

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

Jiří Gerža

Faktory ovlivňující kvalitu umírání a místo úmrtí

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Štureková, Ph.D.

Olomouc 2023

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně a použil jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

V Olomouci dne 29.6.2023

Podpis _____

Tímto bych chtěl poděkovat za odborné vedení, trpělivost a ochotu paní Mgr. Lence Šturekové Ph.D., která mi byla velice nápomocná při psaní této bakalářské práce.

ANOTACE

Typ závěrečné práce: Bakalářská práce

Téma práce: Umírání doma, umírání v nemocnici

Název práce: Faktory ovlivňující kvalitu umírání a místo úmrtí.

Název práce v AJ: Factors influencing quality of dying and place of death

Datum zadání: 3.6.2022

Datum odevzdání: 29.6.2023

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav ošetrovatelství

Autor práce: Gerža Jiří

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Štureková, Ph.D

Oponent práce:

Abstrakt v ČJ: Cílem bakalářské práce bylo sumarizovat aktuální dohledané poznatky o faktorech ovlivňujících místo a kvalitu umírání. Do přehledové bakalářské práce byly použity výzkumné studie z databází Ovid nursing, EBSCO a PubMed. Prvním dílčím cílem bylo sumarizovat aktuální dohledané poznatky o kvalitě poskytované péče na konci života. Studie ukázaly, že kvalita péče v paliativní péči se nejvíce vyvíjí v zemích západní Evropy a ve vyspělých zemích severní Ameriky a Asie. Druhým dílčím cílem bylo sumarizovat aktuální dohledané poznatky o vlivu a typu poskytované péče na konci života s místem úmrtí. Studie poukázaly na to, že v zemích Evropy je více než polovina úmrtí stále v nemocnici, avšak úmrtí na preferovaném místě smrti je více a více častější v Evropě je to úmrtí doma v blízkosti rodiny, v Asii však lidé raději preferují úmrtí v nemocnici. Nejčastějšími faktory úmrtí v nemocnici bývají neschopnost rodiny postarat se o pacienta, neefektivní zajištění paliativní péče v terminální fázi onemocnění a nedostatečná komunikace mezi zprostředkovateli dlouhodobé péče v domácím prostředí na konci života. Třetím dílčím cílem bylo dohledat a sumarizovat aktuální dohledané poznatky o vlivu lockdownu onemocnění COVID-19 na kvalitu péči na konci života. Důsledkem pandemie a lockdownu bylo zhoršení komunikace mezi pacienty a rodinnými příslušníky, také došlo k nárůstu úmrtí v osamění a bez přítomnosti rodiny, blízkých a i

zdravotnického personálu. Tato práce může být využita všeobecnými sestrami, zvláště pak všeobecnými sestrami pracující v paliativní péči pro rozšíření svých vědomostí a také může sloužit jako podklad pro studenty FZV v Olomouci.

Abstrakt v AJ: The aim of the bachelor's thesis was to summarize the current findings on the factors affecting the place and quality of dying. Research studies from the Ovid nursing, EBSCO and PubMed databases were added to the overview bachelor thesis. The first sub-goal was to summarize current observed knowledge about the quality of end-of-life care provided. Studies have shown that the quality of care in palliative care is most developed in western European countries and in developed countries in North America and Asia. The second sub-goal was to summarize current observed knowledge about the impact and type of end-of-life care provided with the place of death. Studies have pointed out that more than half of deaths are still in hospital in countries across Europe, but deaths at the preferred place of death are more and more common in Europe, with deaths at home near family, but in Asia people prefer hospital deaths. The most common factors for hospital deaths are a family's inability to care for the patient, inefficient provision of palliative care at the terminal stage of the disease, and a lack of communication between providers of long-term care at home at the end of life. The third sub-goal was to find and summarize up-to-date observed knowledge about the effect of lockdown disease COVID-19. As a result of the pandemic and lockdown, communication between patients and family members deteriorated, there was also an increase in deaths in loneliness and without family, loved ones, and medical staff present. This work can be used by general nurses, especially general nurses working in palliative care, to expand their knowledge, and it can also serve as a basis for students of health sciences in Olomouc.

Klíčová slova v ČJ: Péče na konci života, umírání doma, umírání v nemocnici, paliativní péče o umírající, vliv covid-19 na umírající, komunikace na konci života, preferované místo úmrtí

Klíčová slova v AJ: End-of-life care, dying at home, dying in hospital, palliative care for dying, influence of covid-19 on death, communication at end-of-life, preferred place of death

Rozsah: 33 s./0 příloh

Obsah

ANOTACE	4
Obsah	6
Úvod	7
1 Popis rešeršní činnosti	9
2 Zajištění kvalitní péče na konci života	11
2.1 Důležitost správné komunikace na konci života	18
3 Vliv péče a její formy na konci života na místo úmrtí	20
4 Vliv koronaviru na péči na konci života	24
4.1 Význam a limitace dohledaných poznatků	27
Závěr	30
Referenční seznam	32
Seznam zkratk	35

Úvod

Místo úmrtí pacientů v terminální fázi onemocnění, je častým problémem ve vyspělých zemích světa, který je častým podnětem diskusí. Kdy nemocní často vyslovují přání zemřít v domácím prostředí mezi rodinou a známými. Posledních pár let může být pozorován nárůst úmrtí právě v domácím prostředí, avšak stále více než polovina úmrtí stále probíhá v nemocničním prostředí. Plán umírání ve spolupráci s paliativní péčí mohou splnit pacientovo přání na průběh umírání. V oblasti poskytování kvalitní péče na konci života nehrají roli pouze paliativní sestry, ale i rodinní příslušníci a pečovatelé, kteří se o umírající starají a pomáhají jim v každodenních činnostech a komunikaci (Lei et al. 2021, s. 1221-1230). V moderním hnutí paliativní péče je místo umírání jako indikátor kvality péče na konci života, kdy umřít doma si přeje zhruba 55 % Němců. Pouze menšina lidí však umírá mimo pečovatelské instituce. Průzkumy zjistily, že okolo 60 až 75 % lidí umírá v pečovatelských domech, hospicích nebo nemocnicích. Odhaduje se, že pouze 10 až 20 % umírajících vyžaduje specializovanou paliativní péči (Dasch et al. 2021, s.331-338). Paliativní péče zlepšuje kvalitu péče na konci života u onkologických pacientů a pacientů s vážnými onemocněními. Stárnutí populace a vysoký věk je stále častější a tím se zvyšuje i počet seniorů se zdravotními problémy. V mnoha zemích tak nastává velký problémem v oblasti poskytování péče. Domácí péče je součástí kontinua zdravotní péče, kdy domácí péče je vedena jako hospitalizace v domácím prostředí. U takto vedených pacientů může dojít k rozvoji komorbidit, postižení a poruch socializace, a tím je následně postižena kvalita péče na konci života (Chiang & Kao 2021, s.2-6).

V souvislosti s touto problematikou je možno položit si otázku: Jaké jsou aktuální a validní poznatky o místě úmrtí a kvalitě umírání?

Cílem bakalářské práce bylo sumarizovat aktuální dohledané poznatky o hodnocení kvality umírání a místě úmrtí a faktory ovlivňující tyto poznatky.

Pro vypracování bakalářské práce byly zvoleny tyto dílčí cíle:

- 1) Sumarizace aktuálních dohledaných poznatků o zajištění kvalitní péče na konci života.
- 2) Sumarizace aktuálních dohledaných poznatků o vlivu a typu poskytované péče na konci života s místem úmrtí
- 3) Sumarizace aktuálních dohledaných poznatků o vlivu onemocnění COVID-19 na péči na konci života.

Seznam vstupní literatury

BYOCK, Ira. Dobré umírání: možnosti pokojného konce života. Praha: Vyšehrad, 2005. Cesty (Vyšehrad). ISBN 80-7021-797-9.

ČERNÝ, David a Adam DOLEŽAL, ed. Smrt a umírání: etické, právní a medicínské otázky na konci života. 1. Praha: Ústav státu a práva AV ČR, 2013. Edice Kabinetu zdravotnického práva a bioetiky. ISBN 978-80-87439-15-9. ARIÈS, Philippe. Dějiny smrti. Přeložil Danuše NAVRÁTILOVÁ. Praha: Argo, 2020. Každodenní život. ISBN 9788025732519.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících. Přeložil Jiří KRÁLOVEC. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0911-9.

SMITH-EAST, Marie. Handbook of geropsychiatry for the advanced practice nurse: Mental health care for the older adult. 2021, 229-239. ISBN 9780826157492.

THOMPSON, Genevieve a Abigail WICKSON-GRIFFITHS. Evidence-informed approaches for managing dementia transitions: Riding the waves. 2020, 213-234. ISBN 9780128175668. Dostupné z: doi:10.1016/B978-0-12-817566-8.00009-7

1 Popis rešeršní činnosti

K tvorbě rešeršní činnosti byl využit standardní postup pro vyhledávání s užitím klíčových slov a s pomocí booleovských operátorů

Vyhledávací kritéria:

Klíčová slova v ČJ: Péče na konci života, umírání doma, umírání v nemocnici, paliativní péče o umírající, vliv covid-19 na umírající, komunikace na konci života, preferované místo úmrtí

Klíčová slova v AJ: End-of-life care, dying at home, dying in hospital, paliative care for dying, influence of covid-19 on death, communication at end-of-life, preferred place of death

Jazyk: Anglický

Vyhledávané období: 2016-2022

Další kritéria: recenzovaná periodika, plně dostupný text



Databáze:

PubMed, Ovid Nursing, Ebsco



Nalezeno: 102 článků



Vyřazující kritéria:

Duplicitní články, články neodpovídající zvoleným cílům bakalářské práce



Sumarizace využitých databází a dohledaných článků:

PubMed: 13

Ovid Nursing: 3

Ebsco: 5

Pro tvorbu teoretických východisek bylo použito 21 studií



Sumarizace dohledaných periodik a dokumentů:

