

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2021

Eva Beranová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Paliativní péče na anesteziologicko-resuscitačním oddělení

Eva Beranová

2021

Bakalářská práce

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Eva Beranová**
Osobní číslo: **Z18242**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Téma práce: **Paliativní péče na anesteziologicko-resuscitačním oddělení**
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace průzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

BARTŮNEK, Petr, Dana JURÁSKOVÁ, Jana HECZKOVÁ a Daniel NALOS, ed. *Vybrané kapitoly z intenzionální péče*. Praha: Grada Publishing, 2016, 752 s. ISBN 978-80-247-4343-1.
DRÁBKOVÁ, Jarmila a Soňa HÁJKOVÁ. *Následná intenzionální péče*. Praha: Mladá fronta, 2018. 608 s. ISBN 978-80-204-4470-7.
KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství o intenzionální péči*. Druhé, aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2020, 404 s. ISBN 978-80-271-0130-6.
KUPKA, Martin. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada, 2014, 216s. ISBN 978-80-247-4650-0.
ŠEVČÍK, Pavel a Martin MATĚJOVIČ, ed. *Intenzionální medicína*. 3. přeprac. A rozš. Vyd. Praha: Galén, 2014, 1195 s. ISBN 978-80-7492-066-0.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Kateřina Horáčková, Ph.D.**
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2019**

Termín odevzdání bakalářské práce: **6. května 2021**

L.S.

doc. Ing. Jana Holá, Ph.D. v.r.
děkanka

Mgr. Michal Kopecký v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 16. března 2021

Prohlašuji:

Práci s názvem Paliativní péče na anesteziologicko-resuscitačním oddělení jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 26.4.2021

Eva Beranová v.r.

PODĚKOVÁNÍ

Na tomto místě bych chtěla poděkovat vedoucí své bakalářské práce PhDr. Kateřině Horáčkové, Ph.D. za věnovaný čas, odborný dohled a věcné připomínky při tvorbě této práce.

ANOTACE

Bakalářská práce se zabývá problematikou přechodu z akutní (kurativní) péče na péči paliativní na oddělení ARO. Cílem práce je zjistit, jakým způsobem a kdy dochází ke změně léčby a jak tato změna ovlivňuje poskytovanou péči ze strany zdravotnického personálu.

Práce je rozdělena na dvě části, část teoretickou a část výzkumnou. Teoretická část se snaží přiblížit, jaké jsou rozdíly v podávání kurativní a paliativní péče a jaká jsou kritéria pro změnu léčby. Výzkumná část je kvalitativní výzkum, při němž byla získána data od respondentů se zkušenostmi z akutní i paliativní péče.

Bakalářská práce poukazuje na složitou a mnohdy psychicky náročnou problematiku přechodu k paliativní péči z pohledu sestry.

KLÍČOVÁ SLOVA

akutní péče, nepokračování péče, nezahájení péče, paliativní péče, priority v péči

TITLE

Paliative care in the anesthesiology and resuscitation department.

ANNOTATION

The bachelor thesis deals with the issue of transition acute (curative) care to palliative care in the ARO department. The aim of the work is to find out in what ways and when there is a change in treatment and how this change affects the care provided by medical staff.

The work is divided into two parts, a theoretical part and a research part. The theoretical part tries to show what are the differences in the administration of curative and palliative care and what are the criteria for changing treatment. The research part is focused on qualitative research, in which data were obtained from respondents with experience in acute and palliative care.

The bachelor thesis points out the complex and often psychologically demanding issue of the transition to palliative care from the point of view of the nurse.

KEYWORDS

acute care, paliative care, withholding therapy, withdrawing therapy, priorities in care

OBSAH

Úvod.....	13
Cíle práce	15
1 Teoretická část	16
1.1 Intenzivní péče	16
1.1.1 Historie intenzivní péče	16
1.1.2 Co je to intenzivní péče	17
1.1.3 Pacienti vyžadující intenzivní péči	17
1.2 Následná intenzivní péče a dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče.....	18
1.2.1 Následná intenzivní péče	18
1.2.2 Dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče	18
1.3 Paliativní péče	18
1.3.1 Historie paliativní péče	19
1.3.2 Co je paliativní péče	19
1.3.3 Pacienti v paliativní péči.....	20
1.3.4 Rozdělení paliativní péče.....	21
1.3.5 Formy specializované paliativní péče.....	21
1.4 Práva pacientů a informovaný souhlas.....	22
1.5 Etika v intenzivní péči.....	23
1.5.1 Autonomy	23
1.5.2 Non-maleficence.....	24
1.5.3 Beneficence.....	24
1.5.4 Justice.....	24
1.6 Dříve vyslovené přání	24
1.6.1 Co musí dokument obsahovat.....	25
1.6.2 Povinnost respektovat dříve vyslovené přání	25
1.7 Neúčelná a marná léčba	26

1.8	Nezahájení a nepokračování léčby.....	27
1.9	DNR – Do Not Resuscitate, DNRA – Do Not Attempt Resuscitation	27
1.10	Eutanazie a dystanazie.....	28
1.11	Ošetrovatelské úkony u pacientů v paliativní péči	28
1.12	Náročnost profese všeobecné sestry na ARO.....	29
1.12.1	Komunikace s pacientem a rodinou v intenzivní péči	29
1.12.2	Syndrom vyhoření.....	30
1.13	Shrnutí teoretické části	32
2	Praktická část	33
2.1	Výzkumné otázky.....	33
2.2	Metodika výzkumu.....	33
2.2.1	Sledování jedinci.....	34
2.2.2	Etické aspekty výzkumu	35
2.2.3	Sběr dat	35
2.2.4	Zpracování dat a tematická analýza.....	36
2.3	Tematická analýza.....	36
2.3.1	Seznámení s daty	36
2.3.2	Generování otevřených kódů	36
2.3.3	Vyhledávání témat	40
2.3.4	Určení, pojmenování a zpracování hlavních témat.....	41
2.4	Definovaná hlavní témata	41
2.4.1	Hlavní rozdíly v akutní a paliativní péči.....	42
2.4.2	Spolupráce ošetrovatelského týmu	46
2.4.3	Načasování pro přechod k paliativní péči.....	48
2.4.4	Přijetí rozhodnutí o změně léčby ošetrovatelským týmem.....	50
2.4.5	Odpočinek a odreagování	55
3	Diskuze	58

3.1	Výzkumná otázka 1	58
3.2	Výzkumná otázka 2.....	59
3.3	Výzkumná otázka 3.....	60
4	Závěr	61
4.1	Doporučení pro praxi	62
4.2	Limity práce	62
5	Seznam použitých informačních zdrojů	63
6	Přílohy.....	66
6.1	Příloha 1	66
6.2	Příloha 2	68
6.3	Příloha 3	69

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Hlavní rozdíly v akutní a paliativní péči.....	42
Tabulka 2 Spolupráce ošetrovatelského týmu	46
Tabulka 3 Načasování pro přechod k paliativní péči.....	48
Tabulka 4 Přijetí rozhodnutí o změně léčby ošetrovatelským týmem.....	50
Tabulka 5 Odpočinek a odreagování	55

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ARO	anesteziologicko-resuscitační oddělení
NIP	následná intenzivní péče
DIOP	dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče
CHOPN	chronická obstrukční plicní nemoc
ČLK	Česká lékařská komora
DNR	Do not resuscitate – neresuscitovat
DNAR	Do not attempt resuscitation – nepokoušet se o resuscitaci
KPR	kardiopulmonální resuscitace
NRS	numeric rating scale

ÚVOD

Díky zavedení nových technologií došlo v posledních desetiletích k významnému rozvoji medicíny. K rozvoji došlo i v intenzivní medicíně. Pomocí nových diagnostických i terapeutických postupů je možno zajistit přežití pacientů i v případech multiorgánového selhání. Tento rozmach však přinesl nejen pozitivní ovlivnění dříve neřešitelných akutních stavů, ale nastolil i novou problematiku v oblasti medicínské, etické i ekonomické. Hlavním cílem intenzivní medicíny je záchrana života, odstranění příčiny nemoci a zajištění postupů orgánové podpory u potencionálně reverzibilního orgánového selhání. V případech, kde intenzivní medicína není schopna tohoto cíle dosáhnout, je nutné pacientovi zajistit dostatečnou péči zajišťující odstranění bolesti, diskomfortu, strádání, zachovat lidskou důstojnost pacienta, uspokojit základní fyzické, psychické, sociální a duchovní potřeby (Ševčík, Matějovič et al., 2014, s. 39).

V dnešní době lze zachránit mnoho životů i v případech, kdy pacient po ukončení léčby přežívá dlouhodobě ve stavu, který se dá popsat jako neutěšený. Jedná se o kriticky nemocné s nepříznivou prognózou. V těchto případech nelze očekávat, že rizika, útrapy a nepohodlí spojené s léčebnými postupy povedou ke zlepšení prognózy. Předpokládá se, že nebude dosaženo dostatečného stupně kvality života pro daného pacienta. U těchto pacientů proto dochází k omezení léčby. Podmínkou rozhodnutí o omezení léčby je rozhodování v týmu. I nesouhlas jednoho člena týmu by měl vést k oddálení změny léčby. Všechna rozhodnutí musí být zdůvodněna, zaznamenána v dokumentaci a opakovaně přehodnocována. Součástí je i pravidelný kontakt a komunikace s rodinou nemocného. Pacient má při poskytování paliativní péče nárok na kvalitní a komfortní zbytek života (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2011, s. 281-282).

Do intenzivní péče se dostávají mnohdy pacienti v akutním stavu se srdeční zástavou, respiračním selháním a jiném život ohrožujícím stavu. U těchto pacientů mnohdy nelze zjistit dostatek informací o jejich zdravotním stavu, proto by mělo platit základní pravidlo, které říká, že jestli lékař nemůže zjistit dostatečné množství informací o zdravotním stavu, má povinnost zahájit veškerou dostupnou možnou léčbu s cílem zachránit život a obnovit zdraví pacienta. Teprve v následujícím období po zjištění informací o zdravotním stavu, přidružených nemocech, nemocech v terminálním stádiu může dojít k přehodnocení rozsahu léčby a léčbu dále nerozšiřovat. Dalším důvodem pro nepokračování v léčbě je absence reakce na terapii a naprosté vyčerpání terapeutických možností. Doba pobytu pacienta na odděleních

s intenzivní péčí však není zásadním kritériem pro rozhodnutí o dalším postupu v léčbě (Ševčík, Matějovič et al., 2014, s. 35).

Na odděleních s akutní péčí je stěžejní a zcela nezastupitelná role sester. Sestry zajišťují vysoce specializovanou ošetrovatelskou péči pacientů v ohrožení života. Sestry musí být odborně zdatné, osobnostně vyzrálé, s lidským přístupem nejen k pacientovi, ale i k jeho rodině, musí umět pracovat v týmu, spolupracovat úzce s lékařem a dalšími odborníky, mít technické dovednosti, a musí být ochotné se dále vzdělávat a umět přijímat a nést odpovědnost za péči. Hlavním cílem ošetrovatelství v akutní péči je navracet, chránit, udržovat a podporovat zdraví osob a skupin, mírnit utrpení a zajistit klidné a důstojné umírání a smrt (Ševčík, Matějovič et al., 2014, s. 11). Dalším předpokladem pro zvládnutí role zdravotní sestry jsou i fyzické, osobnostní a povahové předpoklady. Ve zdravotnictví je nutné reagovat na proměnlivé situace a péče o pacienty s infaustní prognózou může být podkladem pro vznik syndromu vyhoření. Proto je nejlepším způsobem, jak se chránit před tímto syndromem, mít dobré tělesné zdraví a díky němu se dobře cítit po stránce emocionální i duševní (Venglářová, 2011, s 27).

Práce je zaměřena na sestry z oddělení ARO a na to, jakým způsobem vnímají přechod pacientů k paliativní péči. Práce na ARO je sama o sobě pro sestry velice psychicky i fyzicky náročná a to, jak vnímají změnu léčby u pacientů, je může následně ovlivnit v pracovním i osobním životě. Práce tedy ukazuje, kde sestry vidí zlom v poskytované akutní péči a následně zahájení péče paliativní, u kterých pacientů je vhodné z jejich pohledu zahájit paliativní péči, jakým způsobem dochází k rozhodnutí o změně léčby a jakým způsobem získávají sílu pro pokračování v práci s lidmi.

Práce je rozdělena na hlavní dvě části. Na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část popisuje problematiku akutní a paliativní péče. Praktická část, za pomoci kvalitativního výzkumu, zkoumá a porovnává výpovědi respondentů. V těchto výpovědích hledá podobnosti a odlišnosti v jejich zkušenostech.

CÍLE PRÁCE

Hlavní cíle:

Cíl teoretické části:

Popsat problematiku akutní péče, paliativní péče a přechodu na paliativní péči z dostupných internetových a literárních zdrojů.

Cíle praktické části:

Zjistit, za jakých podmínek dochází ke změně poskytování akutní péče na péči paliativní z pohledu sestry na ARO.

Dílčí cíle:

- Zjistit, kdy dochází k přechodu akutní péče na péči paliativní z pohledu sestry na ARO.
- Zjistit, jaké jsou hranice poskytování akutní a paliativní péče pohledem sestry pracující na ARO.
- Zjistit, jak vnímají sestry na ARO změnu léčby z kurativní na léčbu paliativní, jestli a jak toto rozhodnutí zasahuje do poskytované péče a osobního života.

1 TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část práce popisuje, co je to akutní a paliativní péče a za jakých okolností dochází ke změně léčby z akutní na paliativní.

1.1 Intenzivní péče

Oddělení s intenzivní péčí poskytují nepřetržitou péči pro pacienty s multiorgánovým selháním. Péče je poskytována lékařským i nelékařským personálem, který je plně kvalifikovaný pro poskytování akutní péče (Kapounová, 2020, s. 19).

1.1.1 Historie intenzivní péče

Z historie intenzivní péče bychom měli v první řadě zmínit britskou zdravotní sestru Florence Nightingale, která v roce 1854 v průběhu krymské války prosadila opatření, které zajišťovalo, aby byli odděleni vážně zranění vojáci od těch méně zraněných, a tím vytvořila jakousi prvotní koncepci zaměření intenzivní péče. Tímto opatřením se snížila mortalita raněných vojáků na bojišti ze 40 % na 2 % (Bartůněk, Jurásková, 2016, s. 3-4). Velkým zvratem v kritické a intenzivní péči došlo ve druhé polovině 20. století, kdy se zavedla úspěšná kardiopulmonální resuscitace a tím se výrazně snížila mortalita u těžce nemocných (Drábková, Hájková, 2018, s. 23). Za počátek moderní intenzivní péče je však považován rok 1950, kdy prof. Peter Safar vytvořil program, který v prostředí intenzivní péče zajišťoval péči o ventilované pacienty a udržování sedace. Safar proto bývá označován jako první intenzivista. Od padesátých let došlo k velkému pokroku v léčbě kriticky nemocných. Docházelo k vývoji technických pomůcek, které se uplatňovaly v oboru intenzivní péče, jako bylo klinické využití „železných plic“ při propuknutí epidemie dětské obrny v roce 1953 v Kodani, první implantace kardiostimulátoru v roce 1958 se Stockholmu provedenou kardiochirurgem A. Senningem nebo vytvoření prvních monitorů v roce 1964, které byly označovány jako „elektrické sestry“. V České republice se o založení prvního anesteziologicko-resuscitačního oddělení v tehdejším Československu zasloužili náčelník zdravotnické služby armády genmjr. MUDr. J. Škvařil a plk. MUDr. L. Spinadela v roce 1948 v nynější Ústřední vojenské nemocnici. První jednotka intenzivní péče vznikla v roce 1967 v nemocnici v Pardubicích na interním oddělení díky práci prim. MUDr. Hermana (Bartůněk, Jurásková, Heczková, Nalos et al., 2016, s. 3-4). Koncem dvacátého století, díky rozvoji intenzivní péče a medicíny, začala narůstat nutnost vzniku následné intenzivní péče, dlouhodobé intenzivní péče a vzniku intenzivní paliativní péče (Drábková, Hájková, 2018, s. 23).

