, že přibližně 30 % celkových úmrtí na rakovinu souvisí se zhoršující se mobilitou a výživou. Při zohlednění kardiovaskulárních chorob a rakoviny, fyzická nečinnost přispívá až ke 250 000 předčasným úmrtím ročně. (Kumar, 2010)

Léčba jednoho systému organismu by neměla poškozovat další. Inaktivita pacientů na lůžku vede k chronické bolesti kvůli zatuhlosti kloubů a svalů, což způsobuje omezení soběstačnosti a mobility. Velice často to způsobuje komplikace při ošetřování pacienta, prodlužuje se délka ošetrovatelských procedur a zvyšuje se náročnost pro zdravotní personál.

Častý je vznik dekubit, zpomaluje se střevní pasáž a redukuje se plicní ventilace, zvyšuje se riziko vzniku pneumonie, zánětu močových cest, hluboké žilní trombózy, porušení rovnováhy kvůli svalové slabosti, prohlubuje se také únava. Pacient může ztratit 10 % svalové hmoty za dobu jednoho týdne imobility na lůžku. To všechno ukazuje na fakt, že vynechání fyzické aktivity pacientům škodí a vede k sekundárnímu poškození organismu. Pacienti jsou uvězněni v jejich bolestivém těle. Tímto vzniká nemoc, která je v anglosaské literatuře nazvaná jako pyjama induced paralysis (PIP). (Košťal, 2015)

### 1.4.3. Cíle fyzioterapie

Primárním cílem fyzioterapie v paliativní péči je dosažení co nejlepší kvality života pacientů a jejich rodin. (Przedborska, 2016) Důležité determinanty kvality života v sobě zahrnují vlastní stav pacienta (fyzický, kognitivní, a psychologický), kvalitu paliativní péče, životní prostředí, sociální vztahy. Kvalita života je také spojena s funkčností a nezávislostí. Pacienti se cítí spokojení se svým životem v období, kdy jsou schopni provádět nějakou činnost. Fyzioterapie se zaměřuje na individuální potřeby pacienta a vytváří aktivitu, která bude vhodná pro konkrétního pacienta. (Ferrell, 2015)

Fyzioterapeut se nezaměřuje na léčení primárního onemocnění, ale na minimalizaci fyzických a funkčních následků onemocnění nebo komplikací spojených s jeho léčbou. (Kumar, 2010) Fyzioterapie si dává za cíl optimalizovat funkční schopnosti pacienta, zachovávat nebo získat fyzickou nezávislost a autonomii pacientů. (Physiopedia, 2018)

Fyzioterapeuti se zabývají především fyzickými složkami rehabilitace. U nevléčitelných onemocnění, např. u rakoviny, existuje také psychologický aspekt, který fyzioterapeuti můžou do určité míry ovlivnit. (Physiopedia, 2018)

Fyzioterapie v různých stadiích onemocnění pacienta může:

- zmírnit bolest a utrpení pacienta;
- zabránit vzniku dekubit, svalovému zkrácení a kloubním kontrakturám, zmírnit otoky;
- díky zmírnění bolesti a zlepšení pohyblivosti pacienta může umožnit ošetřujícímu personálu snadnější a rychlejší zacházení s pacientem (přebalování, koupání atd.);
- pomoci při odkašlávání a prohloubit dýchání;
- udržet soběstačnost a zabránit předčasné imobilitě pacienta;

- zlepšit střevní peristaltiku (10 minut rehabilitace denně signifikantně zlepši apetit a mírní zácpu);
- zabránit pádům;
- pozitivně ovlivnit psychiku a motivovat pacienta, zachovat jeho důstojnost;
- pomoci správnému polohování pacienta;
- edukovat rodinu a další pečující o správném zacházení s pacientem. (Košťal, 2015)

#### **1.4.4. Fyzioterapie v různých stádiích onemocnění**

Fyzioterapeutické metody se dají použít u všech nevléčitelných onemocnění (onkologické, neurologické, metabolické atd.). Cíle a formy terapie jsou zcela individuální a velmi závislé na stádiu onemocnění. Postoupení k fyzioterapii v raných stádiích nemoci je vhodné k zajištění včasné realizace rehabilitačních cílů, zejména těch, které jsou preventivní nebo obnovitelné. Čím dříve pacient podstupuje rehabilitaci a fyzioterapii v paliativní péči, tím déle je zachována jeho soběstačnost, proto časná a dobře cílená rehabilitace efektivně a s minimálním rizikem předchází funkčním zhoršením, hraje důležitou roli pro optimalizaci péče o pacienta na nejvyšší možné úrovni. Fyzioterapie u pacientů s delší prognózou se zaměřuje na maximalizaci kvality života a udržení mobility a nezávislosti. Fyzioterapie u pacientů s rychle se zhoršujícím stavem je často založena na polohování a respirační fyzioterapii. Doporučení lze učinit pacientovi, který má jakoukoli omezující životní formu nemoci a je nebo vstoupí do paliativní fáze svého onemocnění. (Physiopedia, 2018) „Avšak indikace k fyzioterapii musí být uvážena a velmi citlivá, protože pacienti v paliativní péči jsou těžce nemocní a jejich metabolismus nefunguje správně“ – Košťal. (2015)

Většina studií dosud prozkoumala účinky fyzioterapie v raných stádiích paliativní péče. Omezené studie se zaměřily na fázi „na konci života“. Tabula č. 1.2 ukazuje závislost fyzioterapeutických technik na stádiu onemocnění. (Physiopedia, 2018)

<b>TERAPIE</b>	<b>Časná fáze paliativní péče</b>	<b>Pozdní fáze paliativní péče</b>
<b>Ulévá od bolesti</b>	+	+
<b>Fyzická aktivita</b>	+	
<b>Měkké techniky/Masáže</b>		+
<b>Pasivní cvičení</b>		+
<b>Relaxační techniky</b>	+	
<b>Polohování</b>		+
<b>Edukace rodiny</b>	+	+

Tabulka č. 1.2 *Závislost fyzioterapeutických technik na stadiu onemocnění*

Programy fyzické aktivity pro pacienty by měly být vytvořené ve stadiu diagnostiky onemocnění a měly by pokračovat, upravovat a přizpůsobovat se i do terminálního stadia nemoci. I když není možné vyléčit nebo zvrátit proces onemocnění, fyzioterapie dovoluje co nejvíc zvýšit kvalitu života pacienta. Avšak může být obtížně předvídatelné, pro které pacienty bude fyzioterapie skutečně přínosná a na jak dlouho budou tyto přínosy udržitelné. (Ferrell, 2015)

Individuální léčebnou rehabilitaci vždy indikuje lékař po zhodnocení celkového zdravotního stavu a vyšetření pacienta. Rehabilitační plán, intenzita terapie, trvání a četnost cvičení musí zohledňovat věk, stupeň onemocnění, současnou léčbu a celkový stav pacienta. (Przedborska, 2016) Posouzení pacienta identifikuje problémy a umožňuje pacientovi a fyzioterapeutovi dohodnout se na realistických cílech, formulovat plán léčby a rozhodnout o vhodných fyzioterapeutických metodách. (Cherny, 2015) Fyzioterapeuti se přizpůsobují potřebám pacienta, nikoliv naopak. Zcela zásadní je postoj pacienta, který musíme respektovat. Na počátku léčby se pacienti často bojí, že se zvýší příznaky únavy a dysfunkce, proto je potřeba pozitivního postoje k pacientovi a jeho motivace prostřednictvím edukace. (Przedborska, 2016) Fyzioterapeuti hrají klíčovou roli v motivaci, poskytnutí naděje pacientům a jejich příbuzným na zlepšení kvality života pacienta. (Ferrell, 2015)

Vlastní rehabilitaci provádí fyzioterapeut, po edukaci pak vybrané úkony může provádět sestra, sociální pracovník nebo rodinný příslušník. (Košťál, 2015)

### 1.4.5. Formy terapie

Existuje mnoho forem terapie, které mohou fyzioterapeuti využít při péči o paliativní pacienty.

**Analytické rehabilitační metody** – pohybová terapie pasivní, aktivní s dopomocí, aktivní; trakce; mobilizační a manipulační techniky (s opatrností u kostních metastáz); protažení vazivových struktur, podkoží, kůže; posílení, protažení svalů, postizometrická relaxace (PIR), masáž, spray and stretch (aplikace chladu – Kelen s následnou relaxací); ošetření trigger pointů – spoušťových bodů. (Košťal, 2015)

**Rehabilitační metody na neurofyzilogickém podkladě:** Vojtova metoda reflexní lokomoce; Bobath koncept; Proprioreceptivní neuromuskulární facilitace; Senzomotorická facilitace; McKenzie metoda; Bruggerova funkční analýza a terapie. (Košťal, 2015)

**Fyzikální terapie** využívá působení různých druhů fyzikálních energií a polí na lidský organismus. Je však důležité dodržovat základní kontraindikace fyzikální terapie. Její účinek na konkrétního člověka je vždy individuální (UZ, elektroléčba, magnet atd). (Košťal, 2015) Pro udržení síly svalů se používá taky neuromuskulární elektrická stimulace (NMES), která se aplikuje na konkrétní oslabené svalové skupiny. (Ferrell, 2015)

**Asistenční prostředky** jsou předepsány pro zlepšení mobility, zabezpečení rovnováhy, předcházení bolestí a slabostí, nestabilitě kloubů, nadměrnému zatížení kostí a odstranění zatížení na postižených končetinách. Mezi asistenční prostředky můžeme zařadit berle, hole, chodítka, vozíky. (Javier, 2011)

**Ortopedické pomůcky** se používají u pacientů s motorickými deficity. Příklady zahrnují ortézy pro kostní nestabilitu, ortézy horních končetin pro pomoc při manipulaci s předměty a ortézy dolních končetin pro podporu stability kloubů a funkce svalů. (Javier, 2011)

**Vertikalizace** je prvkem rehabilitace doporučeným chronicky ležícím pacientům. Zabraňuje ortostatickým poruchám a komplikacím vyplývajícím z imobilizace. Proces vzpřímeného polohování by měl být prováděn postupně a měl by zahrnovat postupnou změnu polohy. Pro postupnou vertikalizaci se také využívají vertikalizační stoly. (Cherny, 2015).

Napřímení těla (i vsedě) přináší řadu výhod. Je prokázán vliv na krevní tlak, zažívací a vylučovací funkci, okysličení krve a průnik krve tkání. Zátěž pomáhá zabránit atrofii

skeletárních svalů. Sed, stoj a chůze dovolují zlepšit socializaci člověka. Je důležité nastavit sed tak, aby se vyhnulo tlaku na kosterní výběžky pro předcházení dekubitům. Čas sezení by měl být ohraničen v závislosti na komfortu pacienta, jeho vytrvalosti a stavu kůže. (Cherny, 2015)

Další etapy vertikalizace umožňují provádět složitější cvičení. Poloha vestoje je nesmírně důležitá pro správné fungování jednotlivých systémů, umožňuje lepší vnímání prostředí a pozitivně ovlivňuje psychiku pacientů. Schopnost zaujmout pozici vestoje je zásadní pro další nacvičování chůze. Zahájení lokomoce je často spojeno s výběrem vhodné ortopedické pomůcky (chodítka nebo berle). Každodenní systematické pohybové cvičení zlepšuje celkový výkon a umožňuje prodloužit vzdálenost chůze. Díky obnovené lokomoci pacienti opět získávají možnost využít toaletu nebo opustit místnost, ve které zůstávají 24 hodin denně. Zlepšuje se tedy samoobsluha. (Cherny, 2015)

### **Pohybová aktivita**

O pohybových aktivitách (cvičení) je známo, že mají mnoho fyziologických a psychologických přínosů, a proto jsou zavedeny také v paliativní péči. Maddocks a kol. (2012) zdůrazňují výhodu využití cvičební terapie u pacientů s pokročilým onemocněním. Cvičení má potenciál udržet nebo zpomalit ztrátu fyzické funkce. U pacientů významně oslabených, kteří nemůžou vykonat aktivní pohyb, jsou prováděna pasivní a aktivní cvičení s dopomocí. (Przedborska, 2016) U pacientů, kteří se nachází v lepší fyzické kondici, se provádí cvičení aktivní, odporová (silová cvičení s použitím terabandu nebo vlastní váhy) a aerobní. Důležitá jsou také protahovací cvičení. Cvičení může být individuální nebo skupinové, musí být bezpečné a brát v úvahu věk pacienta, jeho současný stav, minulou anamnézu a stav výživy. Zahrnutí pohybové aktivity v rámci péče o pacienta s nevléčitelným onemocněním může snížit disability (nebo působit jako prevence vůči nim) a udržet fyzickou aktivitu pacienta. (English, 2015)

Fyziologický efekt pohybové aktivity v sobě zahrnuje zlepšení svalové síly, stability, vytrvalosti, kloubních rozsahů, prevenci pádů, zabránění svalovým křečím, edému, zmírnění nevolnosti, dušnosti, bolesti, prohloubení dýchání, zlepšení spánku, nasycení okysličenou krví mozku a tkání, snížení únavy. (Cherny, 2015)