BMC Palliative Care 4 články

Cochrane Database of Systematic Reviews 1 článek

Current Oncology 1 článek

Deutsches Ärzteblatt international 1 článek

Journal of Hospice & Palliative Nursing 1 článek

Journal of Pain and Symptom Management 1 článek

Journal of patient experience 1 článek

Journal of the american geriatrics society 1 článek

MEDICINE 1 článek

PLoS ONE 1 článek

Primary Health Care Research & Development 1 článek

Resuscitation 1 článek

Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online 1 článek

Social Science & Medicine 2 články

Supportive Care in Cancer 1 článek

The oncologist 1 článek

2 Zajištění kvalitní péče na konci života

Paliativní péče se zaměřuje na pacienta, a ne na jeho onemocnění, tato péče má přinést pacientovi lepší životní podmínky. Zaměřuje se především na jeho potřeby a příznaky jak z fyzického, tak i z emocionálního a spirituálního hlediska. Jejím účelem je i péče o rodinu během léčby a po smrti pacienta v době truchlení (Andrade et al., 2020, s.713-717). Poskytování vysoce kvalitní péče umírajícím je základ paliativní péče, kvalita je základem péče na konci života v domácím prostředí a v institucích. Proto by měla být měřena, aby mohla zajistit nejlepší služby a podporu z dlouhodobého hlediska. Díky truchlícím příbuzným a jejich zpětné vazbě můžeme kvalitu péče změřit, porovnat a zlepšit (Heckel et al., 2020, s. 4527–4537). V posledním desetiletí se přístup k národním programům paliativní péče zlepšil, avšak velká část pacientů nadále umírá v nemocnicích, a to především na interních odděleních. Umírání v nemocnicích na urgentních odděleních je časté. Až 45 % pacientů v terminálním stádiu nemoci nejčastěji onkologických nebo chronicky-degenerativních onemocnění umírají v nemocnici (Binda et al., 2021, s. 1-9). V mnoha zemích je umožněno pacientům zemřít v domácím prostředí. Tuto politiku podporují i průzkumy, které ukazují, že široká veřejnost i pacienti v terminálním stádiu onemocnění by upřednostnili péči na konci života v domácím prostředí (Shepperd et al., 2021, s. 2). Strávit poslední chvíle života doma je přáním mnoha pacientů a jejich rodin. K uskutečnění tohoto přání byly vyvinuty ve vyspělých zemích domácí služby s péčí na konci života. Benefity této péče jsou například možnost snížení návštěv pohotovosti v nemocnici, hospitalizace na jednotkách intenzivní péče, hospitalizací celkově a úmrtí v nemocnici a tím negativně spojených zážitků a emocí u pacientů. Nízká podpora rodin u pacientů s vyššími potřebami sociální a zdravotní péče nejčastěji to jsou pacienti s věkem 80+ let a s onemocněním demence, artritidou a pacienti s proběhlou mozkovou mrtvicí dostávají menší podporu od rodinných příslušníků (Lei et al. 2021, s.1221-1230).

Studie autorů Binda et al., (2021, s 1-9) se zabírala kvalitou umírání u pacientů s očekáváním smrti v nemocničním prostředí, pomoci analýzy managementu symptomů a léčbou u dospělých pacientů. Do studie bylo zahrnuto 187 pacientů z 26 chirurgických oddělení fakultní nemocnice v Itálii, kteří zemřeli, nejdříve po 48 h od hospitalizace na lůžkovém oddělení v období července do prosince v roce 2019. Ze studie byli, vyloučeni pacienti, kteří zemřeli na pohotovostních odděleních nebo jednotkách intenzivní péče, kvůli

typu péče, která je zaměřena udržet pacienta na živu. K posouzení kvality umírání byla využita vícenásobná korespondenční analýza (MCA), která posuzovala souvislost s očekáváním umírání (neočekávané, mírně, vysoce očekávané) a poskytnutými ošetrovatelskými výkony (polohování, hygiena, péče o tělo atd.) a věkem a pohlavím. Zjištěné výsledky měly 95% přesnost a tento koeficient byl zařazen do výpočtu. U všech analýz byly P hodnoty oboustranné a $P < 0.005$ bylo považováno za statisticky významné. Základní diagnóza s respiračním onemocněním byla přítomna u 63 pacientů, s onkologickým onemocněním u 42 pacientů a s kardiovaskulárním onemocněním u 23 pacientů. Podle klinického posouzení sester byla očekávaná smrt u 54,4 % pacientů zatím co u 33,6 % a 12,8 % smrtí bylo mírně očekáváno a nebylo očekáváno vůbec. U 89,3 % pacientů nebyly provedeny žádné pohotovostní postupy a kardiopulmonální resuscitace (dále jen KPR) byla zahájena pouze u 5 pacientů. Kvalitu umírání hodnotil zdravotnický personál spíše kladně. Kdy 39 pacientů 20,9 % zemřelo na jednolůžkovém pokoji, 148 pacientů 79,1 % zemřelo na dvou až tří lůžkových pokojích, intimita zde byla zajištěna pomocí zástěn. Rodinní příslušníci neměli žádné omezení návštěv ve 48 h před smrtí. Fyziky přítomný byl alespoň jeden rodinný příslušník u 71 pacientů s vysokým očekáváním smrti tj. 69,6 % ve srovnání se 2 u neočekávaných úmrtí tj. 8,3 %. Komunikace s rodinou o závažnosti klinického stavu byla provedena v 81,8 % případů u 153 pacientů. Nejistota ohledně trajektorie a prognózy onemocnění byla často uváděna záminka pro odložení diskusí o péči na konci života. Sestry vnímaly dobrou kvalitu péče na konci života zprostředkováním vysokého počtu zákroků u starých a zkrhlých pacientů. Aby se zlepšila kvalita péče na konci života nejsou léčba a ošetrovatelské intervence vždy dostatečné ke zmírnění příznaků, je také nutné včas zapojit rodinu, aby emocionálně podpořila pacienty. Snížený počet konzultací paliativní péče a nesprávná kontrola symptomů však naznačují, že problémy na konci života nesouvisí pouze s organizací nemocnic ale i s vnitřními faktory každé zdravotnické profese. Celkově však nemocnice stále nestačila uspokojit potřeby všech umírajících lidí, specializované paliativní péče by mohla vést ke zlepšení kvality života pacientů a lepšího umírání. Navzdory různým kulturním aspektům, které by mohly přispět ke konceptu dobré smrti, umírání bez nepohodlí a utrpení je považováno za dobrý způsob umírání v každé kultuře.

Studie zabývající se kvalitou umírání u pacientů s onkologickým onemocněním od autorů Gutiérrez-Sánchez et al., (2021, s.264-270) se zaměřila na kvalitu paliativní péče u pacientů s onkologickým onemocněním a kvalitou péče o pozůstalé. Výzkumný soubor tvořilo 72 pečovatelských pracovníků ze strany rodin pacientů. Sběr dat proběhl v prvním a šestém měsíci

od úmrtí pacienta. Kvalita péče byla hodnocena pomocí dotazníku kvality péče Quality of Dying and Death Questionnaire (dále jen QODD-ESP-26). Dotazník se skládá z 26 otázek a bodové rozhraní dotazníku je 0 až 100 kdy 100 reprezentuje nejlepší možnou péči. Domény ve do kterých dotazník zasahuje se vztahují k sebedpěči, pohodlí, výživa, vyprazdňování, aktivita a odpočinek, sebevímání a zvládání zátěže. Studie potvrdila následující výsledky. Průměrná kvalita umírání v domácím prostředí byla ohodnocena 70,45 body, v nemocnici bylo bodové hodnocení 57,58 bodů. Tento výsledek vypovídá, že při umírání v domácím prostředí bylo dosaženo lepší kvality péče. Proto je nutno lépe integrovat paliativní péči do domácího prostředí pro zlepšení kvality péče jak pro pacienta, tak pro rodinu.

Péče o umírající je důležitou a nedílnou součástí paliativní péče a tato fáze si zaslouží stejnou pozornost jako ostatní fáze průběhu onkologických onemocnění. Většina západních zemí Evropy má program paliativní péče přímo integrovaný do poskytování běžných služeb. Žádná země v Jižní Americe nemá takovou úroveň implementace. Některé země jako Argentina a Uruguay mají paliativní péči v předběžné fázi integrace, zatímco Brazílie se vyznačuje poskytováním paliativní péče mimo integraci do běžného poskytování péče (Haugen et al., 2021, s. 1273-1284). Politika péče na konci života je velice složitá a problémová. Jak zacházet s pacienty v jejich poslední dny je implementováno v rámci mnohostranných a vzájemně se ovlivňujících sociálních vrstev, nesčetným množstvím kontextových faktorů od malých interakcí mezi pacientem a rodinou nebo odborníky až po širší strukturální vládní procesy. Modely a způsoby péče se můžou zdát teoreticky rozumné, ale způsob jejich projevu se může měnit v různých kontextech a následkem může být, že zamýšlený cíl nebude realizován

Studie autorů Barker, Wilson, a Butler (2021, s.2-3) Ve spojeném království, zkoumající jak zákony, služby a zdravotní pojišťovny ovlivňují kvalitu péče v domácím prostředí. Standardy, které stanovily zákony jsou velice ceněny jak lékaři, tak manažery péče. Avšak kontext, v jakém jsou zákony uvedeny je složitý ve všech úrovních péče, a proto často ke kličkám při ošetřování pacientů a soudních sporů s poskytovateli péče a rodinou pacientů. Při rozhovoru s pacienty, kteří jsou v péči na konci života bylo často vysloveno přání léčby s empatií a soucitem a zemřít v domácím prostředí mezi rodinou a přáteli. Pacienti upřednostňovali sociální a vztahový aspekt k umírání a smrti. Jako klíčové faktory, které vedly k negativním zkušenostem v domácím prostředí byly často osamělost a izolace. Pomocí rozhovorů bylo zjištěno, že většina dotazovaných si přálo zemřít v domácím prostředí, často nebylo možno poskytnout služby, které by toto přání mohlo splnit. Vazby mezi zkušenosti

pacientů a personálem zaměstnanými pomocí státního orgánu, nekvalifikovanými ošetřovateli, rodinnou a podporou poskytovanou klinickým personálem byly často nedostatečné. Výzkum objevil, že nízká morálka a nesprávné zacházení pracovníků v sociálních službách se odrazilo na negativní zkušenosti pacientů. Zkušenosti rodinných příslušníků s poskytovateli péče na konci života byly smíšené. Vděk za provedenou práci, na kterou rodina neměla čas nebo dostatečné zkušenosti, ale také pobouření, s jakou neúctou bylo zacházeno s jejich blízkými. Z výpovědi rodinných příslušníků bylo často vidět vyčerpání pracovníků, a neefektivní komunikace s pacienty, kdy v některých případech musel rozhovor iniciovat rodinný příslušník. V některých případech byl spor mezi lékařským úsilím o udržení pacienta naživu a touhu pacienta prožít zbytek života v nezávislosti a sociální interakce s rodinou a přáteli, tak jak jim to zdravotní stav umožní. Paliativní péče v domácím prostředí také mnohdy nebyla dostatečně zprostředkována všemi složkami, které tvořili obvodní lékaři, sestry domácí péče a ošetřovatelé. V domácím prostředí s vyšší mírou flexibility v péči na konci života byly vítány společné snahy více institucí o vzájemnou spolupráci, avšak stále chybí schopnost sdílení údajů mezi jednotlivými institucemi. To má dopad na celkovou péči o pacienta a vnáší tak do jeho náročné situace další starosti.