1.1.2 Co je to intenzivní péče

Intenzivní péče, nebo také intenzivní medicína, je obor zabývající se kriticky nemocnými pacienty. U těchto pacientů je akutní onemocnění natolik závažné, že daného pacienta ohrožuje na životě (Ševčík, Matějovič et al., 2014, s. 3). Z intenzivní péče mají prospěch ti pacienti, kteří vyžadují monitoring a léčbu, protože jedna nebo více jejich vitálních funkcí je ohrožena pro akutní či chronické onemocnění, následkem úrazu, chirurgické nebo jiné lékařské intervence. Intenzivní péče je zapotřebí u pacientů, u nichž již došlo k selhání jedné či více vitálních funkcí a kde se předpokládá obnovení funkčnosti daného orgánu. Náročnost léčby a péče závisí na stupni ohrožení nebo selhání vitálních funkcí. K přijetí pro intenzivní péči nejsou indikováni pacienti s ireverzibilním selháním nebo v terminálních stavech onemocnění. Občas se i musí zvažovat potřeba paliativní péče na lůžkách intenzivní medicíny (Kapounová, 2020, s. 19–20). Léčba nemocných v kritickém stavu je však velmi problematická a nikdy nelze s jistotou říct, jak přesně se bude dané onemocnění vyvíjet. Vždy záleží na čtyřech hlavních faktorech, které ovlivňují léčbu a to jsou: základní diagnóza, jak závažné je dané akutní onemocnění, má-li pacient funkční rezervy a způsob a včasnost zahájení léčby (Ševčík, Matějovič et al., 2014, s. 4).

1.1.3 Pacienti vyžadující intenzivní péči

Nalos et al. (2016, s. 6-7) uvádí, že náročnost a složitost léčby pacientů je závislá na tom, kolik vitálních funkcí selhává, a proto poskytovanou péči rozdělujeme do tří stupňů:

- III. stupeň: do tohoto stupně patří pacienti, u kterých selhávají dvě a více životních funkcí, je u nich nutná přístrojová a farmakologická podpora, jako je podpora ventilační, podpora hemodynamiky a přístrojová náhrada funkcí ledvin.
- II. stupeň: u těchto pacientů selhává jedna životní funkce a jsou závislí na farmakologické a přístrojové podpoře.
- I. stupeň: u pacientů se vyskytují známky orgánové dysfunkce a vyžadují menší farmakologickou podporu, kontinuální monitoraci a přístrojovou podporu.

Na jednotkách intenzivní péče a ARO jsou běžně nemocní ze všech tří skupin (Bartůněk, Jurásková, Heczková, Nalos et al., 2016, s. 6-7). U každého pacienta přijatého na oddělení s intenzivní péčí je zajištěna nepřetržitá monitorace vitálních funkcí, jsou zajištěny invazivní vstupy – AK, CŽK, PŽK, neinvazivní vstupy – PMK, NGS, zajištěny průchodné dýchací cesty – podání kyslíku, UPV, provedou se odběry biologického materiálu, dvanácti svodové EKG, diagnostické vyšetřovací metody – CT, RTG, provede se hygiena pacienta (Kapounová, 2020, s. 19–20).

O pacienty se stará speciálně vyškolený personál v oboru intenzivní péče. Personál je vyškolen v poskytování vysoce specializované péče o pacienty s multiorganovým selháním, v monitorování vitálních funkcí, v obsluhování technického vybavení pro zajištění vitálních funkcí pacienta, v komunikaci s těžce nemocnými pacienty, v léčebných a diagnostických postupech (Ševčík, Matějovič et al., 2014, s. 12).

1.2 Následná intenzivní péče a dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče

Na tato oddělení jsou přijímáni pacienti, u kterých se předpokládá dlouhodobá intenzivní péče s předpokladem postupného zlepšování stavu (Drábková, Hájková, 2018, s. 35).

1.2.1 Následná intenzivní péče

Pro pacienty, kteří prošli akutní fází onemocnění, která je bezprostředně ohrožovala na životě, ale stále potřebovali intenzivní péči, bylo nezbytně nutné vytvoření oddělení následné intenzivní péče (NIP). Je to oddělení, které zajišťuje intenzivní péči s minimem použití invazivních vstupů, snaží se odpojovat pacienty od umělé plicní ventilace, poskytuje čas k vývoji zdravotního stavu a úpravě vnitřního prostředí a vědomí (Drábková, Hájková, 2018, s. 34).

1.2.2 Dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče

Zadaří-li se pacienta odpojit od umělé plicní ventilace, je nejčastěji směřován na oddělení dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče (DIOP). Tito pacienti již nepotřebují umělou plicní ventilaci, ale mívají přetrvávající tracheostomii z důvodů, jako je například porucha vědomí, svalová slabost, vysoká míšňí léze, CHOPN. Na tomto oddělení zdravotnický personál kontroluje stav vědomí, provádí polohování, pečuje o hygienu a toaletu dýchacích cest, snaží se pacienta zapojovat a motivovat do každodenních činností, snaží se předcházet nozokomiálním infekcím a pomáhá obnovit zájmové činnosti pacienta (Drábková, Hájková, 2018, s. 45).

1.3 Paliativní péče

K paliativní péči se přistupuje tehdy, je-li stav pacienta natolik závažný, že jeho nemoc je v pokročilém nebo již konečném stádiu a není již předpoklad vyléčení, či zlepšení života (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2011, s. 25).

1.3.1 Historie paliativní péče

Speciální místa pro nevléčitelně nemocné vznikala již ve středověku. Tato místa byla díky církevním řádům umístěna do klášterů. V polovině 19. století Jeanne Garnier založila ženský spolek, který pečoval o nevléčitelně nemocné, a v roce 1847 založila v Lyonu první hospic. Do tohoto období se tedy datuje vznik paliativní péče. Další významnou ženou byla Marie Aikenhead, která v roce 1878 založila kongregaci „Sester lásky“ a jejich úkolem bylo doprovázet nemocné při umírání. Tato kongregace založila několik hospiců ve Velké Británii a právě v jednom z nich pracovala Cicely Saunders, která výrazně ovlivnila formování paliativní péče po 2. světové válce. Měla neustále na paměti, že ani přes rychle se rozvíjející medicínu nelze zapomínat na nemocné, které již vyléčit nelze. Koncem 50. let 20. století byl kritizován přístup k nemocným. Tento přístup se zaměřoval pouze na chorobu, ale už ne na potřeby nemocných. Proto Saunders přišla s konceptem péče o „celkovou bolest“. Kladla důraz na multidisciplinární péči, a proto o ní mluvíme jako o průkopnici moderní hospicové péče. V roce 1967 bylo v Londýně založeno první moderní zařízení pro paliativní péči, hospic sv. Kryštofa. Mezi důležité patří i domácí paliativní péče, která se rozvíjela především v USA. Lůžková paliativní péče je tam poskytována jen ve velmi malém procentu případů a je upřednostňována péče domácí (Peřina, 2016).

Rozvoj paliativní péče v České republice probíhal mnohem pomaleji než v jiných vyspělých zemích, a to až po roce 1989. Jako první oddělení pro poskytování paliativní péče bylo v roce 1992 otevřeno oddělení v Babicích nad Svitavou. V ČR se však paliativní péče rozvíjela především pro potřeby onkologicky nemocných jako hospicová lůžková péče. První samostatný hospic, který vznikl v roce 1995, byl hospic Anežky České v Červeném Kostelci. Vznikl díky sdružení Ecce Homo (Ejhle člověk). Zakladatelkou tohoto sdružení byla lékařka Marie Svatošová, která se významně podílela na rozvoji hospicového hnutí v České republice (Sláma a kol. 2013, cit. dle Bužgové, 2015, s. 20). K rozvoji v oblasti hospicové a paliativní péče také přispěl výzkum provedený sdružením Cesta domů mezi lety 2003–2004, díky němuž byla přijata *Koncepce paliativní péče v ČR* (Bužgová, 2015, s. 21), vydání *Standardů hospicové paliativní péče* v roce 2007 Asociací poskytovatelů hospicové a paliativní péče, vznik České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP v roce 2009 a vydání *Standardů paliativní péče 2013* (Bužgová, 2015, s. 21).

1.3.2 Co je paliativní péče

Paliativní péče je definována dle WHO: „*Paliativní péče je přístup, který usiluje o zlepšení kvality života pacientů (a jejich rodin), kteří trpí život ohrožujícím onemocněním. Jejím*

obsahem je prevence a mírnění utrpení cestou včasného rozpoznání, správného zhodnocení a efektivní léčby bolesti a ostatních obtíží v oblasti tělesné, psychosociální a spirituální“. (Szonowská, 2019, s. 12).

Cílem paliativní péče je tedy udržet co nejvyšší kvalitu života u pacientů, kteří jsou v pokročilém nebo konečném stádiu nevléčitelné choroby (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2011 s. 26). Paliativní péče chápe, že každý člověk prožívá své fyzické, psychické, sociální, duchovní a kulturní aspekty života individuálně a že umírání je součástí života. Snaží se respektovat přání a potřeby pacientů i jejich rodin a podporuje rodinu a přátele pacientů před i po smrti blízké osoby (Sláma, Špinková, Kabelka, 2013). Nesnaží se nevyhnutelnou smrt urychlovat, ale ani se jí nesnaží oddalovat. Snaží se mírnit nepříjemné obtíže provázející onemocnění, jako je například léčba bolesti. Napomáhá vytvářet podmínky, které pomáhají ovlivnit kvalitu života a umožní pacientovi aktivnější život až do smrti. Podporuje rodiny nemocných v průběhu nemoci i po smrti blízké osoby v době truchlení (Szonowská, 2019, s. 12-13). Chápe, že pro poskytování kvalitní péče je nezbytné využívat znalosti lékařů z různých oborů, jako je onkologie, chirurgie, neurologie, geriatrické aj. Je nutná úzká spolupráce lékařů, ošetrojícího zdravotnického personálu, psychologů, duchovních, sociálních pracovníků a nezbytně nutná spolupráce rodiny a blízkých (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2011, s. 26).

1.3.3 Pacienti v paliativní péči

Všichni lidé, kteří jsou v terminálním stádiu onemocnění, mají právo na kvalitní paliativní péči a tato péče musí být dostupná pro všechny bez výjimky. Paliativní péči zahájíme u pacientů, které můžeme rozdělit do tří skupin (Kalvach, 2019, s. 18):

- Onkologicky nemocní – u těchto pacientů se načasování zahájení paliativní péče i průběh onemocnění dá relativně dobře odhadnout.
- Nemocní v terminální fázi nenádorového onemocnění – u těchto pacientů se načasování i průběh hůře odhaduje. Jedná se o pacienty s orgánovým selháním, kdy se zhoršování stavu dá ještě zvrátit, či oddálit včasnou a kvalitní léčbou.
- Nemocní v nepříznivém a zhoršujícím se stavu, kde je nejistá časová prognóza – jsou to onemocnění jako AIDS, pokročilé stádium demence, myopatie, neurodegenerativní onemocnění, pokročilá stádia imobilizačního syndromu aj.

1.3.4 Rozdělení paliativní péče

Jako nejúčinnější rozdělení paliativní péče, vzhledem k udržení dobré kvality života, je rozdělení na péči obecnou a specializovanou (Sláma, 2012), přičemž větší část péče o pacienty představuje obecná paliativní péče (Synovská, 2019, s. 15).

Obecná paliativní péče je poskytována v konečných fázích onemocnění. Zaměřuje se na kvalitu života, léčbu symptomu, komunikaci s pacientem a jeho nejbližšími, podporu pacienta v oblasti psychosociální (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2011, s. 30) a měli by ji umět poskytnout všichni zdravotníci bez ohledu na svou specializaci (Sláma, 2012). Přejít na specializovanou péči by měl být plynulý (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2011, s. 31).

Specializovaná paliativní péče je již poskytována odborníky, kteří jsou v tomto směru speciálně vzděláváni. Do týmu, který poskytuje speciální paliativní péči, patří lékař, zdravotní sestra, psycholog, fyzioterapeut, sociální pracovník a duchovní. Do tohoto týmu mohou být dle potřeby přizváni i další odborníci ze zdravotnických oborů. Specializovaná paliativní péče se používá tam, kde již obecná paliativní péče není schopna zajistit dostatečnou péči o pacienty v terminálním stádiu nemoci (Sláma, 2012). Specializovaný tým si klade několik cílů pro dosažení kvalitní péče o pacienty (Bužgová, 2015, s. 27):

- Pacientům na konci života pomáhají v rozhodování o následné péči.
- V péči o nemocné se snaží edukovat zdravotníky i rodiny pacientů.
- Snaží se minimalizovat vyšetření a zákroky, které pacienty zbytečně zatěžují.
- Podporují výzkum v paliativní péči.
- Konzultují léčbu symptomů provázejících onemocnění.
- Napomáhají vyřizovat žádosti do zařízení se specializovanou paliativní péčí.
- Napomáhají pacientům a rodinám určit jejich potřeby na konci života.

1.3.5 Formy specializované paliativní péče

Specializovanou paliativní péči rozdělujeme do těchto forem (Sláma, 2011 cit. dle Kupky, 2014, s. 28-29):

- Konziliární tým a ambulance paliativní medicíny: konziliární tým je složen minimálně z lékaře, sestry a sociálního pracovníka. Tento tým napomáhá zajistit kontinuitu léčby tím, že přináší odborné znalosti v rámci paliativní péče a podporuje postupnou edukaci ve všech typech lůžkových zařízení. Díky tomu pacient zůstává na stejném oddělení jako doposud.

- Lůžkový hospic: v těchto zařízeních se mají pacienti cítit jako doma, a ne v nemocnici. Je kladen důraz na kvalitu života. Jsou zde ubytováni nemocní na jednolůžkových pokojích, ale je umožněn pobyt i pro osobu blízkou na přistýlkách přímo na pokojích. Příbuzní a známí se nepodílí na ošetřování nemocných, pouze ho doprovázejí na sklonku života. Pobyt zde je omezen na zhruba tři týdny, ale pacient může být přijat opakovaně.
- Domácí hospic: tento druh je ideální formou v péči o umírající, ale pouze tehdy, funguje-li rodinné zázemí a je-li zajištěna dostupnost hospicové péče. Pacient díky domácí péči zůstává v prostředí, které důvěrně zná a poskytovaná péče je individualizovaná. U této formy péče je však vyvíjena velká fyzická, psychická, a i ekonomická zátěž na rodinu.
- Oddělení paliativní péče: toto oddělení je pro pacienty, kteří potřebují nemocniční péči pro diagnostiku a léčbu, ale zároveň jim nabízí kompletní paliativní péči. Oddělení paliativní péče slouží i jako základna paliativního týmu a je místem pro edukaci.
- Paliativní péče stacionární: tuto péči mohou využívat pouze pacienti bydlící poblíž nebo přímo v místě hospice. Pacienti jsou přijímáni pouze na jeden den z důvodů terapeutických, rehabilitačních, diagnostických, psychoterapeutických a odlehčovacích. Bývají přijímáni ráno a vrací se zase domů v odpoledních nebo večerních hodinách. Dopravu si zajišťuje buď rodina sama nebo hospic.
- Speciální hospicová poradna: nabízí poradenství pacientům, pečujícím, a i pozůstalým a to přímo, telefonicky či po internetu.