Psychologický efekt pohybové aktivity zahrnuje zlepšení odolnosti, snížení stresu, zvýšení sebedůvěry, zlepšení nálady, stimulace mentálních funkcí a snížení deprese. Výhody



se můžou zdát malé, ale zapojení pacienta v cvičebních programech snižuje pocit bezmocnosti udržením určité svalové síly a fyzické aktivity. (Cherny, 2015)

Pacienti, kteří trpí onemocněním, jako je anémie, kostní metastázy, respirační nedostatečnost a muskuloskeletální problémy, musí být pečlivě posuzováni, protože cvičení může být kontraindikováno. Cvičení na konci života by neměla být dlouhá, měla by být zaměřená na cíl, například přesuny z lůžka na židli. (Cherny, 2015)

Je potřeba stimulovat pacienta provádět fyzickou aktivitu každý den, v závislosti na jeho schopnostech – chůze na maximální dovolující vzdálenost, cvičení vleže nebo vsedě. Je potřeba naučit pacienty provádět každý pohyb ve správné koordinaci s dýcháním, což zvětší jejich výkon a saturaci těla kyslíkem. (Cherny, 2015)

## **1.5. Možnosti fyzioterapie v paliativní péči**

### **1.5.1. Ovlivnění bolesti**

Léčba bolesti má hodně široké pojetí, protože bolest může být vyvolána poruchami v každém systému organismu. Fyzioterapeuti hrají důležitou roli ve snaze o zmírnění bolesti paliativních pacientů, což je jednou z hlavních složek paliativní péče. Reakcí na bolest je vývoj bolestivého chování, například vyloučení aktivit. Nečinnost vede ke vzniku dalších komplikací a sdružených onemocnění, které také způsobují bolest. V závislosti na původu bolesti se můžou používat různé fyzioterapeutické techniky, které mohou zahrnovat cvičení, reedukaci pacienta, relaxaci, polohování, akupunkturu a masáž. Dotek je pravděpodobně nejstarší způsob jak zmírnit bolest a nepohodlí. Masáž může být použita ke snížení svalové křeče, napětí, napomáhá k uvolnění, zmírnění bolesti, zlepšuje cirkulaci a zvyšuje fyzickou aktivitu pacienta. Je prokázán vliv masáže na kvalitu snu. Při zmírnění bolesti má také vliv fyzikální terapie, například transkutánní nervová stimulace (TENS), ultrazvuk, diatermie, teplo a chlad. (Cherny, 2015)

### **1.5.2. Ovlivnění dyspnoe**

Respirační rehabilitace hraje výjimečnou úlohu při terapii pacientů v paliativní péči. Dušnost je ničivý a běžný příznak u pacientů s rakovinou a dalšími progresivními onemocněními. Je obtížně kontrolovatelná a fyzioterapeuti přitom potřebují jasné porozumění povaze dušnosti, aby podpořili své pacienty. (Cherny, 2015)

Plicní rehabilitace je popsána jako interdisciplinární program péče, který je individuálně navržen tak, aby optimalizoval fyzickou a sociální výkonnost a autonomii. Terapie může zahrnovat odstranění sekretu z dýchacích cest, kontrolované dýchání, polohování, relaxaci, kognitivní behaviorální terapii, využití pomůcek usnadňujících dýchání, edukaci pacienta a preferenci aktivit (výběr nejdůležitějších činností, které je třeba udělat). Pro správný výběr respirační terapie je potřeba důkladné vyšetření, anamnéza, včetně využití léků a pomůcek na dýchání. Ruční ventilátor nasměrovaný do obličeje může také přispět ke snížení pocitu dušnosti u některých pacientů. Používá se taky neuroelektrická stimulace dýchacích svalů. (Cherny, 2015)

Pacienti mající problém s dýcháním automaticky zaujmají polohu, která usnadňuje jejich dýchání. Tím se prohlubuje dýchání a pocit dušnosti se zmírňuje. Užitečná pozice pro zklidnění a prohloubení dýchání je volný uvolněný sed, lehké předklonění, kdy jsou předloktí opřená o stehna. Mezi klidové polohy patří také vysoká boční poloha vleže (tj. pacient leží na

boku, kolena mírně ohnutá, mírně nakloněn dopředu a podepřen pomocí tří nebo čtyř polštářů, jeden polštář je pod hlavou a krkem). (Cherny, 2015)

Je potřeba pacienta naučit lokalizovanému dýchání do dolní části hrudníku a horní části břicha, což podporuje stimulaci bránice. Pacient by se měl naučit kontrolovat rychlost a hloubku dýchání tak, aby mu to umožnilo normálně dýchat. (Cherny, 2015)

Úzkost a emoce jsou úzce spojeny s dechem a negativně ovlivňují řadu dalších příznaků. Ukázalo se, že relaxace snižuje srdeční a respirační frekvenci, spotřebu kyslíku a krevní tlak u pacientů s dušností. Může být také použita ke snížení úzkosti a ke kontrole negativních myšlenek. Pravidelná cvičení může pacient provádět kdykoli, kdy je to potřeba, a znovu tak vytvořit pocit uvolnění. (Cherny, 2015)

V polské studii (Przedborska, 2016), která zkoumala vliv fyzioterapie na pacienty s rakovinou v paliativní péči, bylo taky zjištěno statisticky významné snížení závažnosti dušnosti a s ní i úzkosti a deprese. Převážná většina pacientů v této studii vyjádřila spokojenost s fyzioterapeutickou intervencí (69,4 % vs. 9,7 % nespokojených).

Doporučují se respirační programy trvající 6–12 týdnů. (Bolton, 2013). Takový dlouhotrvající program je vhodný pro pacienty s delší prognózou; pro pacienty v hospici, kteří se nacházejí v terminálním stadiu nemoci, je vhodné například polohování nebo lokalizované dýchání. (Cherny, 2015)

### **1.5.3. Ovlivnění respirační sekrece a kašle**

Tradiční fyzioterapeutické techniky (např. roztrásávání hrudníku a vibrace) se používají s opatrností při paliativní péči a tyto zákroky by byly kontraindikovány u pacientů s osteoporózou, kostními metastázami a hemoptýzou. Fyzioterapeuti využívají uvolnění hrudníku a učí správným technikám odkašlávání pro účinné odstranění zbytků sekrece z dýchacích cest. Fyzioterapeuti pravidelně využívají techniky aktivního cyklu dýchání, asistovaného kašle a polohování. (Ferrell, 2015) Aktivní cyklus dýchání je metoda uvolnění dýchacích cest, která obsahuje kombinaci cvičení na zvýšení pružnosti hrudníku, techniky silového výdechu (huffing) a kontrolovaného dýchání (Kolář, 2009). Aktivní cyklus dýchání upřednostňovan před většinou alternativ s krátkodobým účinkem u pacientů v paliativní péči s obstrukcí dýchacích cest. Přiměřené zvlhčování ovzduší a hydratace organismu je nezbytná pro podporu účinného odkašlávání, užitečné je taky využití nebulizátoru. (Cherny, 2015)

Pacienti s neuromuskulárními poruchami (např. s poruchou motorických neuronů) se také setkávají s řadou respiračních problémů. Špatné plnění plic a následné snížení jejich

objemu snižuje schopnost účinně vykašlávat. Existuje přímá souvislost mezi maximálním inspiračním tlakem a průtokem kašle, což dokazuje význam síly inspiračních svalů. Pro zvýšení výdechové síly kašle může být použita kombinace asistovaného kašle a pomocného zařízení pro odkašlání. Přístroj Cough Assist (mechanická insuflace/exsuflace), pomáhá očistit od sputa pomocí pozitivního i negativního tlaku. Postupné aplikace pozitivního tlaku na dýchací cesty se rychle změny na negativní tlak. Tato změna tlaku způsobuje vysoký výdechový průtok a stimuluje kašel. Fyzioterapeutické techniky kombinované s tímto přístrojem umožňují sekreci dostat se do úst a vyčistit je nebo odsát pryč. (Cherny, 2015)

Využití respiračního odsávání, zejména na konci života, je kontroverzním tématem a je obtížné ho zkoumat. Akumulací sekrecí v horních dýchacích cestách může dojít k obstrukci dýchacích cest. Pokud je aplikováno orofaryngeální sání, mělo by být vždy prováděno s velkou opatrností, protože může být pro pacienta bolestivé. Důkazy naznačují, že expektorační techniky a pravidelná péče o ústní dutinu jsou vhodnější. Rodina pacienta často považuje toto stádium za tíživé pro pacienta, proto jsou dobré komunikační dovednosti fyzioterapeuta a edukace příbuzných nezbytné. (Cherny, 2015)

#### **1.5.4. Ovlivnění srdečního selhání**

Paliativní péče hraje důležitou roli při zlepšování kvality života pacientů se srdečním selháním. Pacienti se srdečním selháním však mají omezený přístup ke službám paliativní péče. Rehabilitace je zaměřena na cvičební aerobní programy zaměřené na kardiopulmonální systém a vytrvalost. Aerobní trénink zahrnuje například běh nebo plavání. Pro aerobní trénink se mohou používat stacionární přístroje, jako jsou běžecké pásy, ergometry a veslové stroje. Avšak je zřejmé, že tento trénink se dá použít na začátku onemocnění v rámci prevence zhoršování stavu. V pokročilých stádiích nemoci se používá stejná intervence jako u dýchacích obtíží. (Gadoud et al., 2013)

#### **1.5.5. Ovlivnění neurologických obtíží**

Pacienti mohou mít širokou škálu různých neurologických obtíží, jako jsou komprese míchy, periferní neuropatie, cerebrální nádory a další. Trajektorie onemocnění pacientů s mozgovým nádorem se může měnit, protože se příznaky mění v krátkém časovém období. Fyzioterapeut musí zvážit kolísání symptomů a schopností pacienta, konečným cílem je udržení nezávislosti a zlepšení kvality života. Pacienti s dlouhodobými neurologickými stavy také spadají pod paliativní péči. Je popsán význam kontroly symptomů a poskytování sociální, psychologické a duchovní podpory u těchto pacientů. Tito pacienti mohou mít

podobné příznaky jako pacienti s onkologickým onemocněním, ale kvůli delší době onemocnění budou mít tyto příznaky po delší dobu. Mezi tyto nemoci patří roztroušená skleróza, Parkinsonova choroba, svalová dystrofie atd. U těchto pacientů se provádí aktivní asistované cvičení a pasivní pohyby jako u ostatních diagnóz. Avšak u těchto pacientů je často větší důraz kladen na udržení správných pohybových stereotypů, stability a rovnováhy, nacvičování chůze a kontrola pohybů těla a končetin. (Cherny, 2015).

### **1.5.6. Ovlivnění komprese míchy**

U pacientů s pokročilým nádorovým onemocněním s metastázami v kostech se může vyvinout komprese míchy. Mnoha pacientům tato komplikace může výrazně zhoršit zdravotní stav a pacienti často potřebují pomoc a podporu při adaptaci na drastické snížení funkčních schopností. Fyzioterapeut je často první, kdo může zaznamenat časné známky komprese míchy a upozorňuje tým na budoucí komplikace tohoto nouzového stavu. V nestabilní páteři může být indikován chirurgický zákrok k dekompresi nádoru a udržení stability a fyzioterapeut bude hlavní člen post-chirurgického týmu. Při kontraindikaci chirurgického zákroku se často používá radioterapie. Při kompresi míchy dochází ke ztrátě rozdílných stupňů motorické, senzorycké a autonomní funkce pod úrovní komprese. Fyzioterapie může zahrnovat výcvik rovnováhy, posílení části trupu a končetin, které nejsou denervované po kompresi. Při menším poškození motorických funkcí se používají pomůcky, jako jsou berle, chodítka a další. Při těžším poškození se často indikuje vozík. Je potřebná také edukace rodiny pacienta o přízpůsobení se měnícímu se zdravotnímu stavu. (Cherny, 2015)

### **1.5.7. Ovlivnění únavy**

Únava je popisována jako přetrvávající, subjektivní pocit slabosti nebo nedostatečné energie, která může být fyzická nebo psychologická, často se vyskytuje u pacientů v paliativní péči a výrazně snižuje kvalitu života pacientů. Pacienti, kteří se stěžují na únavu, si často také stěžují na dušnost, celkovou slabost, nechutenství, deprese, problémy s rovnováhou, což ovlivňuje jejich psychický stav. (Cherny, 2015)

S únavou se potýká 60 % až 90 % pacientů s rakovinou. Subjektivní pocit slabosti a vyčerpání u onkologických pacientů je nepřiměřený k vykonávané aktivitě, po odpočinku se nezlepšuje a zabraňuje normálnímu fungování. Únava a deprese doprovázející rakovinu způsobují apatii a pacient začíná být méně pohyblivý a tráví většinu dne na lůžku. (Przedborska, 2016) Existuje rostoucí počet důkazů, které ukazují, že fyzioterapeuti hrají roli při snížení pocitu únavy u pacientů s pokročilým onemocněním. Systematický přehled

naznačuje, že fyzická aktivita, například aerobní chůze nebo cvičení, může pomoci snížit únavu během léčby rakoviny. Buss a kol. (2010) statisticky prokázali významné snížení únavy u osob v terminální hospicové péči, kteří se účastnili 20–30minutového cvičebního režimu ve srovnání s účastníky kontrolní skupiny, kteří zaznamenali nárůst únavy během stejného časového rámce. Bylo také prokázáno, že zvýšení doby trvání fyzické aktivity u pacientů v hospicích zlepšilo funkční úroveň, kvalitu života a spokojenost pacientů a zvýšilo počet propouštění do domácnosti. (Wilson, 2017)