Studie autora Teggi (2020, s.3-11) se zabývala trendem ve Spojeném království využití pečovatelských domů ke zprostředkování hospicové péče u pacientů v dlouhodobé péči na konci života. Ve Velké Británii se pohybuje hranice dožití okolo 80 let a nejčastější příčinou smrti je chronické nebo degenerativní onemocnění, přičemž s tímto onemocněním mohou pacienti žít 20 i více let. Převážná většina hospiců se stará pouze o nemocné v terminálním stádiu nádorového onemocnění, a tak zbývá na pečovatelských domech, které místo obvyklé péče o seniory musí zajišťovat péči na konci života pro pacienty s demencí a Parkinsonovou nemocí. Smrt u nemocných nastává většinou na konci dlouhých kolísavých trajektorií neefektivního zdraví a funkčního úpadku. Umírání samo o sobě může trvat i mnoho měsíců někdy i let. Konec života se proto stal pro mnoho lidí formovaným obdobím s nepředvídatelným průběhem. Nenapomáhá tomu fakt, že hospice v Anglii se zaměřují na pomoc nemocným s onkologickým onemocněním a získávají tím zdroje zaměřené na péči na konci života, které chybí v jiných institucích, s umírajícími pacienty s různými degenerativními onemocněními. Stejně na tom jsou pečovatelé provádějící domácí péči nebo rodinní příslušníci starající se o své příbuzné, kteří díky nastavenému systému mnohdy nedostanou dostatečnou podporu tuto péči poskytovat. Pacienti, u nichž byla poskytována péče na konci života ať už rodinnou, nebo sociální službou byla zjištěna klesající úroveň

podpory s rostoucí mírou funkčního postižení a zhoršením zdravotního stavu. Hospicová péče na konci života byla naopak aktivní pouze v období umírání, tedy v posledních 3 měsících života pacienta. Tudíž pacientům s onemocněním chronické obstrukční plicní nemoci (dále jen CHOPN), srdečním onemocněním a nenádorovými onemocněními málo kdy dosáhli na hospicovou péči a tím i lepší formu péče na konci života. Hlavním argumentem hospicových organizací je nepředvídatelnost jiných nenádorových onemocnění s neodhadnutelnou trajektorií, která na rozdíl od pacientů s rakovinou má lepší předvídatelnost a jistou konzistenci.

Studie od autorů Haugen et al., (2021, s. 1273-1284) se zaměřila na prozkoumání zkušenosti rodinných příslušníků při umírání. Zkoumání bylo provedeno v nemocnicích v Argentině, Brazílii, Uruguayi, Velké Británii, Německu, Norsku a Polsku. Pro získání informací byl použit dotazník Care Of the Dying Evaluation, který byl rodinám rozeslán 6 až 8 týdnů po úmrtí. Základním zkoumáním bylo, jak často bylo s umírajícím zacházeno důstojně a s respektem a jak dobře byli rodinní příslušníci podporováni v posledních dnech života pacienta, zda pacienti zažívali diskomfort poslední dva dny svého života a zda byly u pacienta vyslyšena přání zdravotnickým personálem v posledních dvou dnech života. Do studie se zapojilo 914 rodinných příslušníků a nejbližších, kteří tento dotazník vyplnili. Podmínkou pro vyplnění dotazníku bylo dosažení 18 let a poskytnutí souhlasu. Častěji odpovídaly ženy a to z 67 % a manželé nebo partneři zesnulých a to z 45 %. I když mezi zkoumanými nemocnicemi existovaly rozdíly, 49 % zemřelých bylo hospitalizováno na interním a chirurgickém oddělení. Z dotazovaného vzorku bylo vnímáno, že ze zesnulým zacházeno po dobu hospitalizace důstojně s respektem vždy nebo většinou bylo ze stran ošetřovatelského personálu. S hodnocením 0 nikdy a 4 vždy byla dosažena mezistátní odchylka 3,3-4,0. Nejhůře dopadlo hodnocení sester v Argentině s bodovým rozmezím 3-3.5 b, v Brazílii s 3.1-3.6 b, Spojené království 3.1-3.7 b. Zato nejlépe dopadli zdravotníci v Německu, Polsku, Uruguayi a Norsku s bodovým hodnocením od 3.7-4.0. Navíc 89 % dotazovaných uvedlo, že byli dostatečně podporováni v posledních dnech života zesnulého, přičemž více než 80 % reagovali pozitivně pro každou jednotlivou zemi. Regresní analýzy, poukázaly na vnímání pozůstalých, jak dlouho bylo s pacientem zacházeno důstojně a s respektem v posledních dnech života. Pokud byl zesnulý hospitalizován na jednotce paliativní péče bylo se zesnulým dříve a více zacházeno důstojně a s respektem. Rozdíl v chování lékařů byl výrazně nižší než rozdíl v chování sester. Zda byli příbuzní dostatečně podporováni během posledních dnů života pacienta bylo lépe vnímáno na jednotce paliativní

péče a to s 98 %, kdežto na ostatních odděleních to bylo pouze 86 %. Analytickým zkoumáním otázek ohledně komunikace se ukázalo, že 87 % účastníků bylo informováno o blízcím se úmrtí příbuzného v rozpětí 79-96 %. Méně však byly poskytovány informace a diskuse o tom co očekávat v období umírání a smrti. U dotazníku vyplynulo, že 61 % účastníků by si rádo tyto informace vyslechli, nebo měli rozhovor na toto téma. Většina účastníků průzkumu hodnotila péči o umírajícího příbuzného velmi dobře, nebo dobře, a že s umírajícími bylo zacházeno důstojně a s respektem. Důraz by měl ale přijít i na poskytování informací, ty byly dostatečně podány v případě nadcházející smrti, avšak poskytování informací rodině a příbuzným o procesu umírání by se mohl zlepšit.

Výzkumná studie od autorů Heckel et al., (2020, s. 4527–4537) prozkoumala kvalitu péče na konci života na oddělení dvou nemocnic v Německu. Hlavní studie bylo zjistit zkušenost příbuzných/ošetřovatelů na úmrtí dlouhodobě nemocných pacientů v nemocnici v letech 2016 a 2017. Za toto období zemřelo 1714 pacientů, byli vyřazeni všichni, kdo nesplňoval následující požadavky věk nad 18 let, pobyt v nemocnici alespoň 3 dny před úmrtím a úmrtí bylo předpokládáno a nebylo způsobeno náhle. Zkoumaný vzorek byli příbuzní, kteří poskytovali pacientům domácí péči nebo byli pacientovi blízcí. Celkem bylo kontaktováno 914 nejbližších příbuzných, kdy 130 odmítlo účast a 433 souhlasilo pouze s telefonickým kontaktem. Aby byl zajištěn dostatek účastníků bylo kontaktováno dalších 223 příbuzných. Více než polovina pacientů zemřela přímo na specializovaném pracovišti paliativní péče, a zbylých 49,4 % pacientů zemřelo na standardních odděleních nebo na odděleních intenzivní péče. Příbuzní uváděli v dotazníku CODE-GER péče své zkušenosti v různých kategoriích, se kterými se setkali v průběhu, kdy jejich blízcí umírali. Dotazník obsahoval otázky zaobírající se doménou hygieny, soběstačnosti, pohodlí, soukromí, důvěry ,a komunikace se zdravotnickým personálem. Nejlépe byly hodnoceny kategorie podpora lékařů a sester, spirituální a emocionální podpora, přizpůsobení prostředí a opravdová pomoc při smrti a krátce po ní, s hodnocením velmi dobré. Zbylé kategorie jako informovanost a rozhodování a informovanost o procesu umírání by se daly spíše vyhodnotit jako dobré nebo průměrné. Skoro polovina účastněných 45,6 % odpověděla, že jim nebyly podány informace, co přesně očekávat u pacienta, který umírá, z nich 52,9 % uvedlo, že by tyto informace uvítali. Převážná většina příbuzných až na výjimky se shoduje s vysokou kvalitou péče na konci života. Faktory, které souvisí s prostředím, přístupem personálu, cílem terapie ale i očekávání nejbližších příbuzných se mohou lišit podle oddělení, kde byli jejich příbuzní pacienti hospitalizováni. Nedostatek personálu nebo časových zdrojů mohl také ovlivnit

zkušenosti pozůstalých příbuzných. Studie poukázala na nutnost zlepšit informovanost rodiny a zapojit rodinné příslušníky do rozhodování, a to na všech odděleních nemocnice. Přestože jsou příbuzní preferovaným zdrojem informací o pacientovi, protože se často již nelze pacienta dotázat mohou být jejich odhady zkreslené emocemi.