1.4 Práva pacientů a informovaný souhlas

Pacienti v minulosti neměli žádná práva a byli plně závislí na lékařích. Vztah mezi lékařem a pacientem byl paternalistický. O právech pacientů se začalo hovořit až teprve začátkem sedmdesátých let 20. století. Lidská práva a svobody jsou v dnešní demokratické společnosti vysoce ceněny. Lidé si přejí být dostatečně a kvalitně informováni o svém zdravotním stavu a chtějí se podílet na rozhodování a spolupráci o následné léčbě (Haškovcová, 2015, s. 64).

Hašková (2015, s. 67-68) cituje práva pacientů, která vyhlásila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České republiky ze dne 25. 2. 1992 (viz: příloha 1).

Ve všech klasických případech hospitalizace pacienti podepisují dokumenty, v nichž souhlasí s přijetím do daného zdravotnického zařízení a s následnou léčbou (Rýdlová, 2019).

Informovaný souhlas pak musí být podepsán i před jakýmkoli diagnostickým či léčebným výkonem, a to dle novelizované vyhlášky o zdravotnické dokumentaci z roku 2007 (Haškovcová, 2015, s. 78) Všichni tito pacienti však mají i možnost, po obdržení všech informací o daném onemocnění a možných komplikacích, nesouhlasit a dané dokumenty nepodepsat (Rýdlová, 2019). Při odmítnutí léčby se podepisuje tzv. negativní revers, což je písemná forma nesouhlasu (Haškovcová, 2015, s. 77). Na oddělení s neodkladnou péčí však mohou být pacienti přijati i bez jejich souhlasu, protože jejich stav neumožňuje vyslovit souhlas. V těchto situacích se vyplňuje formulář, který se odesílá k obvodnímu soudu a pro daného pacienta je zahájeno detenční řízení. Formulář musí být odeslán nejpozději do 24 hodin faxem (Kapounová, 2020, s. 19).

Přesné znění zákona pro poskytování zdravotní péče se souhlasem i bez souhlasu je uvedeno v zákoně 372/2011 Sb., o zdravotních službách.

1.5 Etika v intenzivní péči

Etika, z řeckého slova *éthos*, znamená způsob myšlení, jednání a postojů osob ve společnosti. (Opatrná, 2017, s. 17). Je to věda o mravnosti a zkoumá jednání a chování člověka a společnosti. V lékařské praxi i výzkumu je třeba respektovat čtyři základní pravidla bioetiky: samostatnost (autonomy), nepoškozování (non-maleficence), směřování k dobru (beneficence), spravedlnost (justice) (Haškovcová, 2015, s. 13 a 47). Bioetika představuje východiska, která slouží k řešení problémů v oblasti zdravotnictví a v oblasti akutní péče má typické rysy (Bartůněk, Jurásková, Heczková, Nalos et al., 2016, s. 65).

1.5.1 Autonomy

Princip autonomie má za úkol chránit každého člověka i s jeho základními lidskými právy (Ševčík, Matějovič et al., 2014, s. 38). Respektovat pacientovu autonomii by mělo být základním požadavkem ve vztahu lékař/zdravotník a pacient. Pacient je schopen pochopit informace, které mu jsou sdělovány o zdravotním stavu a následné léčbě, a dokáže se sám rozhodnout, zda navrhované postupy přijme. V intenzivní péči tento vztah mezi lékařem/zdravotníkem a pacientem není většinou možný, a to z mnoha důvodů. Může to být například porucha vědomí, sedace, bolest a mnoho dalších, kdy i přes kvalitní podání informací není možné brát informovaný souhlas jako validní (Bartůněk, Jurásková, Heczková, Nalos et al., 2016, s. 65). Jestliže pacient není schopen sám rozhodovat o poskytované léčbě, rozhoduje o léčbě lékař ve spolupráci s rodinou či osobou blízkou. Vždy by se měl řídit principem non-

maleficience a beneficience. Při poskytování léčby by mělo být respektováno rozhodnutí o odmítnutí léčby, které bylo vyjádřeno v době právní způsobilosti pacienta (Ševčík, Matějovič, et al., 2014, s. 29).

1.5.2 Non-maleficience

Tento princip znamená neublížit, a to za žádných okolností. V intenzivní péči se používají postupy a léčebné úkony, při kterých se porušuje integrita kůže. Jsou to úkony jako zavedení vstupů do cévního řečiště, tracheostomie, hrudní drenáž a jiné. Non-maleficience říká, že při těchto výkonech by však možné komplikace neměly být příčinou zhoršení stavu. Princip non-maleficience se nejčastěji porušuje v případech, kdy zdravotníci a lékaři nemají kvalifikaci k danému výkonu nebo s ním nejsou zcela obeznámeni (Bartůněk, Jurásková, Heczková, Nalos et al., 2016, s. 65). Všechny léčebné a diagnostické postupy se vždy musí odpovědně a pečlivě posoudit, zda klinický přínos postupů převyšuje možné komplikace, bolest a strádání (Ševčík, Matějovič et al., 2014, s. 29).

1.5.3 Beneficience

Tento princip znamená nepoškodit, nebo také činit dobro, předcházet a odstraňovat poškození, podporovat duševní pohodu a vždy mít na mysli prospěch nemocného. V intenzivní péči má tento princip za úkol, i za cenu nezískání informovaného souhlasu a možných invazivních postupů, chránit život. Možné komplikace však nikdy nesmí převyšovat přínos léčebných opatření (Bartůněk, Jurásková, Heczková, Nalos et al., 2016, s. 65). Není indikovaná léčba, u které se nepředpokládá, že bude mít pozitivní účinek na zlepšení zdravotního stavu pacienta, a která by vedla pouze k diskomfortu, strádání a zbytečné bolesti (Ševčík, Matějovič et al., 2014, s. 29).

1.5.4 Justice

Spravedlnost. Princip se vztahuje na zdravotnickou péči z pohledu ekonomického a organizačního. Říká, že všichni by měli mít právo na zdravotnickou péči bez rozdílu (Bartůněk, Jurásková, Heczková, Nalos et al., 2016, s. 65).

1.6 Dříve vyslovené přání

Pacient je v mnoha případech schopen se vyjádřit souhlasem či nesouhlasem k hospitalizaci a léčbě. Jsou však případy, kdy pacient tohoto souhlasu není schopen. V dnešní době jsou léčebné postupy moderní medicíny na vysoce kvalitní úrovni. Tyto postupy umožňují záchranu života i tam, kde dříve nebyla téměř žádná šance na přežití. Dokážou však i prodloužit život,

a to i v případech, kde není zcela jasné, zdali je to ještě v zájmu pacienta. Řešením tedy může být vyjádření jeho souhlasu nebo nesouhlasu, a možnost ovlivnit tak léčebné postupy pro případ, že ztratí schopnost tento souhlas vyslovit (Tomešová, 2016). Přesnou podobu předem vysloveného přání obsahuje zákon č. 372/2011 Sb. § 36. Tento zákon má však mnoho omezení a je omezen pouze na osoby svéprávné (Ševčík, Matějovič et al., 2014, s. 39). Dříve vyslovené přání bylo dle zákona o zdravotních službách omezeno na 5 let. Od 10. 12. 2012 bylo toto omezení zrušeno Ústavním soudem a v dnešní době platnost dříve vysloveného přání není omezeno zákonem (Tomešová, 2016).

1.6.1 Co musí dokument obsahovat

Dříve vyslovené přání musí být písemné s úředně ověřeným podpisem pacienta. Dokument musí obsahovat poučení o veškerých důsledcích pacientova rozhodnutí, a to ošetřujícím lékařem a doporučuje se i podpis daného lékaře. V dokumentu musí být přesně specifikované situace, ke kterým se tento dokument bude vztahovat. Pacient tímto může rozhodnout o možné hospitalizaci, podávání umělé výživy, tekutin, dechové podpoře apod. v situacích, kdy už sám nemůže vyjádřit svůj souhlas. Vyslovit přání může i pacient při přijetí či v průběhu hospitalizace, ale toto přání je platné pouze pro daného poskytovatele zdravotní služby. Toto přání je zaznamenáno do zdravotnické dokumentace a je podepsáno pacientem, svědkem a zdravotnickým pracovníkem (Tomešová, 2016).

1.6.2 Povinnost respektovat dříve vyslovené přání

Tomešová (2016) vysvětluje respektování zákona 372/2011 Sb. § 36 o dříve vysloveném přání.

Respektovat dříve vyslovené přání je povinné při splnění určitých podmínek:

- Pacient nemůže vyslovit souhlas či nesouhlas v daných situacích.
- Písemná forma dokumentu musí být k dispozici danému zdravotnickému zařízení.
- Musí nastat předpokládaná situace, která v dokumentu byla přesně formulována.

Kdy nelze respektovat dříve vyslovené přání:

- Jestliže dané přání nabádá k aktivnímu ukončení života.
- Je-li z důvodu splnění přání ohrožena jiná osoba.
- Jestliže byly zahájeny léčebné úkony v době, kdy nebyla k dispozici písemná forma dříve vysloveného přání a následné ukončení léčby by způsobilo smrt. Evropská judikatura však vychází z toho: „že ukončení léčby je nutné postavit na roveň nezahájení léčby, a ukončení léčby tak nelze považovat za aktivní způsobení smrti“.

- Toto přání nelze uplatnit u nezletilých a nesvéprávných pacientů (jestliže písemná forma přání nebyla sepsána ještě v době svéprávnosti).

1.7 Neúčelná a marná léčba

ČLK ve svém doporučení (2010) popisuje, že je to: „*léčba, která nevede k záchraně života, uchování zdraví, či udržení kvality života. Marná a neúčelná léčba není v zájmu pacienta, nemůže mu pomoci a zatěžuje jej zbytečným strádáním či rizikem komplikací.*

Někdy je však u pacientů poskytována taková léčba i přesto, že je dobře míněná, ale která vede spíše k utrpení pacienta a zadržování nevyhnutelné smrti, tzv. distanzii. Tito lidé žijí pouze díky přístrojům a často se můžeme setkat s lítostí a bezmocí od lidí v blízkosti pacienta (Haškocová, 2015, s. 188-189). Současná medicína umožňuje za pomoci moderních léků a přístrojů prodlužovat život i v situacích, kdy je smrt nevyhnutelná a tím bráníme pacientovi v důstojném odchodu (Novák, 2012). Jak tedy rozhodnout o tom, kdy se ještě jedná o život udržující léčbu a kdy je to už léčba marná a neúčelná? Za marnou léčbu můžeme považovat situace, kdy lékaři nejsou schopni provést nějaký léčebný úkon, jestliže dané úkony nepřináší zlepšení stavu, není-li pravděpodobný úspěch, nepřinese-li léčba významný efekt a výsledky budou špatné, je-li léčba zatěžující a nenapomáhá ke zlepšení, jestliže je daná léčba nevyzkoušená a lze tedy pouze spekulovat o možných výsledcích, a zvaží-li se všechna rizika, prospěch a účinnost léčby a i přesto se jeví jako nejlepší možnost léčbu nezahajovat nebo nepokračovat (Heřmanová, Vach, Svobodová, Zvoničková, Slovák, 2012, s 155-156). Ne však každá léčba je marná. Přechází se od invazivních postupů léčby k paliativnímu způsobu péče. Jsou to postupy, které mají co nejvíce zmírnit utrpení pacienta a umožnit mu důstojné umírání (Novák, 2012). Často se však vedou spory, kdy končí léčba a začíná péče, protože hranice se dají jen těžce určit. Dalo by se říct, že tam, kde již nejsme schopni bojovat s nemocí a veškerá léčba a postupy selhaly, tak jsme povinni poskytnout kvalitní péči sestávající ze tří oblastí. První oblastí je kontrola bolesti a symptomů, jako je dýchací obtíže, nauzea, únava. Další oblastí je rozhodnutí o nasazení a pokračování léčby, která bude udržovat životní funkce pacienta. Poslední oblastí je podpora pacienta a jeho rodiny v době umírání (Ševčík, Matějovič et al., 2014, s. 40).

1.8 Nezahájení a nepokračování léčby

O nezahájení, nebo také nerozšiřování léčby (withholding therapy) a o vysazení, nepokračování léčby (withdrawing therapy) se rozhoduje tehdy, jeli nastavená intenzivní péče neadekvátní a nepřináší žádné zlepšení stavu pacienta. Vysazují se nadbytečné léčebné postupy, medikamenty a orgánová podpora, ale nejedná se o vysazení veškeré léčby. Pacientovi je poskytnuta kvalitní ošetrovatelská péče zajišťující jeho komfort v závěru života. Jedná se o zajištění dostatečné analgezie, zabránění pocitu dechové tísně a stresu. Za rozhodnutí o změně léčby a o zahájení paliativní péče je odpovědný vedoucí lékař oddělení, lékař jím určený nebo ošetřující lékař. Do rozhodování o změně léčby by se však měli zapojit všichni, kdo se podílejí na léčbě a péči o daného pacienta (Bartůnek, Jurásková, Heczková, Nalos et al., 2016, s. 63-64). Rodina a přátelé pacienta mají být dostatečně informováni o změně léčby. Poskytovaná péče musí být v souladu s právními předpisy, musí respektovat etické principy a zdravotní stav pacienta musí být kvalitně a odborně posouzen, a každých 24 hodin přehodnocen. Nezahájení léčby, nepokračování marné léčby, nebo zahájení paliativní léčby musí být zaznamenáno do dokumentace pacienta (Kapounová, 2020, s. 212).

Nezahájení léčby je podle doporučení ČLK (2010) definováno jako: *„léčebný postup, který nemůže zastavit postup choroby, navrátit zdraví nebo odvrátit smrt pacienta, není indikován a není proto zahajován. Takový postup by byl léčbou marnou či neúčelnou. Nepřijetí pacienta v konečné fázi jeho onemocnění na pracoviště intenzivní medicíny, kdy již nelze zastavit postup choroby, navrátit zdraví či odvrátit smrt, patří mezi opatření nezahajování léčby“*. Nepokračování léčby je podle stejného doporučení definováno jako: *„při nemožnosti zastavit postup choroby, navrátit zdraví nebo odvrátit smrt není ve stávající marné a neúčelné léčbě pokračováno a tato léčba je ukončena (např. vysazení farmakologické podpory oběhu, ukončení hemodialýzy, ukončení ventilační podpory)“*.

Moderní medicína je v dnešní době na velmi vysoké úrovni a mělo by se vědět, jak z etického, tak z klinického pohledu, kdy vysadit nebo vůbec nezahajovat léčbu a pacienta nechat v klidu zemřít (Munzarová, 2005 cit. dle Kupky, 2014).

1.9 DNR – Do Not Resuscitate, DNRA – Do Not Attempt Resuscitation

Tzv. pravidlo DNR – neresuscitovat úzce souvisí s problematikou marné a neúčelné léčby. Toto pravidlo dříve sloužilo pacientům, kteří jednoznačně a závazně odmítli neodkladnou resuscitaci v případě náhlé srdeční zástavy. Pravidlo DNR se postupem času začalo používat i u pacientů

s beznadějnou prognózou, kteří se však pro toto pravidlo nerozhodli. Tito pacienti jsou často v kómatu a jsou psychicky nekompetentní k rozhodnutí. V těchto případech rozhoduje lékař o nezahajování KPR při zástavě a bývá to nejčastěji při změně z léčby intenzivní na léčbu paliativní (Bartůněk, Jurásková, Heczková, Nalos et al., 2016, s. 64).