### **1.5.8. Ovlivnění nevolnosti, ztráty chuti k jídlu a zácpy**

Bylo prokázáno, že pacienti, kteří dostávají pravidelnou fyzioterapii déle než 10 minut denně, vykazují významné snížení poruch chuti k jídlu. Existuje také zvýšené riziko zácpy u lidí, kteří se pohybují méně než 0,5 km denně. Bylo zjištěno, že dřepící poloha usnadňuje efektivní stimulaci pánevního dna ve prospěch defekace. To lze simulovat pomocí jednoduchého kroku, kdy pacient opírá nohy, když sedí na záchodě. Zvednutí kolen nad úroveň kyčle v kombinaci s uvolněným hlubokým dýcháním a jemným kývajícím pohybem může usnadnit proces evakuace střev a zmírnit zácpu. (Cherny, 2015)

Nevolnost je velice častým symptomem u onkologických pacientů, kteří podstupují kurativní léčbu (radio- a chemoterapie). TENS a akupunktura mohou být použity ke zmírnění nevolnosti pomocí antiemetického akupunkturního bodu Neiguan. (Cherny, 2015)

### **1.5.9. Ovlivnění chronického edému**

Lymfedém je jednou z komplikací u pacientů s pokročilou rakovinou. Pacienti s lymfedémem udávají bolest, diskomfort, pocit těžkosti a dokonce necitlivosti končetin. Zduřená končetina je těžká a dochází v ní k oslabení svalů a kloubů, což ovlivňuje jak postoj, tak pohyblivost. Vzniká jako důsledek poruchy svalové pumpy, snižujícího se venózního návratu, zhoršené lymfodrenáže v lymfatickém systému, nejčastěji kvůli postižení nebo potlačení cév nebo lymfatických uzlin v průběhu onemocnění. Často se objevuje jako nežádoucí příznak protinádorové léčby (odstranění lymfatických uzlin nebo radioterapie). Otok se zhoršuje vlivem gravitace v imobilní končetině. (Przedborska, 2016) Fyzioterapeutické techniky přispívají k ovlivnění lymfedémy. Nejlepší terapeutické účinky jsou získány díky komplexní antiedematozní terapii, která v sobě zahrnuje:

- polohování;
- cvičení stimulující svalovou pumpu;

- kompresní terapie ve formě punčoch, specializovaných oděvů nebo bandáže;
- manuální lymfatickou drenáž;
- pečlivou péči o pleť;
- kineziotaping. (Cherny, 2015)

Při pokročilém onemocnění je bandáž používána k regulaci lymforee a k podpoře postižených tkání. Léčba lymfedémů rovněž zahrnuje dýchací cvičení. Inspirace má velký vliv na hrudní lymfodrenáž. Náhlý nárůst intraabdominálního tlaku, například kašel, hluboký nádech a smích, také výrazně zvýší břišní drenáž a vyprázdní cisterna chyli. (Cherny, 2015)

### **1.5.10. Ovlivnění psychiky**

Vznikající symptomy snižují kvalitu života u pacientů v paliativní péči a způsobují změny nálady, pocit úzkosti a dokonce deprese. Přibližně 87 % pacientů trpí úzkostí a depresí v různém stupni závažnosti. Se zhoršujícími se fyzickými funkcemi se pacienti často stávají sociálně izolovanými a nechtějí, aby je známí viděli v takovém stavu. (Cherny, 2015)

Ve vědecké literatuře je obecně popsán příznivý vliv fyzické aktivity na psychiku pacientů v paliativní péči. Zaměření pozornosti vážně nemocných pacientů na úkoly a fyzickou aktivitu v daném okamžiku odvádí jejich myšlenky od smrti. Terapeut má zhodnotit volný čas pacienta, jeho zájmy, psychické a fyzické potřeby, pochopit, co pacienta motivuje, a navrhnout terapeutické aktivity, které by se přizpůsobily jednotlivci a podporovaly jeho sebejistotu v sociální situaci. Fyzioterapeut by měl pomoci prožít každý den života pacienta a pomoci jeho tělu i duši pokračovat ve funkci. (Ferrell, 2015) Systematická cvičení, která postupně zvyšují schopnost pohybu pacienta, mu dávají naději na lepší fungování. Dokonce i malé zlepšení ve fyzickém stavu a nezávislosti má významný dopad na náladu. Pokrok v terapii stimuluje motivaci a ochotu pokračovat ve cvičení. Důležitý dopad na psychiku pacientů má nepochybně dobrý kontakt s fyzioterapeutem, vytvoření blízkého vztahu a empatie terapeuta vůči pacientu. (Przedborska, 2016) Pro vyrovnání a zvládnutí situace, pro snížení strachu a úzkosti, které doprovázejí onemocnění, pacienti často potřebují edukaci ze strany paliativního týmu. (Physiopedia, 2018)

### **1.5.11. Ovlivnění paliativních onemocnění u dětí**

Na rozdíl od dospělých můžou děti vyžádat paliativní péči i řadu let. Děti mohou mít fáze relativního klidu a normálního fyzického stavu, které jim umožní žít relativně aktivním způsobem života. Tyto fáze se mohou střídát s fázemi, kdy má dítě vážně zhoršený stav a je

skoro na hranici mezi životem a smrtí. Stadia jsou obtížně předvídatelná a spontánní změny opakovaně vedou k nejistotě ze strany rodičů a zdravotnického personálu. Ne každé zhoršení představuje terminální fázi, i když se to tak může zdát. (Taylor, 2013)

Klasické symptomy dítěte v paliativní péči, zejména na konci života, jsou většinou stejné jako u dospělých, ale projevují se různě v závislosti na věku dítěte, a proto vyžadují různé terapeutické přístupy. Nespecifickými symptomy v dětství jsou apatie, ztráta chuti k jídlu, nevolnost. (Taylor, 2013)

U dítěte se využívají stejná fyzioterapeutická opatření, která se uplatňují u dospělých, ale u dítěte je často potřeba využít fantazii pro jeho zapojení do aktivity a soustředění jeho pozornosti. Často se také používají taktilní techniky včetně masáže. (Taylor, 2013)

U dětí, které nejsou komunikativní nebo komunikují jen částečně, jsou vegetativní symptomy, jako je pocení, centralizace oběhu, tachykardie nebo tachypnoe a změny v hlasu, někdy jediným způsobem, kterým se projevuje silná bolest. Malé děti (do školního věku) nejsou schopny spojit své nepohodlí s určitým orgánem, a to i v případě, že jsou jejich jazykové dovednosti již pokročilé. Například bolest v oblasti žaludku může být známkou zácpy, ale také dušnosti a poruch dýchání. Rodiče a pečovatelé, kteří dobře znají dítě, jsou nevhodnější pro identifikaci příslušných symptomů. (Taylor, 2013)

#### **1.5.12. Role fyzioterapeuta v edukaci rodiny a pečujících**

Fyzioterapeuti hrají roli v poskytování poradenství a edukaci pacientů a rodiny, což jim umožňuje přizpůsobit se následkům nemoci. Přiměřená edukace a poradenství pro pacienty a jejich rodiny je nedílnou součástí rehabilitace paliativní péče. Fyzioterapeut může edukovat rodinu provádět správnou asistenci pacientovi, pomáhat při jeho přesunech. (Physiopedia, 2018)

Efektivní komunikace je nejdůležitější pro interakci s pacienty a jejich rodinami v paliativní péči. (Pitman, 2013) Fyzioterapeuti úzce spolupracují s pacienty a mohou jim být položeny obtížné otázky týkající se prognózy nebo progresu onemocnění. Je důležité, aby měli v takových situacích potřebné znalosti a dovednosti. (Cherny, 2015)



## 1.6. Postoje pacientů a zdravotnického personálu k paliativní péči

### 1.6.1. Postoj zdravotnického personálu

Hospicová a paliativní péče je integrována do lékařské péče v pouhých 15 % zemí světa. Hodně malému počtu pacientů je umožněná paliativní péče, přičemž ještě menší část z nich má přístup k fyzioterapii. Jedním z důvodů pro tento nekonzistentní přístup může být skutečnost, že jiní odborníci v oblasti zdravotní péče nevědí o hodnotě fyzioterapie při zachování fyzické a psychické zdatnosti pacientů s klesajícím fyzickým potenciálem. Spill a kol. (2012) studoval 395 onkologů a rehabilitačních lékařů a zjistil, že pouze 8 % onkologů uvedlo, že by pacienty s pokročilým onkologickým onemocněním odkázalo na rehabilitační služby, zatímco 35 % rehabilitačních lékařů uvedlo, že tyto pacienty přijme k formálnímu rehabilitačnímu programu. Tento nedostatek přístupu k fyzioterapii může zabránit optimálnímu využití terapeutických možností pro pacienty v paliativní péči, protože podstatné je, že fyzioterapeutická intervence u pacientů s život ohrožujícími nemocemi má v porovnání s tradiční intervencí mnoho rozdílů. (Wilson, 2017)

Nelson a kol. (2012) provedl studii, která zkoumala postoje zdravotních sester k fyzioterapii v paliativní péči. Musím poznamenat, že ve Velké Británii, kde se prováděla tato studie, doporučení na fyzioterapii v paliativní péči z velké části závisí na členech primární zdravotní péče, včetně zdravotních sester.

Výsledky studie poukázaly na to, že zdravotní sestry považují za vhodné využití fyzioterapie při léčbě respirační sekrece, omezené motoriky a lymfedému. (Nelson, 2012)

Avšak většina zdravotních sester se vyjádřila negativně. Podle názoru respondentů fyzioterapeuti nemají znalosti a dovednosti potřebné k poskytování dobré paliativní péče a nejsou schopni reagovat na psychologické, sociální a duchovní potřeby pacienta. (Nelson, 2012)

Účastníci se domnívali, že zavedení fyzioterapeutické intervence by poskytlo falešné naděje pečovateltům a pacientům. Tento názor je založen na klasických představách o fyzioterapii a rehabilitaci, které „mají“ navracet pacienta do původního stavu. Dle názoru respondentů, intervence v oblasti fyzioterapie jsou nepravidelné a krátké, a brání tak vytváření vztahu s pacientem a rodinou. V případě zhoršení zdravotního stavu pacienta by se měla

fyzioterapeutická intervence zrušit, což by mohlo způsobit zklamání a strach u pacienta. (Nelson, 2012)

Dále respondenti projevili názor, že se zapojením fyzioterapeuta do paliativní péče s pacientem se zapojí příliš mnoho profesí. Potřeba chránit pečovatele, posílit koordinaci péče a snížit zmatek o profesních rolích a hranicích vedla k tomu, že účastníci se zdráhají přidávat další profese do paliativního týmu. (Nelson, 2012)

Účastníci ukázali, že v běžné praxi není zvykem odkazovat na fyzioterapii v paliativní péči. Účastníci nikdy nekonzultovali péči o pacienta s fyzioterapeutem, aby zjistili, zda by jejich péče mohla být vhodná, taky neměli dostatek znalostí nebo zkušeností s intervencí fyzioterapeutů v paliativní péči. Také uváděli, že kdyby chtěli zajistit fyzioterapeutickou intervenci, nevěděli by, v jaké formě to má být vyřízeno (jako externí fyzioterapeut nebo člen paliativního týmu v hospici, nemocnici nebo případně v domácí péči). Několik účastníků uvedlo fyzioterapeuty jako poslední v seznamu odborníků, na které by odkázali paliativního pacienta. (Nelson, 2012)

Účastníci také uvedli, že v případech, kdy pacient potřeboval fyzioterapie, činil potřebný čas na dojednání jeho péče s externími pracovníky několik týdnů, což je v paliativní péči nesmírně dlouhá doba. (Nelson, 2012)

Konečnou překážkou pro postoupení byla obecná domněnka, že fyzioterapeuti jsou buď vzácní, nebo nedostupní. Fyzioterapeuti s odbornými znalostmi paliativní péče byli vnímáni jako obzvláště omezený zdroj. (Nelson, 2012)

Účastníci studie navrhli zlepšení uvedených omezení, jako je rozšíření znalostí o fyzioterapii v paliativní péči, navázání kontaktu s externími fyzioterapeuty a zlepšení mezioborové spolupráce. (Nelson, 2012)

### **1.6.2. Postoje pacientů**

Aby bylo možné dosáhnout cílů v rámci paliativní péče, je důležité vědět, jak fyzioterapeutickou intervencí vnímají pacienti. V této oblasti je nedostatek výzkumů. Švédská studie (Dahlin, 2009) analyzovala zkušenosti 17 pacientů s rakovinou s fyzioterapií v paliativní péči.