Studie od autorů Chiang & Kao (2021, s.2-6) retrospektivně zkoumala pacienty, kteří zemřeli v pokročilém stádiu onemocnění a obdrželi péči ve fakultní nemocnici v Taiwanu od 1. ledna do 31. prosince a jejich stav vyžadoval následovnou péči v domácím prostředí. Podmínkou pro zařazení do studie byla nemoc v pokročilém stádiu s prognózou smrti v následujících 6 měsících, kteří měli nárok na paliativní péči. Uplatnění paliativních služeb bylo posouzeno paliativním pečovatelským týmem. Pokud pacient vyžadoval paliativní péči, která mohla probíhat v domácím prostředí, mohl být převeden do péče paliativního týmu, kdy pacienti nebo příbuzní podepsali formulář se zákazem resuscitace. Vzorek zkoumaných byl rozdělen na 2 skupiny. První skupina, u nichž byla zajištěna domácí péče s paliativními službami a souhlas s neresuscitováním. Druhá skupina kontrolní, která dostávala pouze domácí péči bez paliativních služeb. Výsledné proměnné ovlivňující péči na konci života byly rozděleny do pěti ukazatelů kvality péče na konci života. Prvním ukazatelem byla více než jedna návštěva urgentního oddělení. Druhým ukazatelem byla hospitalizace na jakémkoli nemocničním oddělení více než jednou. Třetím ukazatelem byla hospitalizace na jednotkách intenzivní péče v posledním měsíci života. Čtvrtým ukazatelem bylo provedení resuscitace v posledním měsíci života. Pátým a posledním z ukazatelů bylo úmrtí v nemocnici. Všichni tyto ukazatelé poukazovali na nízkou kvalitu paliativní péče. Počet ukazatelů byl využit k posouzení agresivity léčby na konci života. S bodovým rozmezím 0 až 5, kdy 0 bodů znázorňovalo symptomatickou léčbu a 5 nejagresivnější léčbu. Do studie bylo zahrnuto 164 pacientů. Do první skupiny bylo zařazeno 52 pacientů a do skupiny kontrolní bylo zařazeno 112 pacientů. Mezi vzorky nebyl významný rozdíl v pohlaví a počtu užívaných léků užívaných za den. Počet klinických příznaků byl v první den zápisu vyšší u první skupiny v zastoupení horečky, dušnosti, krvácení z gastrointestinálního traktu a nevolnosti než skupina kontrolní. Zato ve skupině kontrolní převládalo zastoupení delirií, použití nasogastrických sond a katetrizace pacientů. Nebyly pozorovány významné rozdíly v obou skupinách s ohledem na počet prvních 4 ukazatelů kvality péče na konci života. První skupina 34,6 % měla daleko menší procentuální zastoupení úmrtí v nemocnici než skupina kontrolní 62,5 %. Prostřednictvím vícenásobné regresivní analýzy s úpravami bylo zjištěno, že paliativní péče je negativním faktorem pro úmrtí v nemocnici. Avšak paliativní péče

nebyla významným faktorem péče u pacientů, kteří navštívili v posledním měsíci života nemocnici více než jednou. Hospitalizace v nemocnici byla ovlivněna významně u pacientů, kteří více než jednou navštívili pohotovostní oddělení. Více než jedna hospitalizace také významně ovlivnila přijetí na jednotku intenzivní péče v posledním měsíci života. Studie prokázala, že využití paliativní péče v domácím prostředí vede k výrazně nižšímu zatížení nemocnic a tím snížení nákladů spojených s hospitalizací. Pokud je domácí péče převedena do péče s paliativními službami dojde ke zlepšení poskytování péče na konci života. Studie také prokázala významný rozdíl mezi pacienty ze vzorku první skupiny a skupiny kontrolní, kdy kvalita péče o pacienty ve vzorku první skupiny byla lépe hodnocena příbuznými jako důstojná a adekvátní pacientovu stavu. K ověření poznatků této studie by bylo nutné zajistit větší výzkumný soubor a lepší propojení pacientů dostávající paliativní péči a pacientů s pouhou domácí péčí.

2.1 Důležitost správné komunikace na konci života

Řádná konverzace na konci života je velmi důležitá pro pacienty dlouhodobě nemocnými a jejich příbuzné. Mluvit o péči na konci života je propojeno se snížením nákladů a zlepšením kvality péče posledních týdnů života pacienta. Avšak je nutné objasnění skutečných přání pacienta a příbuzných ohledně péče na konci života v intenzivní péči v nemocničním prostředí (Bergenholtz et al., 2020, s.1).

Studie autorů Bergenholtz et al., (2020, s.2-9) se zaměřila na konverzace na konci života přání pacientů s nevléčitelnými nemocemi, jejich pocity a myšlenky o smrti a umírání v nemocnici. Ve studii je udáno, že pacienti rozdělili konverzaci na 2 hlavní témata. První téma se týká úvah o pacientově životě, smrti a umírání. A druhé téma zaobírají se přáním pacienta hovořit o konci života v aktuálním nemocničním prostředí. Pomocí polostrukturovaného rozhovoru jako hlavní metodu dat. Pacienti vyjádřili, jak jiný byl jejich život před vypuknutí nemoci. Ztráta práce, přátel a fyzických dovedností. Obecná potřeba přemýšlet o konci života se zdá pro pacienty druhotné, protože změny v každodenním životě jsou moc velké a závažné. U dotazovaných šlo pozorovat různost názorů, od odmítání komunikace o konci života až po podrobné naplánování svého umírání a možnosti postarat se o příbuzné, až to nebudou schopni vykonávat oni sami. Tato skupina pacientů měla již vytvořený plán, jak chtějí umřít, výběr rakve a uspořádány právní záležitosti jako byla závěť a souhlas s neresuscitováním. Častým pohledem na onemocnění byl, takový že pacienti měli

radost, že své poslední dny mohou strávit se svými blízkými a milovanými, dokud si to ještě pamatují. U některých pacientů, kteří nechtěli mluvit o konci života stále panovala naděje na co se těšit do budoucna, víra v uzdravení a radost z naplánovaných aktivit. Druhé téma, kterým se studie zabývala, starostmi pacientů při rozhovoru se zdravotníky pracujícími v nemocnici. Časté stížnosti byly na nedostatečné použití empatie a malé použití citlivosti a soukromí při rozhovoru o tomto tématu. V konceptu důvěry ve vztahu pacient a zdravotnický pracovník často pacienti udávali domněnky o tom, že všeobecné sestry nebo lékaři nemají čas s nimi rozhovor vést. Také role pacienta bylo často zdůrazňovanou překážkou v rozhovoru o citlivých záležitostech. Pacienti udali, že bylo všeobecně lehčí mluvit o smrti se zdravotníky, když u rozhovoru byl přítomen rodinný příslušník.

Studie autorů (Andrade et al., 2020, s.713-717) se zaměřila na posouzení komunikace mezi paliativní sestrou a pacientem v péči na konci života. Kromě různých strategií v této oblasti komunikace vyniká, protože je součástí lidské esence chápána jako výměna chápání a sdělení nápadů a významu. V rámci ošetrovatelské praxe hraje velmi důležitou roli, a to především v péči na konci života, kde zajišťuje chod vztahu mezi sestrou a pacientem. Komunikace není pouze mluvené slovo, vede také k pozornému naslouchání a porozumění. Komunikace je relevantním nástrojem, který se snaží zprostředkovat lidské vztahy, umožňuje podporu a upevnění vztahu. V péči na konci života je snaha vykomunikovat pacientovu úzkost, obavy, pochyby, toto sdílení emocí tvoří základ vztahu mezi pacientem a sestrou. I když pacient nekomunikuje, je důležité, aby věděl, že má k dispozici specialistu, který projevuje pozornost a zájem vůči pacientovi. Nejčastější obavy u rodinných příslušníků pacienta jsou nejistota, obavy ze ztráty a budoucnosti. Proto je důležitá i komunikace mezi rodinou a ošetřující sestrou, která je díky efektivní komunikace může zapojit do paliativní péče. Efektivní komunikace mezi sestrou, rodinou a pacientem je nesmírně důležitá, kvůli lepšímu posouzení pacientových potřeb. Rodina pacienta může objevit mnoho úzkostí nebo obav a mohou tak sestře vyjasnit pochybnosti v této fázi života a tím umožnit sestře lepší pánování péče na konci života. Studie prokázala, že přínos komunikace sester v paliativní péči na konci života může zásadně ovlivnit kvalitu umírání. Může také pomoci rodinným příslušníkům pomoci vypořádat se se změnami, kterými umírající prochází jak fyzicky, tak duševně. Velký přínos je i zbavení se obav a emocí, které pacienta provází a dovede je připravit na cestu která je čeká. Díky komunikaci se mění i způsob léčby, tak aby byly eliminovány akutní problémy a obtíže.