1.10 Eutanazie a dystanazie

Eutanazie neboli „dobrá smrt“, by se dala definovat jako usmrcení se svolením nemocného. Usmrcení na žádost je v některých zemích povoleno, např. Belgie, Nizozemí, Švýcarsko, ale pouze za dodržení určitých podmínek, které musí být vždy dodrženy. V České republice je eutanazie zakázána a trestána dle českého trestního práva (Bartůněk, Jurásková, Heczková, Nalos et al., 2016, s 65).

Medicína umožňuje prodlužovat a zachraňovat životy i tam, kde to dříve nešlo. Smrt ale i přesto zůstává jedinou jistotou člověka. Díky této skutečnosti si mnoho lidí přeje, aby umírali důstojně, bez bolesti, bez zbytečného utrpení, doma obklopeni rodinou a blízkými. Většina nemocných se bojí ztráty autonomie, ztráty fyzické síly, závislosti na okolí a možnosti vykonávat aktivity, na které byli doposud zvyklí. Chtějí mít kontrolu nad vlastním životem a nedopustit, aby se pro kohokoli stali břemenem. Proto přání zemřít vidí jako jedinou možnost úniku z tíživé situace (Opatrná, 2017, s. 65-66).

I přes to, že je eutanazie v některých zemích povolena, tak z pohledu moderní lékařské etiky zůstává neetická, a proto má být bez výhrad a bez výjimky odmítnuta. Za neetické není považováno přání pacienta, když odmítne léčbu, i když toto přání končí nevyhnutelnou smrtí a toto přání má být respektováno lékařem i zdravotníky (Bartůněk, Jurásková, Heczková, Nalos et al., 2016, s 65).

Dystanazie je chápána jako proces prodlužování umírání léčbou, která se jeví jako marná a neúčelná. Za kritický okamžik konce života pacienta se považuje moment, kdy lékař a jeho tým určí dobu, od které se již kurativní léčba jeví jako zbytečná a marná (Ševčík, Matějovič et al., 2014, s. 39).

1.11 Ošetřovatelské úkony u pacientů v paliativní péči

Aby byla poskytována paliativní péče kvalitní, musí sestry a ošetřovatelský personál umět řešit problémy a různé komplikace v péči o pacienta a zároveň poskytnout úkony a postupy, jako je

např. monitorování a léčba bolesti. Mezi komplikace, které mají za následek snížení kvality a mnohdy i délky života, můžeme zahrnout drobná i velká poranění, dekubity, záněty, účinky léků, alergické reakce aj. Na tyto problémy musí zdravotní sestry reagovat a ihned po zjištění je konzultovat s ošetřujícím lékařem (Kalvach et al., 2019, s. 121). Na odděleních s intenzivní péčí se u pacientů nejčastěji objevují symptomy doprovázející onemocnění jako bolest, únava, úzkost, žízeň, hlad, nevolnost, deprese, dušnost a celkový diskomfort. Všechny symptomy musejí být sledovány, a i vyhodnocovány zdravotníky v pravidelných intervalech. U pacientů při vědomí k tomu slouží různé skórovací systémy jako např. NRS, kterou pacient hodnotí tíží daného symptomu pomocí čísel od 1-10. V intenzivní péči ale bývá většina pacientů pod vlivem analgosedace nebo s poruchou vědomí. Proto se využívá nonverbálních známek celkové nepohody, jako je hypertenze, tachykardie, tachypnoe, slzení a jiné (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al, 2011, s. 284).

1.12 Náročnost profese všeobecné sestry na ARO

Práce zdravotníka na jakémkoli oddělení přináší velkou psychickou i fyzickou zátěž pro ošetřující zdravotnický personál. Na odděleních s intenzivní péčí je však péče o pacienty specifická v mnoha ohledech. Pacienti jsou napojeni na přístroje a dostávají léky, které zajišťují a podporují jejich základní životní funkce. I přes veškerou snahu personálu je daná léčba občas neúčinná, pacient umírá a zdravotníci se s tím musejí nějak vyrovnat. (Bartůněk, Jurásková, Heczková, Nalos et al., 2016, s. 71).

1.12.1 Komunikace s pacientem a rodinou v intenzivní péči

Pacienti přijatí na ARO bývají většinou ve velice vážném stavu, a proto i komunikace s nimi je velice obtížná. U pacientů s poruchou vědomí se používá pasivní forma komunikace ze strany ošetřovatelského personálu, kde nedochází ke zpětné vazbě ze strany pacienta. Pacientovi jsou vysvětlovány jednotlivé úkony, ale pacient na ně nemůže odpovídat (Kapounová, 2020, s. 131). Pacienti v bezvědomí nebo v analgosedaci nejsou schopni vnímat okolí a okolní děje. Odpovědi na nějaký podnět (oslovení, bolest) může být úhyb končetin nebo hlavy, grimasa v obličeji, změna fyziologických funkcí, nebo může být zcela bez reakce (Tomová, Křivková, 2016, s. 80). Komunikace ze strany zdravotníků se také zaměřuje na zjištění hloubky vědomí. Zjišťuje se, zda dokáže vykonat jednoduchý pohyb, zda dokáže kývnout, otevřít oči aj (Kapounová, 2020, s. 131).

U pacientů, kteří jsou sice při vědomí, ale mají zajištěné dýchací cesty ETR nebo TS se využívá jiné komunikace. Tito pacienti slyší, ale nemohou mluvit, a proto se využívají různé techniky umožňující komunikaci mezi pacientem a zdravotníkem. Mezi tyto techniky patří například odezírání ze rtů, tabulka s abecedou nebo psaní na tabulku, pohyby, které vyjadřují nějakou potřebu nebo také obrázkové karty vyjadřující potřeby (Kapounová, 2020, s. 131-132).

Funkce rodiny je v poskytování péče o pacienta nenahraditelná. Od rodiny se získávají důležité informace o zdravotním stavu, mohou se podílet na jeho péči, zajišťují další potřebnou péči aj. Lékař podává rodině informace o zdravotním stavu příbuzného. Tyto informace mají být podávány šetrně a ohleduplně. Je však v kompetenci sestry edukovat rodinu v oblasti péče, má-li zájem pomoci na zlepšování kvality života. Sestra by měla rodinu naučit, jak správně s pacientem komunikovat, zdůraznit význam pasivní komunikace a fyzického kontaktu u lidí v bezvědomí, naučit rodinu, jak správně udělat nějaký ošetrovatelský výkon (zvlhčit a vyčistit dutinu ústní, dopomoc při převazu), poučit o dietních omezeních, o režimových omezeních v případě izolace pacienta (jaké ochranné pomůcky použít, jak se chovat v blízkosti pacienta, jak pomůcky odložit), edukuje o nutnosti a správném provedení hygienické dezinfekce rukou. Na odděleních s intenzivní péčí by měla být sestra vždy nablízku rodině, aby mohla zodpovědět možné dotazy, aby byla rodině pacienta oporou, ale zároveň jim poskytla dostatečné soukromí v kontaktu s pacientem (Kapounová, 2020, s. 132-133).

1.12.2 Syndrom vyhoření

Zdravotnický personál se stará o pacienty ve vážném zdravotním stavu, jejichž životní funkce jsou udržovány přístroji. Je to velmi náročná práce, která ale ne vždy je úspěšná a zdravotníci se pak s danou situací musí vyrovnat. Musejí se také vyrovnat s chováním příbuzných pacientů, kteří se špatně vyrovnávají se závažným zdravotním stavem blízké osoby a občas přenášejí svůj stres a bezmoc na personál. Za všech okolností se však zdravotník musí chovat profesionálně. Toto psychické i fyzické zatížení zdravotnického personálu má za následek postupné vyčerpání a únavu, která se pak projevuje na pracovním výkonu. Nejčastěji se toto vyčerpání projevuje jako tzv. „syndrom vyhoření“ (Bartůněk, Jurásková, Heczková, Nalos et al., 2016, s 71-72).

Syndrom vyhoření, neboli „burn out syndrom“, se nejčastěji vyskytuje u těch profesí, které pomáhají jiným lidem. Dochází při něm ke ztrátě zájmu jak profesního, tak osobního. Objevuje se nerovnováha mezi realitou a očekáváním, mezi dokonalými představami a skutečností, neschopností podávat dokonalé výsledky v nevyhovujících podmínkách. Mezi rizikové faktory pro vznik syndromu vyhoření patří práce s lidmi, nadměrné množství stresu, nebo když je daný

jedinec méně odolný vůči stresu, s nízkým sebevědomím, depresivní a emočně labilní (Kapounová, 2020, s. 214).

Kapounová (2020, s. 214) rozděluje příznaky syndromu vyhoření do tří oblastí:

- Psychické – začíná se objevovat apatie, únava, ztráta energie, ztráta kreativity, pochybnosti, rezignace, zvýšený smutek, obviňování sebe sama a druhých lidí, celkový útlum a deprese, poruchy paměti, ztráta zájmu vykonávat dané povolání.
- Fyzické – objevuje se porucha spánku, bolesti hlavy, zažívací obtíže jako je průjem, zvracení, apatie, třesy těla.
- Sociální – člověk se začíná vyhýbat kolektivu, kontaktu s lidmi, oplošťují se vztahy, objevuje se odstup od lidí.

Vývoj syndromu se rozděluje do pěti fází (Bartůněk, Jurásková, Heczková, Nalos et al., 2016, s. 76):

- Nadšení – v nové práci se snaží být jedinec aktivní, veškerý svůj čas věnuje práci, zapomíná na koníčky a na přátele, podává maximální výkon, ale má pocit, že není dostatečně ohodnocen.
- Stagnace – začíná opadat prvotní nadšení z práce, objevuje se pocit, že práce je mnoho a není na ni dostatek času.
- Frustrace – v této fázi začínají pochybnosti o práci, jedinec je pod tlakem, který se snaží zvládnout za každou cenu, ale výsledek bývá chaotický.
- Apatie – pocit, že se vše musí zvládnout, nahrazuje pocit, že se nemusí nic, objevuje se podrážděnost z přítomnosti dalších osob, únava vyčerpání zklamání. Svou práci bere jen jako nutnost.
- Vyhoření – dochází k naprostému fyzickému a emočnímu vyčerpání, v této fázi dochází často k pochybení na pracovišti a může se rozvinout jakákoli závislost.

Jestliže se člověk dostane do stavu vyhoření, vždy záleží, jakým způsobem se s tím daná osoba dokáže vypořádat (Venglářová, 2011, s. 32). Při léčbě syndromu vyhoření by měl jedinec vždy vyhledat pomoc odborníka (nejčastěji psychologa), je důležitá pomoc rodiny, přátel, osvojení základních principů psychohygieny, dobrá životospráva, snížení pracovních nároků a v krajní možnosti změna zaměstnání (Bartůněk, Jurásková, Heczková, Nalos et al., 2016, s. 76).

1.13 Shrnutí teoretické části

Laická i odborná veřejnost na akutní a paliativní péči stále pohlíží jako na dva odlišné protipóly současné medicíny. Oba léčebné postupy však mají hodně společného. Hlavním aspektem péče obou přístupů je péče o pacienty s ohrožením života a s různě závažným multiorgánovým selháním (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al. 2011, s. 279). Cílem akutní péče je poskytnout takovou péči, která zmírní nebo zcela odstraní příčiny onemocnění způsobující orgánové selhání a zachová život. Záchrana života však nikdy nesmí zbytečně prodlužovat umírání (Ševčík, Matějovič et al., 2014, s. 35).

Při péči o umírající pacienty by mělo být rozhodnuto, že při respiračním selhání, či zástavě oběhu není indikováno zahájení KPR. U pacientů v terminální fázi nemoci může zdařilá KPR vést pouze k návratu stavu umírání, což může vést k další psychické zátěži pacienta, jeho rodiny, ale i zdravotnického personálu. Proto by pacientovi měla být poskytnuta za postupů lege artis péče paliativní a nikoli kurativní a resuscitační (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al. 2011, s. 305). Cílem dobře nastavené paliativní péče u člověka v konečné fázi života, by mělo být mírnění a tlumení utrpení, zajištění základních lidských potřeb, autonomie pacienta, důstojnost a sebeúcta, bezpečnost, a umírání v kontaktu s blízkými lidmi, nezadržování smrti, odstoupení od marné léčby a léčba pouze akutních obtíží a přidružených komplikací (Kalvach et al., 2019, s. 19, 23 a 27).

Poskytovaná paliativní péče je vždy multidisciplinární pro zajištění kvalitní sociální, spirituální, psychické, somatické a emocionální stránky života. V poskytované péči má nezastupitelnou roli i tým anesteziologů (intenzivistů). Podílejí se na stabilizaci pacientů, nastavení odpovídající analgezie a analgosedace, výživy, hydratace pacienta, úpravě vnitřního prostředí, léčbě dušnosti a výběru vhodných antidepresiv a dále připravují pacienty pro následnou a hospicovou péči (Drábková, Hájková, 2018, s. 58-60).

Práce všeobecné sestry na ARO je náročná jak po fyzické stránce, tak po psychické. Sestry se téměř denně setkávají se smrtelně nemocnými pacienty, kterým zajišťují kvalitní a vysoce specializovanou ošetrovatelskou péči. Přejít k paliativní péči u pacientů není vždy za stejných podmínek a sestry ho mohou vnímat odlišně než lékaři. Může se jim zdát, že k přechodu k paliativní péči dochází příliš brzy nebo naopak příliš pozdě, že pacient nedostal čas na to se zlepšit, nebo že pacient z nějakého důvodu strádá a daná sestra mu nemůže nijak pomoci. Tuto změnu léčby mohou vnímat jako neúspěch a frustraci z neúspěchu si odnášejí do osobního života. Proto je tato práce zaměřena na přechod pacientů k paliativní péči a jakým způsobem k tomu dochází z pohledu všeobecné sestry.

2 PRAKTICKÁ ČÁST

Prostřednictvím výzkumných otázek nám praktická část pomůže naplnit cíle této práce. Cíle pro tuto práci jsou následující:

- Zjistit, za jakých podmínek a kdy dochází k přechodu akutní péče na péči paliativní z pohledu sestry na ARO.
- Zjistit, jaké jsou hranice poskytování akutní a paliativní péče pohledem sestry pracující na ARO.
- Zjistit, jak vnímají sestry na ARO změnu léčby z kurativní na léčbu paliativní, jestli a jak toto rozhodnutí zasahuje do poskytované péče a osobního života.

2.1 Výzkumné otázky

1. Jaké jsou podmínky a správné načasování z pohledu respondenta pro změnu akutní péče na péči paliativní?
2. Jaké jsou hranice v poskytování akutní a paliativní péče z pohledu respondenta?
3. Jak změna léčby pacientů ovlivňuje respondenta v pracovním i osobním životě?

2.2 Metodika výzkumu

Pro danou problematiku byl zvolen kvalitativní design výzkumu, kdy data byla sbírána prostřednictvím rozhovorů. Kvalitativním výzkumem jsme schopni získat velké množství dat zkoumaného problému za využití poměrně malého počtu respondentů. Tento druh výzkumu napomáhá ke zkoumání prožitků, hledání smyslu dění a porozumění studovaného jevu (Mišovič, 2019, s. 23-24).

Kvalitativní výzkum je brán jako poměrně pružný druh výzkumu. Výzkumník si vybírá téma výzkumu a výzkumné otázky, které si během prováděného výzkumu může různě upravovat a doplňovat. Data jsou sbírána a vyhodnocována v delším časovém horizontu. Je zcela na rozhodnutí výzkumníka, kde bude výzkum provádět, vybírá jedince pro výzkum a po zhodnocení dat se rozhoduje, která data potřebuje, která ne a popřípadě se vrací k novému sběru dat (Hendl, 2016, s. 46).

