

**Česká zemědělská univerzita v Praze**

**Fakulta agrobiologie, potravinových a přírodních zdrojů**

**Katedra etologie a zájmových chovů**



**Fakulta agrobiologie,  
potravinových a přírodních zdrojů**

**Paliativní péče s možným využitím canisterapie**

**Bakalářská práce**

**Anna Stárková**

**Zoorehabilitace a asistenční aktivity se zvířaty (REHAB)**

**Ing. Ivona Svobodová, Ph.D.**

**© 2024 ČZU v Praze**

## **Čestné prohlášení**

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci „Paliativní péče s možným využitím canisterapie“ jsem vypracovala samostatně pod vedením vedoucího bakalářské práce a s použitím odborné literatury a dalších informačních zdrojů, které jsou citovány v práci a uvedeny v seznamu literatury na konci práce. Jako autorka uvedené bakalářské práce dále prohlašuji, že jsem v souvislosti s jejím vytvořením neporušila autorská práva třetích osob.

V Praze dne 19.4.2024

---

## **Poděkování**

Ráda bych touto cestou poděkovala Ing. Ivoně Svobodové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a přínosné informace, které mi byly s ochotou poskytovány v průběhu psaní mé bakalářské práce.

# Paliativní péče s možným využitím canisterapie

## Souhrn

Paliativní péče je specializovaný obor medicíny, jehož cílem je zlepšení kvality života pacientů s nevléčitelným onemocněním. Součástí terapeutického plánu v rámci paliativní péče může být také canisterapie. Jedná se o terapeutický přístup, který prostřednictvím psa pozitivně ovlivňuje psychickou a fyzickou stránku člověka. Paliativní péči lze dělit na dvě odvětví: na obecnou, která je poskytována všeobecným lékařem a zdravotní sestrou, a specializovanou paliativní péči, při které jsou součástí léčebného plánu specializovaní pracovníci (např. fyzioterapeut, ergoterapeut, sociální pracovník, pastor, canisterapeut). V závislosti na typu onemocnění a stadiu nemoci je paliativní péče poskytována v hospicovém zařízení, na lůžkovém oddělení nemocnic, nebo ve specializované ambulanci a centru paliativní medicíny. Nejméně stresující pro pacienta je poskytování hospicové péče v domácím prostředí. V zařízení paliativní péče se lze setkat s terapií za asistence psa. Přítomnost psa u terapeutické jednotky motivuje klienty trpící nevléčitelným onemocněním ke spolupráci, snižuje vnímání bolesti a odvádí pozornost od úzkosti. Kromě toho začlenění psů do terapie u klientů, kteří mají ke psům pozitivní vztah, může zvyšovat sociální interakci, a tím potlačovat osamělost, depresi a stres.

Historie paliativní péče spadá do středověku, kdy při kláštěrech vznikaly hospice pro tělesně postižené. Zásadní zlom této péče nastává v 19. století v Paříži otevřením prvního domu pro handicapované nesoucího název hospic. Moderní hospicové hnutí má své kořeny v Londýně, kde byl ve druhé polovině dvacátého století otevřen hospic sv. Kryštofa díky Cicely Saunders. Historie pozitivního působení psa na člověka se datuje až do období Babylonu, kdy léčitelé věřili v ozdravnou sílu psích slin. V průběhu staletí byli psi a drobní hlodavci využíváni v zařízeních pro duševně nemocné a pro terapie vojáků s poválečnými zraněními. Zlomový moment pro rozvoj canisterapie nastává, když psycholog Boris Levinson popisuje pozitivní vliv přítomnosti psa při terapii dítěte.

K onemocněním, která v nejvyšší míře vyžadují paliativní péči, se řadí nádorová onemocnění, Parkinsonova choroba, demence a Alzheimerova choroba. U těchto onemocnění má dle dostupných studií terapie za asistence psa pozitivní přínos. Aktivizuje pacienta, zvyšuje jeho fyzickou aktivitu, podněcuje trénink kognitivních funkcí a navozuje emocionální pohodu.

Pro zlepšení kvality života pacientů by bylo zapotřebí zaměřit se na větší dostupnost a kvalitu paliativní péče, a mimo jiné také lépe edukovat veřejnost o tom, co paliativní péče může pacientům s nevléčitelným onemocněním nabídnout.

**Klíčová slova:** paliativní péče, historie, onemocnění, léčba, kvalita života, hospic, canisterapie

# The palliative care with a possible use of Dog - assisted Therapy

## Summary

Palliative care is a specialized field of medicine of which aim is to improve the quality of life of patients with incurable diseases. Dog-assisted therapy may be part of the therapeutic plan within palliative care. It is a therapeutic approach that positively influences the psychological and physical aspects of an individual through the presence of a dog. Palliative care can be divided into two main fields: general palliative care provided by a general practitioner and a nurse, and specialized palliative care, where specialized professionals (a physiotherapist, an ergotherapist, social worker, chaplain, animal assisted therapist) are part of the treatment plan. Depending on the type of illness and the stage of the disease, palliative care can be provided in hospice facilities, hospitals, or specialized palliative care clinics and centers. The least stressful option for the patient is the provision of hospice care at home. In these facilities, Dog-assisted therapy is often included. The presence of a dog in therapeutic sessions motivates clients suffering from incurable diseases to cooperate, reduces pain perception, and distracts attention from anxiety. Additionally, incorporating dogs into therapy for clients who have a positive relationship with dogs can increase social interaction, reducing loneliness, depression, and stress levels.

The history of palliative care dates back to the Middle Ages when hospices for the physically disabled were established near monasteries. A significant development in this care occurred in the 19th century in Paris with the opening of the first hospice for the handicapped. The beginning of the modern hospice movement started in London when St. Christopher's hospice was opened in the second half of the 20th century thanks to Cicely Saunders. The positive impact of dogs on humans dates back to the Babylonian period, where healers believed in the healing power of dog saliva. Throughout centuries, dogs and small rodents were used in facilities for the mentally ill and for therapies for soldiers with post-war injuries. A pivotal moment for the development of Dog-assisted therapy occurred when psychologist Boris Levinson described the positive influence of a dog's presence in children's therapy.

Diseases that require palliative care include cancer, Parkinson's disease, dementia, and Alzheimer's disease. According to available studies, Dog-assisted therapy has a positive impact on these diseases. It activates the patient, increases physical activity, stimulates cognitive function, and induces emotional well-being.

To improve the quality of life for patients, it would be necessary to focus on greater availability and quality of palliative care and, among other things, better educate the public about what palliative care can offer to patients with incurable diseases.

**Keywords:** palliative care, history, disease, therapy, quality of life, hospice, dog assisted therapy

# Obsah

<b>1</b>	<b>Úvod.....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Cíl práce .....</b>	<b>2</b>
<b>3</b>	<b>Literární rešerše .....</b>	<b>3</b>
<b>3.1</b>	<b>Paliativní péče.....</b>	<b>3</b>
3.1.1	Přístup paliativní péče a její principy .....	3
3.1.2	Obecná a specializovaná paliativní péče .....	5
<b>3.2</b>	<b>Využití psa v paliativní péči .....</b>	<b>6</b>
3.2.1	Canisterapie .....	6
3.2.2	Interakce mezi člověkem a psem.....	8
<b>3.3</b>	<b>Vývoj paliativní medicíny a canisterapie v průběhu let .....</b>	<b>9</b>
3.3.1	Středověk.....	9
3.3.2	Období 16. až 19. století.....	9
3.3.3	Období 20. století .....	11
<b>3.4</b>	<b>Novodobý pohled na paliativní péči a canisterapii .....</b>	<b>13</b>
3.4.1	Paliativní medicína a canisterapie v České republice .....	13
3.4.2	Paliativní medicína a canisterapie ve světě .....	14
<b>3.5</b>	<b>Cílové skupiny paliativní péče .....</b>	<b>16</b>
3.5.1	Dělení dle typu onemocnění .....	16
3.5.2	Dělení dle věkových kategorií .....	17
3.5.2.1	Pediatrická paliativní péče s využitím canisterapie .....	18
3.5.2.2	Paliativní péče u dospělých jedinců s využitím canisterapie .....	20
3.5.2.3	Geriatrická paliativní péče s využitím canisterapie .....	21
<b>3.6</b>	<b>Formy specializované paliativní péče a uplatnění canisterapie .....</b>	<b>22</b>
3.6.1	Formy hospicové péče a poskytování péče v domácím prostředí .....	22
3.6.2	Specializovaná ambulance paliativní medicíny .....	24
3.6.3	Paliativní péče v nemocnicích .....	25
<b>3.7</b>	<b>Příklady potřebné péče u nejrozšířenějších onemocnění .....</b>	<b>26</b>
3.7.1	Nádorová onemocnění.....	26
3.7.2	Parkinsonova choroba .....	28
3.7.3	Demence a Alzheimerova choroba.....	29
<b>4</b>	<b>Závěr.....</b>	<b>33</b>
<b>5</b>	<b>Literatura .....</b>	<b>34</b>

# 1 Úvod

Paliativní medicína je jako obor současného zdravotnictví lehce opomíjená a je proto zapotřebí o tomto oboru lépe edukovat jak odbornou, tak laickou veřejnost. Z důvodu růstu lidské populace ve věku nad šedesát let a prodlužujícího se průměrného věku dožití, dochází zároveň i k nárůstu výskytu nevléčitelných onemocnění, která vyžadují paliativní péči (Wiencek & Coyne 2014). Tato péče nemusí primárně souviset s věkem, je vhodná pro jakékoli život narušující závažné onemocnění, se kterým se pacient potýká. Pomáhá pacientovi vyrovnat se s diagnózou, s kvalitním prožitím života a s důstojným odchodem. V posledních letech se v paliativní péči čím dál více uplatňuje canisterapie jako terapeutický přístup, který prostřednictvím psa pozitivně ovlivňuje psychickou a fyzickou stránku člověka (Fine 2010).

Dle studií má včasné zařazení paliativní péče do léčebného plánu pozitivní vliv na zlepšení pacientova zdravotního stavu (Pirl et al. 2012). Mylnou domněnkou široké veřejnosti je, že paliativní péče je péče pouze v závěrečné fázi života pacienta s nevléčitelnou nemocí, nejčastěji u seniorů. Faktem je, že paliativní péče by měla být do léčebného programu zařazena co nejdříve po zjištění diagnózy, i když má pacient před sebou několik dalších let života.

Paliativní medicína je propojená s dalšími lékařskými obory, mezi které patří fyzioterapie, ergoterapie, psychologie, logopedie, canisterapie, hipoterapie a další dle typu onemocnění. Jedním z možných způsobů odlehčení pacientovi při nevléčitelné nemoci je již zmíněná canisterapie. Pes svou přítomností poskytuje pacientovi emocionální podporu, redukuje známky stresu a v neposlední řadě má i terapeutický vliv na zlepšení pacientovi fyzické stránky (Fine 2010).

## **2 Cíl práce**

Hlavním cílem práce bylo shrnout poznatky v oblasti paliativní péče s možným uplatněním canisterapie na základě odborných publikací. Součástí práce byly další dílčí cíle, mezi které spadá vývoj této lékařské specializace v průběhu let a vztah paliativní péče s canisterapií. Dalším cílem práce bylo přiblížit poskytování paliativní péče u jednotlivých onemocnění, možné způsoby léčby vedoucí ke zlepšení kvality života klienta a v neposlední řadě bylo jedním z cílů představit formy poskytování paliativní péče a zdravotnická centra.



## 3 Literární rešerše

### 3.1 Paliativní péče

Výraz „paliativní“ je odvozen z latinského slova „pallium“, které znamená „maska“ nebo „plášť“. To naznačuje, že se jedná o maskování následků nevyléčitelné nemoci, případně poskytování v přeneseném slova smyslu pláště pro ty, kteří zůstali v „chladu“ (Distelmans & Bauwens 2008).

Definice paliativní péče se v jednotlivých studiích liší a s příchodem nových možností stále vyvíjí. Obecně lze paliativní péči definovat jako péči s cílem zajistit co nejlepší možnou kvalitu života pacienta s vážným onemocněním. V roce 1990 vydala Světová zdravotnická organizace (WHO) jednu z prvních oficiálních definic, která definuje paliativní péči jako celkovou aktivní péči o pacienta, jehož onemocnění nereaguje na dosavadní kurativní léčbu (WHO 1990). V roce 2002 došlo k aktualizaci původní definice Světové zdravotnické organizace, která upravila spojení „aktivní péče o pacienta“ na nový pojem „přístup“. Novější definice WHO definuje paliativní péči jako přístup, který zlepšuje kvalitu života pacientů a jejich rodin, které čelí problémům se život ohrožujícím onemocněním, prostřednictvím prevence a zmírnění utrpení díky včasné identifikaci a léčbě bolesti (WHO 2002). Tato nová definice byla uvítána, protože zdůrazňuje potřebu zahájit paliativní péči v rané fázi procesu onemocnění.

Mezinárodní organizace pro paliativní a hospicovou péči (IAHPC) se rozhodla pro výzkum na základě doporučení komise časopisu Lancet (Radbruch et al. 2020) s cílem revidovat definici paliativní péče, a uvedla, že v roce 2015 zažilo vážné utrpení související se zdravím více než 40 milionů lidí, z nichž 25,5 milionu zemřelo (Timm et al. 2021). Jedná se o velký problém, na který by se měla paliativní péče zaměřit. Průzkum IAHPC byl rozpracován do tří fází a výsledkem byla mimo jiné změna charakterizace pojmu „přístup“ na „aktivní holistickou péči“ (Ryan et al. 2020). Dle holistů by se měly léčit spíše příčiny nemoci než symptomy (Ernst 2007). Evropská asociace paliativní péče (EAPC) a Světová aliance hospicové a paliativní péče (WHPCA) došly k jednotnému závěru používat definici WHO z roku 2002 (Ryan et al. 2020).

#### 3.1.1 Přístup paliativní péče a její principy

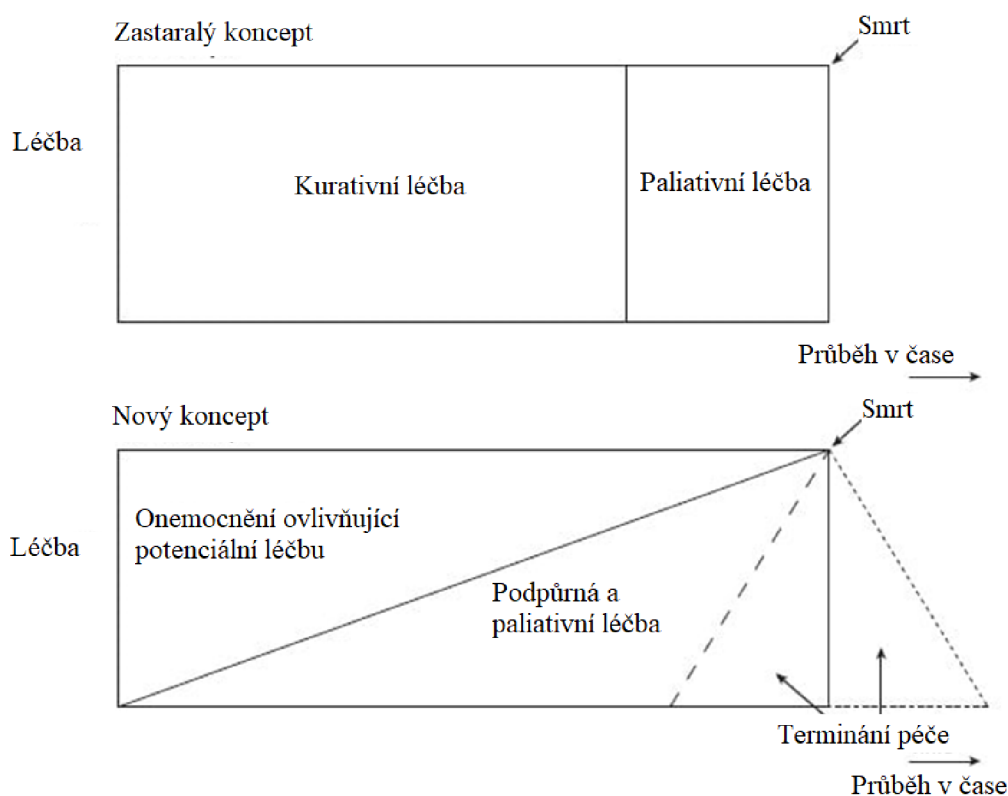
S paliativní péčí se prolínají další související pojmy. Hospicová péče si klade za cíl naplnit fyzické, emocionální a sociální potřeby člověka a umožnit důstojné dožití v kvalitních podmínkách. Je poskytována denní péčí v domácím prostředí nebo v hospici. V dnešní době je stále mnoho lékařů toho názoru, že paliativní péče je vhodná až na konci života pacienta, a shodná tedy s pojmem „hospicová péče“ (Kelley & Morrison 2015).

Péče *podpůrná* se s pojmem *paliativní* péče překrývá a lze je z některých studií nesprávně považovat za synonymum. Dle Radbucha et al. (2009) je podpůrná péče prevence a léčba negativních projevů onkologického onemocnění, zatímco paliativní péče je samostatná oblast a zahrnuje všechny pacienty i s neonkologickým onemocněním ohrožující jejich život. Pojmy *paliativní* a *podpůrná* péče lze v posledních dvou letech života pacienta definovat jako péči o pacienta v závěru života, anglicky využívaným termínem *End of Life Care*.

V poslední fázi nemoci, resp. posledních několika dní, lze hovořit o *terminální* péči o pacienta. Mezi další pojem, který se s péčí o nemocného pojí, je *respirační* péče. Jedná se o odlehčující službu pro osoby, které dlouhodobě pečují o vážně nemocného rodinného příslušníka. Tato služba umožňuje krátkodobě převzít pečovatelské povinnosti a ulevit pečující osobě.