Pacienti oceňovali aktivní komunikaci fyzioterapeutů s nimi. Udávali pocit důvěry s fyzioterapeutem, vnímali je jako dobré posluchače, což mělo kladný dopad na společenské vztahy pacienta. Fyzioterapeuti byli otevření návrhům pacientů a snažili se vyhovět jejich individuálním potřebám. Pacienti vnímali fyzioterapeuty jako poskytovatele zdravotní péče, kteří viděli situaci pacienta jako celek. Pacienti ukázali, že díky pravidelné zpětné vazbě a povzbuzování je fyzioterapie motivovala k zahájení fyzické aktivity a zachování mobility. Pacienti uvedli, že fyzioterapeutické intervence vedla k jejich nezávislosti. (Dahlin, 2009)

Pacienti popsali fyzioterapeutické metody, které vedly k úlevě od bolesti a uvolnění, jako je TENS, masáž a akupunktura. Masáž také odvedla pacienty od depresivních myšlenek o jejich nemoci. Fyzioterapeutické cvičební metody jim také poskytly pocit pohody, a to jak fyzické, tak duševní. Vodoléčba byla zdůrazněna jako velmi uvolňující a zklidňující. (Dahlin, 2009)

Mnoho pacientů uvedlo, že fyzioterapeuti jim poskytli informace o tom, jak a do jaké míry by se měli pohybovat, a poskytli pomůcky pro zajištění bezpečnosti a zlepšení mobility. Pacienti měli pocit, že jim fyzioterapie dává naději. V této souvislosti znamená „naděje“ naději na časově omezené zlepšení v určité oblasti, například úleva od bolesti nebo schopnost vykonávat určitou činnost samostatně. Naděje na vyléčení nebyly v této souvislosti zmíněny. Možnost pokusit se o různé intervence, například akupunkturu, se projevila jako naděje inspirativní, i když terapeut nemohl zaručit, že léčba by v daném případě pomohla. (Dahlin, 2009)

Avšak někteří pacienti udávali, že dostali příliš málo informací a nerozuměli potřebě fyzioterapeutických intervencí v paliativní péči. Pacienti chápali paliativní péči jenom v kontextu lékařů a zdravotních sester a nevěděli, že mohou požádat o fyzioterapeutickou intervenci. Uvedli, že postrádají sílu a iniciativu, když jsou ve fyzicky obtížné situaci, a chtěli, aby jejich fyzioterapeuti podnikli kroky a navrhli, co by bylo možné udělat. Někteří pacienti označili fyzioterapeutické intervence za důležité, ale nedostatečné. Někteří pacienti požádali o fyzioterapii (cvičení, masáže nebo bazén) ale nepodstoupili fyzioterapii dostatečně často anebo vůbec. Závěry této studie ukazují, že ti pacienti, kteří byli spokojeni s fyzioterapií, měli fyzioterapeuty, kteří citlivě posoudili potřeby pacientů a poskytli motivaci a podporu. (Dahlin, 2009)

Jiný příklad absence dostatečné fyzioterapeutické intervence je uveden v australském článku (Wiseman, 2015), kde na počátku zahájení paliativní péče pacient s rakovinou požádal o rehabilitaci, avšak jeho lékař nepovažoval rehabilitaci v jeho stavu za prospěšnou. O dva roky později byl přijat do jednotky paliativní péče a jedním z jeho prvních požadavků bylo zařazení fyzioterapie a rehabilitace. Byl potěšen, když mohl do svých každodenních rutin zapojit fyzioterapii a naplnit svůj den aktivitami, které mu přinášely sociální a psychickou pohodu. V článku se ukazuje, že paliativní pacienti často musejí bojovat, aby získali přístup k fyzioterapii, dokonce i v nemocničním prostředí.

## 1.7. Možnosti vzdělání fyzioterapeutů v oblasti paliativní péče

Porozumění paliativnímu přístupu k péči je základní dovedností pro terapeuta, a proto se očekává, že paliativní péče bude zahrnuta do výukových programů pro fyzioterapeuty. Ve většině vyspělých zemí probíhá výuka paliativní medicíny pro starší ročníky všeobecného lékařství. Tato výuka mění pohled studentů na paliativní péči. Paliativní péče však většinou není zahrnuta do studia fyzioterapeutů, což snižuje počet fyzioterapeutů, kteří se specializují v této oblasti.

Hegarty a kol. (2010) poznamenal, že 38,5 % zdravotních oborů vůbec nedostává žádnou výuku paliativní péče. Dle australské studie (Chiarelli, 2014), která byla zaměřená na zjišťování zařazení výuky paliativní péče do učebních plánů australských lékařských univerzit, je paliativní péče zahrnuta nedostatečně nebo zcela vůbec do výukového programu v oboru fyzioterapie. Avšak bylo prokázáno, že začlenění paliativní péče do výuky fyzioterapeutů zvyšuje úroveň znalostí studentů o paliativní péči a o úloze fyzioterapeuta v ní, o jeho roli a odpovědnosti v rámci multidisciplinárního týmu. Rovněž výuka může zvýšit sebedůvěru v schopnost provést interakci a intervenci u lidí s život omezujícími nemocemi. Toto zjištění je v souladu s výsledky Kumara a kol. (2011) hodnotícími výuku paliativní péče u indiánských studentů fyzioterapie a také s výsledky výzkumu Masona a Ellershawa (2010), kteří začlenili do studia výuku paliativní péče v Británii.

Odpovědi však ukázaly, že studenti nadále nacházeli tuto oblast praxe citově konfrontovanou. To není překvapivé s ohledem na věk studentů a s jejich pravděpodobnými minimálními předchozími zkušenostmi s paliativní péčí. Studenti uváděli, že obzvláště nejsou připraveni na zahájení diskuse o hrozící smrti a umírání s pacienty a jejich rodinou. (Chiarelli, 2014)

Učení v praxi má velký vliv na zvýšení emoční připravenosti studentů a na zvýšení jejich dovedností efektivně fungovat v týmu. Právě proto považují za přínosné poukázat na malou studii Morissona a kol. (2007), která zkoumala zkušenosti z praxe studentů fyzioterapeutů v rámci týmu paliativní péče. Závěry ukázaly, že jim praxe poskytla cenné zkušenosti ve spolupráci s ostatními členy týmu při stanovení společných cílů péče. Praxe poskytla taky možnost účastnit se pracovních porad týmu, které rozvíjí multioborový pohled na pacienta. Studenti také cítili, že mají větší povědomí o roli fyzioterapeuta v rámci paliativního týmu.

Studenti uvedli, že spolupracovali s větším počtem různých specialistů (klinických psychologů, poradců, muzikoterapeutů, kaplanů) v porovnání s praxemi na jiných pracovištích. Účastníci ocenili příležitost pracovat v prostředí paliativní péče, kde na každého pacienta bylo k dispozici více času než v nemocnicích na odděleních akutní péče. Studenti cítili, že tento dodatečný čas jim umožnil efektivněji komunikovat se svými pacienty. Studenti mohli rozvíjet své poradenské dovednosti a uspokojit potřeby pacientů a jejich rodin, kteří mohou klást náročné otázky ohledně prognózy onemocnění. (Morris, 2007)

V České republice byl v roce 2015 Českou společností paliativní medicíny realizován projekt, který hodnotil zastoupení témat paliativní péče v pregraduální výuce na vybraných lékařských fakultách v ČR. Na základě tohoto projektu lze stav výuky paliativní medicíny shrnout následujícím způsobem.

1. Některá témata paliativní medicíny jsou zahrnuta do výuky jiných předmětů, například onkologie, lékařské etiky a psychologie. Toto rozdělení však neumožňuje propojení dílčích pohledů a poznatků a studenti závěrečných ročníků lékařských fakult udávají nedostatek znalostí a dovedností potřebných k řešení složitějších klinických a etických situací v péči o pacienta v terminální fázi nemoci. Propojení těchto poznatků by umožnil samostatný předmět – paliativní medicína. (Sláma, 2016)

2. Paliativní medicína není vyučována jako povinný předmět na žádné lékařské fakultě v ČR. Dle údajů doktora Slámy k roku 2016 je pouze na 3 lékařských fakultách paliativní medicína vyučována jako samostatný předmět (2× jako povinně volitelný, 1× jako volitelný). (Sláma, 2016) Minimální ročník, ve kterém si student může zapsat předmět paliativní medicína, je ročník čtvrtý. Program je zaměřen na studenty všeobecného lékařství. To znamená, že v České republice se v současné době neprovádí žádná výuka paliativní medicíny v rámci oboru fyzioterapie.

4. Vyučující potvrzují nedostatek vzdělání v oblasti paliativní medicíny a považují za vhodné začlenit tento předmět do teoretické i praktické výuky. Za zásadní překážky jeho zařazení do výuky považují obsahové přeplnění studijního plánu studentů a nedostatek odborníků, kteří by mohli tento předmět vyučovat. (Sláma, 2016)

Úroveň integrace paliativní péče do výuky na lékařských fakultách v ČR výrazně zaostává za některými evropskými zeměmi. Tyto výsledky se liší od celkové úrovně a dostupnosti paliativní péče ve zkoumaných státech. Úroveň výuky paliativní péče v ČR se podobá úrovni v Nizozemsku a Dánsku (země s dobře rozvinutou paliativní péčí), avšak

úroveň začlenění paliativní péče do výuky je v zemích s nízkou úrovní paliativní péče (jako je Gruzie, Litva a Bělorusko) mnohem vyšší. (Sláma, 2016)

V ČR jsou pouze dva lékařské obory, kde je v rámci atestační přípravy věnovaný samostatný blok paliativní péče (všeobecné praktické lékařství pro dospělé: 2 dny; klinická onkologie: 1 den). V roce 2011 došlo k vytvoření samostatného nastavbového oboru Paliativní medicína. Každoročně v tomto oboru atestuje 10–15 lékařů. V rámci celoživotního vzdělávání zdravotnických pracovníků probíhá řada konferencí a seminářů, které jsou pořádány zdravotnickými zařízeními poskytujícími paliativní péči. (Sláma, 2016)

## **2. PRAKTICKÁ ČÁST**

### **2.1. Cíle bakalářské práce**

Hlavním cílem mé bakalářské práce je popsat a rozšířit poznatky o roli fyzioterapie v paliativní péči.

Cílem praktické části je získat informace o:

1. současném zastoupení fyzioterapeutů v paliativní péči v České republice;
2. roli fyzioterapeutů v paliativním týmu jednotlivých pracovišť;
3. důvodech jejich případné absence v týmu.

### **2.2. Metody zpracování praktické části**

V praktické části mé práce jsem využila metodiky kvantitativního výzkumu. Vytvořila jsem dotazník s deseti otázkami s cílem zjistit současné zastoupení fyzioterapeutů v paliativní péči v České republice, poznat jejich roli a úlohy v paliativním týmu, zjistit důvody jejich případné absence.

Jako cílovou skupinu jsem vybrala poskytovatele paliativní péče v České republice. Zaměřila jsem se na poskytovatele specializované paliativní péče: lůžkové hospice (19 respondentů) a mobilní specializovanou paliativní péči (65 respondentů), celkem tedy 85 respondentů. Poskytovatele paliativní péče jsem vyhledala na stránkách [www.umirani.cz](http://www.umirani.cz) v sekci Adresář služeb.

Dotazník jsem rozeslala formou elektronické korespondence na emailové adresy vrchních sester jednotlivých pracovišť. Emailové adresy jsem vyhledávala na webových stránkách poskytovatelů paliativní péče. V případě, absence kontaktů na vrchní sestry, jsem rozesílala emaily sociálním pracovníkům nebo na informační emaily. Celkem jsem rozeslala 75 emailů, jelikož v některých případech poskytuje pracoviště hospicovou a mobilní paliativní péči zároveň.

V závěru praktické části byl na základě informací vypracovaných v teoretické části vytvořen informační leták „Role fyzioterapie v paliativní péči“, který jsem v případě zájmu poskytovatelů poslala jednotlivým pracovištím. Cílem informačního letáku je rozšíření povědomí u zdravotních pracovníků o roli fyzioterapeuta v multidisciplinárním paliativním týmu. V budoucnu by to mohlo přispět k většímu uplatnění fyzioterapeutů v paliativní



medicině, a tím k rozšíření hranic jejich působení. Kromě toho by leták mohl posloužit ke změně chybných představ o fyzioterapii v paliativní péči.

### 2.2.1. Dotazník

Pomocí aplikace Google formulář jsem vytvořila dotazník o 10 otázkách (9 zavřených otázek a 1 otevřená). Ve většině zavřených otázek mohl dotazovaný vybrat více možností, u některých otázek bylo také pole pro vlastní variantu. Jedna otevřená otázka zahrnovala uvedení názvu pracoviště v případě zájmu o další komunikaci a obdržení informačního letáku.

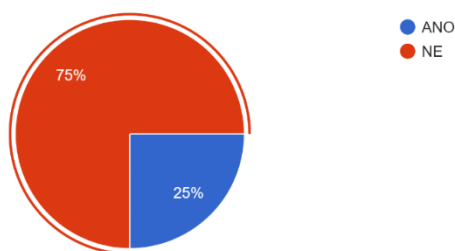
Dotazník jsem rozeslala v průběhu ledna roku 2019 ve dvou kolech. Po prvním rozeslání v průběhu dvou týdnů jsem dostala 26 odpovědí, což byl z celkového počtu dotazovaných (75) počet nedostatečný, proto jsem rozeslala dotazník opakovaně. Po druhém rozeslání zbývajícím pracovištím jsem dostala další 22 odpovědí. Celkem jsem získala 48 odpovědí. Plné znění dotazníku je součástí Přílohy č. 1.