Technikou sběru dat byl polostrukturovaný rozhovor. Všechny rozhovory probíhaly na pracovišti respondentů v denní místnosti po pracovní době. V době vedení rozhovorů byla denní místnost bez přítomnosti dalších osob a všichni zaměstnanci byli požádáni, aby nepřicházeli na denní místnost po dobu vedení rozhovorů. Tím bylo zajištěno klidné a tiché

prostředí a respondenti se mohli soustředit na dané otázky. Téměř všechny rozhovory byly nahrávány na diktafon, pouze jeden respondent si nepřál být nahráván. Tento nesouhlas byl i respondentem vysvětlen tak, že se cítí být příliš nervózní při mluvení na diktafon a nebyl by schopen se plně soustředit na kladené otázky. U tohoto respondenta byla proto zvolena forma opisu rozhovoru, se kterou již respondent souhlasil.

2.2.1 Sledování jedinci

Výzkumný soubor tvoří šest sester pracujících na ARO ve stejné nemocnici. Sestry byly vybrány na základě dosaženého vzdělání v oboru všeobecná sestra nebo zdravotnický záchranář a zkušeností s oddělením ARO a paliativní péčí minimálně tři roky. Sestry s tříletou praxí mají dostatečné zkušenosti s akutně nemocnými pacienty a dokáží objektivně vyhodnotit jejich zdravotní stav. Všechny vybrané respondentky jsou ženy pracující na odděleních s akutní péčí od tří do dvaceti dvou let a všechny mají specializační vzdělání v akutní péči, nebo mají bakalářský či magisterský titul v oboru všeobecná sestra a zdravotnický záchranář.

Práce na ARO je velmi náročná. Na odděleních s akutní péčí pracují převážně všeobecné sestry se specializací v oboru intenzivní péče, zdravotničtí záchranáři, ale i všeobecné sestry bez specializace, které jsou pod odborným dohledem sester specialistek. Veškerá činnost zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků je stanovena ve vyhlášce č. 55/2011 Sb. §4 Všeobecná sestry, §17 Zdravotnický záchranář, §55 Sestra pro intenzivní péči.

Dané oddělení, kde byl výzkum prováděn, bylo zmodernizované v roce 2008 a je vybaveno sedmi lůžky pro zajištění akutní péče při život ohrožujících stavech. Každé lůžko je vybaveno přístroji pro zajištění a sledování základních životních funkcí, jako je monitor, ventilátor, infuzní pumpy, dávkovače a centrální rozvod kyslíku a vzduchu. O pacienty se na tomto oddělení starají čtyři sestry na směnu ve dvousměnném provozu. Na každé směně je se sestrami na oddělení lékař a nezdravotnický personál, který vypomáhá s pacienty například při polohování, odnáší biologický materiál k vyšetření a vykonává práci pro zajištění chodu oddělení, jako je doplňování materiálu, dezinfekce a jiné. Na ranní směnu je na oddělení i staniční a vrchní sestra, zajišťující chod oddělení.

Sestra na oddělení poskytuje vysoce specializovanou péči pro pacienty v život ohrožujících stavech. Vždy jedna sestra poskytuje péči jednomu nebo maximálně dvěma pacientům a snaží se napomáhat při péči o pacienty ve vážnějším stavu, nebo zajištění nového příjmu. Každá směna má předem určenou vedoucí sestru směny, která zodpovídá za rozdělování pacientů jednotlivým sestram, riziková léčiva, přístrojová vybavení, objednáva stravu pacientů,

rozděluje úkoly jednotlivým sestřám, domlouvá se s lékařem ohledně příjmů, v případě nutnosti jde s lékařem resuscitovat v rámci nemocnice a následně zodpovídá za doplnění resuscitačního vozíku, který byl při resuscitaci použit.

2.2.2 Etické aspekty výzkumu

Je nezbytně důležité získat informovaný souhlas před zahájením sběru dat k danému výzkumu. Pro zajištění anonymity účastníku výzkumu slouží pasivní forma souhlasu, kdy není zapotřebí jejich podpis, ale jen vyslovený souhlas s výzkumem. Při kvantitativním výzkumu však dochází k dlouhodobému sběru dat v terénu, a proto ze souvislostí může vyplynout, na kterém místě byl daný výzkum prováděn. V těchto případech identita účastníku nesmí být za žádných okolností odhalena (Hendl, 2016, s. 157).

Vybrané respondentky se sběrem dat, formou rozhovoru souhlasily. Souhlas byl poskytnut nejen ústní formou, ale i podpisem. Pro mé respondentky je velice důležité zůstat v anonymitě. Všechny vyjádřily obavu, aby nedošlo k negativní zpětné vazbě ze strany nadřízených, jestliže se dozví, kdo byl součástí výzkumu. Toto jejich rozhodnutí plně respektuji.

2.2.3 Sběr dat

Za využití polostrukturovaných rozhovorů byla sesbírána data od šesti respondentů. Oslovování respondentů probíhalo do teoretické nasycenosti. Při rozhovorech se u čtvrtého respondenta začaly odpovědi opakovat, a tak u šestého respondenta byl sběr dat ukončen. Polostrukturovaný rozhovor díky připraveným otázkám směřuje k identifikaci výzkumných témat za pomoci detailních odpovědí. Nejdůležitější je jádro rozhovoru, které pro výzkumníka představuje závazné schéma. Toto schéma se skládá z otázek a témat, které musí výzkumník určitě probrat. Na jádro rozhovoru pak navazují další témata a otázky, které rozšiřují původní záměr. Doplnující otázky mohou pomoci k lepšímu uchopení zkoumaného problému. Podstatou polostrukturovaného rozhovoru je jeho schopnost odhalit významné a závazné aspekty lidského a organizačního chování, které je často skryté. Často je to nejefektivnější způsob získávání informací, který účastníkovi umožňuje uvažovat a odpovídat na otázky způsobem jemu vlastním (Mišovič, 2019, s. 80).

Před zahájením rozhovorů byli respondenti seznámeni s průběhem a cílem daného výzkumu a tím, jakým způsobem se bude nakládat se získanými informacemi. Rozhovory probíhaly od ledna 2021 do března 2021 a jednotlivé rozhovory trvaly zhruba dvacet minut. Na konci rozhovorů měly respondentky vždy prostor na dotazy ohledně výzkumu. Jednotlivé

audiozáznamy a opis byly po dokončení rozhovorů přepsány v programu Microsoft Word do písemné formy a připraveny k dalšímu zpracování dle kritérií výzkumu.

2.2.4 Zpracování dat a tematická analýza

Ke zpracování dat se používají tři druhy kódování. Je to otevřené kódování, selektivní kódování a axiální kódování. Kódování se využívá k rozkrytí dat, aby mohlo dojít k jejich zpětnému shrnutí, sjednocení a výkladu používaných dat. Jednotlivé druhy kódování se mohou používat samostatně nebo v kombinaci všech tří druhů. Vždy však analýza začíná otevřeným kódováním a ke konci analýzy se používá převážně selektivní kódování (Hendl, 2016, s. 251).

Ke zpracování tohoto výzkumu bylo použito otevřené kódování. Tento druh kódování vyhledává v nasbíraných datech určitá témata, která se váží k výzkumným otázkám, přečtené literatuře, nebo se může jednat o nové myšlenky, vznikající průnikem výzkumníka v textu. Kódovat se může různými způsoby. Lze kódovat jednotlivá slova, věty, odstavce nebo i celé texty. Cílem kódování je tematické rozkrytí textu (Hendl, 2016, s. 251).

Tematická analýza umožňuje identifikovat datové vzorce a témata v získaných datech a výhodou je její pružnost. Patří mezi nástroje analýzy poskytující bohatou, komplexní a detailní zprávu o datech. Zvládnutí tohoto druhu analýzy umožňuje přechod k jiným druhům kvalitativní analýzy (Hendl, 2016, s. 264).

2.3 Tematická analýza

Podle Hendla (2016, s. 267-275) můžeme tematickou analýzu rozdělit do několika fází:

2.3.1 Seznámení s daty

V této fázi došlo k seznámení s daty. Rozhovory byly přepsány do písemné podoby a díky opakovanému čtení a poslouchání audionahrávek byla snaha se důkladně seznámit s obsahem.

2.3.2 Generování otevřených kódů

V této fázi analýzy došlo k identifikaci prvotních témat (počátečních kódů) v celém datovém souboru. Snahou bylo vytvoření co největšího množství kódů.

Vytvořené kódy pro všechny rozhovory:

Respondent 1:

uzdravení lidí	kvalitní život	mírnění negativních vlivů
záchrana života	neexistuje léčba	důstojné umírání

život je konečný	bolestivá léčba	chod oddělení
anamnéza	důvod pro změnu v léčbě	postupy v léčbě
přidružené nemoci	pozitivní vliv	rozmanitost léků
špatné hodnoty vyšetření	nepokračování v léčbě	zajistit komfort
závažnost onemocnění	vztah k pacientovi	neublížit
kladný přístup	nedostatek času	není snaha léčit
smrtné onemocnění	bezmoc	důstojné umírání
věk pacienta	rozhodnutí lékaře	smrt jako součást života
zvyšování utrpení	názor sestry	smrt mladých lidí
přijetí léčby	vyčerpaná léčba	pomoc
není naděje	není další léčba	nedostatek praxe
zvyšování utrpení	nedochází ke zlepšení	obtížný přechod k léčbě

Respondentka 2:

selhání orgánových funkcí	pocit neúspěchu	jedinečnost pacienta
návrat životních funkcí	očekávání od léčby	kvalitní život po léčbě
návrat k životu	naděje v záchranu	neléčit za každou cenu
není další léčba	návrat do života	pacient jako zátěž
další léčba neuzdraví	rozsudek smrti	uvědomění si situace
důstojné umírání	není konzultace	využití postupů
smrt bez utrpení	není zapojení	přístroje
závažnost onemocnění	návyky lékařů	léky
stádium onemocnění	rozhodování lékařů	pohodlí pacienta
onkologická diagnóza	není hlas sester	zajistit život
zabránit utrpení	různý pacient	zajistit pohodlí
smrtnost pacienta	různá diagnóza	radost z práce

práce má význam
zlepšení pacienta

smysluplnost práce
síla v pomoci

Respondentka 3:

záchrana života	obtížné smíření	jedinečnost pacienta
znalost zdravotníka	utrpení před koncem	stav nemocného
postupy k záchráně života	špatné umírání	nejsou stejné podmínky
léčba lékařem	kvalitní smrt	správné načasování
péče sestry	odvracení nevyhnutelného	různé pohledy na věc
zabránit utrpení	není možné zlepšení	zbytečně neublížit
věk pacienta	lidskost	upřednostnění akutní péče
potřeby pacienta	nepokračování v léčbě	nedostatek času
důstojnost	snaha léčit	hodně práce
smrt bez utrpení	vyřknutý ortel	špatná paliace
smysluplné rozhodnutí	rozhodování o životě	málo personálu
zdlouhavé umírání	jiné chápání rolí	obtíž práce s lidmi
trápení pacientů	neuznání vzdělání	schopnost vyrovnat se
trápení blízkých	sestra je podřízená	hodně emocí
lidskost	není partnerský vztah	ventilace emocí na blízké
beznaděj	lékař je autorita	racionální zvážení
vnitřní boj	vyšší vzdělání	lítost
závažnost onemocnění	stejná kompetence	alkohol
prodlužování umírání	bez hlasu při rozhodování	zamyšlení se nad situací
ublížování rodině	jiné načasování	racionální zhodnocení

Respondentka 4:

ohrožení života	věk pacienta	zlom při snaze se posunout
včasná rozhodnutí	vyjádření názoru sestry	několik pokusů
rozhodování záchránců	snaha o změnu rozhodnutí	není reakce na léčbu
výkony	rozdílnost případů	nefunkční farmaka
pomoc na konci života	anamnéza pacienta	hodně farmak
konec akutní léčby	celkový stav pacienta	snaha o záchranu
důstojné umírání	nezahájení léčby	málo farmak
závažné diagnózy	není navázaný vztah	mírnění bolesti
zkušenosti personálu	respektování názoru jinde	snaha zachránit
kriticky nemocný	vztah sestry pacient	snaha nezhoršit stav
závažnost onemocnění	lékař nechce slyšet názor	nebrat si práci domů
rozhodnutí lékaře	potřeba se zapojit	sport
souhlas s léčbou	není přesné načasování	

Respondentka 5:

záchrana života	souhlas s léčbou	není snaha lékaře
základní péče	snaha neublížit	nechtějí znát názor
není záchrana	pomocť pacientovi	dlouhodobá léčba
žádná léčba	pátrání po možné léčbě	žádné zlepšení
zkvalitnění umírání	vyčerpaná léčba	změna léčby
poskytnutí potřeb	načasování příliš brzy	náznak zlepšení
poskytnutí pohodlí	rozhodnutí lékaře	nový problém
důstojné umírání	nezahájení léčby	zhoršení
závažnost onemocnění	nelze zachránit život	nelze zvrátit zhoršení
vedlejší diagnózy	snaha o zlepšení	změna péče

není následná péče	více farmak	jiná léčba
pozitivní změna	upřednostnění akutní péče	rodina
snížit rizika	speciální oddělení	sport
poskytování potřeb	není místo pro pacienty	láska k práci
rozdílnost v léčbě	přemístění pacientů jinam	

Respondentka 6:

snaha zachránit život	byla snaha léčit	pochybnosti
farmaka	byl poskytnut čas	není určená doba
výkony	není zlepšení	stav pacienta
není záchrana	léčba nevede k uzdravení	rozhodnutí lékaře
není léčba	prodlužování umírání	priorita zachránit život
péče o potřeby	udělalo se vše	zajištění potřeb
důstojné umírání	byla snaha o záchranu	dobrá péče
anamnéza	nelze pomoci	nedostatek akutních lůžek
závažnost onemocnění	pochybnosti	strach z odchodu
souhlas s léčbou	získat čas se rozloučit	síla v rodině
dostatek informací	rozhodnutí lékaře	zahrada
vyjádření pochyb	nutný souhlas sestry	jiná práce s lidmi
udělalo se vše?	ovlivnění změny léčby	
nepokračování léčby	vyjádření souhlasu	

2.3.3 Vyhledávání témat

Po skončení kódování bylo zahájeno hledání témat důležitých v souvislosti s položenými výzkumnými otázkami.

Vybraná témata:

1. Pohled sester na akutní péči.
2. Pohled sester na paliativní péči.
3. Hlavní rozdíly v péči akutní a paliativní.
4. Spolupráce mezi lékařem a sestrou.
5. Přijetí rozhodnutí o změně léčby.
6. Poskytování paliativní péče na oddělení a akutní péči.
7. Jaké je načasování pro změnu léčby.
8. Jaká jsou kritéria pro změnu léčby.
9. Schopnost sester odpočívat a odreagovávat se.

2.3.4 Určení, pojmenování a zpracování hlavních témat

Z vyhledaných témat bylo definováno a zpracováno pět hlavních témat výzkumu.

2.4 Definovaná hlavní témata

Kódováním vzniklo pět hlavních kategorií, které popisují zkušenosti sester pracujících na ARO s přechodem pacientů z akutní péče na péči paliativní. Jednotlivé kategorie jsou:

1. Hlavní rozdíly v akutní a paliativní péči.
2. Spolupráce ošetrovatelského týmu.
3. Načasování pro přechod k paliativní péči.
4. Přijetí rozhodnutí o změně léčby ošetrovatelským týmem.
5. Odpočinek a odreagování.

2.4.1 Hlavní rozdíly v akutní a paliativní péči

Tato kategorie zahrnuje odpovědi v rozhovoru na následující otázky:

- Můžete mi popsat, co pro Vás znamená akutní (kurativní) péče a péče paliativní?
- V jakých oblastech péče vnímáte rozdíl v poskytování akutní a paliativní péče?