Komplexní paliativní péče by měla být poskytována na dvou úrovních: obecný paliativní přístup a specializovaná paliativní péče. Ideální model nastává, pokud je pacientovi poskytnuta péče na obou úrovních.

Na obrázku lze pozorovat původní zastaralý model paliativní péče, při kterém docházelo po vypuknutí onemocnění ke kurativní léčbě. Pokud nedocházelo ke zlepšení zdravotního stavu, přešla *kurativní* (mající za cíl vyléčení) léčba v paliativní, která byla ukončena smrtí pacienta. Naproti tomu novější model představuje zprvu kurativní léčbu, která je od počátku propuknutí onemocnění souvisle doprovázena paliativní péčí. V závislosti na čase lze vidět zvyšující se zastoupení paliativní léčby oproti léčbě kurativní. Tento model přináší kvalitnější prožití závěru života a snížení počtu úmrtí.



Obrázek 1: Původní a nový model poskytování paliativní péče, převzato a upraveno (Murray et al. 2005)

### **3.1.2 Obecná a specializovaná paliativní péče**

#### **Obecná paliativní péče**

Primární paliativní péče je poskytována zdravotníky v rámci jejich odbornosti. V první řadě obecnou paliativní péči zajišťuje všeobecný lékař se zdravotní sestrou. Dále se na péči podílí lékaři specialisté v rámci svých odborností (Kabelka et al. 2016). Příkladem jsou onkologové, internisté, neurologové a další zástupci nezdravotnických pracovníků (sociální pracovníci, duchovní). Klíčovými prvky této péče je všeobecná péče o pacienta, včasné určení diagnózy, zvládání bolesti a symptomů, určení prognózy a předběžné plánování léčebného plánu (Wienczek & Coyne 2014). Důležitým prvkem nejenom obecné paliativní péče je vstřícná komunikace s pacientem a rodinou a empatické naslouchání pacientovým prosbám. Větší část celkového léčebného plánu tvoří obecná paliativní péče. V případě, že závažnost onemocnění přesahuje možnosti obecné paliativní péče, je vhodné umožnit pacientovi přístup ke specializované paliativní péči.

Canisterapie v rámci obecné paliativní péče je rozšířená v nemocnicích nebo v domovech pro seniory, kam může terapeut se psem pravidelně docházet. Při ošetření pacienta v rámci ambulancí odborných specialistů není pro aktivity se psem dostatek prostoru. V případě hospitalizace na lůžkovém oddělení některá nemocniční zařízení nabízejí návštěvy canisterapeutického psa. Další možností by bylo docházení pacientů do denních stacionářů a dalších zdravotnických zařízení, které canisterapii nabízejí. Pacientům by kontakt se psem byl přínosem hlavně po psychické stránce při procesu smíření se se svou diagnózou, snížení úzkostných stavů a zlepšení nálady.

#### **Specializovaná paliativní péče**

Při specializované paliativní péči se o pacienta a jeho blízké stará speciálně vyškolený tým, který absolvoval vzdělání v oboru paliativní péče, skládající se z lékařů, zdravotních sester, sociálních pracovníků, psychologů, duchovních a dalších. Specializovaná paliativní péče poskytuje komplexní péči v pokročilých stádiích závažných onemocnění. Lze se s ní setkat ve specializovaných střediscích paliativní péče, mezi která se řadí denní i lůžkové hospice, specializované ambulance a lůžková oddělení paliativní péče. Bohužel není momentálně dostatek specialistů na paliativní péči, kteří by poskytli všechny potřebné služby pro každého nemocného pacienta (Quill & Abernethy 2013).

Pro představu, v roce 2010 proběhla v USA studie, která měla za cíl posoudit dostatečný počet lékařů paliativní a hospicové péče, a byly zjištěny následující informace. Aby byl současný počet programů hospicové a nemocniční paliativní péče na vhodných úrovních obsazen, bylo by zapotřebí 4487 hospicových lékařů a 10 810 lékařů paliativní péče (Lupu 2010).

S canisterapií se v rámci specializované paliativní péče lze setkat v zařízeních poskytujících paliativní péči, nejvíce v hospici. Pacienti zde bývají ubytováni delší dobu a je vhodné se snažit s pomocí psa o jejich povzbuzení a v rámci možností i pohybovou aktivizaci. Pacienti během skupinových nebo individuálních návštěv na pokoji díky přítomnosti psa lépe navazují kontakt a snadněji se svěří se svými starostmi a obavami. Dle stavu a možností

pacienta lze v rámci rehabilitace se psem procvičovat jemnou a hrubou motoriku nebo trénovat paměť. Pokud je pacient v domácím prostředí, je možné si u některých canisterapeutických týmů (pes + terapeut) domluvit také individuální návštěvu.

## **3.2 Využití psa v paliativní péči**

### **3.2.1 Canisterapie**

Jedná se o terapeutický přístup za asistence psa, který je součástí léčby člověka (Fine 2010), pozitivně ovlivňuje psychickou i fyzickou stránku člověka prostřednictvím využití etologie a fyziologie psa. Tato podpůrná metoda může být uplatňována při navazování kontaktu s obtížně komunikujícími pacienty, s mentálně či fyzicky postiženými a emocionálně nestabilními lidmi. Pojem canisterapie bývá využíván nejednoznačně a v širokém pojetí. Nezřídka je interakce mezi klientem a psem bez stanovených cílů, dokumentace a přítomnosti odborného pracovníka taktéž nazývána canisterapií, což způsobuje problém s jejím uznáním jako léčebné metody (Lacinová 2008).

#### **Dělení canisterapie**

V průběhu let si metody canisterapie prošly vývojem a původně byly dělené na dvě základní: AAA a AAT (Lacinová 2018). Momentálně lze canisterapeutické metody dle některých zdrojů rozdělit následovně (Galajdová 1999; Fine 2010; Serpell 2012):

- AAA (Animal Assisted Activities) – aktivity za účasti zvířat

Tyto činnosti jsou vedeny speciálně vyškoleným terapeutem nebo dobrovolníkem a uskutečňovány v domovech pro seniory a v zařízeních pro osoby se zdravotním postižením, nebo ve školských zařízeních. Mají aktivizační, motivační, odpočinkovou a terapeutickou funkci s cílem zlepšení kvality života klienta. Aktivity za účasti zvířat lze rozdělit na dvě formy. Jednak starost a péči o zvíře, které je v dané instituci stále přítomné a kterou zajišťují přímo klienti (pod dohledem personálu). V tomto případě není vhodným zvířetem pes, který má vysoké nároky na pravidelný pohyb a výcvik nejlépe od jednoho člověka, více osvědčení jsou drobní hlodavci nebo kočky. Druhou formou je pravidelné docházení zvířete do instituce, v tomto případě jsou vhodní psi v doprovodu svých psovodů. Kromě péče o psa se využívá technik hlazení a her se psem.

Jednou z oblastí, kde aktivity za přítomnosti psa mají své místo, je práce s dětmi trpícími poruchou autistického spektra. Pravidelné navazování kontaktu u dětí výrazně zlepšilo sociální interakci, a to komunikační dovednosti, pozitivnější vyjadřování emocí a zvýšení zájmu o pohybové aktivity (Germone et al. 2019; Buck & Lavery 2020).

- AAT (Animal Assisted Therapy) – terapie za asistence zvířat

Jedná se o cílenou strukturovanou terapeutickou jednotku vedenou vyškoleným psovodem, do které je aktivně zapojeno zvíře splňující specifická kritéria (Fine 2010). Současně

může být přítomen další ze zdravotnického personálu, fyzioterapeut, ergoterapeut, logoped nebo psycholog. Terapeutické jednotky jsou strukturované, předem je naplánován průběh a jsou vymezeny cíle sezení. Průběh i výsledky těchto sezení jsou dokumentovány a vyhodnoceny. Terapie za asistence zvířat mohou být podpůrnou metodou léčebného plánu při rehabilitaci osob s mentálním a fyzickým postižením, často dětskou mozkovou obrnou. Mezi techniky lze řadit polohování, rozvíjení jemné a hrubé motoriky a kognitivních funkcí.

- AAE (Animal Assisted Education) – vzdělávání za asistence zvířat

Canisterapie může být využita jako doplňková metoda v oblasti vzdělávání a výchovy. Pozitivně působí na rozvoj osobnosti a znalostí především dětí se zdravotním a mentálním znevýhodněním, nebo s poruchou chování, učení a pozornosti, kde pes slouží jako motivační faktor. U dětí s postižením se lze často setkat s problémem navazování sociálních kontaktů. Důvodem těchto problémů může být zvýšená impulsivita, agresivita, neschopnost dodržování společenských pravidel nebo omezená komunikace (Ungerová 2008).

- AACR (Animal Assisted Crisis Response) – krizová intervence za pomoci zvířat

Jedná se o doplňkovou terapeutickou metodu určenou pro osoby, které zažily traumatizující situaci, ať už se jedná o násilí, přírodní katastrofu nebo ztrátu domova. Intervence se psem je určena ke snížení stresu a úzkosti (Lass-Hennemann et al. 2018).

### **Výběr vhodného psa pro terapii**

Při výběru vhodného psa pro canisterapii je potřeba si dopředu ujasnit, k jakému účelu bude pes využíván a co je od psa očekáváno. Od toho se poté odvíjí výběr plemene a jeho velikost. Každý jedinec je originální a osobitý, nelze tak jednoznačně určit nejvhodnější plemeno. Mezi nejvíce využívaná plemena, která mají vhodné předpoklady pro tuto činnost, patří labradorský retrívr, zlatý retrívr a border kolie. Vlastnosti, bez kterých se canisterapeutický pes neobejde, jsou trpělivost, vyrovnanost, spolehlivost, ovladatelnost a mírumilovnost. Naopak nepřijatelný je sebemenší náznak agresivity, bázlivosti a nervozity psa (Helppes 2018). Dobrý zdravotní stav je také jednou z podmínek. Na čistokrevnosti psa při výběru nezáleží, důležitý je vhodný charakter. Pes musí být rád v kontaktu s lidmi a rád přijímat hlazení a drbání.

V současné době není v České republice organizace zastřešující pravidla a podmínky pro výkon canisterapie. Není u nás proto jednotný systém zastřešující realizaci terapií, testování canisterapeutických psů a udělování certifikátů pro výkon canisterapie. K provozování canisterapie se psem je zapotřebí složit canisterapeutické zkoušky dle zkušebního řádu jednotlivých organizací. V České republice existuje několik samostatných organizací, které se terapií se psy zabývají. Mezi ně patří např. Pomocné tlapky, které poskytují individuální nebo skupinové canisterapeutické služby již od roku 2001 (Pomocné tlapky 2023). Další známé canisterapeutické organizace jsou Helppes nebo Aura canis.

### 3.2.2 Interakce mezi člověkem a psem

Psi jsou díky své dostupnosti, ochotě učit se novým věcem a spolupracovat s člověkem nejvíce využívaným zvířetem pro terapie asistované zvířaty. Jejich přítomnost u terapeutické jednotky motivuje klienty ke spolupráci, snižuje vnímání bolesti a odvádí pozornost od úzkosti (Fine 2010). Kromě toho začlenění psů do terapie zvyšuje sociální interakci, čímž zmírňuje pocit osamělosti, depresi a hladinu stresu (Friedman & Krause-Parello 2018).

I přes pozitiva, která interakce mezi člověkem a psem přináší, má tato forma terapie i svou negativní stránku. Tou je možný přenos infekčních onemocnění ze zvířete na člověka, a to zejména v případě, že se terapie účastní pacient s oslabeným imunitním systémem (Friedman & Krause-Parello 2018). Z tohoto důvodu musí být canisterapeutický pes udržován v čistotě, pravidelně odčervován na základě výsledků koprologického vyšetření a být naočkován. Během terapeutické jednotky je zapotřebí dbát na bezpečnost jak pacienta, tak i psa a dodržovat jeho welfare.

Navzdory přesvědčivým důkazům o pozitivní interakci mezi pacientem a zvířetem panovaly zprvu pochybnosti lékařů o tomto inkluzivním přístupu a bylo zapotřebí dalších studií. Pro začlenění terapií se zvířaty do léčebných plánů vyžadovali lékaři podpoření teoretického základu i vědecky měřenými fyziologickými parametry. Za zmínku stojí výzkum z konce minulého století, kdy tým vědeckých pracovníků zaznamenává změnu fyziologických parametrů člověka při interakci se zvířetem. Při této interakci dochází u majitelů domácího zvířete k poklesu systolického a diastolického krevního tlaku, snížení cholesterolu a triglyceridů v krevní plazmě oproti lidem, kteří zvíře nevládní. Interakce má také vliv na autonomní nervový systém, který se projevuje úlevou od stresu a úzkosti (Friedmann 1995). Domácí zvířata mají proto potenciál zmírnit vývoj onemocnění související se stresem (ischemická srdeční choroba).

V rámci další studie zabývající se fyziologií pozitivní interakce člověka se psem proběhl experiment, který se zaměřoval se na změnu krevního tlaku a určitých chemických látek v těle člověka a psa při vzájemné interakci (Odendaal 2000). Mezi sledované parametry se řadily: endorfin, prolaktin, oxytocin, dopamin a kortizol. Experimentu se účastnilo 18 psů a 18 lidí, kteří byli rozděleni do následujících skupin: majitelé psů vs lidé interagující s neznámými psy a interakce se psem versus klidné čtení knih. Vyhodnocení výsledků nasbíraných před a po interakci laboratorními technikami probíhalo objektivně, dopředu neměli představu o požadovaných výsledcích.

Výsledky:

U lidí i psů se výrazně zvýšila hodnota endorfinu, oxytocinu, prolaktinu a dopaminu. Významné zvýšení oxytocinu bylo potvrzeno u lidí, kteří interagovali se svými vlastními psy než u lidí při interakci s psy cizími. U druhé sledované skupiny došlo k nárůstu hodnot endorfinu a oxytocinu při interakci se psem oproti lidem, kteří si poklidně četli knihu. Naopak k poklesu hodnot došlo u sledovaného kortizolu. U lidí se tato hodnota výrazně snížila, u psů byl pokles kortizolu nevýznamný, což naznačuje snížení stresové reakce u lidí, a naopak nevystavení stresu psů při interakci. U většiny osob při interakci se psem došlo ke snížení krevního tlaku, přičemž ke změně tohoto fyziologického parametru dochází mezi 5 až 24 minutami pozitivní interakce. Tyto

informace by měly být brány v potaz při nastavování terapeutické jednotky. V praxi by měla probíhat spíše kratší v průměru dvacetiminutová sezení, která by měla být opakována častěji.

Neměnnou hodnotu kortizolu u psa potvrzuje studie z roku 2020, kdy nedocházelo k signifikantním změnám hodnoty tohoto parametru před a po uskutečnění terapeutické jednotky se psem (Clark et al. 2020). Stejně tak nedocházelo k výrazné změně vyplavení oxytocinu. Na základě poklesu tepové frekvence psa naměřené ke konci terapie lze usuzovat na větší uvolnění a relaxaci psa (Clark et al. 2020). Vyšší hodnota naměřená na začátku terapeutické jednotky byla způsobena natěšením psa.

### **3.3 Vývoj paliativní medicíny a canisterapie v průběhu let**

#### **3.3.1 Středověk**

Na konci 4. století našeho letopočtu otevřela římská matróna Fabiola svůj domov poutníkům, nemocným a strádajícím. Od tohoto období se křesťanská církev snažila nést břemeno nemocných a chudých poutníků a křižáků po celý středověk (Saunders 2000). Tehdejší pokus o definici paliativní léčby zněl: *Léčba paliativní nastupuje, když je nemoc z nějakého důvodu zahalena a není možné její léčení* (Stolberg 2017). Počátky paliativní péče lze nalézt při kláštorech, ve kterých vznikaly útulky pro těžce nemocné a zmrzačené (Vorlíček et al. 2004). Žádný z těchto raných útulků si nekladl za primární cíl péči o umírající, byla zde nabízena materiální a duchovní pomoc, která však často zahrnovala péči až do smrti (Saunders 2000).

Terapie za asistence psa ve středověku zatím nebyla známá, avšak již v Babylonu (1895-539 př. n. l.) věřili lidé na léčivou schopnost psích slin (Rakestraw 2023). Postavení psa ve společnosti se v tomto období rozvíjelo, příkladem může být vztah psa a člověka ve starověkém Egyptě, kde psi zastávali roli společníků, ochránců a lovců. Důkazem, že pes byl důležitou součástí společnosti svědčí skutečnost, že byl psí popel nalezen v hrobkách majitelů, dokonce byli psi pohřbíváni i spolu s majitelem (Ikram 2013).

První nemocnice, které vznikaly v období středověku, často nebyly ochotné přijímat pacienty trpící onemocněním, které bylo považované za nevléčitelné. V polovině 14. století popsal ve své práci Guy de Chauliac tři výjimečné situace, ve kterých se lze vzdát kurativní, kauzální léčby (Stolberg 2017). Týkalo se to nemocí jako byla např. lepra, které byly ze své podstaty neléčitelné. Dále v případě, že pacient odmítl podstupovat kurativní léčbu, nebo pokud se jednalo o situaci, kdy by léčba vedla k větším škodám, než které by byly způsobeny neléčením.