3 Vliv péče a její formy na konci života na místo úmrtí

Místo úmrtí je důležitým faktorem ovlivňující kvalitu péče na konci života pro pacienty, pečující a systém zdravotnictví. Úmrtí v nemocnici je bráno spíše jako výsledek nesprávného plánování péče na konci života. Průzkum dlouhodobě nemocných pacientů ukázal, že by více než polovina upřednostnila úmrtí v nemocnici. Tato preference zůstává stejná v celém průběhu onemocnění (Orlovic et al., 2020, s.2). Trend podporovat umírání v domácím prostředí byl výsledkem spojení různých perspektiv. Hlavní kritika umírání v nemocničním prostředí je ve Spojením království taková, že hospitalizace umírajících představuje obrovskou zátěž pro zdroje sekundární péče. Umírání doma je dnes pojímáno více jako přání jedince a jedná se tedy o respekt, důstojnost a právo pacienta. Tím pádem je nutno podporovat tuto potřebu zejména ve zdravotních službách a tím snížit výdaje a zátěž na sekundární zdroje a péči. (Driessen et al., 2021, s.1,2). Reprezentativní průzkumy v Německu ukazují, že většina 57 % Němců si přeje zemřít doma. V realitě ale pouze menšina lidí zemře mimo zdravotní nebo pečovatelské instituce. Tento trend převažuje západních průmyslových zemích. Studie v Německu v roce 2011 zjistila, že 23,3 % lidí za daný rok zemřelo doma a 75,9 % zemřelo v různých institucích. (Dasch et al., 2021, s.331-338). Mnoho starších pacientů si přeje zemřít doma, umírající chtějí strávit své poslední chvíle v prostředí, které znají a být obklopeni svými blízkými. Spokojenost rodinných příslušníků, starající se o své příbuzné by se mohla zvýšit, kdyby okolní podmínky umožnily se o své blízké lépe postarat na konci jejich života na jimi preferovaném místě. Avšak stále existuje propast, kdy místo kde lidé umírají se neshoduje s místem jejich přání. V Japonsku celostátní průzkum v roce 2012 poukázal, že lidé starší 55 let spíše očekávali, že poslední chvíle jejich života stráví doma než v nemocnici. 54,6 % účastníků chtělo umřít doma. V roce 2017 se však v Japonsku snížil počet úmrtí doma na pouhých 13,2 % a úmrtí v nemocničním prostředí vzrostly na 73,0 % (Abe et al. 2020, s.2).

Autoři retrospektivní studie Lai et al., (2021, s.1221-1230) zkoumali souvislost s místem úmrtí a zapojením rodinných příslušníků do péče na konci života. Výzkumná data byla poskytnuta z asociace výzkumu pečovatелů a asociace trendů ve stáří za rok 2016 a 2017 v Číně v nemocnici v Šanghaji Procentuální zastoupení úmrtí v domácím prostředí je 38,9 %, v nemocnici 33,1 %, v pečovatelských domech, hospicích nebo jiných institucích 28,0 %. Pečovatelé ze stran rodinných příslušníků poskytli v průměru 150,8 hodin ošetrovatelské péče. 45,5 % těchto pečovatелů uvedlo vysoké emoční potíže. Studie prokázala, že pokud byly zprostředkovatelem péče v domácím prostředí dcery nemocných, které pocházely z větších

rodin, byla u pacienta výrazně vyšší pravděpodobnost na úmrtí v domácím prostředí. Než na úmrtí v nemocnicích nebo pečovatelských domech. Počet rodinných příslušníků měl také významnou roli v pravděpodobnosti úmrtí. Když se jednalo o více člennou rodinu mezi 1-5 příslušníky s dcerami byla pravděpodobnost na úmrtí doma zvýšena až o 50 %. Přítomnost partnerů/synů neměla významný vliv na pravděpodobnost úmrtí doma. Důvodem může být horší zdravotní stav manželů a větší zátěž v roli pečovatele, a proto nemusí být schopni pomoci uspokojit potřeby domácí péče na konci života. Intenzita péče spojená s místem úmrtí pacienta se lišila v počtu doby poskytnuté péče. Pacienti, jenž zemřeli doma měli průměrnou dobu poskytnuté péče 209,8 hodin v době umírání. V nemocnicích tato doba byla výrazně nižší s 114,8 hodinami a v pečovatelských domech nejnižší s 81,2 hodinami. U pacientů, kteří zemřeli doma pečovatelé uvedli v 37,3 % případů silných emočních obtíží. Při úmrtí v nemocnicích a pečovatelských domech byly zaznamenány emoční obtíže u 60,2 % a 45,2 % rodinných příslušníků, kteří poskytovali péči před hospitalizací v institutu. Studie také poukázala na možnost, kdy častá změna prostředí na konci života byla vnímána jako neuspokojivá kvalita péče s vyšším emočním vypětím pečovatele.

Průřezová studie od autorů Abe et al., (2020, s.3-11) zkoumala souvislost jednotlivých typů služeb péče na konci života v domácím prostředí, denních služeb v domácnosti a krátkodobých služeb v domácím prostředí v Japonsku. Domácí služby v Japonsku jsou rozděleny do dvou kategorií. První kategorie zahrnuje péči v místě bydlení pacienta, který přijímá péči. Jsou zde zahrnuty služby domácí péče, ošetrovatelskou péči, lékařská podpora, hygiena, rehabilitaci a pronájem sociálních zařízení pro péči. Denní služby, které zahrnují ošetrovatelskou péči a rehabilitaci. A krátkodobé pečovatelské služby spolu s lékařskými službami. Druhá kategorie zahrnuje služby pro pacienty v zařízeních dlouhodobé péče a pečovatelských domech, kde vyškolený manažer koordinuje druh služeb, který bude v dlouhodobé péči použit. Provádění těchto služeb však není vždy zprostředkováno vyškoleným personálem. V Japonsku je kvalifikace specializovaných pracovníků regulována zdravotnickými zákony. Zatím co pečovatelé a konzultanti specializované péče spadají pod zákony dlouhodobé péče. To znamená, že nepotřebují žádnou kvalifikaci ve zdravotnictví na rozdíl od všeobecných sester. Tyto osoby tak do péče přispívají spíše pronájmem sociálních zařízení. Výzkumný soubor se skládal z 2 035 657 příjemců jednoho z výše uvedených druhů péče, kteří zemřeli v období let 2008–2013. Podíl domácích úmrtí byl každý zkoumaný rok zhruba 14 %, ale rostl počet starších lidí, kteří zemřeli v zařízeních dlouhodobé péče a pečovatelských ústavech. Pravděpodobnost úmrtí doma byla pro pacienty, kteří využívali

domácí péči 13,4 %, pro využívání denní služby 6,32 %, a pro využívání krátkodobých služeb 1,25 %. Lidé, kteří neužívali žádnou ze služeb dlouhodobé péče měli o 2,4 % nižší šanci na úmrtí v domácím prostředí než lidé, kteří některou ze služeb měli. Nejvyšší pravděpodobnost na úmrtí doma byla u pacientů využívající pouze domácí péče. Studie potvrdila, že variace mezi preferovaným místem úmrtí a reálným místem úmrtí jsou mnohé, nejčastěji to bývá koordinace lékařů, sester a poskytovatelů ošetrovatelských služeb pro pacienty dlouhodobě nemocné.

Deskriptivní analytická studie od autorů Dasch et al. (2021, s.331-338) zkoumala trendy pro místo úmrtí v Německu v roce 2001, 2011 a 2017. Také bylo zkoumáno, jak byla paliativní péče v průběhu let rozšířena, s průzkumem i specializované paliativní péče v ambulantních podmínkách. Primární cíl je zjistit rozlišnosti v trendech pro úmrtí v letech 2001 a 2017. Sekundárním cílem bylo zjistit, jak často byly využity ambulantní služby paliativní péče pacienty, kteří zemřeli v roce 2017. Tato studie byla navržena jako průřezový průzkum, který zobrazuje změny v rozložení místa úmrtí v různých časových okamžicích. Celkem bylo zkoumáno 38 954 úmrtí. V průběhu let byl zaznamenán nárůst 11 900, 12 900 a 14 000 úmrtí. Nejčastějším místem úmrtí byla nemocnice, kde zemřelo více než 50 % populace. Druhé místo zaujímá domácí prostředí s 27,8 % v roce 2001 a 21,3 % v roce 2017. V pečovatelských domovech zemřelo 13,1 % a 20,4 % ve stejném pořadí. Studie poukázala na pokles úmrtí v domácím prostředí v průběhu let a nárůst úmrtnosti v nemocnicích a pečovatelských domech. Také bylo vyzkoumáno, že ženy měly častější zastoupení v úmrtnosti v pečovatelských domovech, zatím co muži měli častější zastoupení v úmrtí v domácím prostředí. Ambulantní paliativní péči obdržela čtvrtina zemřelých ve městě Münster a okrese Coesfeld v roce 2017. Studie prokázala, že kvůli přidruženým komorbiditám, křehkosti nebo kvůli ošetrovatelské péči se mění i místo úmrtí pacientů. Důvodem může být, že věk pacientů stále narůstá a tím se i zvyšuje počet úmrtí v nemocnici. Jelikož celkový stav pacientů a nemoc často již neumožňují rozhodnout o místě úmrtí můžeme vidět nárůst úmrtí pacientů v institucích.

Studie od autorů Driessen et al. (2021, s.3-7) se zabývala dominantními rysy péče na konci života a způsob jejího poskytnutí specializovanými paliativními týmy a spojitosti s místem úmrtí. V posledních letech se ve Spojením Království i zahraničí paliativní péče zaměřuje na důležitost místa úmrtí. Ve Spojeném Království tato možnost byla zmíněna pouze ve formálních dokumentech, které podporují péči na konci života se zvoleným místem úmrtí. V rámci dokumentace je úmrtí doma označováno jako nejvíce vhodné a místo úmrtí