Tabulka 1 Hlavní rozdíly v akutní a paliativní péči (Zdroj: autor)

Respondentky	Co pro sestry znamená akutní péče	Co pro sestry znamená paliativní péče	Jaké rozdíly vidí sestry v akutní péči	Jaké rozdíly vidí sestry v paliativní péči
Respondentka č.1	záchrana a zkvalitnění života	důstojnost, vyčerpaná léčba, mírnění příznaků	rozmanitost léčby, zákroky	komfort před smrtí, neléčíme
Respondentka č.2	navrátit nemocného k životu	důstojnost, smrt bez utrpení, vyčerpaná léčba	přístroje, léky	pohodlí
Respondentka č.3	postupy k záchraně života, lékař	mírnit utrpení, sestra, potřeby, důstojnost	upřednostnění záchrany života	lidskost, neublížit, čas, hodně práce
Respondentka č.4	výkony, včasná rozhodnutí, ohrožení života	ulehčení, konec akutní léčby, důstojné umírání	farmaka, snaha zachránit, nezhoršit stav	málo farmak, mírnění bolesti
Respondentka č.5	záchrana života	potřeby, důstojnost, není léčba, pohodlí	preferance, nedostatek lůžek, více farmak	méně léčiv, způsob léčby
Respondentka č.6	léky a úkony, záchrana života	důstojnost, není léčba, neprodlužovat život	nedostatek lůžek, záchrana	zajištění potřeb, zhodnocení stavu

Při poskytování akutní péče se zdravotnický personál zaměřuje na zajištění základních životních funkcí a záchranu života. Snaží se všemi dostupnými prostředky, léky a přístroji navrátit nemocného do života a i zajistit dostatečnou kvalitu toho daného života. Odpovědi všech respondentek se v odpovědích nijak významně nelišily, jen jedna respondentka poukázala na to, že je akutní péče zcela v rukou lékaře a sestra pouze plní dané ordinace. Při rozhovoru uvedla: (R3): „Akutní péče zahrnuje všechny dostupné léčebné postupy, rozšiřování terapie a intenzivní péči převážně ze strany lékaře.“

V poskytování akutní péče hraje významnou roli také čas. Velmi záleží na včasném rozhodnutí o druhu léčby a včasném provedení veškerých úkonů, které mohou zachránit život. Jedna respondentka odpověděla: (R4): *Akutní péče pro mě znamená, že dochází k přímému ohrožení života, kdy je zapotřebí tu situaci neodkladně řešit, je tam důležitý časový úsek, záleží na*

momentálním rozhodnutí a jde o vteřiny pro toho daného člověka a dělají se úkony, které jsou pro toho daného člověka životně důležité.“

Paliativní péče už není zaměřená na záchranu života, jako je to u akutní péče, ale je zaměřená na potřeby a komfort člověka na konci života. Ošetrovatelský personál zajišťuje, aby byl pacient bez bolestí, byl v klidu, byl čistý a aby zbytečně netrpěl. Odpovědi respondentek se na toto téma také významně nelišily. Všechny odpovídaly, že by paliativní péče měla zajistit důstojné umírání a aby hlavně pacient zbytečně netrpěl. Respondentky jedna a dvě poukázaly na to, že se k paliativní péči přistupuje tehdy, je-li již veškerá možná léčba vyčerpaná. První respondentka odpověděla: (R1): *Paliativní péče už znamená, že jsme vyčerpali vesměs veškeré možnosti léčby a snažíme se vlastně jen zmírnit nepříznivé příznaky toho pacienta, jako je například bolest a snažíme se důstojným způsobem dovést toho daného pacienta k té smrti, která je nevyhnutelná.*“

Odpověď druhé respondentky byla: (R2): *Paliativní péče je pro mě, kdy se pacient dostane do chronického stavu, kdy veškerá léčba byla vyčerpaná a další kroky v léčbě se už nedají uskutečnit, nebo nejsou proveditelné a nemají význam pro prospěch člověka. Paliativní péče dá tomu danému pacientovi komfort, solidní dožití za slušných podmínek, bez bolestí, aby se co nejméně trápil.*“

Třetí respondentka odpověděla: (R3): *„...dominantní péče by měla být přesunuta na stranu sestry a do sféry ošetrovatelské péče. Na straně lékaře by měla být zajištěna adekvátní analgezie a je-li to nutné, tak i sedace, aby pacienti byli v klidu, ale dominantní péči by měl převzít ošetrovatelský personál v rámci zajištění potřeb toho pacienta, co se týče hygieny, stravování, a dohledu nad tišením bolesti, dodržováním klidu a zajištěním podmínek pro dožití.*“ Tím poukázala, že o pacienta v paliativní péči přebírá hlavní úlohu sestra, která již neplní pouze ordinace lékaře. Sestry jsou téměř v nepřetržitém kontaktu s pacienty a samy si koordinují péči a jednotlivé úkony, které zajistí pacientovi pohodlí, klid a aby na konci života netrpěl.

Zbylé tři respondentky také odpovídaly, že v paliativní péči už není snaha léčit dané onemocnění, které bylo důvodem přijetí do akutní péče, pouze mírnit negativní příznaky. Odpovědi respondentek: (R4): *„Paliativní péče už neřeší tu danou diagnózu, ale snaží se pacientovi ulevit tak, aby hlavně bez bolesti došel konci života.*“

(R5): *„Paliativní péče je pro mě to, že poskytujeme pacientovi ošetrovatelskou péči bez snahy léčit tu nemoc, co ho ohrožuje na životě. Snažíme se mu poskytnout co největší pohodlí a základní potřeby, jako je přijímání potravy, pohodlí a tak.*“

(R6): „*Paliativní péče už pro mě znamená, že se starám o pacienta s onemocněním, které není slučitelné se životem a ani sebelepší léčba mu není schopná prodloužit život, tak se mu snažím alespoň poskytnout péči, aby ho nic nebolelo a aby umíral v relativním komfortu.*“

Hlavní rozdíly v poskytování akutní a paliativní péče jsou v přístupu k pacientovi a ve využití dostupných farmak, přístrojů, postupů a výkonů. V akutní péči se využívá velké množství léků a přístrojů, které podporují a zlepšují vitální funkce člověka a bez jejich využití by ve většině případů nedošlo ke zlepšení a následně uzdravení pacienta. Při záchraně života se v akutním období příliš nehledí na potřeby pacienta, na bolest, na soukromí jako to je při péči paliativní. Čtvrtá respondentka uvedla: (R4): „*U té akutní péče v akutní fázi se také moc nehledí na vznik proleženin. Je mnohem důležitější udržovat klidový režim a s lidmi moc nehýbat. Jákýkoli pohyb, i třeba jen na krátkou dobu, jako je otáčení na boky při toaletě, může způsobit výrazný pokles saturace kyslíku, snížit tlak krve, nebo způsobit bradykardii a ohrozit život toho pacienta.*“

Respondentky převážně odpovídaly, že vidí hlavní rozdíl v množství léků, které jsou pacientům podávány a v postupech, které vedou k záchraně života. Oproti tomu paliativní péči vidí jako zajištění komfortu před smrtí. Například první respondentka uvedla: (R1): „*Akutní péče je určitě o spoustě léčiv, o výživě, infuzích, vyšetřeních, operativních zákrocích a podobně.*“

Třetí, pátá a šestá respondentka poukazyvaly na to, že na odděleních s akutní péčí by měla být poskytována pouze akutní péče a ta paliativní by měla být přesunuta na oddělení specializovaná právě pro tu paliativní péči. Odpověď třetí respondentky: (R3): „*Když se kombinuje kritická péče a péče paliativní na jednom oddělení, tak se vždy upřednostňuje ta péče akutní. Musíme si prostě přiznat, že jsme jen lidi, ne roboti a té práce je hodně. Proto nechci, aby to vyznělo nějak špatně, ale myslím si, že se může i stát, že ta paliativní péče bude odfláknutá. Určitě by se to nemělo stát, ale stát se to může. Podle mého je to důsledek nedostatku personálu oddělení, kdy při nedostatku personálu není čas na poskytnutí kvalitní paliativní péče.*“

Podobně odpovídaly i zbylé dvě respondentky. (R5): „*Podle mě bychom se na oddělení s akutní péčí měli specializovat na tu akutní péči, na to podávání léků, sledování vitálních funkcí a záchranu života a jakmile by byla u pacienta změněna péče na paliativní, tak by pro to měla být jiná oddělení, kam by tento pacient měl být přesunut jako je NIP. Bohužel, ne všude tato zařízení jsou, a tak pacienti v paliativní péči mnohdy blokují lůžka pro pacienty v akutním stavu, kteří zůstávají na jednotkách intenzivní péče nebo jsou přemístěni do jiných nemocnic. Hlavní rozdíl vidím v přístupu v léčení, ve ventilaci.*“

Odpověď šesté respondentky: (R6): „*Myslím si, že tu máme paliativní péči dobře nastavenou, ale problém je s lůžky. Kvůli tomu, že tu máme pacienty s paliativní péčí, tak mnohdy ti akutní pacienti musí zůstat na jiných odděleních s intenzivní péčí nebo se musí převézt do jiného zdravotnického zařízení.*“ Tato respondentka také poukázala na neadekvátní posuzování stavu pacienta hned na příjmu. Její odpověď byla: (R6): „*Také si myslím, a je to mnohdy špatně, že se sem spousta lidí ani nedostane, protože jsou hned z příjmu posílání do hospice zemřít. Mnohdy je to rozhodnutí jen jednoho doktora z příjmu.*“

2.4.2 Spolupráce ošetrovateľského tímu

Tato kategorie zahrnuje odpovědi v rozhovoru na následující otázku:

- Při rozhodování o změně léčby kurativní na léčbu paliativní, máte jako sestra poradenský hlas?

Tabulka 2 Spolupráce ošetrovateľského tímu (Zdroj: autor)

Respondentky	Poradenský hlas	Kde sestra vidí příčinu
Respondentka č.1	ne	neuznání názoru sester
Respondentka č.2	ne	neuznání názoru sester
Respondentka č.3	ne	sestra je podřízená, má plnit ordinace
Respondentka č.4	ne	neuznání názoru sester
Respondentka č.5	ne	neuznání názoru sester
Respondentka č.6	ano, ale ne vždy	názor sester není vždy uznán

Rozhodnutí o změně léčby z akutní (kurativní) na léčbu paliativní je vždy v rukou lékaře. Názor sestry by však měl být součástí rozhodnutí. Lékař by měl znát názor ošetřující sestry na to, jestli si myslí, že je vhodná doba na změnu léčby. Jakmile je po lékařské stránce vyčerpána veškerá možná léčba, měl by lékař informovat ošetřující sestru a přizvat ji do procesu rozhodování. Sestra pečuje o pacienta téměř nepřetržitě, zná rodinu daného pacientu, zná jeho diagnózu a díky zkušenostem a vzdělání umí adekvátně posoudit stav daného pacienta.

Respondentky však téměř ve všech případech uvedly, že k procesu rozhodování nebyly nikdy přizvány. Respondentky uváděly: (R1): „Záleží na lékaři. Někteří mají zájem o názor sester, někteří z lékařů naopak názor sester nepřijímají.“

(R2): „Ne. Nemám pocit, že by se mnou někdy doktor konzultoval, jestli daného pacienta vnímám, že by byl k paliativní péči, nebo jestli mám na zahájení paliativní péče jiný názor, než jaký má ten daný lékař. Nikdy se mi to ještě nestalo a rozhodnutí bylo vždy od lékaře a jen si potvrzoval svou myšlenku, jestli i já se domnívám, že je čas daného pacienta převést na paliativní péči. Jakýkoli můj názor by však rozhodnutí nezměnil. Opravdu tu nemám pocit, že by se nás lékaři ptali na to, jestli je nebo není vhodné pokračovat v nastavené léčbě.“

(R3): „*Ne. Myslím si, že náš systém zdravotnictví tady v Čechách funguje jinak než ve světě. Lékaři jsou vedení úplně jinak a sestry, byť mají sebevyšší vzdělání a jsou to sebevětší profesionálky, tak je tu stále dodržovaná profesní hierarchie, přes kterou vlak nejede. Takže i když to v jiných státech nejspíše funguje tak, jak by to správně fungovat mělo, tak u nás se to tak neděje. Ani si nemyslím, že by se to v následujících letech mělo nějak změnit. Lékař je brán jako autorita. Myslím si, že je chyba i na straně vzdělávacího systému, kdy nejen lékaři, ale všichni, kdo studují nějaký vysokoškolský obor, jsou masírováni tím, že oni studují tu vysokou školu a oni budou mít to rozhodující slovo a ti druzí, byť s větší praxí, se nebudou podílet na rozhodování.*“

(R4): „*Tady u nás rozhodně ne. Jinak si myslím, že v jiných nemocnicích by to mohlo fungovat, že se lékaři ptají i sestry, přeci jen je sestra s tím pacientem celý den a zná ho lépe. Mně se zatím nestalo, že by za mnou lékař přišel a zeptal se mě na můj názor. Bylo by to ale určitě fajn, kdyby se nás doktoři snažili více zapojovat do rozhodování o léčbě, ale bohužel to nefunguje.*“

(R5): „*Měla bych mít, ale nemám. Ještě se mi nikdy nestalo, aby za mnou lékař přišel a zeptal se mě na můj názor.*“

Šestá respondentka uvedla, že se jí lékař na názor ptal a chtěl vědět, jestli si myslí, že je vhodná doba na změnu léčby. Zároveň také uvedla obavu, že si nebyla jista, jestli by její rozdílný názor, měl vliv při rozhodování. Její odpověď byla: (R6): „*Prý ano. Jako sestra s tímto rozhodnutím musím také souhlasit. Jsme totiž tým a jakmile bych s tímto rozhodnutím nesouhlasila, tak by se mělo pokračovat v zavedené léčbě. No stalo se mi jen asi jednou nebo dvakrát, že se mě lékař zeptal na názor. Vždy jsem se změnou souhlasila. Těžko říct, jestli by na můj názor byl brán ohled, jestliže bych s tím nesouhlasila.*“

Ve většině případů respondentky uvedly důvod, nerespektování názoru sester. Třetí respondentka uvedla názor, že je problém na straně výuky nových lékařů. Její odpověď byla: (R3): „*Myslím si, že náš systém zdravotnictví tady v Čechách funguje jinak než ve světě. Lékaři jsou vedení úplně jinak a sestry, byť mají sebevyšší vzdělání a jsou to sebevětší profesionálky, tak je tu stále dodržovaná profesní hierarchie, přes kterou vlak nejede.*“

2.4.3 Načasování pro přechod k paliativní péči

Tato kategorie zahrnuje odpovědi v rozhovoru na následující otázky:

- Kde jako sestra vidíte zlom mezi kurativní a paliativní péčí na ARO?