#### **3.3.2 Období 16. až 19. století**

Celá staletí sloužily nemocnice a předchůdci dnešních hospiců pouze pro minoritní skupinu chudých lidí, o které se nemohl nikdo z rodinných příslušníků postarat. Tyto domy byly plné lidí, kteří měli zdravotní omezení (nevidomí, neslyšící, pacienti s epilepsií) a nemohli vykonávat svá povolání. Dle Stolberga (2017) se dostává do povědomí koncept paliativní péče od konce 16. století. Tento koncept byl chápán jako maskování symptomů nemoci a tělesných vad pomocí protéz a používáním zbarvených krémů. V Mnichově byl roku 1624 založen The Joseph-Spital. V této instituci byli hospitalizováni muži a ženy trpící závažnými nemocemi,

kteře nebylo možné léčit, nebo jen s velkými obtížemi (Stolberg 2017). V tomto období docházel do nemocnic lékař jednou za osm dní a pacienti si za jeho služby museli platit.

Roku 1792 byla v Anglii otevřena instituce pro mentálně postižené, kde byly zaznamenány první známky využití zvířat pro terapeutické účely. Byli zde využíváni králíci a drobní živočichové pro aktivizaci a jako prostředek pro klidnou interakci a možnost psychického zklidnění pacientů (Altschiller 2011). Tato instituce byla přístupná pro osoby, u kterých jejich nevléčitelné onemocnění vyžadovalo paliativní péči. Pacienti, kteří byli přijeti do tohoto zařízení, museli být schopni základních fyzických dovedností. Během několika desetiletí tu byla poskytována péče více než pěti stům osobám. V průběhu 19. století byl počet hospitalizovaných již neúnosný, instituce se tak začala prioritně věnovat osobám trpícím onkologickým onemocněním (Stolberg 2017).

V období mezi roky 1800 až 1870 dochází ke změně v přístupu k umírání, je kladen větší důraz na rozvoj lůžkových zařízení paliativní medicíny a hospiců (Stolberg 2017). Pojem hospic pochází z latinského výrazu *hospes*, který znamená host.

V roce 1842 založila Jeanne Garnierová v Lyonu společenství žen, které se plně věnovalo péči o nevléčitelně nemocné (Saunders 2000; Vorlíček et al. 2004). O několik desítek let později v roce 1867 se objevuje zmínky z německého zdravotního centra v Biefeldu o zařazení zvířat do tamních terapií, které měli ulevit pacientům trpícím epilepsií (Altschiller 2011). V Dublinu roku 1878 zakládá Marie Aikenheadová kongregaci Sester lásky, jejímž posláním bylo doprovázet umírající na konci života. Toto společenství o dva roky později otevřelo v Paříži první dům nesoucí název Hospic, jako instituci, kam jsou speciálně přijímáni nemocní pacienti na konci života (Saunders 2000; Vorlíček et al. 2004). Toto však rozporuje ve své práci Sonya Reymondová, která uvádí, že hospic Jeanne Garnierové nebyl zdaleka specializován jen na péči o osoby na konci života.

Roku 1893 je otevřen Domov svatého Lukáše, za jehož vznikem stojí doktor Howard Barrett. Byly zde uplatňovány základní principy péče o umírající podobné dnešnímu systému paliativní medicíny (Saunders 2000). Velký důraz byl v tomto domově kladen na individuální potřebu každého pacienta, ale také na jeho rodinu. O více než 40 let později se v Domově svatého Lukáše začínají pravidelně (dle individuálních potřeb pacientů) podávat dávky morfinu v tzv. Bromptonově koktejlů. Jednalo se o směs morfinu nebo diamorfinu, kokainu, ginu a medu jako prostředku na potlačení bolesti (Saunders 2000).

V období na přelomu 19. a 20. století dochází k demografickým, kulturním, sociálním a politickým změnám, které se promítají i do struktury poskytování paliativní péče (Stolberg 2017). Urbanizace způsobila nárůst počtu pacientů, o které se najednou neměl kdo postarat. Ačkoliv dochází ve druhé polovině 19. století k významnému poklesu výskytu tuberkulózy, zůstává toto onemocnění stále nejčastějším terminálním chronickým onemocněním. Do popředí se dostává rakovina z důvodu prodlužujícího se věku a tím zvýšení počtu lidí v rizikové skupině. Tím se zvyšuje i poptávka po tehdejších zařízeních paliativní péče k zajištění kvalitního prožití zbytku života.



### 3.3.3 Období 20. století

Moderní hospicové hnutí má své počátky ve Velké Británii. Poprvé byl v této zemi použit výraz „hospic“ irskými sestrami při založení hospice sv. Josefa v Hackney ve východním Londýně, který byl otevřen v roce 1905 (Saunders 2000). Odtud se povědomí o hospicovém zařízení poměrně rychle rozšířilo do dalších částí Velké Británie a později do celého světa.

V období po druhé světové válce byla paliativní péče uznána jako samostatná zdravotní subdisciplína a tím tak nastaly změny v péči o umírající (Stolberg 2017). Také se začala uplatňovat terapie za asistence zvířat v péči o vojáky. První zdokumentované terapie se zvířaty pochází z roku 1944 ze Spojených států. V tamní nemocnici léčili vojáky, kteří utrpěli zranění v bitvách a trpěli psychickými traumaty, prostřednictvím koní a drobných hlodavců. Prospěšnost těchto interakcí se zvířaty není analyticky vyhodnocena, jelikož nebyla z těchto let nasbírána potřebná data k posouzení (Altschiller 2011).

Poválečné období přichází s novými preciznějšími technikami diagnostiky onemocnění a také s objevy nových léčiv. Ty hrály zásadní roli při léčbě infekcí, které v minulých staletích pro pacienta znamenaly rozsudek smrti. Nová medikace pro léčbu diabetu, zvýšeného krevního tlaku a dalších rozšířených onemocnění přispěla ke zlepšení kvality života mnoha lidí. Objev antibiotik sehrál svou roli při léčbě tuberkulózy, která se v tomto období naštěstí vyskytovala v menším měřítku než dříve. Nové chirurgické postupy (např. transplantace) umožnily udržet při životě pacienty, kteří by v minulosti své chorobě podleli (Stolberg 2017).

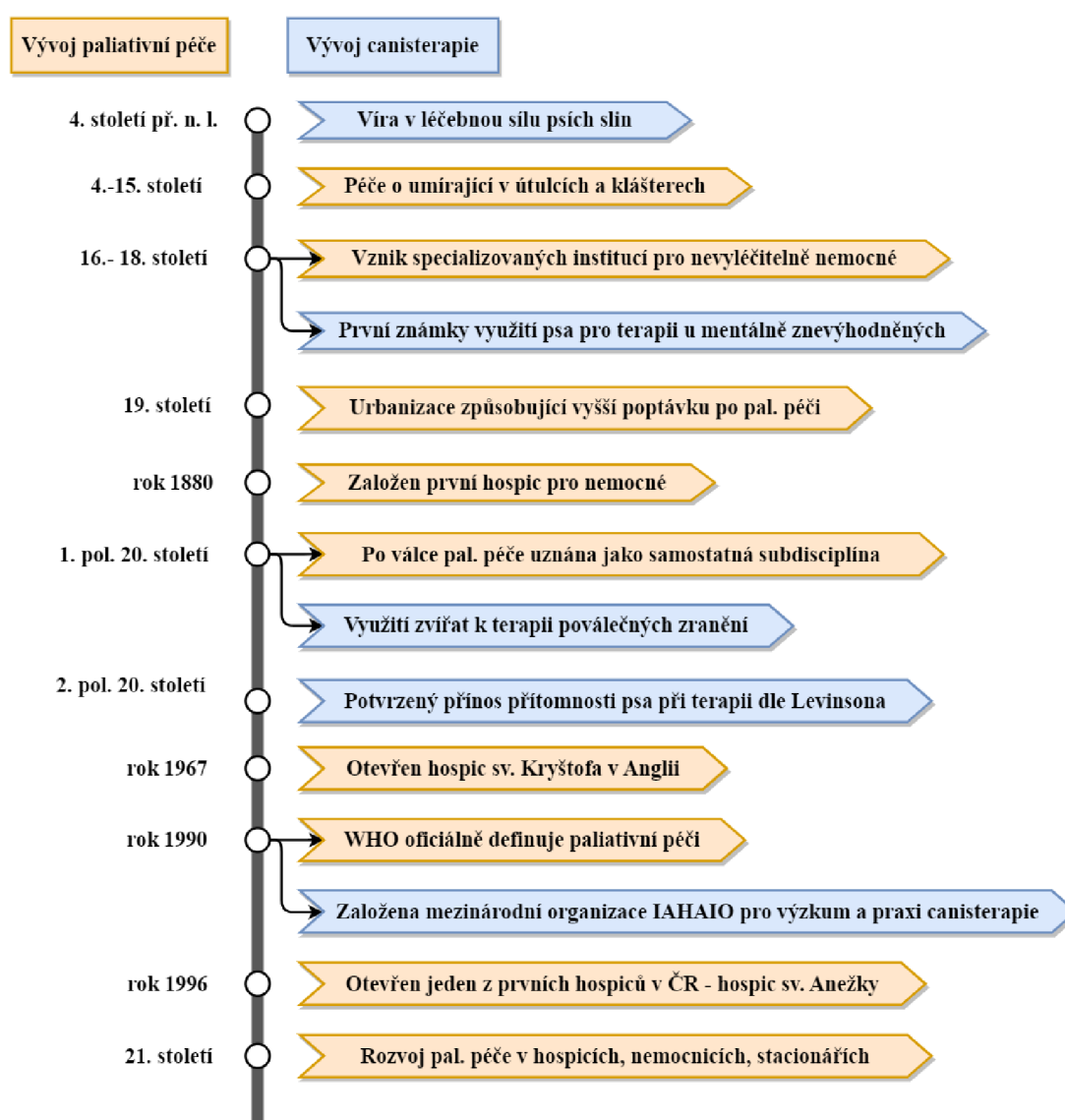
Zásadní zlom pro rozvoj terapie za asistence psa, která se poté uplatňuje i v paliativní péči, nastává díky americkému psychologovi dr. Borisu Levinsonovi. Ten roku 1961 přichází s publikováním svých studií, ve kterých byla popsána pozitivní interakce psa s pacientem (Altschiller 2011). Levinson nechal psa samotného v místnosti s dítětem, které nekomunikovalo. Když se po pár minutách do místnosti vrátil, dítě navázalo se psem kontakt a promlouvalo na něj. Později Levinson přichází na pozitivní přínos přítomnosti psa při terapii u dalších psychicky postižených dětí. V průběhu dalších let Levinson publikuje studie, ve kterých popisuje terapeutické využití zvířat a vyzdvihuje pozitivní vliv působení zvířecího kontaktu při terapiích. Bezpodmínečné přijetí a láska poskytovaná domácími mazlíčky nabízí bezpečné prostředí pro emocionálně nevyrovnané děti a dospělé, nevidomé, neslyšící a tělesně postižené.

Roku 1967 byl otevřen hospic svatého Kryštofa v Londýně (Saunders 2000; Vorlíček et al. 2004), aby poskytl prostředí a model péče o osoby umírající na pokročilou rakovinu (Kelley & Morrison 2015). O otevření tohoto hospice se zasloužila Cicely Saundersová, která původně pracovala jako sestra v jednom z hospicových zařízení. Po dokončení studií se stala lékařkou a zasloužila se o rozvinutí konceptu péče o „celkovou bolest“ terminálně nemocných poprvé zajištěnou multidisciplinárním týmem (Vorlíček et al. 2004). Otevření tohoto hospice bylo zásadní pro rozvoj dalších hospicových zařízení po celém světě. Do dnešního dne jsou široce přijímána hesla svatého Kryštofa: „Záleží na vás, protože to jste vy, a záleží na vás do poslední chvíle vašeho života. Uděláme vše, co je v našich silách, nejen abychom vám pomohli zemřít pokojně, ale také abyste žili, dokud nezemřete.“ (Saunders 2000). Ve stejném roce otevření hospice publikuje zakladatelka souhrn svých myšlenek ohledně poskytování paliativní péče. Tato příručka se stala průvodcem pro práci ošetřovatelů v hospici svatého Kryštofa (Stolberg 2017). V hospici bylo povoleno užívání alkoholu pacienty v takové míře, jakou sami uznali za vhodnou. Pro zvládnutí bolesti byl kromě alkoholu podáván Bromptonův koktejl sloužící jako

sedativum. Cicely Saundersová dostala za své zásluhy od anglické královny titul „Dame“ a rovněž byla čestnou členkou Světové organizace domácí a hospicové péče.

Počátkem roku 1970 se hospicové hnutí rozšířilo do Severní Ameriky. Balfour Mount zavedl termín „paliativní péče“, aby popsal nový lékařský program v Montrealu (Sisk et al. 2020), kde založil v rámci fakultní nemocnice první jednotku paliativní medicíny (Saunders 2000). Domácí hospicová péče se dostává více do povědomí a v mnoha zemích je jedinou možností poskytování paliativní péče z důvodu malého rozšíření specializovaných zařízení.

Kromě rozvoje paliativní péče v Americe se tamní vědci (kromě Levinsona i manželé Corsonovi, Friedmannová, Katcher) zasloužili také o rozmach terapie za asistence psa (Lacinová 2018). Odtud se toto nové odvětví rozšiřuje i do Evropy. Roku 1990 vzniká mezinárodní organizace IAHAIO (International Association of Human – Animal Interaction Organizations) sdružující jednotlivé národní organizace, věnující se výzkumu a praktickému využití zvířat v terapii (Galajdová 1999). Česká republika se stala jejím členem o pět let později.



Obrázek 2: Časová osa vývoje paliativní péče a canisterapie v průběhu let, vlastní zpracování ze zdrojů BP

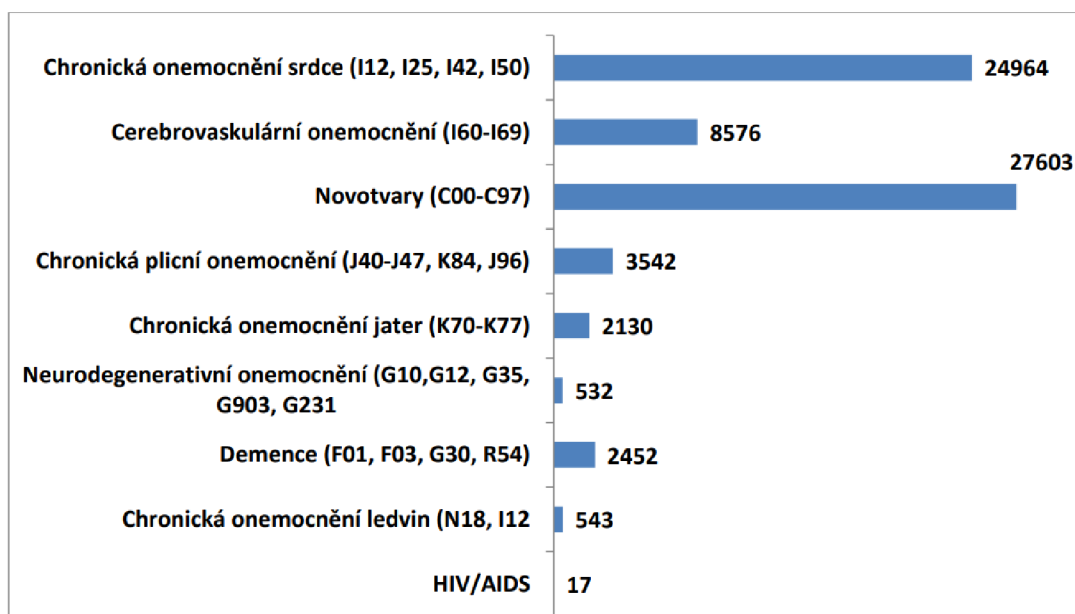
### 3.4 Novodobý pohled na paliativní péči a canisterapii

#### 3.4.1 Paliativní medicína a canisterapie v České republice

V České republice se rozvinul zájem o paliativní medicínu až po roce 1989, kdy začala vznikat první hospicová zařízení (Vorlíček et al. 2004). Jedním z prvních otevřených hospiců v České republice, který poskytuje své služby klientům od roku 1996, je Hospic Anežky České. Toto zařízení nabízí paliativní péči hospitalizovaným klientům pro kvalitní prožití konce života a nabízí také možnost ubytování i pro jejich blízké. Osobám, které v závěru života zůstávají ve svých domovech, poskytuje tento hospic mobilní paliativní péči (Oblastní charita Červený Kostelec 2023). Dle informačního portálu Umírání.cz, který pomáhá nalézt vhodnou paliativní péči pro nemocné a jejich blízké, jsou k roku 2024 v České republice dostupná níže vypsána zařízení. Seznam zařízení poskytující paliativní péči je na tomto portálu stále aktualizován a v případě potřeby lze na webových stránkách *Umírání.cz* pod záštitou organizace Cesta domů nalézt vhodnou formu individuální péče pro každého (Umírání.cz 2024).

- Ambulance paliativní medicíny (61 zařízení)
- Poskytování mobilní paliativní péče (92 hospicových organizací)
- Lůžkový hospic (19 zařízení)
- Specializovaný tým paliativní péče v rámci nemocnice (34 týmů paliativní péče)

V roce 2014 bylo v České republice evidováno více než 70 000 osob s potřebou paliativní péče (Kabelka et al. 2016) a každým rokem se toto číslo zvyšuje. Níže je zobrazen graf zobrazující počty pacientů u jednotlivých diagnostických skupin. I přes snahu služeb paliativní péče umožnit pacientům trávit poslední dny života v domácím prostředí v blízkosti svých nejbližších, většina onkologických (63 %) i neonkologických (70 %) pacientů nakonec umírá v lůžkových zdravotnických zařízeních akutní péče (Kabelka et al. 2016).