v nemocnici jako nejméně vhodné. Tento trend podpořit umírání doma byl výsledkem kritiky společnosti, kdy hlavním problémem byla domněnka, že konec života se stal příliš medikalizovaným. Kdy je společností uznán fakt, že pacienti, kteří umírají v nemocnici jsou velkou zátěží pro zdroje nemocnice jak finanční, tak i zaměstnanecké. Tato studie zkoumala osmnáct měsíců terénní praxe paliativní péče od května 2018 do prosince 2019 poskytovanou dvěma paliativními týmy v Londýně. Studie popisuje případy konkrétních pacientů, kdy pacienti nevyjádřili své přání na místo úmrtí, a kvůli zdravotnímu stavu byli převezeni do nemocnice, kde následně zemřeli. Kdykoliv došlo k takovému úmrtí, manažer paliativního týmu bodově ohodnotil tým, který poskytoval služby pacientovi. Toto hodnocení vycházelo vždy z pacientova přání na preferované místo úmrtí, pokud bylo přání splněno byl tým ohodnocen kladně. Studie také popisovala úpravu domácího prostředí na smrt pacienta 75 let s diagnostikovanou chronickou ischemickou chorobou postihující srdce a mozek. Byt pacienta byl předělán, aby se co nejvíce zamezilo riziku pádu. To znamenalo vyklizení prostor, připevnění kobereců k podlaze. Věci, které si pacient chtěl ponechat byly uloženy v krabicích. Tam se nacházely především oblíbené knihy a fotografie manželky. Byla snaha zachovat byt pacienta v co nejvíce nepozměněném stavu, aby se pacient pořád cítil jako doma. Paliativní tým se snažil zajistit pacientovi nemocniční lůžko, které již předpokládá, že smrt proběhne doma, ale kvůli prostorovým důvodům a zaplněnosti pokoje nábytkem nebylo možno tuto službu provést. Paliativní tým se pro to rozhodl k instalaci madel k pohybu pacienta a zajištění co největší soběstačnosti pacienta, protože to bylo jeho přání. Příprava nemocničních prostorů na úmrtí pacienta bylo také zkoumáno studií, i když se propaguje umírání doma tak více než polovina smrtí stále probíhá v nemocnicích. U více lůžkových pokojů, kde jediný pokus o udržení intimity je modrý závěs, který lze zatáhnout velice nevyhovující. Uznání skutečnosti, že takové prostory nemocnice se nehodí jako místa vhodná pro smrt, bylo zásluhou národního programu SWAN (angl. Zkratka, sight, words, actions a needs), která doporučuje, aby všichni zdravotnický personál, zajistil soucitnou a uctívou péči pacientům, u kterých je prokázáno, že jejich úmrtí blíží. Symbol právě labutě je zavěšen u lůžka pacienta nebo na dveřích od pokoje. To naznačuje, že pacienta může rodina a blízcí kdykoliv navštívit, umožňuje možnost postarat se o potřeby pacienta nebo komunikovat o fotografiích a sdílet tak s pacientem vzpomínky a smích. Tyto akce jsou velice vítány, když jsou prováděny při návštěvách rodinných příslušníků. Pro případné návštěvy v nočních hodinách je připraven hygienický balíček, kde jsou základní hygienické pomůcky a materiály potřebné pro krátkodobý pobyt. Na těchto pokojích je vynaložena snaha přizpůsobit pokoj právě tak, aby umírajícím pacientům připomínal přívětivé prostředí domova.

4 Vliv koronaviru na péči na konci života

Koronavirus typu severe acute respiratory syndrome-related coronavirus neboli SARS-CoV-2 (dále jen COVID-19) vedl ke globální pandemii při druhé a třetí vlně. Na nemocničních odděleních především na jednotkách intenzivní péče to vedlo k omezení návštěv. Toto opatření mělo velký dopad na zapojení příbuzných při umírání jejich blízkých a na jejich následný proces truchlení. To mohlo u příbuzných způsobit další duševní problémy jako například deprese, úzkosti a komplikovaný smutek (Jeitziner et al., 2021, s.212-214). Pandemie COVID-19 změnila poskytování péče na konci života. Jedno ze základních opatření proti přenosu zasahovalo návštěvnosti pacientů v nemocnicích. Proto většina zdravotnických zařízení omezila návštěvy rodin s výjimkou soucitné péče. Otevřená komunikace je znakem vysoké kvality paliativní péče, avšak kvůli nařízení museli pacienti a rodiny hledat alternativní komunikační postupy (Ersek et al., 2021, s. 213-222).

COVID-19 má za následek vysokou nemocnost a úmrtnost. Vyšší úmrtnost se objevuje především u pacientů s komorbiditami převážně pak u pacientů s kardiovaskulárními onemocněními nebo CHOPN. Týmy nemocniční paliativní péče mají za úkol posílit holistický přístup a soucitnou péči u všech onemocněním potencionálně omezujících život. Během pandemie využívaly nemocniční systémy znalosti paliativních odborníků při zvládnutí symptomů, emoční podpoře a možnosti komunikace izolovaných pacientů a jejich rodin (Cheruku et al., 2022, s.230-237). Očekávalo se, že pandemie bude mít dlouhodobý dopad na poskytování paliativní péče a onkologických služeb s odhadovaným zpožděním 45 000 pacientů diagnostikovaných onkologickým onemocněním ve Velké Británii. Zkoumání zkušeností u rodinných příslušníků během pandemie prokázalo zhoršenou psychickou pohodu v kontextu sociální izolace, komunikační bariéry a omezení návštěv. Jak pandemie postupovala i do dalšího roku a s objevením nových variant onemocnění zůstávalo prioritou, plánování příprav na nadcházející způsoby poskytování péče na konci života pacientům s onkologickým onemocněním (Mcfarlane et al., 2022, s.2-8).

Pandemie donutila nemocnice a pečovatelské domy najít nové způsoby léčby, léčebné postupy a postupy poskytování paliativní péče. Na počátku pandemie bylo ve Švédsku sepsány pokyny pro poskytnutí paliativní péče u pacientů s COVID-19 a jak poskytnout dostatečnou podpůrnou péči a jak zmírnit příznaky. Mezi nejčastější příznaky se řadila dušnost, sekrece z dýchacích cest, delirium, nevolnost, bolest a úzkost (Martinsson et al., 2021, s.3-9).

Retrospektivní studie autorů Ersek et al., (2021, s. 213-222) se zabývala zapojením a komunikací do péče během posledního měsíce života u válečných veteránů během pandemie COVID-19 ve Spojených Státech. Celkový vzorek zahrnoval 328 zemřelých. Dvě třetiny vzorku zemřelo v nemocnici na odděleních akutní péče. Zbýlý počet pacientů zemřel v pečovatelských nebo hospicových domech. Více než 94 % zemřelých podepsalo souhlas pro možnou léčbu na podporu života, avšak 86,6 % zemřelých podepsalo souhlas s neresuscitováním. U 74 % pozůstalých v dotázaných uvedlo, že komunikovali osobně nebo telefonicky s pacientem v posledním měsíci života. 26 % pozůstalých uvedlo že neměli žádný kontakt s pacientem. Ohledně komunikace a zapojení se do péče o pacienta uvedlo 7 % pozůstalých, že neměli kontakt jak s poskytovatelem péče, tak ani s personálem. Tato studie podporuje důležitost komunikace v jakékoli formě mezi rodinou, pacientem a ošetrovatelskými týmy v období omezených návštěv vyplývajících z onemocnění COVID-19. Studie zjistila, že rodiny komunikující pomocí telefonů, popřípadě jiných telekomunikačních metod vykazují výrazně lepší zkušenosti rodin s péčí na konci života. Celkové hodnocení péče na konci života stejně jako komunikace ohledně péče o pacienta, kdy pečovatelé naslouchali a respektovali rozhodnutí rodiny, popřípadě ji informovali o zdravotním stavu pacienta. Tak rodiny pozůstalých hodnotili komunikaci s pacientem a poskytovatelem služeb jako velice efektivní. Tato studie se domnívá, že vzdálená komunikace mezi rodinou a pacientem mohla ovlivnit výsledky studie, kdy chyběl přímý kontakt s umírajícím, a to mohlo narušit fáze smutku.

Studie autorů Jeitziner et al., (2021, s.212-214) se zaměřila na přání a preference při poskytování péče ke konci života, úmrtí Covidových pacientů. V této studii byly také poskytnuty návrhy pro péči na konci života v období pandemie. V období pandemie zemřelo na odděleních jednotky intenzivní péče mnoho COVID-19 pozitivních pacientů, péči o ně byla zprostředkována multidisciplinárními zdravotníky. Proces umírání během COVID-19 je u každého jednotlivce velice specifický, mnoho pacientů zemřeli neočekávaně a je proto velmi těžké plánovat umírání. Důvěryhodný vztah mezi zdravotníky, pacientem a příbuznými pomáhá při prožívání situace pacienta a řeší různé strategie umírání. Zatímco u pacientů s COVID-19 je jen málo pacientů se zachovanou schopností rozhodování v terminální fázi života je nutné rychle provést intubaci a je zde omezený čas na přání pacientů, jak by si představovali, aby s nimi bylo zacházeno v péči na konci života. Také umožnit rodině pomocí videohovoru nebo osobně při použití ochranných pomůcek rozloučit se s pacientem nebo pacienta jen vidět může velmi pomoci s nacházejícím procesem truchlení. Jasná a otevřená

komunikace s pacienty a příbuznými je důležitá součást péče na konci života, během pandemie se mění, mluví se hodně o prognózách a péče na konci života je velice obtížná, ale dostatečné porozumění od příbuzných je zásadní pro jejich procesy truchlení. Doporučení, která tato studie nabízí pro péči na konci života během pandemie byla následující. Oddělení by měla využívat doporučených třídění a rozhodnutí na konci života pro lepší poskytování emocionální úlevy pacientů, poskytovat péči na konci života jak pacientovi, tak rodině kdykoliv je to možné, využití rolí všech pracovníků v péči a rozhodování na konci života, poskytnou rodině přístup k péči o terminálně nemocné pacienty a provádět záznam pro rodinné příslušníky, umožnit rodinnému příslušníkovi přístup k pacientovi nebo umožnit videohovor s rodinou během péče na konci života.

Studie autorů Cheruku et al., (2022, s.230-237), která se snažila zhodnotit vliv konzultace paliativní péče na komfort péče na konci života u pacientů s onemocněním COVID-19. Do této studie bylo zapojeno 3 227 pacientů, kteří zemřeli v nemocničním prostředí s onemocněním COVID-19 v 18 státech Spojených Států. Komfortní péče je v této studii definována jako alternativa agresivních terapií nemocných pacientů. Pacienti, kteří měli při hospitalizaci rozhovor o paliativní péči následně častěji hodnotili, že dosáhli komfortní péče než u pacientů, kdy tento rozhovor neproběhl. Procentuální zastoupení rozhovorů o paliativní péči se nelišil u pacientů, kteří si přáli být resuscitováni a u těch, kteří podepsali souhlas s neresuscitováním. U pacientů, kteří neobdrželi rozhovor o paliativní péči tak hodnotili péči na konci života spíše jako agresivní, pouhých 8,5 % pacientů ze této skupiny hodnotilo, že se jim byla podána komfortní péče na konci života. Tato studie potvrzuje souvislost s konzultací o paliativní péči a vyšším výskytem komfortní péče na konci života u pacientů s onemocněním COVID-19.