### Vyhodnocení dotazníku

1. V první otázce jsem se dotazovala na přítomnost fyzioterapeuta v paliativním týmu.

36 pracovišť (75 %) uvedlo absenci fyzioterapeutů v jejich paliativním týmu. 12 (25 %) – jejich přítomnost.

1) Máte ve svém paliativním týmu fyzioterapeuta?  
48 odpovědí



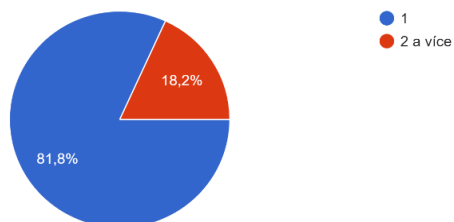
Graf č. 2.1 *Přítomnost fyzioterapeuta v paliativním týmu*

2. Když dotazovaný uvedl, že má fyzioterapeuta ve svém týmu, přesměroval elektronický dotazník respondenta na dalších 7 otázek. V první z nich jsem se ptala na počet fyzioterapeutů v paliativním týmu.

9 respondentů (necelých 82 % procent) mělo jednoho fyzioterapeuta ve svém týmu, 3 pracoviště uvedla spolupráci s více než jedním fyzioterapeutem.

2) Uveďte prosím počet fyzioterapeutů na Vašem pracovišti.

11 odpovědí

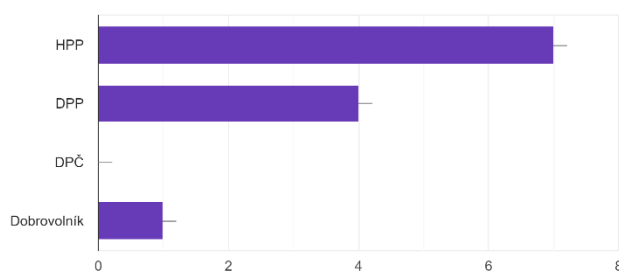


Graf č. 2.2 Počet fyzioterapeutů v paliativním týmu

3. Ve třetí otázce jsem zjišťovala pracovní poměr fyzioterapeutů. Na sedmi pracovištích byl fyzioterapeut zaměstnán na HPP, na čtyřech na DPP a jedno pracoviště uvedlo, že fyzioterapeut vede svoji činnost ve statusu dobrovolníka.

3) Jaký je jejich pracovní poměr?

12 odpovědí

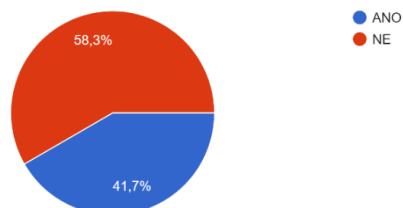


Graf č. 2.3 Pracovní poměr fyzioterapeutů

4. Čtvrtá otázka monitorovala, zda se fyzioterapeuti účastní pracovních porad týmu. 7 z 12 pracovišť uvedlo, že se účastní, 5 – ne.

4) Účastní se fyzioterapeut pravidelně pracovních porad týmu?

12 odpovědí

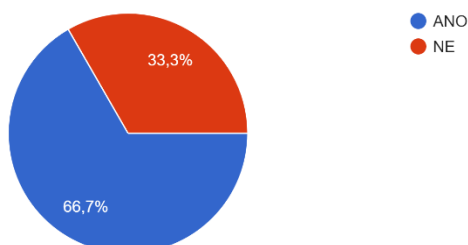


Graf č. 2.4 Účast fyzioterapeutů na pracovních poradách

5. V páté otázce jsem zjišťovala, jestli fyzioterapeut doporučuje plán péče o pacienta. 8 respondentů uvedlo variantu Ano, 4 – Ne.

5) Doporučuje fyzioterapeut plán péče o pacienta?

12 odpovědí

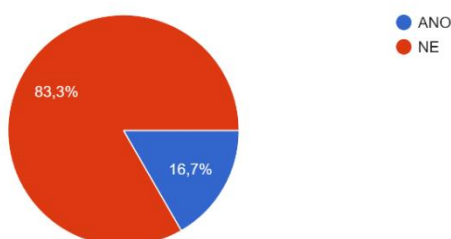


Graf č. 2.5 Plán péče doporučený fyzioterapeutem

6. Šestá otázka zjišťovala, jestli respondenti považují za vhodné zvýšit počet fyzioterapeutů ve svém týmu. 10 z 12 respondentů (83.3 %) nepovažovalo zvýšení za vhodné.

6) Považujete za potřebné zvýšit počet fyzioterapeutů ve svém týmu?

12 odpovědí



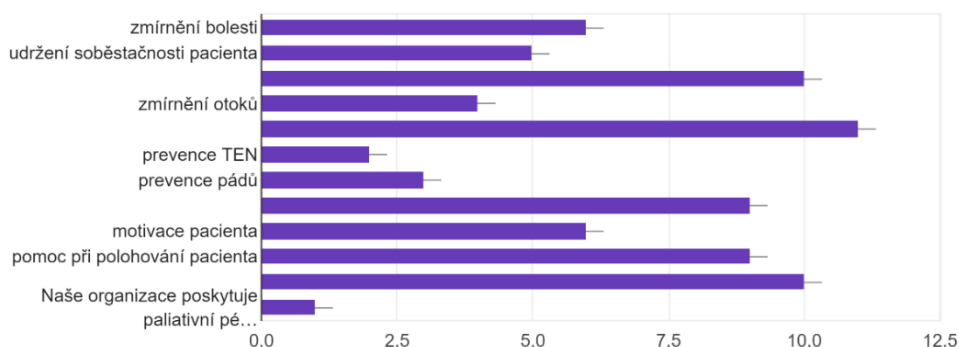
Graf č. 2.6 Zvýšení počtu fyzioterapeutů

7. V sedmé otázce měli respondenti z předložených variant odpovědí vybrat, v čem konkrétně vidí přínos fyzioterapie v paliativní péči. Respondenti mohli uvést i svou vlastní odpověď. Zcela nejvíc hlasů respondenti přiřadili k prevenci a terapii dechových obtíží (11 z 12), následovaly varianty udržení kondice (posílení svalů, prevence a terapie kloubních kontraktur, svalového zkrácení a dekubit) a instruktáž rodiny a dalších pečujících o využití fyzioterapeutických metod v péči o pacienta (10 z 12). 9 z 12 respondentů uvedlo také vliv na psychiku a sociální kontakt pacienta a instruktáž rodiny a dalších pečujících o využití fyzioterapeutických metod v péči o pacienta. Polovina respondentů viděla přínos ve zmírnění bolesti a v motivaci pacienta. Dále to byly varianty udržení soběstačnosti pacienta (5 z 12), zmírnění otoku (4 z 12), prevence pádu (3 z 12) a prevence TEN (2 z 12). Jedno pracoviště

uvedlo svou variantu, ve které popsalo: „Naše organizace poskytuje paliativní péči pouze dětem od 0 do 19 let, proto je práce fyzioterapeuta specifická. Je to především dané spektrem diagnóz nejčastěji svalové hypotonie, kde je fyzioterapie vlastně léčbou, ne jen podpůrnou metodou.“

### 7) V čem konkrétně vidíte přínos fyzioterapie v paliativní péči?

12 odpovědí



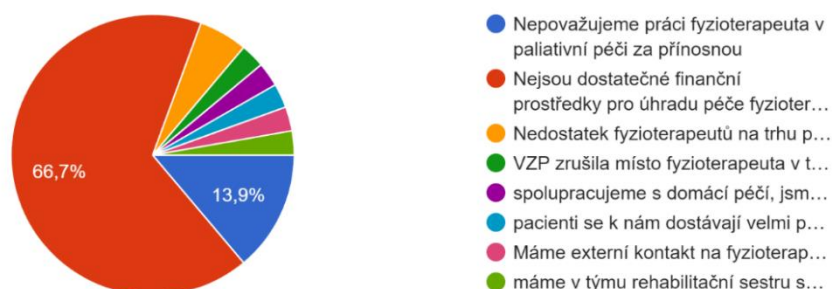
Graf č. 2.7 *Přínos fyzioterapie v paliativní péči*

8. V případě, že respondent uvedl, že nemá fyzioterapeuta ve svém paliativním týmu, dostával 3 otázky. První z nich zjišťovala důvod absence fyzioterapeuta v týmu.

24 respondentů z 36 (66.7 %) uvedlo, že není dostatečné financování na úhradu péče fyzioterapeuta, 5 respondentů (13.9 %) nepovažovalo práci fyzioterapeuta v paliativní péči za přínosnou. 2 respondenti (5.6 %) poukázali na nedostatek fyzioterapeutů na trhu práce. Dál uvádím jednotlivé odpovědi konkrétních pracovišť. Jedno pracoviště uvedlo: „VZP zrušilo místo v terénu (v naší oblasti)“. Jiné pracoviště napsalo: „Spolupracujeme s domácí péčí, jsme schopní službu fyzioterapeuta indikovat a dojednat“. Další pracoviště uvedlo: „Máme externí kontakt na fyzioterapeuta“. Jiná odpověď byla: „Máme v týmu rehabilitační sestru s kurzem bazální stimulace“. A další: „Pacienti se k nám dostávají velmi pozdě, takže fyzioterapie u umírajícího člověka není už potřeba. Také stále chybí včasná informovanost pacienta o možnostech léčby“.

## 1) Označte prosím z jakého důvodu nemáte fyzioterapeuta ve svém týmu?

36 odpovědí

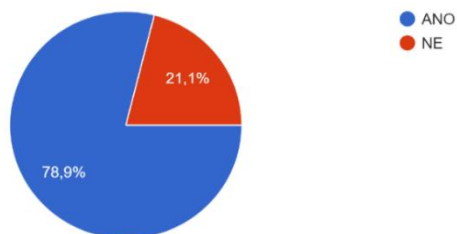


Graf č. 2.8 *Důvod absence fyzioterapeutů*

9. V další otázce jsem zjišťovala, jestli má pracoviště zájem o informační leták o roli fyzioterapeuta v paliativní péči. Leták jsem vytvořila v závěru své praktické části bakalářské práce. A 30 z 38 respondentů vyslovilo zájem o leták.

## 2) Máte zájem o informační leták o roli fyzioterapeuta v paliativním týmu?

38 odpovědí



Graf č. 2.9 *Zájem o informační leták*

10. V poslední otázce každého bloku jsem žádala o uvedení názvu pracoviště, pokud respondent nepožadoval anonymitu. Jméno pracoviště jsem potřebovala pro zpětné odeslání informačního letáku a případné navázání zpětné vazby. Ze 48 respondentů název svého pracoviště uvedlo 32 poskytovatelů paliativní péče (8 z nich mělo fyzioterapeuta ve svém paliativním týmu. Na 24 pracovištích fyzioterapeut chyběl.) Na uvedený počet adres jsem rozeslala informační leták.

### 2.2.2. Zpětná vazba respondentů

Některá pracoviště také byla ochotná navázat zpětnou vazbu a jeden respondent ve formě emailu napsal zpětnou vazbu k mému dotazníku, kde uvedl, že pacienti v jejich hospici

jsou (ve většině případů) v tzv. terminálním stádiu svého onemocnění, zde fyzioterapeut hraje hlavně edukační roli pro pečující, při polohování nemocného (prevence vzniku dekubitů). Proto zde o zachování soběstačnosti pacienta nelze vůbec mluvit. Jedno pracoviště momentálně nemá fyzioterapeuta, ale vyslovilo osobní zájem nahlédnout do mé práce po jejím ukončení. Zároveň také uvedlo, že podle názoru osoby vyplňující dotazník fyzioterapeut není nedílnou součástí paliativního týmu v hospici. Přínos fyzioterapeuta je však možný u pacientů, kteří sice spadají do paliativní péče nebo mají ukončenou léčbu, ale nespádají ještě přímo do hospicové péče.

### **2.2.3 Vytvoření informačního letáku**

V závěru mé praktické části bakalářské práce jsem vytvořila informační leták pro členy paliativního týmu. V letáku jsou popsány úlohy fyzioterapeuta a přínos fyzioterapeutických metod pro paliativní péči. Leták je vytvořen s cílem rozšíření znalostí členů paliativního týmu o působení fyzioterapeuta v paliativní péči. Vřele doufám, že by leták mohl posloužit jako inspirace pro možné budoucí začlenění fyzioterapeutů do paliativních týmů pracovišť.

Leták jsem rozeslala do jednotlivých pracovišť, která vyslovila zájem o jeho obdržení.

Leták je vytvořen na základě prostudované literatury a informací, které jsem shrnula ve své teoretické části. Konkrétní zdroje, které jsem použila na vytvoření letáku, jsou uvedené na jeho zadní straně.

Celý leták je umístěn v Příloze č. 2.