Graf 1: Počet pacientů v ČR s potřebou paliativní péče u jednotlivých onemocnění (Kabelka et al. 2016)

Termín canisterapie v České republice poprvé zavedla PhDr. Jiřina Lacinová, která spojila původem latinský pojem *canis* (pes) a řecký pojem *terapia* (léčba). V průběhu let docházelo k ukotvení a pevnému stanovení postupů a pravidel pro vykonávání canisterapie. Tomu pomohly praktické zkušenosti canisterapeutických jednotek ze zahraničí. I přesto u nás není bohužel zcela jednotný systém, který by nastavoval stejnou kvalitní úroveň canisterapeutických organizací (Lacinová 2018). Proto je zásadní si v případě zájmu o tuto podpůrnou metodu ověřit, zda má canisterapeut pro vykonávání své činnosti dostatečné vzdělání a kvalifikaci.

Canisterapie je v rámci poskytování paliativní péče v České republice využívána v mnohých zdravotnických zařízeních, zejména v hospicích, na odděleních dlouhodobé péče či v domovech pro seniory. I přes dosavadní vývoj canisterapie ji však zdravotní pojišťovny neuznávají jako léčebnou metodu, proto je v těchto zařízeních financována v rámci sponzorských darů, grantů a příspěvků z evropských zdrojů (Jandová & Veličová 2012). Jeden pokrok však díky PhDr. Lacinové nastal, canisterapie byla uznána ministerstvem zdravotnictví jako podpůrná metoda rehabilitace, byly tak odstraněny potíže při vykonávání této terapie ve zdravotnických zařízeních (Lacinová 2008).

Terapie se psem probíhají na odděleních dlouhodobé péče ve velkých nemocničních zařízeních napříč celou Českou republikou. Příkladem nemocnic jsou Ústřední vojenská nemocnice Praha, Fakultní nemocnice Motol, Všeobecná fakultní nemocnice v Praze nebo Vojenská nemocnice v Olomouci. Dále canisterapeutické týmy docházejí do hospiců a domovů pro seniory, kde dokáží pozitivně ovlivnit stav hospitalizovaných.

### **3.4.2 Paliativní medicína a canisterapie ve světě**

Paliativní péče představuje v současné době jeden z nejdynamičtěji se rozvíjejících oborů medicíny, jehož rozvoj zapříčinily demografické změny (Kabelka et al. 2016). Dle WHO (2020) potřebuje paliativní péči 56,8 milionu lidí každý rok, z nichž nejvyšší počet žije v zemích s nízkými nebo středními příjmy, a to zejména v Africe. Současně s modernizací zdravotnického systému a jeho metod dochází k rozvoji paliativní medicíny napříč celým světem. Pomalejší rozvoj lze pozorovat v zemích třetího světa, tento problém souvisí s nízkou životní úrovní a vysokým výskytem zdraví ohrožujících onemocnění. V problematice nedostatečného poskytování paliativní péče by bylo potřeba překonat řadu významných překážek (WHO 2020):

- Zvýšení povědomí zdravotnických pracovníků a veřejnosti o tom, co paliativní péče je a jaké výhody může nabídnout.
- Poskytování odborného školení v oblasti paliativní péče pro zdravotnické pracovníky.
- Vyvrácení mylné představy, že je tato péče určena pouze osobám v posledních týdnech života.
- Nedostatečný přístup pacientů k opiátům určeným k úlevě od bolesti.

I přes velký posun za poslední století v oblasti paliativní medicíny není paliativní péče dostupná pro všechny, kteří by z ní mohli mít prospěch. Kvalita paliativní péče je v jednotlivých zemích světa odlišná a závisí na úrovni života v daném státě. Analýza komise Lancet (Knaul et al. 2018) dokládá, že více než 61 milionů lidí je postiženo vážným zdravotním onemocněním, z nichž více než 80 % pacientů nemá přístup ani k nejzákladnějším úlevným prostředkům, jako jsou léky proti bolesti. Většina těchto pacientů žije v zemích s nízkými a středními příjmy, kde je paliativní péče a úleva od bolesti vzácná nebo žádná. Kromě nedostatku léků proti bolesti jsou zde další oblasti celosvětové paliativní péče, kterým je zapotřebí se věnovat: nedostatečné uznání ze strany zdravotnických profesí a veřejnosti, nedostatečné financování, málo akreditovaných programů a nedostatek prokázaných důkazů o účinnosti (Clark et al. 2015). V roce 2006 mělo 46 % zemí světa zřízenou jednu nebo více služeb hospicové paliativní péče, o pět let později došlo k nárůstu na 68 % (Lynch et al. 2013). V roce 2013 byla vypracována mapa úrovně paliativní péče v jednotlivých zemích světa. Z této mapy vyplývá, že 136 z 234 (58 %) zemí má zřízenou jednu nebo více institucí poskytující paliativní služby. Ve 20 zemích světa (8,5 %) byla zjištěna vysoká úroveň paliativní péče s rozsáhlou nabídkou zdravotnických služeb. Mezi oblastmi, které mají paliativní péči na nejvyšší úrovni, patří severní Amerika, Austrálie, Japonsko a také Evropa. Naopak s nejnižší úrovní poskytování paliativní péče se lze setkat na africkém kontinentu, v některých zemích jižní Ameriky a střední a jižní Asie (Afganistán) (Clark et al. 2015).

Při diagnóze závažného neléčitelného onemocnění je zásadní včasnost zahájení paliativní péče. Tato péče se stává nejúčinnější, pokud je zařazena v rané fázi onemocnění. Zlepší tím kvalitu života pacientů, zároveň sníží potřebu zbytečné hospitalizace a ulehčí zdravotnickým službám (WHO 2020a). V roce 2012 proběhla studie založená na pozorování včasné paliativní péče u pacientů s metastazujícím nemalobuněčným karcinomem plic. Včasná integrace paliativní péče po stanovení diagnózy prodloužila život pacientům přibližně o tři měsíce. Průměrná doba přežití při této diagnóze je přitom 8 až 10 měsíců (Pirl et al. 2012).

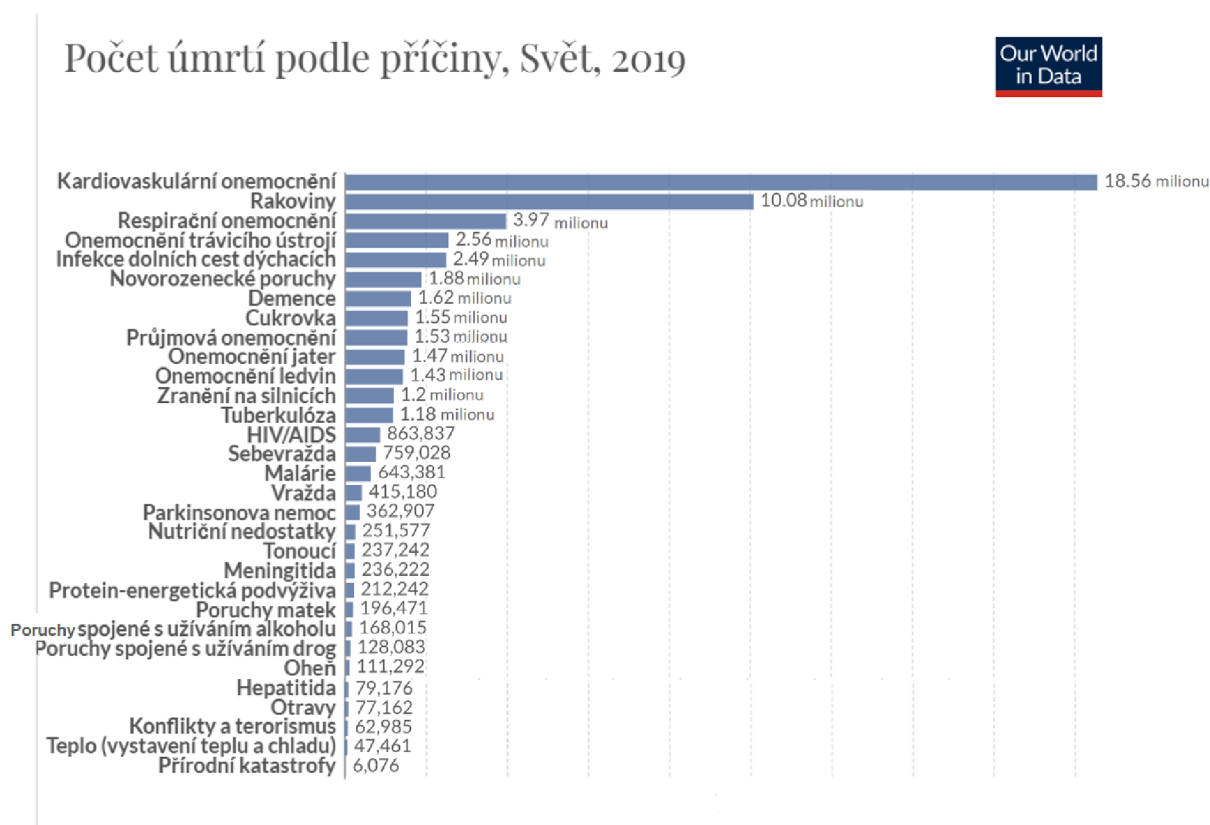
Jednou z možností prevence a léčby různých onemocnění je dostatečný pohyb, který pozitivně ovlivňuje kvalitu života. Majitelé psů mají v průměru vyšší frekvenci fyzické aktivity než lidé, kteří psa nevlastní, a to díky větší motivaci a pocitu odpovědnosti postarat se (Martins et al. 2023). Z toho vyplývá, že pokud není možné zajistit pacientovi s potřebou paliativní péče přímo terapeutické jednotky za asistence psa, přítomnost psa v rodině taktéž dokáže pozitivně ovlivnit kvalitu jeho života.

## 3.5 Cílové skupiny paliativní péče

### 3.5.1 Dělení dle typu onemocnění

Zpočátku byla paliativní péče primárně určena pro pacienty v terminálním stadiu závažného onemocnění a zaměřovala se na pacienty s nádorovým onemocněním, v dnešní době se pole působnosti paliativní péče značně rozšířilo na další závažná onemocnění (Kelley & Morrison 2015). Cílovou skupinu na počátku druhého tisíciletí tvořili pacienti v pokročilých a konečných stádiích nevléčitelných chorob, mezi která patřila již zmíněná nádorová onemocnění, konečná stadia chronického srdečního selhání, jaterní cirhózy, onemocnění ledvin, demence, roztroušená skleróza, dále polymorbidní geriatrickí pacienti a pacienti ve vigilním kómatu (Skála et al. 2005). V dnešní době je zastáván pokročilejší názor, který klade důraz na zařazení paliativní péče do léčebného plánu již po zjištění diagnózy, ne tedy až v konečném stadiu choroby.

Celosvětově je k roku 2019 evidováno 55,4 milionů úmrtí ročně z různých příčin (WHO 2020b), na grafu níže jsou zobrazeny nejčastější z nich. Tato onemocnění, která jsou dle novějších výzkumů příčinou nejvíce úmrtí, jsou zároveň nejčastěji spojována s potřebou paliativní péče.



Graf 2: Nejčastější příčiny úmrtí ve světě, převzato a upraveno (Ritchie et al. 2019)

Přestože jsou na prvním místě výše zobrazeného grafu nejčastějších příčin úmrtí kardiovaskulární onemocnění, nejvíce rozšířenou diagnózou vyžadující paliativní péči jsou onkologická onemocnění. S prodlužujícím se věkem populace se počet úmrtí způsobený rakovinou na celém světě zvýšil od roku 1990 do roku 2017 z 5,7 milionu případů na 9,6 milionu (nárůst o 68 %) (Ritchie et al. 2019; Fang et al. 2019). Tento fakt by měl být podnětem pro zvýšení zájmu o poskytování paliativní péče a tím zlepšení kvality života pacientů po celém světě.

Kromě odlišných typů onemocnění je z praktického hlediska užitečné dělit pacienty s potřebou paliativní péče na nemocné s výraznými změnami kognitivních funkcí a vnímáním (např. pacienti s pokročilou demencí), kteří si svůj stav neuvědomují a většinou o svém léčebném postupu nerozhodují. Další odlišnou skupinou jsou pacienti s progredujícím nevléčitelným onemocněním (např. nádorová onemocnění), kteří jsou si svého stavu vědomi a z velké části se na tvorbě léčebného plánu podílí (Skála et al. 2005).

V rámci paliativní péče lze u většiny výše zobrazených onemocnění zařadit jednu z forem terapie za asistence psa. Po prodělání kardiovaskulárního onemocnění a konkrétně cévní mozkové příhody, trápí pacienty snížená schopnost ovládat pohybový aparát a tento fakt může vést k depresím a pocitům méněcennosti. Trénink chůze a dalších pohybových schopností se psem přináší lepší výsledky v porovnání se cvičením bez účasti psa (An & Park 2021). Pacientům v pokročilých stádiích onemocnění trávicího traktu, jater, ledvin a respiračních onemocnění lze dopřát kvalitní prožití konce života v doprovodu psího asistenta. Psychologická pomoc za asistence psa může pomoci v oblasti duševního zdraví, nalezení smyslu života a podpoře sebevědomí např. klientům s HIV, závislým na alkoholu nebo omamných látkách a osobám po nepodařeném pokusu o sebevraždu. Přezivším obětem přírodní katastrofy, živlu nebo válečného konfliktu lze nabídnout pomoc v rámci krizové intervence za asistence psa, která pomáhá vyrovnat se s prožitým traumatem. Canisterapie u rakoviny, demence a Parkinsonovy choroby je blíže popsána v dalších kapitolách této práce.

### **3.5.2 Dělení dle věkových kategorií**

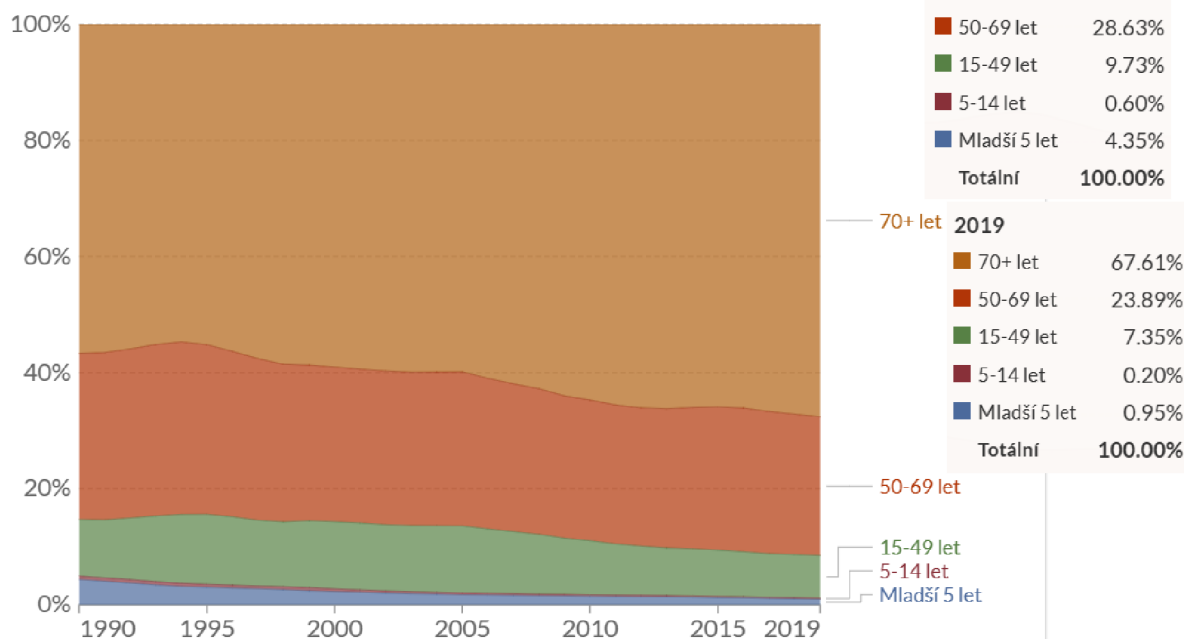
Zastoupení paliativní péče v jednotlivých věkových kategoriích je odlišné a časem se mění. Na následujícím zobrazeném grafu lze pozorovat měnící se zastoupení počtu úmrtí dětí, dospělých a seniorů. Od roku 1990 se v Evropě výrazně snížil počet úmrtí dětí ve věku do pěti let, ke snížení hodnot došlo i ve věkových kategoriích pět až čtrnáct let a v kategorii dospělých. Naopak k nárůstu počtu úmrtí došlo ve věkové kategorii starších sedmdesáti let (Ritchie et al. 2019). Tento fakt je zapříčiněn stárnutím populace a přibýváním počtu lidí v seniorském věku. To má za následek stále zvyšující se poptávku po paliativní péči primárně v této kategorii.

## Úmrtí podle věku, Evropský region (WHO), 1990–2019

Celkový roční počet úmrtí ze všech příčin v členění podle širokých věkových kategorií.

Our World  
in Data

Změnit zemi  Relativní



Graf 3: Úmrtnost dle věku v Evropě, převzato a upraveno (Ritchie et al. 2019)

### 3.3.2.1 Pediatriká paliativní péče s využitím canisterapie

Dle WHO je dětská paliativní péče definována jako aktivní celková péče o tělo, mysl a ducha dítěte, která zahrnuje také podporu rodiny. Paliativní péče je záležitostí kojenců, dětí a dospívajících, kteří čelí život zkracujícím a ohrožujícím stavům (Sisk et al. 2020). Počet dětí (zahrnuje novorozence, kojence, děti a dospívající do věku 21 let), kteří potřebují dětskou paliativní péči každý rok, může být až 21 milionů, z toho téměř 2,5 milionu dětí každý rok zemře na vážné zdravotní onemocnění (98 % těchto dětí žije v zemích s nízkými až středními příjmy) (WHO 2018).