Tabulka 3 Načasování pro přechod k paliativní péči (Zdroj: autor)

Respondentky	Kde sestry vidí zlom pro přechod k paliativní péči
Respondentka č.1	vyčerpaná léčba, není zlepšení, postupy, chod oddělení
Respondentka č.2	různé načasování, jedinečnost člověka, rozhodnutí lékaře, uvědomění si situace, zátěž pro rodinu, personál
Respondentka č.3	různé načasování, jedinečnost člověka, přidružené choroby, není obecné pravidlo, zvažování situace
Respondentka č.4	různé načasování, několik pokusů, není zlepšení, nefunkční farmaka
Respondentka č.5	žádné zlepšení, dlouhodobá léčba, kolísání zdravotního stavu, dlouhé čekání na změnu
Respondentka č.6	není určena doba změny, rozhoduje lékař, stav pacienta

Respondentky uváděly, že přesné načasování pro změnu léčby akutní na paliativní není u všech pacientů stejné. Záleží na přidružených onemocněních, věku a pohlaví pacienta, ale i na komplikacích, které mohou přijít v průběhu léčby akutního stavu. Všechny tyto faktory mohou změnit průběh onemocnění. Proto se musí myslet na to, že každý pacient je jedinečný a stejné onemocnění neprobíhá u všech pacientů stejně. Změna léčby by však neměla přijít příliš brzy a ani příliš pozdě. Vždy je třeba mít na mysli toho daného pacienta, aby se mu zbytečně neprodložovalo utrpení. Například jedna respondentka uvedla: (R3): „*U každého pacienta je třeba na to pohlížet individuálně. Hledí se nejen na diagnózu, ale i třeba na věk, na to, jakým způsobem ten člověk fungoval pře tím akutním onemocněním. Některým pacientům se musí dopřát ten čas a musí se jim dát ta šance na zlepšení, takže se to nedá úplně zobecnit, kdy nastává ten zlom. Vždy se musí zvážit všechny možné faktory, které souvisí s tím daným onemocněním. Nikdy se nesmí nic vzdát příliš brzy a zároveň by se ale nemělo uměle prodlužovat nevyhnutelné.*“

Čtyři respondentky uvedly, že načasování je u každého pacienta různé a přesný čas se nedá určit. Záleží vždy na celkovém zdravotním stavu pacienta a na jedinečnosti každého člověka.

Jedna z respondentek uvedla nutnost se zamyslet nad pokračováním akutní péče a následnou kvalitou života. Určila místo zlomu v uvědomění si toho, že pacientovi v některých případech

není pomoci, a proto by se měla zahájit péče paliativní. Odpověděla takto: (R2): *„Záleží i na tom jaká kvalita života bude po té dané léčbě. Jestli má opravdu význam pokračovat v léčbě a z daného člověka udělat pacienta upoutaného na lůžko, v bezvědomí, upoutaného na ventilátor, který nebude schopen naprosto ničeho a bude to zátěží nejen pro toho daného pacienta, ale i pro rodinu a zdravotnický personál. Ten zlom vidím v tom, že si člověk musí připustit to, že už tomu danému pacientovi nemůže nijak pomoci a že by se měla zahájit ta péče paliativní.“*

Čtvrtá respondentka také poukázala na možný zlom v době, kdy se zdravotnický personál snaží posunout pacienta k uzdravení, nebo kde se léčba nevyvíjí žádným směrem. Její odpověď byla: (R4): *„Mnohdy se to ale láme při odpojování pacienta od ventilátoru, u weaningu. Mnohdy je to u třetího, čtvrtého neúspěšného pokusu na odpojení. Tam se to podle mě láme. Nebo jakmile je nějaká podpora Noradrenalinem nějakou delší dobu, kdy už jde vidět, že ty farmaka přestávají fungovat, tam je podle mě takový ten bod, na kterém se mění léčba.“*

Stejně jako respondentka číslo čtyři hovořily o možném zlomu ve změně léčby respondentky jedna a pět. Obě určily za zlom dlouhodobou stagnaci ve vývoji zdravotního stavu bez zlepšení. Respondentka číslo pět také určila za zlom zhoršení stavu při vzniku různých komplikací, které zapříčiní naprosté vyčerpání organismu. Odpověděla takto: (R5): *„Ten zlom je asi u dlouhodobého připoutání pacienta na lůžko bez nějaké změny k lepšímu. V tom ta péče vždycky přejde na paliativní péči. Pacienti tu jsou nějakou dobu, postupně se zlepšují a už to vypadá, že se snad i od nás dostanou, ale pak na jejich stávající stav nasedne nějaká příhoda, jako je třeba pneumonie, embolie nebo nějaký jiný vážný stav a to ty pacienty dostane znovu na samotné dno a mockrát se z toho už ani při maximální péči nezvládnou dostat. U těchto pacientů ta péče postupně přejde do té paliativní péče.“* Také upozornila na nedostatek lůžek pro pacienty v paliativní péči. Poukázala, jak dobrý vliv má na pacienty změna prostředí. (R5): *„Podle mého se zbytečně čeká na překlady pacientů, kteří jsou setrvale odpojeni, na jiné oddělení. Je to hlavně z důvodu nedostatku lůžek na odděleních typu DIOP. Přijde mi, že jakmile se pacienti přeloží dříve, dříve změní prostředí a dříve se změní takový ten zajetý režim, tak mají větší šanci na to se z toho dostat a hrozí tam méně komplikací, které by zhoršily ten daný stav.“*

2.4.4 Přijetí rozhodnutí o změně léčby ošetrovatelským týmem

Tato kategorie zahrnuje odpovědi v rozhovoru na následující otázky:

- Jak vnímáte rozhodnutí o nezahájení léčby v akutní péči?
- Jak vnímáte rozhodnutí nepokračovat v marné léčbě v akutní péči?
- Jaké rozhodnutí je pro Vás jednodušší přijmout z předchozích dvou otázek?

Tabulka 4 Přijetí rozhodnutí o změně léčby ošetrovatelským týmem (Zdroj: autor)

Respondentky	Rozhodnutí o nezahájení léčby	Rozhodnutí o nepokračování v marné léčbě	Jaké rozhodnutí je pro sestru jednodušší přijmout
Respondentka č.1	anamnéza, další nemoci, závažnost onemocnění, věk, zabránit utrpení	vyčerpané možnosti léčby, zabránit utrpení, prodlužování umírání	nepokračovat v léčbě
Respondentka č.2	závažnost onemocnění, stádium onemocnění, zabránit utrpení, smrtelnost člověka	pocit neúspěchu, očekávání zlepšení, odebrání naděje na zlepšení	nezahajovat léčbu
Respondentka č.3	znalost zdravotníka, závažnost onemocnění, věk, zabránit utrpení, lidskost	není možnost zlepšení, zbytečné výkony, prodlužování umírání	nepokračovat v léčbě
Respondentka č.4	závažnost onemocnění, věk, onemocnění, zkušenosti personálu, jedinečnost pacienta	závažnost onemocnění, celkový stav pacienta, věk, přidružená onemocnění	nezahajovat léčbu
Respondentka č.5	závažnost onemocnění, přidružené choroby, snaha neublížovat	informace o možnostech léčby, načasování	nezahajovat léčbu
Respondentka č.6	závažnost onemocnění, anamnéza, vyjádření pochyb	vyčerpané možnosti léčby, čas na zlepšení, vyčerpané rezervy, prodlužování umírání	nepokračovat v léčbě

Rozhodnutí o nezahájení nebo nepokračování v marné léčbě může být pro ošetrovatelský personál někdy těžké přijmout. Někdy to může být chápáno jako předčasné ukončení léčby bez viditelné snahy zachránit lidský život a na druhou stranu se to může jevit jako zdlouhavé léčení a prodlužování nevyhnutelné smrti.

Při otázce, jak vnímají respondentky rozhodnutí o nezahájení léčby, všechny odpověděly, že velmi záleží na závažnosti onemocnění a dalších přidružených chorobách daného pacienta.

Jedná-li se o nemocnění v terminálním stádiu nebo onemocnění, které není slučitelné se životem, tak přijetí je snazší a zdravotnický pracovník se s tím smíruje snáze. Například jedna respondentka odpověděla: (R2): *„Samozřejmě záleží, co u daného člověka je za akutní onemocnění, nebo onemocnění v terminálním stavu. U těchto onemocnění by to bylo prodlužování utrpení pro daného člověka a vlastně žádná kvalita života by se nezlepšila, ba naopak by to bylo horší a horší s tím, že by ten konec byl stejně neodvratný.“*

Pro správné rozhodnutí o tom, zda léčit nebo nezahajovat léčbu je důležité získat dostatek informací. V akutní péči může být získávání informací o zdravotním stavu poměrně těžké. Jedná-li se o pacienta z jiného oddělení, tak má lékař přístup k chorobopisu daného pacienta, kde může zjistit téměř vše, co potřebuje. Jedná-li se ale o pacienta, kterého přiveze záchranná služba v bezvědomí, tak informace o pacientovi mohou být velice omezené. Jestliže chybí anamnéza, tak by se mělo léčit ve všech případech. Dvě respondentky odpovídaly takto: (R1): *„Pokud máme u přijatého pacienta nějakou anamnézu, ze které můžeme vycházet a jestliže je to člověk, o kterém víme, že má nějaké onemocnění v terminálním stádiu, má ireverzibilní změny ve výsledcích odběrů, špatné výsledky v zobrazovacích metodách, je tam špatná diagnóza, tak na rozhodnutí o nezahájení léčby nevidím nic špatného, protože prodlužovat život, který svým způsobem už nemá naději, je spíše prodlužování utrpení.“*

(R6): *„...jestliže by se přijmul pacient, o kterém nemáme dostatek informací, ale jeho onemocnění není slučitelné se životem a lékař určí, že nebudeme zahajovat léčbu, tak je to špatně, a říkám si, jestli opravdu jsme pro toho pacienta nemohli udělat víc.“* Podobně stejná respondentka odpovídala i při čtvrté otázce. Její odpověď byla: *„Při nezahájení léčby si říkám, jestli jsme opravdu nemohli udělat alespoň něco, co by tomu danému pacientovi pomohlo a třeba alespoň prodloužilo život a zkvalitnilo ten život, třeba alespoň na půl roku, který by mohl strávit třeba s rodinou v domácím prostředí. Na druhou stranu je to vždy rozhodnutí lékaře, které musím respektovat.“*

Další, co rozhoduje v přijetí rozhodnutí, je věk pacienta. Toto rozhodnutí dokážou vždy jednodušeji přijmout, jedná-li se o pacienta ve vyšším věku. O věku pacienta hovořily tři respondentky. (R1): *„Toto rozhodnutí je vždy těžší přijmout u mladších lidí, ale jestliže dané onemocnění je terminální a nezvratné, tak i to dokážu přijmout a беру ho jako menší utrpení pro daného pacienta.“*

(R3): *„Hůře se to snáší u mladších ročníků, přestože to jsou diagnózy závažné, které by jiné východisko, než smrt neměly. Někaké bezdůvodné prodlužování života by bylo vnímáno jako*

týrání nejen toho pacienta, ale týrání i jeho rodiny a jeho okolí. V každém z nás ale ta lidská stránka je a nějaké to dilema člověk vnitřně řeší. Takže takové to smíření s nezahájením léčby není vůbec snadné, a ne vždycky to ten člověk úplně snese.“

(R4): *„Jakmile by to byl ale nějaký mladší ročník, u kterého bych si myslela, že by léčba mohla ještě nějak pomoci, tak bych lékaři rozhodně oponovala a za všech okolností bych se snažila jeho rozhodnutí nějak změnit.“*

Odpovědi v otázce nepokračování v marné léčbě jedna respondentka opět poukazovala na věk, aktuální onemocnění, přidružené choroby a celkový stav pacienta. Její odpověď byla:

(R4): *„Při nepokračování v marné léčbě zase záleží na dané situaci a daném pacientovi. Záleží na diagnóze, jaký je to ročník, jaké má přidružené choroby a na celkovém stavu daného pacienta.“*

Rozhodnutí o ukončení léčby by mělo přicházet až po vyčerpání všech léčebných možností, které by mohly vést ke zlepšení zdravotního stavu. Odpovědi dvou respondentek byly:

(R1): *„Jestliže daná léčba je marná a nemá žádné vyhlídky, že by vše, co děláme, mělo skončit dobře pro daného pacienta, tak nemá vůbec smysl ho trápit zbytečnou a mnohdy bolestivou léčbou, naopak je to důvod k tomu přejít k paliativní péči. V těchto případech má paliativní péče mnohem větší užitek než ta péče akutní.“*

(R6): *„...Jakmile ale ani přes maximální resuscitační podporu oběhu se nelepší a spíše horší, pacient přestává mít rezervy k boji s tou danou chorobou, tak je lepší jak pro toho člověka, tak pro rodinu, i z finanční stránky lepší přestat a zbytečně neprodlužovat nevyhnutelné. Pokračování a rozšiřování léčby by stejně nevedlo k uzdravení, pouze by vedlo k prodloužení života o pár hodin, nebo dní. U nepokračování v léčbě vždy víme, že jsme udělali maximum.“*

Jedna respondentka, rozhodnutí o nepokračování v léčbě popisovala jako pocit neúspěchu. Toto rozhodnutí vnímá jako odebrání naděje na zlepšení. (R2): *„V nepokračování v marné léčbě cítím částečně zklamání. Při zahájení akutní péče očekávám nějaké výsledky s tím, že ten pacient má nějakou určitou naději na přežití, nebo má šanci na solidní život a že se dostane do nějakého životaschopného stavu. Proto nepokračování v léčbě je pro mě taková mez, kdy se vlastně nad pacientem udělá křížek.“*

Jedna respondentka vyjádřila obavu, zda dochází ve všech případech ke správnému načasování ke změně léčby a zdali byla opravdu vyčerpána veškerá možná léčba. (R5): *„U takového pacienta se snažím zjistit, jestli jsme už vyčerpali veškeré možnosti a jestli se nedá ještě něco*

udělat. Občas se mi zdá, že někteří doktoři to vzdávají příliš brzy, ale pak tu jsou i doktoři, kteří se opravdu snaží a dělají maximum.“

Respondentka (R3) popisovala prodlužování marné léčby jako týrání nemocného, ztěžování konce života a zbytečné podstupování bolestivých výkonů, které mu nijak nemohou pomoci. Odpověděla takto: *„Myslím si, jestli to není nějaké zbytečné týrání toho člověka při pokračování marné léčby a ztěžování těch konců u pacientů, kteří by si zasloužili odejít bez bolesti a pokud možno ve spánku. Namísto zbytečných šourání a vrtání ze všech stran a umělého prodlužování života, když ten člověk nemá nadějně vyhlídky na nějaký posun k lepšímu a kvalitnímu životu.“*

Přijetí rozhodnutí o nezahájení nebo ukončení léčby může být poměrně těžké. Pro některé zdravotníky může být jednodušší přijmout nezahájení léčby z důvodu, že toho daného pacienta neznají, neznají jeho rodinu a nemají k němu vypěstovaný žádný vztah. Oproti tomu u pacientů, kde se snažili pomoci lidem v těžkém stavu a za využití veškerých svých znalostí a zkušeností, rozhodnutí nepokračovat v léčbě berou jako zklamání a selhání. Z oslovených respondentek se půlka vyjádřila k tomu, že je pro ně jednodušší přijmout nezahájení léčby. Jejich odpovědi byly: (R2): *„U mě je asi obtížnější přijmout nepokračování v léčbě. Je to vlastně z toho důvodu, že tam stále nějaká naděje může být pro toho daného člověka a to rozhodnutí nepokračování v marné léčbě vnímám jako vyřknutí ortele.“* Stejná respondentka se k této problematice vyjádřila už v otázce číslo 3. Tam uvedla: *„V nepokračování v marné léčbě cítím částečně zklamání.“*

(R4): *„To je těžká otázka. Asi je pro mě snazší přijmout nezahájení léčby. K pacientovi nemám zatím žádný vztah a záleží na tom, v jakém stavu přijede. Jakmile už mám pacienta na oddělení nějakou dobu, tak to rozhodnutí o nepokračování marné léčby je pro mě těžší přijmout, z důvodu toho, že ho už znám, znám jeho rodinu, jeho kompletní anamnézu, a tak to přijímám obtížněji. Hlavně jsem třeba byla svědkem toho zlepšení, byť bylo malé.“*

(R5): *„Jednodušší je pro mě asi přijmout nezahájení léčby. To, že přijmeme pacienta, který má onemocnění neslučitelné se životem, dokážu zpracovat lépe než ukončení léčby, u kterého se nějakou dobu snažíme, a pak padne to rozhodnutí, které ukončí tu léčbu. To rozhodně vnímám hůř.“*

Pro druhou polovinu respondentek je jednodušší přijmout nepokračování v léčbě. Jako důvod uvádějí, že mají dobrý pocit z toho, že se snažily pro daného pacienta udělat maximum a že tam byla snaha léčit. Oproti tomu nezahájení léčby vidí jako rozhodnutí o smrti člověka bez jakékoli

snahy. Jejich odpovědi byly: (R1): „*Asi je pro mě jednodušší přijmout nepokračování v marné léčbě, protože toho pacienta před sebou nějakou dobu mám a znám ho, než že akutně přivezou nějakého pacienta, kterého vidím jen chvilku a vlastně vím, že už pro něho nemůžeme nic udělat.*“

(R3): „*U mě osobně převládá ta lidská stránka, takže u mě je jednodušší přijmout rozhodnutí o nepokračování marné léčby. Při tomhle rozhodnutí mám takový pocit nějakého určitého zadostiučinění, že se o nějakou léčbu projevila snaha a že to bohužel nikam nevedlo než rovnou rozhodnout o tom, že se nic dělat nebude. Myslím si, že nikdo z nás není pán Bůh, aby byl schopen rozhodnout o životě jiného člověka a o kvalitě jeho života. Z toho důvodu je pro mě lehčí přijmout rozhodnutí o tom, že se to zkusilo a že se to nepovedlo, než že se to ani nezkusí.*“

(R6): „*Pro mě je určitě snazší přijmout nepokračování v marné léčbě. U pacientů, u kterých se k nepokračování v léčbě rozhodne, vidím, že jsme udělali vše, co bylo v našich silách. Jsem si jistá, že se zkusilo vše a že tam nejsou další možnosti, jak zachránit život.*“

2.4.5 Odpočinek a odreagování

Tato kategorie zahrnuje odpovědi v rozhovoru na následující otázky:

- Jako sestra se téměř denně setkáváte s kriticky nemocnými a umírajícími pacienty.
Kde jsou zdroje Vaší síly?