### 3. DISKUZE

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo popsat a rozšířit poznatky o roli fyzioterapie v paliativní péči. V průběhu vyhledávání informací jsem se potýkala s problémem nedostatku aktuální literatury, hlavně české, která by pokrývala veškeré potřeby této bakalářské práce. Většina mnou vyhledané literatury je přibližně 10 let stará. K množství zahraničních publikací mi nebyl umožněn přístup. Díky knihovně domácího hospice Cesta domů, která byla ochotna navázat se mnou spoluprací a objednat zahraniční literaturu, jsem však v závěru vypracovávání bakalářské práce dostala přístup ke knize „Potential and possibility: rehabilitation at end of life. Physiotherapy in palliative care“ (Taylor a kol, 2013). Tato kniha velice rozšiřuje světovou literaturu v oblasti Fyzioterapie v paliativní péči. A pro zájemce ještě víc rozšířit poznatky v této oblasti je od března 2019 tato kniha ve volném dostání také v České republice.

Na základě mnou vyhledané literatury jsem sepsala hlavní symptomy paliativního pacienta, které se dají ovlivnit pomocí fyzioterapie. Mezi tyto symptomy patří bolest, únava, dušnost a další poruchy respiračního systému, zácpa a poruchy trávení a další. Nezastupitelný je vliv fyzioterapeuta na psychiku a sociální potřeby pacienta. Literatura obsahuje stále více vědeckých poznatků ukazujících na účinnost jednotlivých fyzioterapeutických postupů při léčbě pacientů v různých stádiích nevyléčitelného onemocnění. (Košťál, 2015)

Fyzioterapeuti provádějí terapii nejen u pacientů s potenciálem pro zlepšení fyzického zdraví, ale i u pacientů se stabilním a zhoršujícím se fyzickým potenciálem, jako například u pacientů v paliativní péči. (Cherny, 2015)

Bez ohledu na trajektorii onemocnění fyzioterapeuti pracují na zachování funkce a nezávislosti a pozitivně ovlivňují kvalitu života pacienta, dokonce i na jeho konci. Fyzioterapeutické metody pomáhají předejít sekundárním disabilitám, podporují využití adaptačních strategií při klesajících funkcích. (Physiopedia, 2018)

Důležité je zahájit péči už na začátku podstoupení k paliativní péči. Časná a dobře cílená rehabilitace efektivně a s minimálním rizikem předchází funkčním zhoršením, hraje důležitou roli pro optimalizaci péče o pacienta na nejvyšší možné úrovni. (Physiopedia, 2018)

Hodnocení pacientů pro rehabilitaci by mělo být komplexní a interdisciplinární. Plán léčby by měl být individuální a měl by být založen na celkové prognóze pacienta, na potenciálním obnovení funkce a na touze a motivaci k účasti v terapii.

Důležité však je, aby byl zajištěn dostatek kvalifikovaných fyzioterapeutů v paliativní péči, proto jedním z cílů mé praktické části bylo zjistit současné zastoupení fyzioterapeutů v paliativní péči v České republice.

Pro realizaci svého cíle jsem použila dotazníkové šetření. Za cílovou skupinu jsem vybrala největší poskytovatele specializované paliativní péče v ČR - lůžkové hospice a mobilní specializovanou paliativní péči. Pomocí tohoto šetření jsem zjistila, že většina respondentů v České republice nemá fyzioterapeuta ve svém týmu (36 ze 48 respondentů).

Pokud má pracoviště fyzioterapeuta ve svém týmu, ve většině případů má terapeuta pouze jednoho (necelých 82 %). 83.3 % dotazovaných také uvedlo, že nepovažují za vhodné navýšit počet fyzioterapeutů ve svém týmu. V jiných evropských zemích se vyskytuje podobný nedostatek fyzioterapeutů v paliativní péči. Na nedostatek fyzioterapeutů v paliativní péči v Polsku ukazuje Przedborská ve své studii z roku 2016, australská fyzioterapeutka Laakso ve své studii (2006) uvádí, že více než 65 % pacientů s rakovinou vykazovalo symptomy, které se dají ovlivnit pomocí fyzioterapie, avšak pouze 12.8 % z nich podstoupilo fyzioterapii. Většina zdrojů avšak jenom poukazuje na nedostatek fyzioterapeutů, neuvádí přitom konkrétní procenta, ani zřejmé důvody jejich absence. Z mého pohledu by se otázka měla řešit na celostátní úrovni. Mělo by být poskytnuto dostatečné financování a pracovní místa pro fyzioterapeuty v paliativní péči.

Jedním z cílů mého dotazníkového šetření bylo zjištění role fyzioterapeuta v paliativním týmu. Výsledky ukazují, že fyzioterapeuti se na většině pracovišť (58.3 %) neúčastní pracovních porad týmu, avšak na skoro 67 % pracovišť fyzioterapeut doporučuje plán péče o pacienta. To poukazuje na sporné výsledky o tom, jestli fyzioterapeut je aktivním členem multidisciplinárního týmu a aktivně stanovuje společné cíle v péči o pacienta. Kalvach (2010) a Ferrell (2015) ukazují na důležitost spolupráce jednotlivých členů multidisciplinárního paliativního týmu, na nezbytnost znalosti a pochopení práce ostatních zdravotnických profesí a potřebu stálé konzultace své terapie s ostatními členy týmu. Pro efektivní stanovení cílů péče o pacienta je nezbytná komunikace jednotlivých členů týmu, pro kterou jsou zásadní pracovní porady.

Hlavní přínos fyzioterapie v paliativní péči dotazovaní vidí v prevenci a terapii dechových obtíží a v udržení kondice (posílení svalů, prevence a terapie kloubních kontraktur, svalového zkrácení a dekubit). Považují za přínosnou také edukaci rodiny. Za nejméně přínosné v paliativní péči respondenti považují prevenci pádů (3 z 12) a prevenci TEN (2 z 12).



Zajímavé je, že studie provedena Nelsonovou et al. (2012) zkoumala postoje zdravotních sester ve Velké Británii k fyzioterapii v paliativní péči a za hlavní přínos fyzioterapie bylo také považováno pozitivní ovlivnění respirační sekrece, kondice, mobility pacienta a zmírnění lymfedému. V mém šetření jenom 4 respondenti ze 12 uvedli přínos fyzioterapie při zmírnění otoků u paliativního pacienta. Je otázka, jestli se pacienti na mnou dotazovaných pracovištích nepotýkají s lymfedémem, nebo respondenti nevědí, že fyzioterapeutické prostředky (přístrojová nebo manuální lymfodrenáž a další) mají velký vliv na zmírnění lymfedému.

Jeden respondent uvedl, že na jejich pracovišti se paliativní péče poskytuje dětem od 0 do 19 let, kde jsou nejčastější diagnózou svalové hypotonie. Fyzioterapie v tomto případě není jenom podpůrnou metodou, ale také léčbou, což ukazuje na její velký vliv u této skupiny pacientů. Je to zajímavý postřeh, protože v průběhu napsání své bakalářské práce jsem našla jen malý počet zdrojů o fyzioterapii v paliativní péči u dětí. Tato skutečnost poukazuje na potřebu dalšího zkoumání role a přínosu fyzioterapie v paliativní péči nejenom u různých diagnóz, ale i u různých věkových skupin.

Pomocí mého dotazníkového šetření jsem zjistila důvody absence fyzioterapie mezi poskytovateli paliativní péče v ČR. Mezi nejčastější důvod (necelých 67 %) absence fyzioterapie v paliativní péči bylo uvedeno nedostatečné financování pro úhradu péče fyzioterapeuta. Toto ukazuje na potřebu komunikace se zdravotními pojišťovnami, avšak zhodnocení finančního zabezpečení fyzioterapeutů v paliativní péči není předmětem této bakalářské práce.

Necelých 14 % respondentů nepovažuje práci fyzioterapeuta za přínosnou v paliativní péči. Negativní postoj k fyzioterapii mezi ostatními zdravotníky potvrzují také zahraniční výzkumy. Spill et al. (2012) zkoumal 395 onkologů a rehabilitačních lékařů a zjistil, že pouze 8 % onkologů uvedlo, že by pacienty s pokročilým onkologickým onemocněním odkázalo na rehabilitační služby, zatímco 35 % rehabilitačních lékařů uvedlo, že tyto pacienty přijme k formálnímu rehabilitačnímu programu. Studie provedena ve Velké Británii (Nelsonová et al. 2012) taky poukazuje na postoje zdravotních sester k fyzioterapii v paliativní péči, kde jako přínos fyzioterapie v paliativní péči respondenti uvedli pozitivní vliv na respiraci, kondici a lymfedém. Většina názorů na fyzioterapii však byla zaměřena negativně. Sestry uváděly, že fyzioterapeuti nemají znalosti a dovednosti potřebné k poskytování kvalitní paliativní péče. Jejich zavedení by poskytlo falešné naděje pečovatелům a pacientům (tento názor byl spojen s tradičními představami o fyzioterapeutické a rehabilitační péči, která „má navracet k

původním funkcím"). Do práce s pacientem by se zapojilo příliš mnoho profesí, což by dle jejich názoru vedlo k zmatenosti v profesních rolích. Tím větší je potřeba, aby case-manažeři koordinovali různé odborníky a usnadňovali komunikaci mezi nimi. Jak potvrdilo dotazování, vzhledem ke špatné prognóze pacientů je třeba chránit jejich soukromý čas s rodinou. To je sice pravda, avšak vynechání fyzioterapeuta z týmu odborníků pacientovi spíše škodí, protože není mu poskytnuta komplexní péči na konci života.

Ostatní zdravotníci často nevědí o roli a dovednostech fyzioterapeutů, přínosu fyzioterapeutických metod v paliativní péči. Považují ji za zbytečnou v paliativní péči, protože člověk už nikdy nenabude původní stav a s postupem onemocnění mu naopak ubývají fyzické funkce. Proto je také důležitá informovanost zdravotníků o přínosu fyzioterapie v paliativní péči.

Domněnka, že fyzioterapeuti postrádají znalosti a dovednosti v oblasti paliativní péče, může být částečně odůvodněná, protože fyzioterapeuti nemají dostatek vzdělání v oblasti paliativní péče. V České republice není na žádné zdravotní škole zařazen do výuky fyzioterapeutů samostatný předmět paliativní medicíny. Její dílčí části se částečně probírají v rámci dalších předmětů, například v geriatrii nebo psychologii. Budoucí fyzioterapeuti nedostávají potřebné informace a postrádají znalosti potřebné pro kvalitní péči o paliativního pacienta. Nedostatečná kompetence v péči o paliativního pacienta zase vytváří negativní dojem ostatních zdravotníků o fyzioterapeutech v paliativní péči. Proto vidím vzdělávání fyzioterapeutů jako jednu ze základních podmínek pro zlepšení dostupnosti a kvality fyzioterapie v paliativní péči v České republice. Mělo by se provádět vzdělávání v oblasti paliativní péče v rámci bakalářských a magisterských programů fyzioterapie a taky případně ve formě nástavbových kurzů v oblasti paliativní péče. Do výuky by měly být zařazeny praxe v zařízeních poskytujících paliativní péči. Pozitivní vliv zařazení paliativní praxe pro studenty fyzioterapie byl zmíněn již ve studii Morrisonové a Leonardové (2007) z Velké Británie. Jiná studie z Austrálie (Chiarelli a kol. 2013) taky poukázala na nedostatek vzdělání u fyzioterapeutů v paliativní péči a zkoumala zavedení pregraduálního kurzu paliativní péče do výuky studentů fyzioterapie. Po ukončení kurzu se zvýšily znalosti studentů o paliativní péči a úloze fyzioterapie v ní, zvýšily se znalosti o roli a odpovědnosti fyzioterapeuta v rámci multidisciplinárního týmu, stejně jako sebedůvěra v schopnost provést interakci a intervenci u lidí v terminálních stádiích nemoci.

Musím podotknout, že v současné době v České republice chybí nejenom vzdělání fyzioterapeutů v paliativní péči, ale i studentů mediků. V současné době se v ČR jenom na třech zdravotních školách provádí výuka paliativní péče a to v rámci povinně volitelných a volitelných předmětů.

Překvapivé je, že výzkumy mezi pacienty naopak ukázali na jejich pozitivní postoje k fyzioterapii. Pacienti ze studie Dahlinové (2009) vnímali fyzioterapeuty jako dobré posluchače, kteří byli otevřeni ke komunikaci. Pacienti zdůrazňovali individuální přístup fyzioterapeutů, uváděli fyzioterapii jako motivující a povzbuzující, což zlepšovalo jejich výkon a nezávislost. Také uváděli, že jim fyzioterapeuti sdělovali potřebné informace, například jakou pohybovou aktivitu si můžou dovolit, jak často a jak intenzivně by ji měli provádět, jaké pomůcky jsou pro ně vhodné atd. Pacienti také uváděli, že fyzioterapie jim poskytuje úlevu od bolesti a zbavuje je depresivních myšlenek. Fyzioterapie jim poskytovala určité naděje na zlepšení konkrétních fyzických funkcí.