Retrospektivní studie autorů Mcfarlane et al., (2022, s.2-8) se zaměřila na péči ke konci života u onkologických pacientů hospitalizovaných s onemocněním COVID-19. Zkoumaný vzorek se skládal z 34 pacientů během prvních 2 vln onemocnění COVID-19 ve Velké Británii. Ze zkoumaného vzorku 29 pacientů nebylo ventilovaných a zemřeli v daném období. Další 5 pacientů zemřelo s neprokázaným onemocněním COVID-19. Všichni pacienti byli nastaveni na léčbu bolesti pomocí opioidů a benzodiazepinů. U 85 % pacientů byla uskutečněna léčba všech 4 příznaků spojených s koncem života. Příznaky léčené u pacientů na konci života byly bolest, nevolnost, sekrece z dýchacích cest, dušnost a úzkost. Celkem 79 % pacientů bylo nastaveno na subkutánní sedaci v posledních hodinách života.

Dokumentování míry pohodlí v době smrti bylo v 82 % zaznamenáno jako klidné a pohodlné, ve 12 % byl zaznamenán přetrvávající neklid.

Při péči o rodinné příslušníky se konaly rodinné diskuse. U 76 % pacientů byl v posledních hodinách smrti přítomen jeden z příbuzných. Rodiny pacientů vyjádřily úzkost a obavy z omezené možnosti komunikace v epidemiologických podmínkách. Výsledky studie poukazují na okamžitou identifikaci symptomů a obav paliativní péče mohou usnadnit aktivní zvládnání symptomů pomocí léčby a pacient může vyjádřit své priority a přání. Studie doporučuje školení ve zvládnání příznaků souvisejících s koncem života, a připravit tak personál na možné nárusty pacientů v době další vlny.

Studie autorů Martinsson et al., (2021, s.3-9) se zaměřila na symptomy, jejich úlevu a podporu pacientů v období umírání na onemocnění COVID-19 v nemocnicích ve Švédsku. S porovnáním nemocničních úmrtími za rok 2019. Výzkumný soubor tvořilo 1 476 dospělých, kteří zemřeli na onemocnění COVID-19 v roce 2020. Za rok 2019 zemřelo v nemocnici 13 158 dospělých. Tato skupina bude brána jako referenční. Skupina pacientů COVID-19 měla vyšší věk, a bylo zde procentuálně více mužů. Příznaky, které se vyskytly více ve skupině COVID-19 byly dušnost, úzkost a delirium. U referenční skupiny byl častější výskyt sekrece z dýchacích cest, nevolnost a bolest v posledním týdnu života. Skupina COVID-19 uvedla častější úlevu od níže uvedených příznaků úzkost, bolest a sekrece z dýchacích cest. V době úmrtí byla méně častá ve skupině COVID-19 přítomnost někoho blízkého, přítele nebo někoho z personálu než v referenční skupině. Během léčby bylo podání parenterální nebo enterální výživy pomocí sond více přítomno u skupiny COVID-19. Výsledek studie poukázal, že i když je COVID-19 nové onemocnění s novými příznaky a průběhem, standardní léčba příznaků na konci života fungovala v první vlně pandemie přijatelným způsobem. Avšak kvůli opatřením byly návštěvy pacientů zakázány v nemocnicích tak pacienti s onemocněním COVID-19 umírali častěji o samotě.

4.1 Význam a limitace dohledaných poznatků

Z dohledaných studií vyplývá, že většina úmrtí pacientů s chronickými onemocněními se koná v nemocnicích nebo pečovatelských institucích, popřípadě hospicích. Avšak přání většiny ať už nemocných nebo i zdravých je zemřít s rodinou v domácím prostředí. Tento trend je dnes již hodně podporován myšlenkami zdravotních pojišťoven, v některých státech dokonce i zákonem. V posledních letech se situace zlepšila, stále více je dnes možno využít

mobilních paliativních služeb, propůjčení pomůcek a je častěji vyslyšeno přání umírajících na jejich preferovaní místo úmrtí. Péči, která je umírajícím poskytnuta v domácím prostředí nejčastěji zprostředkovávají dcery pacientů, popřípadě placení pečovatelé. Pokud umírající pochází z rozsáhlé rodiny s více dcerami je u něj daleko větší šance, že zemře doma. Nejčastější důvody úmrtí v nemocnici jsou komorbidity, kdy kvůli zhoršení stavu je umírající převezen do nemocnice, kde následně umře. Tomu lze předejít poskytováním mobilních paliativních služeb u chronicky nemocných, kdy je sestaven plán a rodina pacienta je obeznámena s průběhem onemocnění a plánem úmrtí pacienta. Mobilní paliativní služby také dbají na vyslyšení všech přání pacienta, a snaží se průběh umírání tomuto přizpůsobit. Paliativní péče ve specializovaných pracovištích paliativy se snaží pomoci i rodině po úmrtí pacienta, kdy pomáhají rodině v průběhu truchlení. Komunikace je důležitou složkou péče na konci života ať už u pacientů nebo i rodiny. Pacienti s chronickými onemocněními potřebují znát prognózu a průběh svého onemocnění, aby měl čas a možnost připravit se na smrt, nebo si zajistit paliativní péči. V paliativní péči lze sestavit plán, který bere v potaz pacientovo přání a charakteristiku onemocnění a tím může zpříjemnit zbývající čas pacientovi. Pro rodinu je důležitá komunikace u onemocnění. Když není rodina informovaná, že pacient se blíží ke svému konci, tak si pořád myslí, že lze nemoc ještě vyléčit. Většina příbuzných neví, co očekávat, na co si dát pozor nebo jak svému blízkému pomoci. Tyto informace navíc nebývají vždy v nemocničních zařízeních sdělovány a příbuzní, kteří se se smrtí blízkých setkávají poprvé netuší, že i umírající má své potřeby. Příbuzní v čase, co s ním stráví o těchto potřebách netuší a mohou během truchlení hodně věcí vyčítat. Onemocnění koronavirus přineslo do paliativní péče řadu omezení, jak u pacientů s onkologickými onemocněními, tak i bez nich. Rodiny neměly možnost v prvních vlnách tohoto onemocnění trávit čas s umírajícími, jen ve výjimečných případech byli za umírajícím puštěni se rozloučit. Proto paliativní týmy a pečovatelské domy informovaly příbuzné o nutnosti využití telekomunikace pomocí videohovorů nebo jiných forem komunikace. Tyto možnosti komunikace byly později podporovány i v nemocničních odděleních na jednotkách intenzivní péče a onkologických odděleních.

Informace dohledaných výzkumných studií měly malý informativní vztah vzhledem k ošetrovatelským činnostem nebo sesterským intervencím. Kdy většina studií zkoumá incidenci symptomů spojených s umíráním, ale jen málo z nich se zkoumá způsoby úlevy daných symptomů nebo plánování intervencí k jejich zmírnění. Výsledky studií byly nejednotné v oblasti rizik spojených s místem úmrtí a pro správné vyhodnocení je potřeba

další výzkum. Ve většině studií nebylo jasné, pro jakou skupinu zdravotnického personálu jsou výsledky zkoumání péče určeny. Také se ve studiích nenacházel popis, jak vypadalo úmrtí pacienta v domácích prostředích a hodnocení kvality umírání.

Informace obsažené v této práci mohou sloužit všeobecným sestřám k rozšíření svých znalostí o péči o umírajícího pacienta a k zavedení nových intervencí do ošetrovatelské praxe při péči o pacienty na konci života. Práce může být také podkladem pro studenty Fakulty zdravotnických věd v Olomouci.

Závěr

Umírání je psychickou zátěží jak pro umírajícího, příbuzné tak i pro ošetřovatele v domácí péči nebo zdravotnický personál. Cílem bakalářské práce bylo sumarizovat aktuální dohledané poznatky o hodnocení kvality umírání a místě úmrtí a faktory ovlivňující tyto poznatky.

První dílčím cílem byla sumarizace aktuálních dohledaných poznatků o zajištění kvalitní péče na konci života. Dle dohledaných studií se kvalita péče na konci života a tím i umírání zvyšovaly, pokud bylo umožněno pacientovi zemřít na preferovaném místě smrti, bez bolesti a strachu v blízkosti své rodiny. Dle jedné ze studií byl na základě zjištění kvality péče o umírající pacienty v nemocnici vytvořen dotazník, který byl vyplněn blízkými příbuznými zemřelých. Při vyhodnocení většina příbuzných hodnotila péči jak sesterskou, tak i lékařskou velmi dobře nebo dobře. Další ze studií zkoumala vnímání důstojné péče u umírajícího, kdy pozůstalí hodnotili, že důstojné chování bylo přítomno u více než devadesáti procent případů a většina pozůstalých uvedla velkou podporu ze stran personálu v usnadnění fáze truchlení. Na základě těchto poznatků byl první dílčí cíl splněn.

Druhým dílčím cílem byla sumarizace aktuálních dohledaných poznatků o vlivu a typu poskytované péče na konci života s místem úmrtí. Podle výzkumu provedeného u pacientů v terminálním stádiu na onkologických ambulancích, měly na místo úmrtí vliv rozhovory o paliativní péči s lékařem a nastavení na symptomatické léčby pacientů. Při agresivní léčbě onkologických nemocí na konci života byla větší pravděpodobnost úmrtí v nemocnici. Také dle výzkumné studie měla na místo úmrtí vliv domácí paliativní péče koordinovaná paliativním týmem. Výsledky také prokázaly, že neefektivní komunikace mezi rodinou a terminálně nemocným ovlivňuje místo úmrtí. Další z faktorů může být zajištění dlouhodobé domácí péče, kdy je rodina seznámena s průběhem stavu nemocného a smrt je očekávána ve většině případů takto zajištěné péče. Je tedy pravděpodobnější úmrtí v domácím prostředí. Dle dohledaných informací o faktorech ovlivňující místo úmrtí pacientu byl druhý dílčí cíl splněn.