Před 20. stoletím téměř třetina dětí zemřela před dosažením věku 16 let z důvodů neposkytování paliativní péče. Tento klinický obraz se zlepšoval jen pozvolna až do poloviny 20. století. V této době nebyla řešena otázka psychického stavu, depresí, úzkostí (Sisk et al. 2020). Z důvodů mylné představy vnímání bolesti u dětí, které dle tehdejších poznatků vnímají bolest v menším rozsahu než dospělí, bylo omezené předepisování opiátů (Sisk et al. 2020). Děti se závažným onemocněním tak ke konci života trpěly bolestí z důvodu omezeného podávání silných analgetik. Koncem roku 1970 dochází k vzestupu dětské paliativní medicíny, kdy jsou přebírány koncepty z péče o dospělé. Zprvu byla paliativní péče zaměřena na onkologické pacienty, postupem času se tyto principy začaly uplatňovat i na jiná život ohrožující onemocnění. Roku 1996 byla publikována první oxfordská učebnice paliativní medicíny, která zahrnovala dětskou paliativní péči jako legitimní studijní obor (Sisk et al. 2020).



S výrazným technologickým pokrokem ve zdravotnictví došlo k poklesu novorozenecké a dětské mortality, a také k prodloužení života pacientů s potenciálně smrtelnými nemocemi, kterým by měla být poskytována paliativní péče (Benini et al. 2008). Pediatriká paliativní péče začíná diagnostikování nemocí. Dále se péče zabývá lékařskými, duchovními, psychosociálními a ekonomickými potřebami pacientů a jejich rodin. Většina dotazovaných rodin z několika studií se shoduje v několika bodech, kterými je potřeba se při dětské paliativní péči zabývat: nedostupnost podpůrných služeb paliativní medicíny (záleží kde dítě žije a na typu onemocnění), omezená komunikace interdisciplinárního týmu ošetřovatelů, nedostatečné zdroje financování a možnost paliativní péče v domácím rodinném prostředí (Benini et al. 2008).

I v dnešní době je stále minimální množství zařízení, která by se specializovala na paliativní péči u dětí. Podobně jako u paliativní péče dospělých nebo seniorů může být poskytována v domácím prostředí, nebo ve zdravotnických institucích, kterými jsou hospice a lůžková oddělení nemocnic (Benini et al. 2008). Oproti více rozšířené geriatrické paliativní péči je pediatriká paliativní péče omezená z následujících důvodů. Existuje naštěstí omezený počet dětských případů vyžadující paliativní péči, na druhou stranu jsou pacienti vyžadující tuto péči rozptýleni v širokých zeměpisných oblastech, tudíž nemají snadno dostupnou potřebnou péči. Spektrum závažných onemocnění postihující dětskou populaci je široké a léčebný plán pro tyto případy nemusí být stanoven. Z důvodu stálého emocionálního, kognitivního a fyzického vývoje vyžaduje péče velmi specifický a složitý přístup. Dětské pacienty z důvodu nezletilosti zastupuje rodina v klinických, terapeutických a etických rozhodnutích.

Dětské pacienty s život ohrožujícím onemocněním lze rozdělit do čtyř skupin (ACT & Royal College of Pediatrics and Child Health 1997):

- První je skupina dětí s diagnózami, které život ohrožují, u kterých je kurativní léčba možná, dostupnost paliativní péče je zde nutná souběžně s kurativní léčbou (onkologická onemocnění, selhání srdce, jater a ledvin).
- Do druhé skupiny lze řadit děti s diagnózami, kdy je předčasná smrt nevyhnutelná, ale předchází jí dlouhá období velmi intenzivní léčby s cílem prodloužení života (cystická fibróza, Duchennova muskulární dystrofie).
- Ve třetí skupině jsou děti, které mají progresivní onemocnění bez možnosti kurativní léčby, zde je léčba výhradně paliativní (svalová dystrofie, neurodegenerativní onemocnění s některými dědičnými poruchami metabolismu).
- Čtvrtá skupina zahrnuje děti, které jsou v nezvratném, nicméně neprogresivním stavu s velmi komplexními zdravotními problémy, které vedou k velké pravděpodobnosti předčasného úmrtí (závažné formy dětské mozkové obrny, postižení po závažném traumatu mozku nebo míchy).

Vzhledem ke skutečnosti, že paliativní péče u dětských pacientů není tak rozšířená v porovnání s geriatrickými pacienty, je zapotřebí dalších výzkumů a studií na vliv canisterapie u umírajících dětí. Dle již dostupných studií má canisterapie na dětské pacienty pozitivní vliv v emocionální, duševní a fyziologické oblasti. Lze se s ní nejčastěji setkat na lůžkovém

oddělení nemocnice nebo při individuálních canisterapeutických setkání. V závislosti na typu onemocnění a jeho závažnosti jsou voleny odlišné metody kontaktu se psem. Jedním z hlavních cílů u těchto dětí je odpoutat je od závažné situace a pozitivně naladit pomocí hlazení psa, podávání pamlsků, případně u nemohoucích dětí prostým ležením psa v posteli pacienta. U onkologických pacientů, hospitalizovaných na lůžkovém oddělení, se po terapiích se psem zvýšila chuť k jídlu, nezávislost a snížil se strach z bolesti a léčebných procedur.

Kromě onkologických pacientů jsou další velkou skupinou děti s těžkou dětskou mozkovou obrnou, které se pojí s dalším zdravotním onemocněním jako je epilepsie. U dětí s dětskou mozkovou obrnou dochází během terapeutických jednotek se psem ke zlepšení pohybových schopností, rozvoji komunikace díky přítomnosti psa a ke schopnosti lépe se vyrovnat s úzkostí a strachem (Elmaci & Cevizci 2015). Zmírnění napětí a uvolnění spasmů lze u těchto pacientů docílit metodou polohování, která je založená na přímém fyzickém kontaktu psa. Přítomen bývá kromě pacienta a jeho doprovodu také vodič psa a fyzioterapeut. Nejprve dochází k seznámení psa s pacientem, poté následuje samotné napolohování psa k pacientovi dle individuálních potřeb. Tělesná teplota psa je vyšší než člověka, dochází k přenosu tepla a prohřátí ztuhlých spasmů, navození klidu, snížení tepové a dechové frekvence pacienta. Polohování je doporučováno provádět před rehabilitací pacienta.

Při intervencích mezi klientem, v tomto případě dětským pacientem a psem, nastává ze strany poskytovatele zdravotní péče nebo rodiče obava z přenosu chorob ze zvířete na člověka. Z tohoto důvodu je zapotřebí klást značný důraz na preventivní opatření a doporučení, která musí být zohledněna v nemocničních protokolech (Cotoc & Notaro 2022). Příkladem jsou dětské onkologické pacienti, kteří jsou vzhledem ke svému stavu imunodeficienci vystaveni vyššímu riziku nákazy zoonotickými onemocněními.

### **3.3.2.2 Paliativní péče u dospělých jedinců s využitím canisterapie**

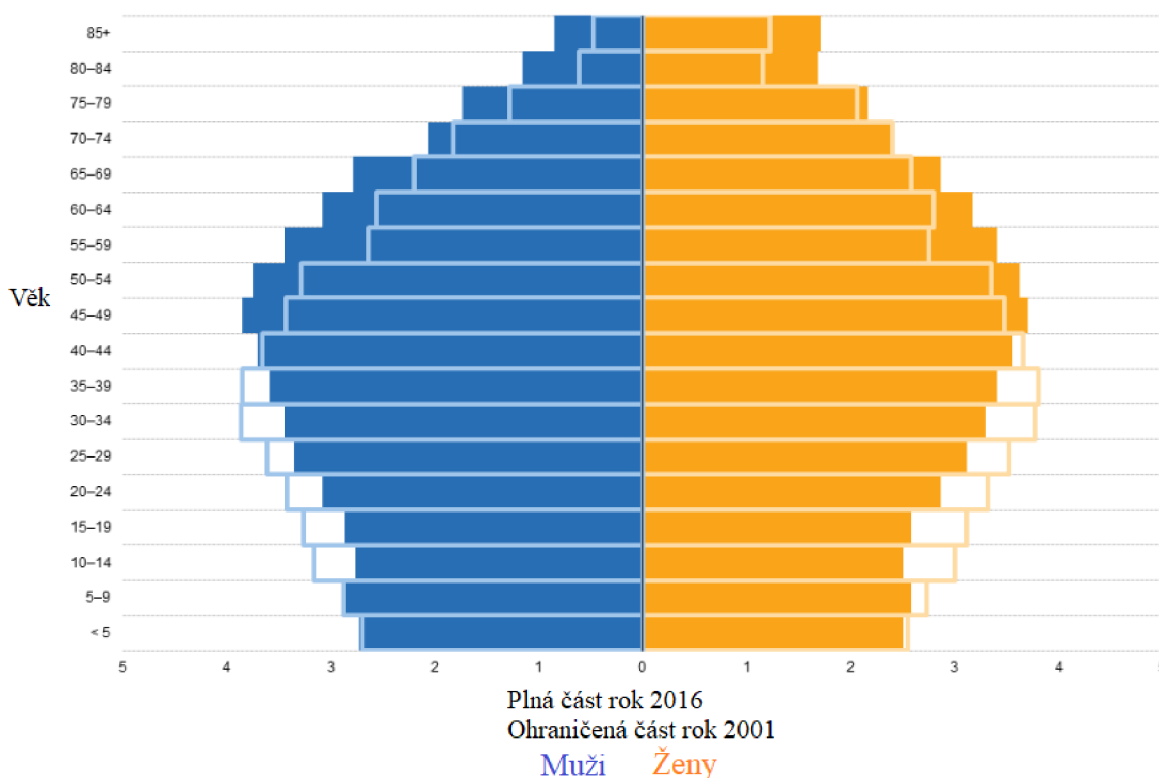
Paliativní péče u dospělé skupiny lidí se základními principy neliší od péče poskytované dětem nebo seniorům, spektrum život ohrožujících onemocnění je u této skupiny velmi rozsáhlé. Dle Světové zdravotnické organizace (WHO 2020) trpí většina dospělých, kteří potřebují paliativní péči, chronickými onemocněními, jako jsou kardiovaskulární onemocnění (38,5 %), rakovina (34 %), chronická respirační onemocnění (10,3 %), AIDS (5,7 %) a diabetes (4,6 %). Během léčby se dospělým pacientům můžou do psychického stavu promítnout problémy běžného života (rodinné vztahy, zaměstnání), které přispívají ke zhoršení duševního stavu. Kromě zlepšení kvality života pacienta s nevléčitelným onemocněním si paliativní péče klade za cíl psychickou podporu rodiny.

Psa využíval již Sigmund Freud při psychoanalýze dospělých osob obou pohlaví. Vypozoroval, že v přítomnosti psa při terapii se cítí klienti více komfortně a jsou schopni se terapeutovi více otevřít. V momentě, kdy se pacienti začínají dostávat k odkrytí zdroje problémů, mnohdy nastává tzv. fáze odporu, kdy se dotyčný snaží bránit psychické bolesti z vidiny znovu odkrytých traumat (Fine 2010). V této fázi může být pacient nepřátelský a přestane být aktivní součástí terapie. Freud nabyl dojmu, že pokud je v místnosti přítomen pes, fáze odporu se nemusí projevit do takové míry a pacient bude lépe spolupracovat (Fine 2010). Pes navozuje pocit bezpečí a tolerance a negativně nereaguje ani v případě, že pacient hovoří o velmi bolestivých momentech.

V paliativní medicíně není canisterapie u dospělých jedinců ničím specifická a nejčastěji je potřeba pomoci v této věkové kategorii osobám s onkologickým onemocněním, srdečním onemocněním, cirhózou jater a cerebrovaskulárním onemocněním (Abdelaal et al. 2023). Bližší účinky tohoto druhu terapie u onkologických pacientů jsou popsány v jedné z následujících kapitol. Značný počet studií zaměřených na posouzení vlivu terapie na zdravotní stav pacientů je cílený spíše na osoby v seniorském věku, nebo děti. Jaký má canisterapie vliv konkrétně na dospělou populaci není v literatuře dohledatelné. Stejně jako u ostatních věkových kategorií se dospělí pacienti mohou s terapií za asistence psa setkat v nemocničních zařízeních, na oddělení dlouhodobé péče a v hospici. Tato forma terapie může být nápomocná pro smíření se se svou diagnózou, podporuje nezávislost a pocit být pro okolí potřebným (Fine 2019). Doporučením může být pořízení vlastního psa do rodiny, pokud by zdravotní stav pacienta umožňoval o něj pečovat.

### 3.3.2.3 Geriatrická paliativní péče s využitím canisterapie

Paliativní péče poskytuje geriatrickým pacientům model multidisciplinární péče, která si klade za cíl zlepšení kvality života prostřednictvím zvládnutí bolesti, poskytování psychosociální podpory a napomáhání rozhodování (Mittel & Hua 2019). Stárnutí populace a s ním spojený rostoucí výskyt nemocí zvyšuje poptávku po paliativní péči (Candy et al. 2011; Wiencek & Coyne 2014; Sandsdalen et al. 2016). Na populační pyramidě níže lze pozorovat stárnutí populace, kdy k roku 2016 (zobrazeno jako plná tmavší část pyramidy) dochází k nárůstu obyvatel nad věkovou hranici 50 let v porovnání s rokem 2001 (zobrazeno jako světlejší hranice u jednotlivých věkových skupin).



Obrázek 3: Zobrazení stárnutí populace na populační pyramidě, převzato a upraveno (Eurostat Statistics Explained 2017)

Spouštěče, jako je vyšší věk, zvyšují potenciální potřebu paliativní péče v této kategorii. Jako reakce na zvyšující se počet pacientů v seniorském věku vznikla geriatrická medicína, lékařská specializace, která je úzce spjata s geriatrickou paliativní péčí (Voumard et al. 2018). Většina pacientů, která spadá do tohoto odvětví, je starší 65 let. Pro tyto pacienty s potřebou paliativní péče je zásadní etický přístup, senioři bývají často zranitelní, křehcí, nesebevědomí, nechťejí své okolí obtěžovat svými potřebami. V takovém případě je na místě podpořit autonomii jedince a umožnit pacientovi rozhodovat o svém léčebném plánu nebo o náplni dne, pokud mu to samozřejmě jeho zdravotní stav dovoluje. Bohužel 70 % geriatrických pacientů v případě rozhodování o eutanazii není schopno o tomto kroku rozhodnout samostatně (Voumard et al. 2018).

Vzhledem k dlouhé trajektorii průběhu onemocnění jsou starší pacienti často přesouváni mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními z důvodu častých změn zdravotního stavu (Voumard et al. 2018). Stejně jako negeriatrickí pacienti vyžadující paliativní péči jsou senioři při těžkém průběhu onemocnění (srdeční selhání, pneumonie, akutní respirační selhání) odkázáni na jednotku intenzivní péče, průběh na JIP je však u těchto pacientů odlišný. Starší pacienti jsou náchylní k delším pobytům na JIP a ve 30 % těchto případů byli pacienti přijati v posledních 30 dnech svého života (Mittel & Hua 2019).

Náplň terapeutických jednotek za asistence psa u seniorů je závislá na typu onemocnění, ale z všeobecného hlediska si vždy klade za cíl pozitivní ovlivnění nálady a zklidnění. Příkladem mohou být cvičení různého druhu se psem u seniorů s demencí. Ta přispívají k procvičení koordinace pohybů, jemné a hrubé motoriky, ke tréninku paměti a řeči (Mařhová 2012). Přítomnost psa se dá uplatnit například i při reminiscenci u seniorů s demencí (Lacinová 2018). Z emocionální stránky může canisterapie přispět k podpoře sebedůvěry a při skupinových terapiích k rozvoji sociální interakce. Pro bezpečné praktikování canisterapie je zásadní správný výběr canisterapeutického týmu (vyškolený canisterapeut s terapeutickým psem), který má složené potřebné canisterapeutické zkoušky. Ze strany zařízení je potřeba vyčlenit vhodné prostory pro konání těchto sezení, kde bude dostatek klidu (Mařhová 2012). Kontraindikací při zařazení terapie za asistence psa do léčebného plánu může být kromě strachu ze psa také alergie. Pokud je pacient alergický na zvířecí srst, není možné tuto formu terapie využívat. Tento případ však není tak častý, pouze u 6 % lidí je alergická reakce způsobena právě alergií na zvířecí srst (Matuszek 2010).

## **3.6 Formy specializované paliativní péče a uplatnění canisterapie**

### **3.6.1 Formy hospicové péče a poskytování péče v domácím prostředí**

#### **Mobilní hospicová péče v domácím prostředí**

Mnoho pacientů s nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stadiu si přeje, aby o ně bylo pečováno v domácím prostředí. Výhody domácí paliativní péče, kromě možnosti dožít v domácím prostředí nablízku svým nejbližším, jsou i ekonomické. Snížením počtu pacientů hospitalizovaných v hospicových zařízeních dochází i ke snížení nákladů v těchto zařízeních (Wiencek & Coyne 2014). Významnějším faktorem je absence přepravy do nemocnic vážně nemocných nebo geriatrických pacientů, pro které je převoz velkou zátěží.

Nevýhody domácí paliativní domácí péče mohou zahrnovat omezený přístup k interdisciplinárnímu týmu poskytujícímu péči, který je snadněji přístupný v zařízeních specializujících se na paliativní medicínu.