Avšak někteří pacienti nerozuměli úloze fyzioterapeutů v paliativní péči, uváděli, že jim nebyl poskytnut dostatek informací o jejím přínosu. To ilustruje potřebu lepší komunikace a koordinace v péči o paliativního pacienta. Musí být pacientům, příbuzným a poskytovatelům péče jasné, že přístup k fyzioterapii je součástí služby paliativní péče, že fyzioterapie může být použita k prevenci a zmírnění utrpení spojeného s pokročilým onemocněním. Pro zlepšení kvality fyzioterapeutických intervencí v péči o paliativního pacienta je potřeba zvýšit znalosti o tom, jak pacienti v paliativní péči vnímají a zažívají fyzioterapii. Takové informace by fyzioterapeutům umožnily vyvinout efektivní zásahy založené na potřebách pacientů, a tím by se zlepšila kvalita života pacientů a zmenšilo se jejich utrpení, což je hlavním cílem paliativní péče.

Někteří pacienti také uvedli, že jelikož považovali fyzioterapii za vhodnou, nebyla jim poskytnuta dostatečná fyzioterapeutická péče. Pacienti dostávali fyzioterapeutickou intervenci zřídka, nebo ji nedostávali vůbec. Tato skutečnost zase ukazuje na nedostatek fyzioterapeutů v paliativní péči. Je potřeba dále zkoumat faktory související s pozitivními nebo negativními zkušenostmi s fyzioterapií, počtem fyzioterapeutických zásahů a zařízeními, ve kterých se péče provádí (domácí péče versus hospic).

2 respondenti (5.6 %) v mém dotazníkovém šetření za důvod absence fyzioterapeuta na jejich pracovištích považují nedostatek fyzioterapeutů na trhu práce. Jedno pracoviště

uvedlo: „VZP zrušila místo v terénu (v naší oblasti)“. Jedná se o individuální odpovědi respondentů a projednání těchto skutečností je nad rámec této bakalářské práce.

Jiné pracoviště napsalo: „Spolupracujeme s domácí péčí, jsme schopní službu fyzioterapeuta indikovat a dojednat“. Další pracoviště uvedlo: „Máme externí kontakt na fyzioterapeuta“. Jiná odpověď byla: „Máme v týmu rehabilitační sestru s kurzem bazální stimulace“. Otázkou je, jestli je péče externích pracovníků regulérní a pokrývá veškeré potřeby pacienta. A hlavně jestli je externí pracovník schopen v plné míře diskutovat a projednávat péče o pacienta s paliativním týmem na pracovišti.

Jedno pracoviště také uvedlo, že pacienti se k nim dostávají ve velmi pokročilém stadiu nemoci a fyzioterapie v terminálním stadiu již není potřeba. Toto jsou zase hybné představy, protože i v terminálním stadiu nemoci fyzioterapie může být přínosná, například polohováním pacienta, což zabraňuje vzniku zbytečných komplikací ve smyslu dekubit, svalového zkrácení, kloubních kontraktur atd. V terminálním stadiu života je také důležitý vliv fyzioterapie na zmírnění dýchacích obtíží. Avšak zmíněný respondent také poukázal na to, že stále chybí včasná informovanost pacienta o možnostech léčby. Toto je rozhodně pravda, protože čím dříve pacient podstupuje rehabilitaci a fyzioterapii v paliativní péči, tím déle je zachována jeho soběstačnost. Proto časná a dobře cílená rehabilitace efektivně a s minimálním rizikem předchází funkčnímu zhoršení, hraje důležitou roli pro optimalizaci péče o pacienta na nejvyšší možné úrovni. Paní Dahlinová (2009) ukazuje, že pacienti často neví, že můžou požádat o fyzioterapii již v časných fázích paliativní péče, kromě toho ani lékaři nechtějí předepisovat fyzioterapii, protože ji v jejich stavu nepovažují za nutnou.

Se snahou rozšířit znalosti a povědomí o přínosu fyzioterapie v paliativní péči jsem vytvořila informační leták, který je zaměřen na ostatní členy paliativního týmu. Vřele věřím, že by to mohlo přispět ke změně postojů k fyzioterapii a v budoucnu většímu začlenění fyzioterapeutů do paliativní péče, protože literatura poskytuje hodně důkazů o přínosu jejich péče pro umírajícího pacienta.

Otázku na zájem členů paliativního týmu o informační leták jsem zahrnula s cílem dozvědět se, zdali jsou členové týmu otevření rozšíření svých znalostí o přínosu fyzioterapeutických metod v paliativní péči, i přes to, že v jejich týmu fyzioterapeut chybí. Kladný výsledek by byl známkou toho, že je možná změna jejich postojů k fyzioterapii a že

jsou možné případné budoucí kroky vedoucí k začlenění fyzioterapeuta do jejich týmu. Necelých 79 % respondentů mělo zájem o leták.

Současná literatura sice obsahuje množství informací o fyzioterapii v paliativní péči, stále je však potřeba dalších studií. Stále chybí standardizace fyzioterapeutické péče u paliativních pacientů. Je pravda, že fyzioterapeuti přistupují ke každému pacientovi v paliativní péči individuálně, avšak je potřeba stanovit určité normy a indikátory aplikace fyzioterapie v paliativní péči. Je potřeba dále zkoumat optimální časové rozmezí provádění fyzioterapie od začátku onemocnění. Pro objektivizaci výsledků je potřeba stanovit nejvyšší dopad fyzioterapeutické intervence na výsledky pacienta. Je potřeba dále stanovit rozdíly ve fyzioterapeutické intervenci u paliativních pacientů s různými onemocněními, v různých stadiích nemocí a v různých věkových skupinách (včetně dětí). Také je potřeba stanovit efektivitu nákladů fyzioterapeutické intervence.

Budoucí směr paliativní péče má být rozšířen tak, aby vyhovoval měnícím se demografickým podmínkám populace. U starších pacientů se bude zvyšovat zátěž stávajících komorbidních stavů, proto bude nutná rehabilitace (včetně fyzioterapie) více invazivní a bude trvat déle. Ve spojení s tím se může početně navýšit potřeba domácích hospiců. Navíc se snižující se morbiditou spojenou s rakovinou nebo jinými nevléčitelnými onemocněními se očekává, že méně pacientů zemře na primární onemocnění, ale více pacientů se bude podílet na paliativní péči s vedlejšími symptomy a onemocněními. V souvislosti s tím se bude zvyšovat potřeba fyzioterapeutické intervence, protože právě fyzioterapie a pohybová aktivita může zlepšit kvalitu života a zachovat na nejvyšší možné úrovni jeho soběstačnost.

## 4. ZÁVĚR

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo popsat a rozšířit poznatky o roli fyzioterapie v paliativní péči. V teoretické části jsem popsala nejdůležitější symptomy, které vznikají u pacienta s život ohrožujícím onemocněním, a možnosti jejich zmírnění pomocí fyzioterapeutických metod. Dále jsem popsala role fyzioterapeuta v multidisciplinárním paliativním týmu, postoje pacientů a zdravotnického personálu k fyzioterapii v paliativní péči a možnosti vzdělávání fyzioterapeutů v této sféře. V praktické části jsem vytvořila informační leták o roli a přínosu fyzioterapeutů v paliativní péči s cílem rozšířit znalosti o fyzioterapii v paliativní péči mezi ostatními členy paliativního týmu. Lze tedy tento cíl práce považovat za splněný. Tato bakalářská práce by mohla přispět k rozšíření okruhu literatury věnující se této problematice a spolu s informačním letákem také sloužit jako inspirace pro případné větší začlenění fyzioterapeutů do paliativní péče v České republice.

Jedním z cílů praktické části bylo získat informace o současném zastoupení fyzioterapeutů v paliativní péči v České republice, o roli fyzioterapeutů v paliativním týmu hlavních poskytovatelů specializované paliativní péče v České republice – lůžkových hospiců a mobilní specializované paliativní péče. Dalším úkolem bylo zjistit důvody jejich případné absence v týmu. Pro realizaci těchto cílů, jsem použila dotazníkové šetření. Z šetření vyplývá, že za přínos fyzioterapie v paliativní péči respondenti považovali prevenci a terapii dechových obtíží, udržení kondice (posílení svalů, prevence a terapie kloubních kontraktur, svalového zkrácení a dekubit), instruktáž rodiny a dalších pečujících o využití fyzioterapeutických metod v péči o pacienta a vliv na psychiku a sociální kontakt pacienta. Literatura také uvádí důležitý vliv fyzioterapie na zmírnění bolesti, otoků, prevence pádů, motivace pacienta a udržení jeho soběstačnosti. Avšak jen někteří respondenti v mém dotazníkovém šetření uváděli tento přínos fyzioterapie v paliativní péči.

Dále jsem pomocí dotazníku zjistila, že na většině paliativních pracovišť v České republice chybí fyzioterapeut, nejčastěji z důvodu nedostatečného financování na úhradu jeho péče. Část respondentů nepovažuje práci fyzioterapeuta v paliativní péči za přínosnou, podobný negativní postoj k fyzioterapii byl zmíněn v zahraniční literatuře. Častým důvodem negativního postoje k fyzioterapii byla úvaha o nedostatku potřebného vzdělání fyzioterapeutů v oblasti paliativní péče. Podobná situace je i v České republice, kde chybí zařazení výuky paliativní péče do studijních plánů studentů fyzioterapie. Při dosažení těchto výsledků považuji druhý cíl bakalářské práce za splněný.

Z mého pohledu je potřeba se zaměřit na standardizaci fyzioterapeutické péče u paliativních pacientů. Považuji také za vhodné, aby byly v budoucích studiích stanoveny rozdíly ve fyzioterapeutické intervenci u pacientů s různými onemocněními, v různých stádiích a u různých věkových kategorií. Také je potřeba stanovit efektivitu nákladů fyzioterapeutické intervence.

## 5. SEZNAM CITOVANÉ LITERATURY

- A Guide to Palliative or Supportive Care. *American Cancer Society* [online]. 2014 [cit. 2019-03-15]. Dostupné z: <https://1url.cz/qMR5z>
- BOLTON, Charlotte E et al. British Thoracic Society guideline on pulmonary rehabilitation in adults. *Thorax* [online]. 2013, **68**(2) [cit. 2019-03-22].
- BUSS, Tomasz. Kinesitherapy alleviates fatigue in terminal hospice cancer patients - An experimental, controlled study. *Supportive Care in Cancer* [online]. 2010, **18**(6), 743-749 [cit. 2019-03-22]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19672632>
- DAHLIN, Ylva a Susanne HEIWE. Patients' experiences of physical therapy within palliative cancer care. *Journal of Palliative Care* [online]. 2009, **25**(1) [cit. 2019-03-17]
- FERRELL, Betty, Nessa COYLE a Judith A. PAICE. *Oxford textbook of palliative nursing*. 4th edition. New York: Oxford University Press, 2015. ISBN 0199332347. [cit. 2019-01-16].
- GADOUD, Amy et al. Palliative care for people with heart failure: Summary of current evidence and future direction. *Palliative Medicine* [online]. 2013, **27**(9) [cit. 2019-03-17]
- GAERTNER, Jan, J WOLF a R VOLTZ. Early palliative care for patients with metastatic cancer. *Current Opinion in Oncology* [online]. 2012, **24**(4), 357–362 [cit. 2019-03-21]
- HEGARTY, Meg et al. Palliative care in undergraduate curricula : Results of a national scoping study. *Focus on Health Professional Education* [online]. 2010, **12**(2), 97-109 [cit. 2019-03-22]. Dostupné z: <https://eprints.qut.edu.au/43241/>
- HUI, David a Eduardo BRUERA. Integrating palliative care into the trajectory of cancer care. *Nature reviews clinical oncology* [online]. 2015, **13**(3), 159–171 [cit. 2018-12-24]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4772864/>
- CHERNY, Nathan I. et al. *Oxford textbook of palliative medicine*. Fifth edition. Oxford: Oxford University Press, 2015. ISBN 9780198810254. [cit. 2019-03-22]
- CHIARELLI, Pauline E, Catherine JOHNSTON a Peter G OSMOTHERLY. Introducing Palliative Care into Entry-Level Physical Therapy Education. *Journal of Palliative Medicine* [online]. 2014, **17**(2) [cit. 2018-12-22]. DOI: 10.1089/jpm.2013.0158. Dostupné z: <https://1url.cz/XMHTa>



CHIARELLI, Pauline et al. Introducing Palliative Care into Entry-Level Physical Therapy Education. *Journal of Palliative Medicine* [online]. 2014, 17(2), 152-158 [cit. 2019-03-17]. ISSN 1096-6218.

*Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers* [online]. Geneva, 2018 [cit. 2018-12-11]. ISBN 978-92-4-151447-7. Dostupné z: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274559/9789241514477-eng.pdf?ua=1>

JAVIER, Noel a Marcos MONTAGNINI. Rehabilitation of the Hospice and Palliative Care Patient. *Journal of palliative medicine* [online]. 2011, 14(5) [cit. 2019-03-16]. DOI: 10.1089/jpm.2010.0125.

KALVACH, Zdeněk. Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě. Praha: Cesta domů, 2010. ISBN 978-80-904516-4-3. [cit. 2018-12-26].