Třetím dílčím cílem byla sumarizace aktuálních dohledaných poznatků o vlivu onemocnění COVID-19 na péči na konci života. Z výzkumných studií bylo zjištěno, že kvůli preventivním opatřením proti šíření nemoci musely lůžkové oddělení paliativní a onkologické léčby být uzavřeny návštěvníkům. Toto nařízení mělo vliv u pacientů, kteří byli na konci života a měli velmi omezené návštěvy, kdy byly rodiny volány pouze v případě očekávané smrti pacienta. U pacientů, kteří byli izolováni, z důvodu pozitivního testování na

onemocnění COVID-19 často docházelo k úmrtím o samotě bez přítomnosti rodinného příslušníka nebo zdravotnického personálu. Návštěvy u pacientů, kteří byli v poslední fázi života byly povoleny, ale z důvodu rapidní změny zdravotního stavu, někdy i v rámci hodin se dost často se vyskytoval fenomén úmrtí o samotě. Dle dohledaných poznatků o vlivu onemocnění COVID-19 na péči na konci života byl třetí dílčí cíl splněn.

Tato práce může být využita v ošetrovatelské praxi pro rozvoj a přiblížení problematiky umírání pro všeobecné sestry a může sloužit jako podklad pro zavedení nových postupů a komunikace s umírajícími a rodinou. Poznanky mohou sloužit jako studijní materiál studentům Fakulty zdravotnických věd v Olomouci.

Referenční seznam

ABE, Kazuhiro, Atsushi MIYAWAKI, Yasuki KOBAYASHI, Taeko WATANABE a Nanako TAMIYA, 2020. Place of death associated with types of long-term care services near the end-of-life for home-dwelling older people in Japan: a pooled cross-sectional study. *BMC Palliative Care* [online]. 19(1) [cit. 2022-04-19]. ISSN 1472-684X. Dostupné z: doi:10.1186/s12904-020-00622-0

ANDRADE, Gustavo Baade, Vanessa Soares Mendes PEDROSO, Juliana Marques WEYKAMP, Luana da Silva SOARES, Hedi Crecencia Heckler SIQUEIRA a Janáina Cassana Mello YASIN, 2020. Palliative Care and the Importance of Communication Between Nurse and Patient, Family and Caregiver / Cuidados Paliativos e a Importância da Comunicação entre o Enfermeiro e Paciente, Familiar e Cuidador. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online* [online]. 11(3), 713-717 [cit. 2022-03-20]. ISSN 2175-5361. Dostupné z: doi:10.9789/2175-5361.2019.v11i3.713-717

BARKER, Rhiannon, Patricia WILSON a Claire BUTLER, 2021. How does English national end-of-life care policy impact on the experience of older people at the end of life? Findings from a realist evaluation. *Primary Health Care Research & Development* [online]. 22 [cit. 2022-03-20]. ISSN 1463-4236. Dostupné z: doi:10.1017/S1463423621000621

BERGENHOLTZ, H., M. MISSEL a H. TIMM, 2020. Talking about death and dying in a hospital setting - a qualitative study of the wishes for end-of-life conversations from the perspective of patients and spouses. *BMC palliative care* [online]. 19(1), 168 [cit. 2022-03-13]. ISSN 1472684X. Dostupné z: doi:10.1186/s12904-020-00675-1

BINDA, Filippo, Marco CLARI, Gabriella NICOLÒ, Simone GAMBAZZA, Barbara SAPPÀ, Paola BOSCO a Dario LAQUINTANA, 2021. Quality of dying in hospital general wards: a cross-sectional study about the end-of-life care. *BMC Palliative Care* [online]. 20(1) [cit. 2022-03-07]. ISSN 1472684X. Dostupné z: doi:10.1186/s12904-021-00862-8

CHERUKU, Sreekanth R., Alexis BARINA, Corey D. KERSHAW, et al., 2022. Palliative care consultation and end-of-life outcomes in hospitalized COVID-19 patients. *Resuscitation* [online]. 170, 230-237 [cit. 2022-03-23]. ISSN 03009572. Dostupné z: doi:10.1016/j.resuscitation.2021.12.011

CHIANG, Jui-kun a Yee-hsin KAO, 2021. Quality of end-of-life care of home-based care with or without palliative services for patients with advanced illnesses. *MEDICINE* [online].

100(18), e25841 [cit. 2022-03-07]. ISSN 00257974. Dostupné z: doi:10.1097/MD.00000000000025841

DASCH, Burkhard a Peter K. ZAHN, 2021. Place of Death Trends and Utilization of Outpatient Palliative Care at the End of Life. *Deutsches Ärzteblatt international* [online]. [cit. 2022-04-19]. ISSN 1866-0452. Dostupné z: doi:10.3238/arztebl.m2021.0124

DRIESSEN, Annelieke, Erica BORGSTROM a Simon COHN, 2021. Placing death and dying: Making place at the end of life. *Social Science & Medicine* [online]. 291 [cit. 2022-04-19]. ISSN 02779536. Dostupné z: doi:10.1016/j.socscimed.2021.113974

ERSEK, Mary, Dawn SMITH, Hilary GRIFFIN, et al., 2021. End-Of-Life Care in the Time of COVID-19: Communication Matters More Than Ever. *Journal of Pain and Symptom Management* [online]. 62(2), 213-222.e2 [cit. 2022-03-22]. ISSN 08853924. Dostupné z: doi:10.1016/j.jpainsymman.2020.12.024

GUTIÉRREZ-SÁNCHEZ, Daniel, Rafael GÓMEZ-GARCÍA, María Luisa Martín ROSELLÓ a Antonio I. CUESTA-VARGAS, 2021. The Quality of Dying and Death of Advanced Cancer Patients in Palliative Care and Its Association With Place of Death and Quality of Care. *Journal of Hospice & Palliative Nursing* [online]. 23(3), 264-270 [cit. 2022-03-09]. ISSN 1539-0705. Dostupné z: doi:10.1097/NJH.0000000000000752

HAUGEN, D. F., K. O. HUFTHAMMER, C. GERLACH, et al., 2021. Good Quality Care for Cancer Patients Dying in Hospitals, but Information Needs Unmet: Bereaved Relatives' Survey within Seven Countries. *The oncologist* [online]. 26(7), e1273-e1284 [cit. 2022-03-10]. ISSN 1549490X. Dostupné z: doi:10.1002/onco.13837

HECKEL, Maria, Annika R. VOGT, Stephanie STIEL, Johannes RADON, Sandra KURKOWSKI, Swantje GOEBEL, Christoph OSTGATHE a Martin WEBER, 2020. The quality of care of the dying in hospital—next-of-kin perspectives. *Supportive Care in Cancer* [online]. 28(9), 4527-4537 [cit. 2022-03-07]. ISSN 0941-4355. Dostupné z: doi:10.1007/s00520-020-05465-2

KHAN, Amanda Farah, Hsien SEOW, Rinku SUTRADHAR, et al., 2021. Quality of End-of-Life Cancer Care in Canada: A 12-Year Retrospective Analysis of Three Provinces' Administrative Health Care Data Evaluating Changes over Time. *Current Oncology* [online]. 28(6), 4673-4685 [cit. 2022-03-19]. ISSN 1718-7729. Dostupné z: doi:10.3390/curroncol28060394

LAI, Xiao Bin, Li Qun CHEN, Shu Hui CHEN a Hai Ou XIA, 2019. An examination of home-based end-of-life care for cancer patients: a qualitative study. *BMC Palliative Care* [online]. 18(1) [cit. 2021-11-14]. ISSN 1472-684X. Dostupné z: doi:10.1186/s12904-019-0501-y

LEI, Lianlian, Lauren B. GERLACH, Victoria D. POWELL a Donovan T. MAUST, 2021. Caregiver support and place of death among older adults. *Journal of the American Geriatrics Society* [online]. 69(5), 1221-1230 [cit. 2022-04-19]. ISSN 0002-8614. Dostupné z: doi:10.1111/jgs.17055

MARTINSSON, Lisa, Jonas BERGSTRÖM, Christel HEDMAN, Peter STRANG a Staffan LUNDSTRÖM, 2021. Symptoms, symptom relief and support in COVID-19 patients dying in hospitals during the first pandemic wave. *BMC Palliative Care* [online]. 20(1), 1-10 [cit. 2022-03-20]. ISSN 1472684X. Dostupné z: doi:10.1186/s12904-021-00785-4

MCFARLANE, P., A. HALLEY, Y. KANO, N. WADE, S. WILSON a J. DRONEY, 2022. End-of-Life Experiences for Cancer Patients Dying in Hospital with COVID-19. *Journal of patient experience* [online]. 9, 23743735221074171 [cit. 2022-03-13]. ISSN 23743735. Dostupné z: doi:10.1177/23743735221074171

ORLOVIC, Martina, Tom CALLENDER, Julia RILEY, Ara DARZI a Joanne DRONEY, 2020. Impact of advance care planning on dying in hospital: Evidence from urgent care records. *PLoS ONE* [online]. (15), 1-12 [cit. 2022-03-10]. ISSN 19326203. Dostupné z: doi:10.1371/journal.pone.0242914

SHEPPERD, Sasha, Daniela C. GONÇALVES-BRADLEY, Sharon E STRAUS a Bee WEE. Hospital at home: home-based end-of-life care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [online]. [cit. 2021-11-14]. ISSN 14651858. Dostupné z: doi:10.1002/14651858.CD009231.pub2

TEGGI, D., 2020. Care homes as hospices for the prevalent form of dying: An analysis of long-term care provision towards the end of life in England. *Social Science and Medicine* [online]. 260 [cit. 2022-03-15]. ISSN 18735347. Dostupné z: doi:10.1016/j.socscimed.2020.113150

Seznam zkratk

CHOPN	Chronická obstrukční plicní nemoc
KPR	kardiopulmonální resuscitace
MCA	vícenásobná korespondenční analýza
QODD-ESP-26	Quality of Dying and Death Questionnaire
SARS-CoV-2	severe acute respiratory syndrome-related coronavirus