K poskytování domácí hospicové péče je speciálně vyškolen tým zdravotních sester, které pravidelně dochází k pacientům a jsou 24 hodin 7 dní v týdnu v pohotovosti pro případ potřeby (Distelmans & Bauwens 2008; Sláma 2012). Tento model péče je indikován a následně zajišťován praktickým lékařem. Mezi konkrétní diagnózy, které jsou indikovány pro domácí paliativní péči, spadají pokročilá stadia nádorových onemocnění, neurologická onemocnění typu demence, roztroušená a amyotrofická laterální skleróza, nebo pacienti po prodělaných mozkových příhodách (Skála et al. 2005). Pro přijetí pacienta do domácí paliativní péče musí být splněna určitá kritéria. Pacient se sám z vlastní vůle musí pro tuto formu péče rozhodnout a měl by být obeznámen se svým zdravotním stavem a prognózou. Zároveň by pacientovu diagnózu s jeho svolením měla znát nejbližší rodina, která se na péči o nemocného spolupodílí. V momentě, kdy pacient přechází do domácí paliativní péče, jeden z rodinných příslušníků přebírá odpovědnost za kontinuální péči o pacienta. Stejně jako u ostatních forem poskytování paliativní péče je odborným lékařem dopředu stanoven plán paliativní péče a pravidelně je pacientův stav zhodnocován a dokumentován. Důvodem ukončení paliativní péče bývá ve většině případů úmrtí pacienta. Zpravidla nebývá tato péče ukončena zcela, následně je nabízena odborná pomoc pozůstalým truchlícím, kteří ztratili blízkého člena rodiny (Skála et al. 2005). Mezi další důvody ukončení poskytování péče spadá zhoršující se zdravotní stav pacienta, vyžadující přesun do lůžkového hospice nebo na lůžkové oddělení nemocnice.

Mobilní hospicová zařízení přímo canisterapii neposkytují. Pokud by měl klient zájem o terapii se psem, ale jeho zdravotní stav nedovoluje nikam dojíždět, je zde možnost domluvit si individuální návštěvu canisterapeuta se psem u jedné z organizací, které se canisterapii věnují. Případně by byla jedna z dalších možností pořídit psa přímo do rodiny (event. jiné zvíře, např. kočku), ovšem pouze v případě, že má některý z příslušníků rodiny dostatek času se zvířeti věnovat. Samotná přítomnost psa a možnost pohlázení dokáže pozitivně ovlivnit pacientovu psychiku a ulehčit prožívání závažné situace.

## **Hospic**

První zmínka o pojmu hospic pochází z roku 1847 z Paříže v souvislosti s otevřením prvního zařízení tohoto typu. První hospic, otevřený v roce 1996 na území České republiky, byl Hospic Anežky České v Červeném Kostelci (Vorlíček et al. 2004). Jedná se o formální systém interdisciplinární péče, který poskytuje služby paliativní péče v posledních měsících života, umožňuje pacientům podporu v komunitě a nabízí alternativu k umírání v nemocnici (Hui & Bruera 2020). Důraz je kladen na individuální potřeby a přání nemocného a na vytvoření prostředí, v němž by pacient mohl zůstat až do konce života v intenzivním vztahu se svými blízkými (Sláma 2012). Hospicová péče bývá zpravidla pacientem a jeho rodinou zvolena v případě terminálního stadia nemoci (v největší procentu zastoupení se jedná o rakovinu), kdy prostředky klasické medicíny a schopnost blízkých členů rodiny na péči jsou nedostačující. Cílem hospicové péče není vyléčení onemocnění, ale tlumení jakékoli bolesti a dopřání pacientovi kvalitní prožití závěrečné části života v kontaktu s rodinou. Z tohoto důvodu bývá ve většině případů pacient ubytován sám na lůžku s možností přístupu a ubytování blízkých

členů rodiny. Návštěvy v hospicovém zařízení jsou zásadně neomezené, blízká rodina má přístup 24 hodin denně.

Návštěva canisterapeutického psa v hospici dokáže klientům zpříjemnit den a rozptýlit od strastí, které kvůli závažné chorobě prožívají. Po domluvě a v závislosti na zdravotním stavu klienta mohou být terapie skupinové, nebo individuální přímo u lůžka. Při prvních návštěvách probíhá seznámení psa s klientem, při následujících pravidelných setkáních už si klienti na konkrétní psy mohou zvyknout. Dle fyzických možností mohou klienti psa hladit, dát mu pamlsk nebo hodit míček. Pokud to klientům zdravotní stav neumožňuje, přítomnost psa vedle lůžka může být alespoň podnětem pro konverzaci a vykouzlení úsměvu na tváři.

### **Paliativní stacionář**

Paliativní stacionář (denní hospicové centrum) poskytuje komplexní paliativní služby klientům, kteří potřebují pouze denní zajištění péče a jsou většinou v nastavené péči ve stabilizovaném stavu (Sláma 2012). Klienti dochází denně ve všední dny v ranních hodinách a odpoledne odcházejí zpět do domácího prostředí. Tato služba je určena klientům, kteří jsou odkázáni na pomoc druhých a během dne, kdy jsou jejich blízcí v práci, nemají zajištěnou pomoc. O víkendech paliativní stacionáře nejsou v provozu. Roku 2016 proběhla studie, v rámci které hodnotili pacienti úroveň kvality jednotlivých zařízení paliativní péče. Nejvýše ohodnocenými faktory se staly lékařská péče a příjemná a bezpečná atmosféra. Zároveň si pacienti chválili upřímnost, respekt a empatii, které se jim v rámci stacionáře dostávalo (Sandsdalen et al. 2016). Osoby využívající paliativní stacionář by jistě uvítaly návštěvy canisterapeutických psů. Záleží na jednotlivých zařízeních, zda si individuálně tyto návštěvy domluví, případně jestli na tuto formu terapií mají dostatek financí. Terapie bývají často realizované dobrovolníky, kteří k tomu mají příslušné oprávnění.

### **3.6.2 Specializovaná ambulance paliativní medicíny**

Speciální ambulance paliativní péče ve většině případů bývá součástí oddělení nemocnic, lůžkového hospice nebo mobilní hospicové péče. Ve srovnání s ostatními modely poskytování paliativní péče vyžadují ambulanti kliniky relativně málo zdrojů, mohou tak sloužit velkému počtu pacientů (Hui & Bruera 2020), kteří dochází z mobilních domácích hospiců a dalších zařízení paliativní medicíny. Včasná paliativní péče může přinést snížení počtu hospitalizací na jednotkách lůžkové péče, a tak přinést nepřímé úspory zdravotní péče a přispět ke snížení nákladů (Hui & Bruera 2020). Ideální model ambulanti paliativní péče zahrnuje spolupráci interdisciplinárních členů týmu; lékařů, zdravotních sester, sociálních pracovníků, kaplanů, psychologů, fyzioterapeutů a ergoterapeutů, kteří se zaměřují na hodnocení a zvládnutí symptomů, které ovlivňují kvalitu života a funkční stav pacienta (Wienczek & Coyne 2014). Součástí práce ambulance paliativní medicíny je nastavení plánu paliativní péče, který vychází z klinického stavu pacienta a jeho preferencí a přání (Kabelka et al. 2016). Přístup paliativní péče v ambulanti prostředí je vhodný pro pacienty s pokročilými solidními nádory (tj. plic, slinivky břišní, tlustého střeva, prsu, mozku a močového měchýře), hematologickými poruchami (leukémie nebo srpkovitá anémie), demencí nebo amyotrofickou laterální sklerózou (Wienczek & Coyne 2014).

Co se canisterapie a specializované ambulance paliativní medicíny týče, nelze dohledat, zda je v těchto zařízeních poskytována. Vzhledem ke skutečnosti, že ve většině případů bývá tato forma paliativní péče součástí nemocnic a hospiců, mohla by být jednou z možností individuální domluva poskytnutí canisterapie právě v jednom ze zdravotnických zařízení.

### **3.6.3 Paliativní péče v nemocnicích**

Jedná se o poskytování paliativní péče v rámci zdravotnických zařízení (nemocnice, léčebny). Cílem péče na těchto odděleních je zlepšení kvality života nemocným a jejich pečujícími. V některých zemích je oddělení paliativní medicíny chápáno jako zařízení akutní paliativní péče, jehož posláním je intenzivní symptomatická léčba a psychosociální intervence (Sláma 2012). Péči o pacienta zde zajišťuje multidisciplinární tým (Kelley & Morrison 2015) zabývající se všemi důležitými aspekty kvality života: psychickými, fyzickými, sociálními a duchovními (Wienczek & Coyne 2014). Na lůžko jsou pacienti přijímáni z domova, ze sociálních zařízení dlouhodobé péče (při zhoršení zdravotního stavu) nebo z akutních a následných oddělení nemocnic. Přijetí pacientů bývá často uskutečněno při zhoršení zdravotního stavu, kdy běžné lůžkové oddělení není schopno poskytnout dostatečnou intenzivní péči (Hui & Bruera 2020). Hospitalizace je krátkodobá a zaměřená na stabilizaci symptomů, nastavení léčebné terapie a psychosociální práci s pacientem a jeho blízké rodiny. Z lůžkového oddělení je pacient propuštěn do domácí péče nebo do zařízení dlouhodobé paliativní péče.

V roce 2012 byly v provozu celkově tři oddělení paliativní medicíny v rámci jiných zdravotnických zařízení (Sláma 2012). K roku 2019 jsou na území České republiky evidována 4 oddělení paliativní péče v rámci nemocničního zařízení (Sláma & Vafková 2020). Příkladem jednoho z novějších center je lůžkové oddělení paliativní medicíny v rámci Ústřední vojenské nemocnice Praha, které bylo otevřeno 1. 9. 2020 (ÚVN 2022). Péče na tomto oddělení je poskytována v jednolůžkových pokojích s vlastním sociálním zařízením a s možností trvalé přítomnosti blízké osoby.

Paliativní péče je do jisté míry poskytována i v domovech pro seniory, která se týká klientů s demencí, nebo chronickým onemocněním aterosklerózy. Klienti často přicházejí do tohoto zařízení v posledních měsících života, přestože vybavenost a dostupnost paliativních služeb je zde nedostatečná (Kabelka et al. 2016). Klientům v domovech pro seniory jsou však nabízeny kvalitní pečovatelské služby, které pomohou se základní péčí, včetně stravování, hygieny a denních aktivit.

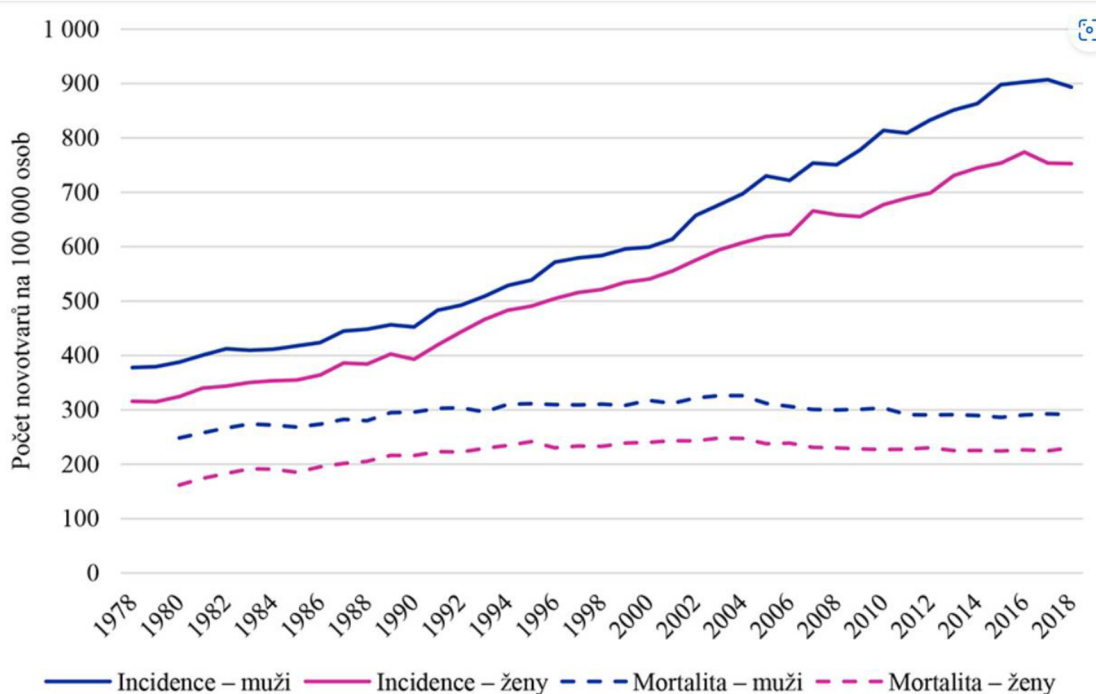
Na lůžkových odděleních nemocnic, odděleních dlouhodobé péče i v domovech pro seniory je celkem běžné setkat se s canisterapií. Tato forma terapie je za dodržování hygienických pravidel pro pacienty bezpečná, a kromě pacientů je velmi vítána i nemocničním personálem. Dlouhodobá hospitalizace může mít negativní dopad na psychický stav pacientů, který může vyústit až v trvalou změnu kognitivních funkcí. Návštěvy terapeutického psa na odděleních nemocnic mají vliv na duševní pohodu hospitalizovaných pacientů (Machová et al. 2019). Na lůžková oddělení většinou dochází canisterapeutické týmy v pravidelných intervalech. To je pro mnoho hospitalizovaných pacientů zásadní, mají alespoň důvod se na něco těšit.

Dle možností pacienta může docházet k interakci přímo na lůžku, kdy je pes spíše menší velikosti položen vedle pacienta, ten si psa může hladit a u toho komunikovat s terapeutem. Při lepším zdravotním stavu je možné provádět skupinové terapie ve společenské místnosti, pokud v zařízení je. Případně je možné s některými pacienty za dobrého počasí vyjít ven na procházku, tato forma terapie přispívá rovněž k tréninku pohybových schopností.

### 3.7 Příklady potřebné péče u nejrozšířenějších onemocnění

#### 3.7.1 Nádorová onemocnění

Rakovina je celosvětově i v Evropě podle statistik považována za druhou nejčastější příčinu úmrtí (Ritchie et al. 2019; Eurostat Statistics Explained 2023). Každým rokem si toto onemocnění vyžádá téměř 10 milionů úmrtí na světě (Roser & Ritchie 2019; WHO 2022a). Celosvětová zátěž rakoviny se v následujících 50 letech zvýší na 24 milionů pacientů (Graham & Clark 2008). Pojem rakovina zahrnuje několik desítek forem tohoto onemocnění, mezi nejčastěji diagnostikovanými typy rakoviny jsou rakovina plic, prsu a kolorektální karcinom (Ferlay et al. 2010; WHO 2022a). Dle Českého statistického úřadu v České republice na rakovinu ročně zemře přes 27 tisíc osob. Počet nově diagnostikovaných nádorových onemocnění na rozdíl od mortality setrvale roste (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR 2021).



Graf 4: Vývoj incidence a mortality zhoubných novotvarů, přepočten na 100 000 osob (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR 2021)



Nádorové onemocnění vzniká mutací zdravé jasně definované buňky, která má svou strukturu, ze které se následně stává buňka se schopností nekontrolovatelného dělení s nepřesným tvarem a hranicí (Hofmanová 2013). Nádorová buňka poškozují a utlačují sousední tkáň, ale může se dostat i do okolní tkáně a zde metastazovat. Tím se nádor stává zhoubným neboli maligním. Pokud jsou nádorové buňky ostře ohraničeny od okolní tkáně a jsou lokalizovány jen na místě, nádor se nazývá benigní (Hofmanová 2013). Dle typu a závažnosti nádorového onemocnění jsou součástí léčebného plánu chirurgické zákroky, radioterapie a chemoterapie. Principem chemoterapie je zničení rakovinných rychle se dělících buněk, tato metoda ale působí i na normální buňky např. střevního epitelu. Do popředí se dostává nový způsob léčby nádorových onemocnění. Jedná se o cílenou léčbu využívající farmakologické látky, které inhibují růst a zvyšují buněčnou smrt rakovinných buněk (Baudino 2015).

### **Paliativní péče u pacientů s nádorovým onemocněním**

První lékařské publikace paliativní péče v souvislosti s nádorovým onemocněním mají své počátky v šedesátých letech minulého století díky zásluhám Cicely Saundersové. Ta roku 1959 vydává šestisvazkovou lékařskou publikaci o rakovině (Clark 2007). Před touto publikací se péče zaměřovala pouze na pacienty, u kterých byla pravděpodobnost na vyléčení vysoká. V opačném případě docházelo k odmítání a zanedbávání pacientů v pokročilém stadiu nádorového onemocnění. Včasná paliativní péče může být přínosná pro pacienty v pokročilém stadiu solidních nádorů a přispět ke zlepšení kvality života (Zimmermann et al. 2014; Hui et al. 2018). Celosvětově byl rozvoj modelu paliativní péče formován na základě zkušeností s onkologickou léčbou (Clark 2007). Díky tomu je většina publikovaných studií zaměřená na paliativní péči spojenou s metastazujícím nádorovým onemocněním.

Léčba rakoviny a s ní spojených vedlejších účinků ovlivňují kvalitu života nejen pacientovi, ale i rodinným příslušníkům. Chemoterapie a další invazivní postupy léčby přinášejí pacientovi značné fyzické i psychické utrpení, od kterého se paliativní péče snaží ulevit (Diniz Pinto et al. 2021). Ústřední roli v poskytování podpůrné péče hrají onkologové. Ti se podílejí na zmírnění symptomů a vedlejších účinků léčby a odkazují pacienty na specialisty paliativní medicíny. Zde se nabízí otázka, kolik péče by měli poskytovat samotní onkologové a jaká forma pomoci už by měla být nabízena specialisty v oboru paliativní péče. Úroveň poskytování podpůrné péče onkology je proto odlišná, a ne vždy dostačující. Jedním z důvodů může být vysoké vytížení ambulancí (Hui et al. 2018).