Koncepce oboru. 2000. In: *UNIFY: Unie fyzioterapeutů České Republiky* [online]. [cit. 2019-03-18]. Dostupné z: <http://www.unify-cr.cz/o-nas-koncepce-oboru>

KOLÁŘ, Pavel, et al. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vydání. Praha : Galén, 2009. 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1. [cit. 2019-03-22]

KOŠŤÁL, Jiří. Léčebná rehabilitace v paliativní medicíně. *Zdravotnictví a medicína. Sestra*. 2015, 2015(1), 30. ISSN 2336-2987 [cit. 2018-12-11].

KUMAR, Senthil, Anand JIM a Vaishali SISODIA. Effects of Palliative Care Training Program on Knowledge, Attitudes, Beliefs and Experiences Among Student Physiotherapists: A Preliminary Quasi-experimental Study. *Indian journal of palliative care* [online]. 2011, 17, 47-53 [cit. 2019-03-22]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21633621>

KUMAR, Senthil P a Anand JIM. Physical therapy in palliative care: From symptom control to quality of life: A critical review. *Indian Journal of Palliative Care* [online]. 2010, 138-146 [cit. 2018-12-22]. DOI: 10.4103/0973-1075.73670. ISSN 1998-3735. Dostupné z: <https://lurl.cz/UMHTE>

LAAKSO, Liisa. The role of physiotherapy in palliative care. *Australian Family Physician* [online]. 2006, 2006, 31(10), [cit. 2018-12-22]. PMID: 17019450. Dostupné z: <https://www.racgp.org.au/afpbackissues/2006/200610/20061004laakso.pdf>

- LOUČKA, Martin et al. Rozvoj paliativní péče v nemocnicích: Zkušenosti z pilotního programu Spolu až do konce Nadačního fondu Avast. 2018. [cit. 2019-03-22].
- LUKACKOVÁ, Viktória. Ošetrovateľská starostlivosť o paliatívnych pacientov. *Florence*. 2012, **8**(5), 22-24. ISSN 1801-464X. [cit. 2018-12-24]
- MADDOCKS, Matthew, Andrew MURTON a Andrew WILCOCK. Therapeutic Exercise in Cancer Cachexia. *Critical Reviews in Oncogenesis* [online]. 2012, **17**(3), 285-292 [cit. 2019-03-22]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22831159>
- MASON, Stephen a John ELLERSHAW. Undergraduate training in palliative medicine: is more necessarily better?. *Palliative Medicine* [online]. 2010, **24**, 306-309 [cit. 2019-03-22]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20123945>
- MORRIS, Jane a Regina LEONARD. Physiotherapy students' experiences of palliative care placements: promoting interprofessional learning and patient-centred approaches. *Journal of Interprofessional Care* [online]. 2007, **21**(5) [cit. 2019-03-17]. ISSN 1356-1820.
- NELSON, Lesley Ann et al. Exploring district nurses' reluctance to refer palliative care patients for physiotherapy. *International Journal of Palliative Nursing* [online]. 2012, **18**(4) [cit. 2019-03-17].
- PARIKH, Ravi et al. Early specialty palliative care – translating data in oncology practice. *New England Journal of Palliative Medicine* [online]. 2013, **369**(24) [cit. 2019-03-21].
- PITMAN, Steven. Evaluating a self-directed palliative care learning package for rural aged care workers: a pilot study. *International journal of palliative nursing* [online]. 2013, **19**(6) [cit. 2019-03-17].
- Promoting the role of Physiotherapy in Palliative care: Information for allied health professionals. In: *Physiopedia* [online]. Poslední oprava: 2018 [cit. 2019-01-14]. Dostupné z: <https://1url.cz/2MqDR>
- PRZEDBORSKA, Agnieszka et al. The effect of physiotherapy on the condition of cancer patients receiving palliative care. *Medycyna Paliatywna* [online]. 2016, **8**(2), 68–74 [cit. 2019-01-15]. ISSN 2081-0016. Dostupné z: <https://1url.cz/5MqOj>

SLÁMA, Ondřej, KABELKA, Ladislav. Paliativní péče v ČR v roce 2016. *Journal of Czech Physicians / Casopis Lekarů Českých* [online]. 2016, **155**(8), 445-450 [cit. 2019-01-28]. ISSN 00087335.

SLÁMA, Ondřej. Pilotní projekt: Mobilní specializovaná paliativní péče (MSPP). In: *Česká společnost paliativní medicíny* [online]. 2016 [cit. 2019-03-16]. Dostupné z:

<https://1url.cz/HMR9z>

SOCHOR, Miroslav, Ondřej SLÁMA a Martin LOUČKA. Časná integrace paliativní péče do standardní onkologické péče – benefity, limitace, bariéry a druhy paliativní péče. *Klinická onkologie* [online]. 2015, 28(3) [cit. 2019-03-21].

SPELL, Gr. Oncologists' and physiatrists' attitudes regarding rehabilitation for patients with advanced cancer. *PM&R The journal of injury, function and rehabilitation* [online]. 2012, 4(2) [cit. 2019-03-17].

STEM/MARK, A.S. *Umírání a péče o nevléčitelně nemocné II-populace* [online]. Praha, 2013 [cit. 2018-12-12]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/sites/default/files/custom-files/cesta-domu-zprava-umirani-a-pece-o-nevylecitelne-nemocne-2013.pdf>

TAYLOR, Jenny, Rainer SIMADER a Peter NIELAND. *Potential and Possibility: Rehabilitation at end of life: Physiotherapy in Palliative Care*. Munich, Germany: Urban & Fischer, 2013. ISBN 9780702050275 [cit. 2019-03-17].

Věstník: MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY [online]. 2017 [cit. 2019-03-21]. Dostupné z: <https://1url.cz/xMa4x>

VORLÍČEK, Jiří a Ondřej SLÁMA. Základní principy paliativní péče. *Sanquis*. 2011, (94), 67-71. ISSN 1212-6535. Dostupné také z: <https://1url.cz/kMR5I> [cit. 2019-03-17].

*Vývoj umrtností v České Republice: za období 2006 – 2016*. Český statistický úřad [online]. 2017 [cit. 2019-03-06]. Dostupné z: <https://1url.cz/VMFd9>

WHO Definition of palliative care/WHO Definition of palliative care for children. *World Health Organization* [online]. Geneva, 2002 [cit. 2018-12-11]. Dostupné z: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

WILSON, Christopher et al. The Role of Physical Therapists Within Hospice and Palliative Care in the United States and Canada. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine* [online]. 2017, **34**(1) [cit. 2019-03-17]. ISSN 1049-9091.

WISEMAN, Heather. New thinking required on physiotherapy referrals for palliative patients.  
In: *Palliative Care: Australia* [online]. 2015 [cit. 2019-03-17].

Zákony pro lidi.cz. *Zákon č. 96/2004 Sb. Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních.*  
§ 24. Změna k 1.9.2017. [Online] [Cit. 2018-12-22]. 2011. Dostupné z:  
<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96#cast1>

## 6. SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Dotazník – „Fyzioterapie v paliativní péči”.....	61
Příloha č. 2 – Informační leták – „Role fyzioterapeuta v paliativní péči“.....	63

## **Příloha č. 1 Dotazník – „Fyzioterapie v paliativní péči”**

### **1. Máte ve svém paliativním týmu fyzioterapeuta?**

- ANO
- NE

*V PŘÍPADĚ, ŽE MAJÍ FYZIOTERAPEUTA VE SVÉM TÝMU:*

### **2. Uveďte prosím počet fyzioterapeutů na Vašem pracovišti.**

- 1
- 2 a více

### **3. Jaký je jejich pracovní poměr?**

- HPP
- DPČ
- DPP

### **4. Účastní se fyzioterapeut pravidelně pracovních porad týmu?**

- ANO
- NE

### **5. Doporučuje fyzioterapeut plán péče o pacienta?**

- ANO
- NE

### **6. Považujete za potřebné zvýšit počet fyzioterapeutů ve svém týmu?**

- ANO
- NE

### **7. V čem konkrétně vidíte přínos fyzioterapie v paliativní péči?**

- zmírnění bolesti
- udržení soběstačnosti pacienta
- udržení kondice (posílení svalů, prevence a terapie kloubních kontraktur, svalového zkrácení a dekubit)
- zmírnění otoků
- prevence a terapie dechových obtíží
- prevence TEN
- prevence pádů

- vliv na psychiku a sociální kontakt pacienta
- motivace pacienta
- pomoc při polohování pacienta
- instruktáž rodiny a dalších pečujících o využití fyzioterapeutických metod v péči o pacienta
- jiná

**8. Vyplňte prosím název vašeho pracoviště pro případné navázání zpětné vazby a pro odeslání informačního letáku o roli fyzioterapeuta v paliativním týmu. Pokud chcete zůstat anonymní, můžete nechat pole prázdné.**

***V PŘÍPADĚ, ŽE NEMAJÍ FYZIOTERAPEUTA VE SVÉM TÝMU:***

**1. Označte, prosím, z jakého důvodu nemáte fyzioterapeuta ve svém týmu?**

- Nepovažujeme práci fyzioterapeuta v paliativní péči za přínosnou
- Nejsou dostatečné finanční prostředky pro úhradu péče fyzioterapeuta
- Nedostatek fyzioterapeutů na trhu práce
- Jiná

**2. Máte zájem o informační leták o roli fyzioterapeuta v paliativním týmu?**

- ANO
- NE

## Příloha č. 2 Informační leták – „Role fyzioterapeuta v paliativní péči“



**"Kdo zanechal  
tělesných cvičení,  
často churaví,  
nebot' síla jeho  
orgánů následkém  
nedostatků pohybu  
slábné."  
- Avicenna**

V letáku je přehledově  
popsána jen část informací,  
hlubší zpracování tématu  
najdete v Bakalářské práci.

Informační leták

### Role fyzioterapeuta v paliativní péči

Leták je součástí  
Bakalářské práce na  
téma: Fyzioterapie v  
paliativní péči

**Přehled použitých zdrojů:**

- 1) Physical therapy in palliative care from symptom control to quality of life. 2010
- 2) Léčebná rehabilitace v paliativní medicíně. 2015
- 3) Citát: AZcitaty.cz
- 4) Foto: <https://pixabay.com>

Zpracovala  
studentka 3.ročníku  
fyzioterapie  
1.LF UK v Praze  
Ustinova Darya





### Fyzioterapie se může používat v terminálním stadiu u pacientů s:

- onkologickými onemocněními
- neurodegenerativními onemocněními
  - roztroušená skleróza
  - Alzheimerova nemoc
  - poranění mozku a míchy
- chronickými kardiologickými a respiračními onemocněními
- HIV a AIDS
- psychiatrickými a mentálními postiženími
- ...



### Fyzioterapie v různých stadiích nemoci pacienta může:

- zmírnit bolest a utrpení pacienta
- zabránit vzniku dekubit, svalovému zkrácení a kloubním kontrakturám, zmírnit otoky
- udržet soběstačnost a zabránit předčasné imobilitě pacienta
- zabránit pádům
- pomoci při odkašlávání a prohloubit dýchání
- zlepšit střevní peristaltiku
- pozitivně ovlivnit psychiku a motivovat pacienta, zachovat jeho důstojnost
- pomoci správnému polohování pacienta
- edukovat rodinu a další pečující o správném zacházení s pacientem

Zmírnění bolesti a zlepšení pohyblivosti pacienta umožňuje ošetřujícímu personálu snadnější a rychlejší zacházení s pacientem (přebalování, koupání atd.) v pokročilejších stadiích onemocnění.



### Hlavní cíl fyzioterapie v paliativní péči -

zachovat na nejvyšší možné úrovni soběstačnost ve spojení s poskytováním komfortu a emocionální podpory.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ADL	běžné denní činnosti
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
HIV	Human Immunodeficiency Virus
ČR	Česká republika
CHOPN	chronická obstrukční plicní nemoc
MSPP	Mobilní specializovaná paliativní péče
PIP	pyjama induced paralysis
PIR	Postizometrická relaxace
PP	paliativní péče
TEN	tromboembolická nemoc
TENS	transkutánní elektrická nervová stimulace
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
WHO	World Health Organization

## SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Tabulka č. 1.1 <i>Národní strategie paliativní péče, Rakousko</i> .....	6
Tabulka č. 1.2 <i>Závislost fyzioterapeutických technik na stadiu onemocnění</i> .....	21
Graf č. 2.1 <i>Přítomnost fyzioterapeuta v paliativním týmu</i> .....	40
Graf č. 2.2 <i>Počet fyzioterapeutů v paliativním týmu</i> .....	41
Graf č. 2.3 <i>Pracovní poměr fyzioterapeutů</i> .....	41
Graf č. 2.4 <i>Účast fyzioterapeutů na pracovních poradách</i> .....	41
Graf č. 2.5 <i>Plán péče doporučený fyzioterapeutem</i> .....	42
Graf č. 2.6 <i>Zvýšení počtu fyzioterapeutů</i> .....	42
Graf č. 2.7 <i>Přínos fyzioterapie v paliativní péči</i> .....	43
Graf č. 2.8 <i>Důvod absence fyzioterapeutů</i> .....	44
Graf č. 2.9 <i>Zájem o informační leták</i> .....	44