### **Canisterapie u onkologických pacientů**

Jednou z možných terapií při paliativní péči nádorových onemocnění je canisterapie. Tuto formu terapie je možné využít na lůžkových odděleních nemocnic nebo v hospicových zařízeních v případě hospitalizace pacienta, případně v jednom ze zařízení paliativní péče, kam může pacient docházet. Z největší části je zaměřená na podporu psychického stavu pacienta. Systematický přehled několika studií, zaměřujících se na vliv canisterapie na onkologické pacienty, dospěl k následujícím výsledkům. U pacientů zapojených do terapií došlo k poklesu depresivních příznaků a sníženému vnímání bolesti díky rozptýlení, ke zvýšení nálady a

celkové emocionální pohody (Diniz Pinto et al. 2021). Pes může být také dobrým nástrojem k navázání komunikace a podpoření pacienta svěřit se se svými pocity a strachy. Z fyziologického hlediska byly v rámci těchto studií posuzovány změny krevního tlaku a srdeční frekvence před a po absolvování terapie, u těchto parametrů nebyly zaznamenány žádné výrazné rozdíly (Diniz Pinto et al. 2021).

Pozitivní zpětná vazba terapie se psem přichází i ze stran pacientů. V roce 2015 proběhla studie na vliv přítomnosti psa při terapeutických sezeních u žen, kterým byla diagnostikována rakovina prsu. Účastnice očekávaly při intervencích získání podpory při řešení obtížných emočních situací, jako deprese, hněv a problémy se zařazením do běžného osobního a pracovního života (White et al. 2015). Ženy v závěrečných dotaznících uvedly, že se cítily při terapiích mnohem uvolněněji, pociťovaly mírnější pocity stresu, pokud je po terapii čekala další schůzka ohledně léčebného plánu, která je za normálních okolností velmi stresovala. Ženy vnímaly terapeutického psa jako ledborec pro zahájení obtížných rozhovorů o svých pocitech (White et al. 2015). Všechny účastnice uvedly, že by tuto formu terapie doporučily.

### **3.7.2 Parkinsonova choroba**

Parkinsonova choroba je chronické neurodegenerativní onemocnění pojmenované po Jamesi Parkinsonovi, který před více než dvěma stoletími jako první tuto nemoc pojmenoval (Chia et al. 2020). Jedná se o druhé nejčastější neurodegenerativní onemocnění centrální nervové soustavy na světě, postihuje 1–2 % světové populace starší 65 let a jeho incidence a prevalence je na vzestupu z důvodu stárnutí populace (Bouça-Machado et al. 2017). Parkinsonova choroba je způsobena degenerací neuronů v *Substantia Nigra*, která snižuje hladinu neurotransmiteru dopaminu a vede k abnormální kontrole motorických funkcí organismu. Motorické příznaky zahrnují bradykinezi, tuhost svalového tonusu, klidový třes a posturální nestabilitu. Kromě toho pacienti s Parkinsonovou chorobou také vykazují několik nemotorických příznaků, jako jsou poruchy spánku, demence, smyslové abnormality a autonomní dysfunkce (Chia et al. 2020).

#### **Paliativní léčba u pacientů s Parkinsonovou chorobou**

Načasování zahájení paliativní léčby je u Parkinsonovy choroby náročné definovat z důvodu progresivní povahy onemocnění, a tím i rozdílného průběhu u jednotlivých případů. Navzdory stálému pokroku v oblasti medicíny stále neexistují žádné léky nebo jiné zásahy, které by zpomalily nebo dokonce zastavily progresi onemocnění (Fox et al. 2016; Bouça-Machado et al. 2017; Chia et al. 2020). Koncept paliativní léčby je založen na péči o pacienty a jejich rodiny, má za snahu zmírnit projevující se symptomy prostřednictvím psychosociální pomoci a předběžného plánování péče (Kluger et al. 2017). Tento přístup není omezen pouze na péči na konci života. Optimální by měla být péče interdisciplinární zahrnující kromě paliativní léčby neurologa, zdravotní sestru, sociálního pracovníka, duchovního poradce, fyzioterapeuta a ergoterapeuta a výživového poradce (Miyasaki 2013).

U Parkinsonovy choroby lze dělit paliativní péči na včasnou (emoční podpora při zjištění diagnózy), střední (stanovení cílů léčebného plánu, zvládání projevů onemocnění) a pozdní (lůžkový hospic) (Kluger et al. 2017). Vzhledem k dlouhému trvání onemocnění je ovlivněn

duševní stav pacientů projevující se depresemi, apatií, kognitivními poruchami, únavou a zrakovými halucinacemi (Kluger et al. 2017). Paliativní péče by měla nabízet úlevu od bolesti a dalších stresujících příznaků, integrovat psychologické a duchovní aspekty péče o pacienty, nabízí podpůrný systém, který pomáhá pacientovi a rodině vyrovnat se s těžkou životní situací (Miyasaki 2013) a přispívá ke kvalitnějšímu životu. Z rozhovorů s irskými zdravotníky z oblasti paliativní medicíny vyplývá (Fox et al. 2016), že není možné jednoznačně určit, zda je u Parkinsonovy choroby vhodnější aplikovat všeobecnou nebo specializovanou paliativní péči. U některých případů je péče dostatečně saturována všeobecnými lékaři, v jiných, závažnějších případech je potřeba specializované služby paliativní péče (např. interdisciplinární kliniky, hospice) a spolupráce s odborníky z těchto pracovišť. Vždy záleží na potřebách pacienta, které jsou pro zdravotnický personál stěžejní.

V pokročilém stadiu Parkinsonovy choroby se zvyšuje potřeba hospitalizace v hospicovém zařízení, nebo na jednotkách intenzivní péče. Např. Miyasaki (2013) ve své studii uvádí, že ve Spojených státech bylo 40 % všech úmrtí spojeno s jednotkou intenzivní péče. Mezi nejčastější příčiny úmrtí pacientů s Parkinsonovou chorobou patří aspirační pneumonie.

### **Canisterapie u pacientů s Parkinsonovou chorobou**

U majitelů psů i bez řízené terapie byla pozorována snížená úmrtnost a prodloužená doba života oproti osobám, které psa nevládní. Tento pozitivní vliv je důsledkem poklesu krevního tlaku, srdeční frekvence a hladiny glukózy v krvi (Boldig & Butala 2021). U pacientů s neurologickým onemocněním, jako je právě Parkinsonova choroba, může canisterapie podpořit zvýšenou fyzickou aktivitu díky procházkám se psem. Chůze a další pohybové aktivity mají vliv na správnou funkci střev a s tím spojenou chuť k jídlu. Díky studii z roku 2018 bylo prokázáno, že fyzická aktivita zlepšuje kognitivní funkce a tím napomáhá zpomalení progresu Parkinsonovy choroby (da Silva et al. 2018). Další pozitivní vliv má kontakt se psem na zlepšení jemné a hrubé motoriky, trénink řeči a sociální interakci (Boldig & Butala 2021).

O vlivu terapie za asistence psa při Parkinsonově chorobě (na rozdíl od demence) není velké množství studií, ale z dostupných výzkumů lze říci, že terapie se psem je účinným nefarmakologickým prostředkem při léčbě neurologických poruch.

### **3.7.3 Demence a Alzheimerova choroba**

Demence je definována jako progresivní onemocnění projevující se mozkovou disfunkcí a je v současné době sedmou nejčastější příčinou úmrtí mezi všemi nemocemi (WHO 2022b). Úmrtnost v zemích s vysokými příjmy se v důsledku Alzheimerovy choroby a jiných forem demence zvýšila, v roce 2019 byla druhou nejčastější příčinou úmrtí (WHO 2020b). Demence způsobuje v největší míře u osob starší 65 let zhoršování kognitivních funkcí mozku, mezi které patří myšlení, paměť, řeč, úsudek, poruchy plánování a učení a v neposlední řadě změna osobnosti. V současné době není toto onemocnění vyléčitelné, je proto důležité při zjištění diagnózy včas začlenit paliativní léčbu pro podporu kvality života pacienta a jeho blízkých. Medikací pro podpůrnou léčbu Alzheimerovi choroby a jiných druhů demence je užívání inhibitorů cholinesterázy a memantinu pro zlepšení kognitivních funkcí (Weisbrod 2022). V roce 2015 bylo na světě přibližně 47 milionů lidí s demencí a pokud současná prevalence

zůstane konstantní, předpokládá se do roku 2050 kolem 130 milionů lidí postižených touto chorobou (Garre Olmo 2018).

Demenci lze rozdělit do několika typů lišící se etiologií, formou a klinickým průběhem. Mezi nejčastější příčiny demence spadá v 60–80 % všech případů Alzheimerova choroba (WHO 2022b) a druhým nejčastěji se vyskytujícím typem je demence s Lewyho tělísky, pro kterou jsou charakteristické agregace synaptických proteinů vznikajících uvnitř buňky. Další formou demence je vaskulární demence, demence při Parkinsonově chorobě a frontotempolární demence, způsobující degeneraci čelního laloku (Garre Olmo 2018). Kromě forem tohoto onemocnění lze rozlišovat stadia, která jsou u jednotlivých druhů demencí shodná.

### Stadia demence

- Časné stadium nastupuje pozvolna, proto bývá často přehlíženo a je charakteristické zapomnětlivostí a ztrátou orientace osob na běžně známých místech.
- Střední fáze má již jasnější příznaky, mezi které spadá zapomínání známých osob a nedávných událostí, problémy s komunikací a změny v chování.
- Třetí pozdní stadium demence již vyžaduje potřebnou péči o pacienta a je charakteristické poruchou paměti, nevědomostí o čase a místě, neschopnost chůze a výrazné změny chování, které mohou zahrnovat také agresi (WHO 2022b).

Nejčastější příčinou demence je Alzheimerova choroba. Ta byla poprvé popsána roku 1906 německým psychologem a neuropatologem Aloisem Alzheimerem (Weiner & Lipton 2009). Alzheimer posmrtně zkoumal mozek 51leté ženy, která dle jejích rodinných příslušníků trpěla dlouhou dobu perzekuční mánií, ztrátou paměti, poruchou spánku, neklidem a ke konci života nebyla schopna po fyzické ani psychické stránce vykonávat žádnou aktivitu. Jeho objevy byly publikovány o rok později v domnění, že se jedná o vzácnou formu senilní demence (Weiner & Lipton 2009). Roku 1910 Kraepelin ve své publikaci o psychiatrii pojmenoval tuto formu demence jako Alzheimerovu. Jedná se o neurodegenerativní onemocnění charakterizované extracelulárními plaky, které obsahují  $\beta$ -amyloid a intracelulární neurofibrilární spleti (Raz et al. 2016; Knopman et al. 2021).

### Paliativní péče u osob s demencí

Demence je závažné onemocnění, které výrazně ovlivňuje život pacienta i jeho blízkých a paliativní péče je základním aspektem kvalitní péče o pacienta s touto diagnózou. Významnou roli paliativní péče sehrává již u sdělování diagnózy, kdy je stěžejní empatická komunikace klinického lékaře. U pacientů s výrazným poškozením paměti je vhodná přítomnost rodiny pro uchování předaných informací (Weisbrod 2022). Po sdělení diagnózy je potřeba nastavit individuální léčebný plán, do kterého je začleněna i rodina pacienta. Součástí kvalitního poradenství v rámci paliativní péče je i doporučení zajištění hospice pro pacienta v pozdním stadiu demence, či informace o prognóze. Ta se výrazně odvíjí od věku pacienta (Weisbrod 2022). Péče o pacienta s demencí je pro blízké osoby časově, psychicky i finančně náročná. V prvotní fázi onemocnění je pacient způsobilý se o sebe postarat sám, případně spolupracovat

s ambulantní formou hospicové péče nebo se spoléhat na pomoc blízké rodiny. V pozdním stadiu bývá nevyhnutelné přechzení pacienta z domácí péče do hospicového zařízení z důvodu vysoké potřeby ošetrovatelské pomoci.

### **Canisterapie u pacientů s demencí**

V roce 2004 proběhla v Japonsku studie zaměřená na zkoumání účinků terapie za přítomnosti psa (AAT) u pacientů s demencí a Alzheimerovou chorobou (Motomura et al. 2004). Hodinových terapií se účastnilo osm pacientů (konkrétně žen) v průměrném věku 84 let a tyto terapie probíhaly čtyři dny po sobě. Výsledky byly interpretovány a porovnávány na základě zpracování testů duševního zdraví, které byly vyplněny před začátkem první terapie a po skončení terapie poslední. Testy duševního stavu zahrnovaly hodnocení míry apatie, podrážděnost, stupnici geriatrické deprese a fyzické schopnosti se vlastními silami postarat o základní potřeby. Průběh terapií byl rozdělen do tří typů aktivit:

- komunikace se psy – tři terapeutičtí psi byli představeni a sledované subjekty se při této aktivitě se psy seznámily;
- pozorování – pacientky pozorovaly, jak psovodi cvičí se svými psy;
- samotná interakce psů s lidmi.

#### Výsledky studie

Pokles apatie u zúčastněných pacientů, který je evidentní v závěrečném dotazníku duševního stavu. Ostatní výše popsané sledované hodnoty neukázaly žádné výrazné rozdíly. Celkově měla většina pacientů z terapií dobrý pocit. Konkrétně 75 % účastněných uvedlo, že canisterapie byla pro ně po psychické stránce přínosná a 63 % by se uskutečněných terapií účastnilo znova. Závěrem lze konstatovat, že AAT je dle této studie žádoucí součástí multidisciplinární léčby pacientů s demencí. Mezi nedostatky této studie ovšem patří malé množství zúčastněných subjektů.

Tuto studii mírně rozporuje novější výzkum z roku 2019, který analyzoval již uskutečněné studie na účinnost terapie za asistence zvířat u osob trpících demencí (Lai et al. 2019). Byly porovnávány terapie uskutečněné za asistence zvířat versus bez přítomnosti zvířete na 305 účastněných s demencí. Doba celkové intervence se pohybovala od šesti týdnů do šesti měsíců a jednotlivá setkání trvala v rozmezí 10 až 90 minut. Frekvence pravidelných setkání byla jednou za týden, v některých studiích jednou za 14 dní.

Mezi posuzované hodnoty výzkumu byly zařazeny:

- míra deprese
- zlepšení kvality života
- sociální fungování
- schopnost péče o sebe

- agitovanost
- aktivity každodenního života

### Výsledky studie

Oproti předchozí zmiňované studii tento výzkum nepřinesl příliš významné důkazy o pozitivním působení terapie na pacienty. Pozitivním výsledkem je pouze nepatrné snížení depresivního stavu pacientů s demencí. U zbylých posuzovaných bodů nebyly po interakci se zvířaty zjištěny výrazné změny u pacientů v porovnání s původním stavem před zahájením interakcí se zvířetem.

Avšak nejnovější studie z roku 2022 (Parra et al. 2022) zaměřená na vliv terapie za asistence psa na pacienty s demencí přichází s pozitivně hodnocenými výsledky. Studie se účastnilo 21 residentů ze zdravotního centra, trpících behaviorálními a psychologickými příznaky demence, případně afektivními poruchami. Účastníci byli rozděleni do tří skupin: intervenční, kontrolní a zdravá skupina bez příznaků demence. Pacienti z intervencí a kontrolní skupiny trpěli demencí, u třetí zdravé skupiny nebyla demence diagnostikována, pacienti trpěli poruchami nálad a jinými behaviorálními symptomy. Tato skupina byla zařazena z důvodů porovnání získaných dat v behaviorální a afektivní oblasti. Intervenční a zdravá skupina se pravidelně jednou týdně po dobu delší šesti měsíců účastnila 45minutových terapií za přítomnosti psa, kontrolní skupina se sezení se psem neúčastnila, navštěvovala však jiné druhy terapií ve zdravotnickém centru. Na základě předem stanovené škály byly hodnoceny výše zmíněné sledované oblasti u každého pacienta před začátkem absolvování terapií a po posledním ukončeném sezení.

Cílem studie bylo vyhodnotit přínosy terapie se psem v oblasti:

- emoční
- behaviorální
- kognitivní
- funkční

### Výsledky studie

Výsledky této studie přinesly pozitivní změny u intervenční a zdravé skupiny v oblasti kognitivních schopností a emocionální stability, méně signifikantní pozitivní změny nastaly v behaviorální oblasti. Funkční změny u těchto skupin nebyly pozorovány. Kontrolní skupina zůstala beze změn. Tento půlroční program byl pro účastněné pacienty přínosný.

## 4 Závěr

Přesto, že je paliativní medicína u nás na poměrně vysoké úrovni, stále není poskytována v každém zdravotnickém zařízení. Z provedené rešerše na toto téma vyplývá, že pokud má dnešní společnost zájem umožnit kvalitně strávený život pacientům s nevléčitelným onemocněním, je zapotřebí celosvětově více zařadit paliativní péči do léčebných programů. K největším změnám v tomto odvětví došlo ve dvacátém století, když byla otevírána první hospicová zařízení ve střední Evropě určená pro nevléčitelně nemocné pacienty.

S paliativní péčí je úzce spjatá canisterapie. Její pozitivní vliv je v dnešní době podpořen množstvím studií, které se interakcí psa s pacientem zabývaly. Dle dostupných výsledků přináší interakce se psem snížení systolického a diastolického krevního tlaku, hladiny kortizolu a má vliv na autonomní nervový systém, který se projevuje úlevou od stresu a úzkosti. Domácí zvířata mají proto potenciál zmírnit vývoj onemocnění související se stresem (ischemická srdeční choroba). Přítomnost psa u pacientů v paliativní péči dokáže motivovat k pohybu, zvyšovat sociální kontakt, který předchází uzavření pacienta do sebe a slouží jako emocionální, neodsuzující podpora. Canisterapie bohužel není dostupná v takové míře, v jaké by bylo potřeba. V posledních letech se však tato podpůrná metoda dostává do povědomí veřejnosti a poptávka po canisterapii ve zdravotnických zařízeních převyšuje možnosti canisterapeutických týmů. Navíc zatím není v České republice instituce, která by kvalitu terapií kontrolovala.

Co se týče zařízení, která poskytují paliativní služby, jejich dostupnost je závislá na životní úrovni dané země. Česká republika patří k zemím s vyšší úrovní poskytování paliativní péče, lze u nás najít specializované ambulance, paliativní stacionáře, oddělení paliativní medicíny při nemocnicích a mobilní i lůžkové hospice. Jednou z velmi žádaných forem je hospicová péče v domácím prostředí, která umožňuje pacientům trávit čas v obklopení svých nejbližších a v prostředí, které je jim známé. I přes snahu služeb paliativní péče a péči speciálně vyškolených sester, které jsou v pohotovosti 24 hodin denně, většina pacientů nakonec umírá v lůžkových zdravotnických zařízeních akutní péče. V těchto zařízeních se často snaží zpříjemnit klientům čas terapií za přítomnosti psa, která má prokazatelné pozitivní účinky nejenom na fyzickou, ale také psychickou stránku člověka. Podporuje rozvoj jemné a hrubé motoriky, stimuluje smysly, přispívá k získání sebedůvěry klientů a navázání sociálního kontaktu. Klientům přispívají interakce se psy také k celkovému zlepšení nálady a mezi klienty je tato forma terapie oblíbená.

Mezi nejčastější příčiny úmrtí, a nejčastější diagnózy v paliativní péči, patří nádorová onemocnění, která si vyžádají téměř 10 milionů úmrtí ročně na celém světě. V České republice se za poslední dvě desetky let úmrtnost na toto onemocnění sice snížila, počet nově diagnostikovaných však každým rokem přibývá. Tato skutečnost by měla být jedním z důvodů pro zpřístupnění a poskytování paliativní péče pro co největší množství osob, které ji potřebují.

Jak již bylo zmíněno v této práci, zvýšení povědomí veřejnosti o přínosech paliativní péče je klíčovým krokem k zajištění toho, aby jedinci s nevléčitelnými nemocemi (bez ohledu na jejich prognózu) dostávali kvalitní a komplexní péči, založenou na důstojnosti a respektu.

## 5 Literatura

- Abdelaal M, Avery J, Chow R, Saleem N, Fazelzad R, Mosher P, Hannon B, Zimmermann C, al-Awamer A. 2023. Palliative care for adolescents and young adults with advanced illness: A scoping review. *Palliative Medicine* **37**:88–107.
- ACT, Royal College of Pediatrics and Child Health. 1997. *A Guide to the Development of Children's Palliative Care Services* First.
- Altschiller D. 2011. *Animal - Assisted Therapy*. Greenwood.
- An H-J, Park S-J. 2021. Effects of Animal-Assisted Therapy on Gait Performance, Respiratory Function, and Psychological Variables in Patients Post-Stroke. *International Journal of Environmental Research and Public Health* **18**:5818.
- Baudino A. 2015. Targeted Cancer Therapy: The Next Generation of Cancer Treatment. Pages 3–20 *Current Drug Discovery Technologies*. Bentham Science Publishers.
- Benini F, Spizzichino M, Trapanotto M, Ferrante A. 2008. Pediatric palliative care. *Italian Journal of Pediatrics* **34**:4.
- Boldig CM, Butala N. 2021. Pet Therapy as a Nonpharmacological Treatment Option for Neurological Disorders: A Review of the Literature. *Cureus* DOI: 10.7759/cureus.16167.
- Bouça-Machado R, Titova N, Chaudhuri KR, Bloem BR, Ferreira JJ. 2017. Palliative Care for Patients and Families With Parkinson's Disease. Pages 475–509.
- Buck PW, Lavery A. 2020. Animal-Assisted Activities for Children with Autism Spectrum Disorders: Parent Insights. *Human-Animal Interaction Bulletin* **8**:82–83.
- Candy B, Holman A, Leurent B, Davis S, Jones L. 2011. Hospice care delivered at home, in nursing homes and in dedicated hospice facilities: A systematic review of quantitative and qualitative evidence. *International Journal of Nursing Studies* **48**:121–133.
- Chia SJ, Tan E-K, Chao Y-X. 2020. Historical Perspective: Models of Parkinson's Disease. *International Journal of Molecular Sciences* **21**:2464.
- Clark D. 2007. From margins to centre: a review of the history of palliative care in cancer. *The Lancet Oncology* **8**:430–438.
- Clark D, Graham F, Centeno C. 2015. Changes in the world of palliative care. *Medicine* **43**:696–698.
- Clark SD, Martin F, McGowan RTS, Smidt JM, Anderson R, Wang L, Turpin T, Langenfeld-McCoy N, Bauer BA, Mohabbat AB. 2020. Physiological State of Therapy Dogs during Animal-Assisted Activities in an Outpatient Setting. *Animals* **10**:819.
- Cotoc C, Notaro S. 2022. Race, Zoonoses and Animal Assisted Interventions in Pediatric Cancer. *International Journal of Environmental Research and Public Health* **19**:7772.
- da Silva FC, Iop R da R, de Oliveira LC, Boll AM, de Alvarenga JGS, Gutierrez Filho PJB, de Melo LMAB, Xavier AJ, da Silva R. 2018. Effects of physical exercise programs on cognitive function in Parkinson's disease patients: A systematic review of randomized controlled trials of the last 10 years. *PLOS ONE* **13**:e0193113.
- Diniz Pinto K, Vieira de Souza CT, Benamor Teixeira M de L, Fragoso da Silveira Gouvêa MI. 2021. Animal assisted intervention for oncology and palliative care patients: A systematic review. *Complementary Therapies in Clinical Practice* **43**:101347.



- Distelmans W, Bauwens S. 2008. Palliative care is more than terminal care. *Belgian Journal of Medical Oncology* **2**:16–20.
- Elmaci D, Cevizci S. 2015. Dog-Assisted Therapies and Activities in Rehabilitation of Children with Cerebral Palsy and Physical and Mental Disabilities. *International Journal of Environmental Research and Public Health* **12**:5046–5060.
- Ernst E. 2007. Holistic health care? *British Journal of General Practice* **57**:162–163.
- Eurostat Statistics Explained. 2023. Causes of death statistics.
- Fang B, Filippiadis D, Zeiger OM, Brountzos E, Kelekis AD. 2019. Percutaneous palliative care interventions in the cancer patient. *Chinese Clinical Oncology* **8**:66–66.
- Ferlay J, Shin H-R, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. 2010. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *International Journal of Cancer* **127**:2893–2917.
- Fine A. 2019. *Handbook on Animal-Assisted Therapy: Foundations and Guidelines for Animal Intervention* Fifth. Academic Press.
- Fine AH. 2010. *Handbook on animal-assisted therapy: Theoretical foundations and guidelines for practice* Third. Elsevier.
- Fox S, Cashell A, Kernohan WG, Lynch M, McGlade C, O'Brien T, O'Sullivan SS, Timmons S. 2016. Interviews with Irish healthcare workers from different disciplines about palliative care for people with Parkinson's disease: a definite role but uncertainty around terminology and timing. *BMC Palliative Care* **15**:15.
- Friedman E, Krause-Parello CA. 2018. Companion animals and human health: benefits, challenges, and the road ahead for human–animal interaction. *Revue Scientifique et Technique de l'OIE* **37**:71–82.
- Friedmann E. 1995. The Role of Pets in Enhancing Human Well-being: Physiological Effects. Pages 33–47 *Waltham Book of Human-Animal Interaction: Benefits and Responsibilities of Pet Ownership* First Edition. Pergamon.
- Galajdová L. 1999. *Pes lékařem lidské duše aneb Canisterapie* First Edition. Grada.
- Garre Olmo J. 2018. Epidemiología de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. *Revista de Neurología* **66**:377.
- Germone MM, Gabriels RL, Guérin NA, Pan Z, Banks T, O'Haire ME. 2019. Animal-assisted activity improves social behaviors in psychiatrically hospitalized youth with autism. *Autism* **23**:1740–1751.
- Graham F, Clark D. 2008. The changing model of palliative care. *Medicine* **36**:64–66.
- Helppes. 2018. *Canisterapie*.
- Hofmanová J. 2013. Genotoxicita a karcinogeneze. Page Genotoxicita a karcinogeneze. Masarykova univerzita, Brno.
- Hui D, Bruera E. 2020. Models of Palliative Care Delivery for Patients With Cancer. *Journal of Clinical Oncology* **38**:852–865.
- Hui D, Hannon BL, Zimmermann C, Bruera E. 2018. Improving patient and caregiver outcomes in oncology: Team-based, timely, and targeted palliative care. *CA: A Cancer Journal for Clinicians* **68**:356–376.
- Ikram S. 2013. Man's Best Friend For Eternity: Dog And Human burials In Ancient Egypt. *Anthropozoologica* **48**:299–307.

- Kabelka L, Sláma O, Loučka M. 2016. Paliativní péče v České republice 2016. Česká společnost paliativní medicíny.
- Kelley AS, Morrison RS. 2015. Palliative Care for the Seriously Ill. *New England Journal of Medicine* **373**:747–755.
- Kluger BM et al. 2017. Palliative care and Parkinson's disease: Meeting summary and recommendations for clinical research. *Parkinsonism & Related Disorders* **37**:19–26.
- Knaul FM et al. 2018. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief—an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. *The Lancet* **391**:1391–1454.
- Knopman DS, Amieva H, Petersen RC, Chételat G, Holtzman DM, Hyman BT, Nixon RA, Jones DT. 2021. Alzheimer disease. *Nature Reviews Disease Primers* **7**:33.
- Lacinová J. 2008. Současný stav problematiky v ČR. Praktické poznámky využití canisterapie.
- Lacinová J. 2018. Nefarmakologické přístupy v péči o pacienty s Alzheimerovou nemocí - zooterapie. Česká neurologická společnost.
- Lai NM, Chang SMW, Ng SS, Tan SL, Chaiyakunapruk N, Stanaway F. 2019. Animal-assisted therapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* **2019**.
- Lass-Hennemann J, Schäfer SK, Römer S, Holz E, Streb M, Michael T. 2018. Therapy Dogs as a Crisis Intervention After Traumatic Events? – An Experimental Study. *Frontiers in Psychology* **9**.
- Lupu D. 2010. Estimate of Current Hospice and Palliative Medicine Physician Workforce Shortage. *Journal of Pain and Symptom Management* **40**:899–911.
- Lynch T, Connor S, Clark D. 2013. Mapping Levels of Palliative Care Development: A Global Update. *Journal of Pain and Symptom Management* **45**:1094–1106.
- Machová K, Procházková R, Eretová P, Svobodová I, Kotík I. 2019. Effect of Animal-Assisted Therapy on Patients in the Department of Long-Term Care: A Pilot Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health* **16**:1362.
- Martins CF, Soares JP, Cortinhas A, Silva L, Cardoso L, Pires MA, Mota MP. 2023. Pet's influence on humans' daily physical activity and mental health: a meta-analysis. *Frontiers in Public Health* **11**.
- Mařhová L. 2012. Canisterapie u seniorů s demencí. *Psychiatrie pro praxi* **13**:133–135.
- Matuszek S. 2010. Animal-Facilitated Therapy in Various Patient Populations. *Holistic Nursing Practice* **24**:187–203.
- Mittel A, Hua M. 2019. Supporting the Geriatric Critical Care Patient. *Anesthesiology Clinics* **37**:537–546.
- Miyasaki JM. 2013. Palliative Care in Parkinson's Disease. *Current Neurology and Neuroscience Reports* **13**:367.
- Motomura N, Yagi T, Ohyama H. 2004. Animal assisted therapy for people with dementia. *Psychogeriatrics* **4**:40–42.
- Murray SA, Kendall M, Boyd K, Sheikh A. 2005. Illness trajectories and palliative care. *BMJ* **330**:1007–1011.
- Oblastní charita Červený Kostelec. 2023. Hospic Anežky České.
- Odendaal JSJ. 2000. A physiological basis for animal-facilitated psychotherapy. University of Pretoria.

- Parra EV, Hernández Garre JM, Pérez PE. 2022. Impact of Dog-Assisted Therapy for Institutionalized Patients With Dementia: A Controlled Clinical Trial. *Alternative therapies in health and medicine* **28**:26–31.
- Pirl WF, Greer JA, Traeger L, Jackson V, Lennes IT, Gallagher ER, Perez-Cruz P, Heist RS, Temel JS. 2012. Depression and Survival in Metastatic Non–Small-Cell Lung Cancer: Effects of Early Palliative Care. *Journal of Clinical Oncology* **30**:1310–1315.
- Pomocné tlapky. 2023. Canisterapie.
- Quill TE, Abernethy AP. 2013. Generalist plus Specialist Palliative Care — Creating a More Sustainable Model. *New England Journal of Medicine* **368**:1173–1175.
- Radbruch L et al. 2020. Redefining Palliative Care—A New Consensus-Based Definition. *Journal of Pain and Symptom Management* **60**:754–764.
- Radbuch L, Payne S, správní rada EAPC. 2009. Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě. *European Journal of Palliative Care*:278–289.
- Rakestraw C. 2023. Dogs as Healers: Explorations of How Dogs Promote Healing and Their Role as Healers.
- Raz L, Knoefel J, Bhaskar K. 2016. The neuropathology and cerebrovascular mechanisms of dementia. *Journal of Cerebral Blood Flow & Metabolism* **36**:172–186.
- Ritchie H, Spooner F, Roser M. 2019. Causes of death.
- Roser M, Ritchie H. 2019. Cancer.
- Ryan S, Wong J, Chow R, Zimmermann C. 2020. Evolving Definitions of Palliative Care: Upstream Migration or Confusion? *Current Treatment Options in Oncology* **21**:20.
- Sandsdalen T, Grøndahl VA, Hov R, Høyve S, Rystedt I, Wilde-Larsson B. 2016. Patients' perceptions of palliative care quality in hospice inpatient care, hospice day care, palliative units in nursing homes, and home care: a cross-sectional study. *BMC Palliative Care* **15**:79.
- Saunders C. 2000. The evolution of palliative care. *Patient Education and Counseling* **41**:7–13.
- Serpell JA. 2012. Animal-assisted Interventions and Human Health: An Historical Overview. *The Fecava Symposium* **22**:1–9.
- Sisk BA, Feudtner C, Bluebond-Langner M, Sourkes B, Hinds PS, Wolfe J. 2020. Response to Suffering of the Seriously Ill Child: A History of Palliative Care for Children. *Pediatrics* **145**.
- Skála B, Sláma O, Vorlíček J, Kabelka L. 2005. Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci, 9th edition. Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Praha.
- Sláma O. 2012. Obecná a specializovaná paliativní péče v ČR. *Paliativna medicína a liečba bolesti* **5**:10–12.
- Sláma O, Vafková T. 2020. Paliativní medicína: vymezení konceptů a pojmů.
- Stolberg M. 2017. *A History of Palliative Care, 1500-1970*. Springer International Publishing, Cham.
- Timm H, Thuesen J, Clark D. 2021. Rehabilitation and palliative care: histories, dialectics and challenges. *Wellcome Open Research* **6**:171.
- Umírání.cz. 2024. Adresář služeb.
- Ungerová D. 2008. *Canisterapie v praxi*. Hluboká nad Sázavou.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. 2021, February 4. Celková zátěž zhoubnými novotvary v ČR.

- UVN. 2022. Lůžkové oddělení paliativní péče.
- Vorlíček J, Adam Z, Pospíšilová Y. 2004. Paliativní medicína Druhé vydání. Grada, Praha.
- Voumard R, Rubli Truchard E, Benaroyo L, Borasio GD, Büla C, Jox RJ. 2018. Geriatric palliative care: a view of its concept, challenges and strategies. *BMC Geriatrics* **18**:220.
- Weiner MF, Lipton AM. 2009. American Psychiatric Publishing Textbook of Alzheimer's Disease and Other Dementias: The App Textbook of Geriatric Psychiatry Diagnostic Issues in Dementia. Washington.
- Weisbrod N. 2022. Primary Palliative Care in Dementia. *Neurotherapeutics* **19**:143–151.
- White JH, Quinn M, Garland S, Dirkse D, Wiebe P, Hermann M, Carlson LE. 2015. Animal-Assisted Therapy and Counseling Support for Women With Breast Cancer. *Integrative Cancer Therapies* **14**:460–467.
- WHO. 1990. Cancer pain relief and palliative care. World health organization, Geneva.
- WHO. 2002. National Cancer Control Programmes: Policies and Managerial Guidelines 2nd Edition. World Health Organization, Geneva.
- WHO. 2018, August. Integrating palliative care and symptom relief into paediatrics.
- WHO. 2020a, August 5. Palliative care.
- WHO. 2020b, December 9. The top 10 causes of death.
- WHO. 2022a. Cancer.
- WHO. 2022b. Dementia.
- Wiencek C, Coyne P. 2014. Palliative Care Delivery Models. *Seminars in Oncology Nursing* **30**:227–233.
- Zimmermann C et al. 2014. Early palliative care for patients with advanced cancer: a cluster-randomised controlled trial. *The Lancet* **383**:1721–1730.