Tabulka 5 Odpočinek a odreagování (Zdroj: autor)

Respondentky	Odreagování a odpočinek
Respondentka č.1	láska k práci, radost ze zlepšení pacientů v mé péči, pocit dobře odvedené práce, smrt patří k životu
Respondentka č.2	láska k práci, práce má význam, dobrý pocit ze záchrany, nečekaná záchrana života, síla v pomoci druhým
Respondentka č.3	vybíjení frustrací na blízkých, lítost, alkohol, racionálně uvažovat, procházky
Respondentka č.4	nebrat si práce domů, sport – bazén, kolo, sezónní sporty
Respondentka č.5	rodina, sport – běh, láska k práci
Respondentka č.6	strach ze změny, síla v rodině, jiná práce

Práce na odděleních s akutní péčí a paliativní péčí může být velmi psychicky i fyzicky náročná. Pacienti na tato oddělení přicházejí ve vážném stavu, jsou většinou v bezvědomí a i přes veškerou snahu lékařů i sester umírají. Schopnost vyrovnávání se s vážnými stavy pacientů nemusí být pro všechny stejné. Každý je jedinečný a pro vyrovnání se s nemocí a smrtí každý potřebuje něco jiného. Vyrovnávání se s těžkými situacemi v práci však může být velmi obtížné. Dvě respondentky uváděly jako zdroj síly lásku k práci a k záchrane života. Poukazovaly na dobrý pocit z dobře odvedené práce. První respondentka také poukázala na smrtelnost člověka a na to, že smrt k životu patří a je špatně se smrti za všech okolností vyhýbat. Jejich odpovědi byly: (R1): „*Nevím asi jako zdroj síly, ale celkově jako ta paliativní péče je jako super věc. Prostě ta smrt k tomu životu patří. Určitě je složitější přijmout tu smrt u mladého člověka, když si představíme, že by mohl mít před sebou ještě spoustu věcí, to je určitě těžké přijmout, ale jako paliativní péče je super, že těm lidem dokáže i v kritických chvílích pomoci. Určitě by se doktoři měli naučit víc, jak tu paliaci dělat, protože bych řekla, že většina lékařů je v tom jako že léčit, léčit, léčit a už nevědí, jak přecházet právě k té paliativní péči. Myslím si,*

že ji nemají tak dobře zmáknutou jako tu kurativní péči. A když člověk vidí, že ten pacient je schopný umřít důstojně, bez bolesti, bez nějakého trápení, tak proč ne. Myslím si, že ta paliativní péče dokáže pomoci sestře se vyrovnat se smrtí. Vždy je to těžké, ale tuhle práci jsem si jednou vybrala, ta práce mě nějak naplňuje a chci ji dělat dál. Určitě je vždy lepší vidět pacienta odejít domů, nebo vidět zlepšení, ale jak říkám, ta smrt k životu patří a když tu práci dokážeme nějak zvládnout, že si lidé dokážou zachovat důstojnost, tak je to fajn. Takže tu sílu vidím v tom, že vidím pacienta klidně ležet nebo spát, bez bolesti, čistého a opečovávaného. To mi pomáhá asi nejvíc pokračovat v práci.“

(R2): „Tahle práce mě baví. Není to pro mě žádné poslání, ale ta práce, co dělám, má význam. Má význam, a i přes veškeré nezdary, co se stávají, tak je pár případů, pro který má cenu tu práci dělat. Hlavně teď v téhle době, kdy vidím, že toho pacienta opravdu ztrácím a ten člověk najednou začne jevit známky zlepšení, probere se mi a dál zlepšuje. Tohle je pro mě motivující a má smysl. Tohle je to, co mi dává sílu.“

Velkým problémem může být, přinášení negativních zážitků z práce domů, do rodiny. Na to poukázaly dvě respondentky. Jedna z nich hovořila o tom, že se tyto negativní zážitky z práce odrážejí na chování k blízkým osobám. Také uvedla jako možnost odreagování se pití alkoholu. Uvedla: (R3): *„Asi bych začala tím, že i když se to člověk snaží brát jako práci, tak si všechno, ať chce nebo nechce, odnáší domů. Ve všech oblastech, kde se pracuje s lidmi, to tak je. Vždy záleží na tom, jak to ten člověk dokáže vnitřně zpracovat. Občas toho je na mě tolik, že mám až chuť křičet a bohužel to občas i moji blízcí odnesou, byť nechci, ale ten svůj vztek a bezmoc ventiluji na ně. Teprve pak si to v hlavě nějak srovnám a je mi to líto, ale tu prvotní bezmoc si bohužel kolikrát ventiluji takto. Občas se uklidním skleničkou vína. Občas se stačí se jít jen projít, zastavit se, zklidnit se a říct si, že se vlastně nemám tak špatně. Člověk si uvědomí, co má doma, uvědomí si, že jsou lidé na tom mnohdy hůř a že se má vlastně člověk dobře a tím se tak trochu uklidnit.“*

Oproti tomu čtvrtá respondentka se již naučila, nebrat si frustraci z práce domů do rodiny. Stejně jako zbylé pátá respondentka se snaží využívat sportu k odreagování se. Odpověděla: (R4): *„Už jsem se naučila, že když odcházím z práce, tak vše, co jsem za tu směnu zažila, i to špatné, se snažím nechávat v práci. Ale i tak se mi to nedaří vždy. Proto upouštím ventil sportem. Chodím na bazén, na kolo nebo nějaký jiný sezónní sport.“*

Pátá respondentka také mimo sportu uvedla jako zdroj síly svoji rodinu. (R5): *„Hlavní zdroje mé síly jsou má rodina, děti, manžel. Práce sestry jako taková mě baví, dělám ji ráda, ale hlavně mě nakopává rodina a poslední dobou i sport. Nedávno jsem začala běhat.“*

Šestá respondentka jako zdroj síly uvedla práci s jinými lidmi. Uvedla: (R6): *„Musím se přiznat, že nemám odvalu odejít. Proto zdroje mé síly mám v zahrádce, rodině, mám práci na vedlejší úvazek i tam, kde jsou živí lidé, kteří přijdou a odejdou (pracuji na obvodě). Pak když se vrátím na ARO, tak mám tu sílu znovu normálně fungovat.“*

Schopnost zdravotnického personálu vyrovnat se s obtížnými situacemi je nezbytně důležitá pro jejich práci. Jestliže tuto schopnost nemají, hrozí jim syndrom vyhoření. Tento syndrom byl popsán v kapitole 1.13.2 Syndrom vyhoření.

3 DISKUZE

V diskuzi jsou za pomoci odpovědí na výzkumné otázky shrnuty výsledky provedeného výzkumu. Výsledky výzkumu jsou porovnány s informacemi z jiných výzkumů či autorů knih.

3.1 Výzkumná otázka č. 1: Jaké jsou podmínky a správné načasování, z pohledu respondenta, pro změnu akutní péče na péči paliativní

V intenzivní péči je hlavním cílem zachránit život a zajistit zdraví pacienta. U pacienta je snaha o odstranění vyvolávající příčiny onemocnění a poskytnutí orgánové podpory. Snahou je udržet život, ale zbytečně neprodlužovat umírání. V případech, kdy nelze dosáhnout tohoto cíle, je nutné pacientovi zajistit kvalitní ošetrovatelskou péči se zaměřením na tlumení bolesti, odstranění strádání, zajištění komfortu, důstojnosti a uspokojování potřeb fyzických, psychických, sociálních a duchovních (Ševčík, Matějovič, ed., 2014, s. 35). Všechna rozhodnutí týkající se poskytované léčby a péče musí být v souladu s platnými právními předpisy, odborně posouzen zdravotní stav pacienta kvalifikovaným personálem a musí být respektovány základní etické principy medicíny (Kapounová, 2020, s. 211-212).

Standardy ošetrovatelské péče (2013) uvádějí za cílovou skupinu ty pacienty, kteří jsou v pokročilém a konečném stádiu nevléčitelných chorob. Paliativní péči vyžadují pacienti s onemocněním a stavy jako jsou např. nádorová onemocnění, neurodegenerativní onemocnění, geriatrickí pacienti a další. V intenzivní péči to jsou kriticky nemocní pacienti s nezvratným multiorgánovým selháním (Sláma, Špínková, Kabelka, 2013). Tito pacienti jsou pro příjem na oddělení s intenzivní péčí přijímáni na základě akutního onemocnění, dále záleží na věku, přidružených chorobách, fyziologických abnormalitách, intervencích (Ševčík, Matějovič et al., 2014, s. 18).

Správné načasování pro přechod k paliativní péči nelze určit pro všechny pacienty stejně. Respondentky uvedly různou dobu u jednotlivých pacientů pro přechod k paliativní péči. Čtyři respondentky uvedly, že v rozhodování o změně léčby hraje významnou roli hlavní onemocnění, přidružené choroby a věk pacienta. Tři respondentky uvedly jako důvod pro přechod k paliativní péči vznik komplikací, jako je nefunkčnost farmak, selhání léčby a vznik komplikací jako je infekce, pneumonie nebo jiná nezvratná příčina zhoršení zdravotního stavu. Kapounová (2020, s. 267) uvádí jako komplikaci dlouhodobé ventilace pneumonii, trauma dýchacích cest, dlouhodobý pobyt na oddělení s intenzivní péčí. Při rychlém ukončení ventilační podpory je riziko poruchy výměny krevních plynů.

Doporučení představenstva ČLK 1/2010 uvádí, že při rozhodování o změně akutní péče na péči paliativní, by měli být přivzati všichni z ošetřovatelského týmu a podnět pro zahájení paliativní péče může dát kdokoli z daného týmu.

Pět respondentek uvedlo, že do rozhodování o změně léčby nebylo nikdy přijato. Jedna respondentka uvedla, že byla přijata do procesu rozhodování jednou nebo dvakrát. Zároveň s tím ale vyjádřila obavu, že si není jista o důležitosti jejího hlasu. Vondráčková (2017) ve svém výzkumu udala pouze jeden případ z dotázaných osmdesáti devíti respondentů, kdy byla sestra přijata do procesu rozhodování o změně léčby.

3.2 Výzkumná otázka č. 2: Jaké jsou hranice v poskytování akutní a paliativní péče z pohledu respondenta?

Pro respondentky akutní a paliativní péče znamená záchranu života. Všechny respondentky uvádí, že jsou při akutní péči podávány léky pro orgánovou podporu a dělají se výkony pro zajištění orgánové podpory. Jedna respondentka uvedla, že významnou roli v poskytování akutní péče hraje čas. U kriticky nemocných se zdravotnický personál musí rozhodovat velice rychle a mnohdy i minuty mohou rozhodnout o průběhu léčby.

Správné a včasné posouzení závažnosti onemocnění u kriticky nemocných je zásadní, protože určí naléhavost léčby a využití speciálních léčebných postupů (Ševčík, Matějovič et al., 2014, s. 18).

U paliativní péče se všechny respondentky shodly na tom, že je snaha o zajištění potřeb nemocného, mírnit utrpení a zajistit důstojné umírání. Doporučení představenstva ČLK 1/2010 hovoří o tom, že jestli není možnost zachránit život, zdraví pacienta a odstranit příčinu onemocnění, která povede ke zlepšení závažného stavu, je nutné poskytnout pacientovi péči, která odstraní bolest, strádání a diskomfort a zajistí zachování lidské důstojnosti.

Dvě respondentky také uvedly, že se k paliativní péči přistupuje po vyčerpání všech léčebných postupů. Ševčík et al. (2014, s. 35) uvádí, že u pacientů s absencí reakce na léčbu a vyčerpání všech léčebných možností jsou důvody pro zahájení paliativní péče.

Již během rozhovorů tři respondentky vypověděly, že by na odděleních s akutní péčí měla být upřednostňována péče akutní před tou paliativní. Na toto téma byly následně kontaktovány zbylé respondentky. Zbylé tři respondentky také uvedly, že by se oddělení s akutní péčí mělo spíše zabývat péčí akutní. Výsledek výzkumu Urbanové (2011), která vyhodnocovala 58

dotazníků, byl, že 69 % sester přikládá velký význam paliativní péči a 55 % sester přikládá větší význam kurativní péči. Při porovnání odpovědí ohledně kurativní a paliativní péče větší počet respondentek pokládá význam paliativní péče na stejnou úroveň jako je léčba kurativní.

3.3 Výzkumná otázka č. 3: Jak změna léčby pacientů ovlivňuje respondenta v pracovním a osobním životě?

Ukončení léčby v akutní péči nebo přímo nezahájení léčby u pacientů na odděleních s akutní péčí může být mnohdy pro zdravotníky obtížné a každý zdravotník se s tím vyrovnává jinak a jinak toto rozhodnutí vnímá. Respondentky uváděly důvody, jako je věk pacienta, akutní onemocnění, ukončení léčby při vyčerpání léčby, jako důvody pro snazší přijetí rozhodnutí o konci léčby. Všech šest respondentek uvádělo, že záleží na závažnosti akutního onemocnění. Dvě respondentky vyjádřily nutnost mít dostatek informací. Tři odpověděly, že hodně záleží na věku nemocného. Další dvě uvedly, že je nutné mít vyčerpané možnosti léčby a tři respondentky nechtějí prodlužovat utrpení. Vondráčková (2017) ve výsledku výzkumu uvedla, že ukončení intenzivní léčby není v rozporu s přesvědčením u 78 respondentů z 89. Z rozhovorů s respondentkami polovina vyjádřila jednodušší přijmout nezahájení léčby a druhá polovina jednodušší přijmout nepokračování v léčbě.

Pro zdravotnické pracovníky je nezbytně nutné umět odpočívat a relaxovat, mít přátele nejen v okruhu spolupracovníků, mít koníčky, umět vyhledávat dobré stránky v životě, umět nalézt radost i v maličkostech, umět realizovat své sny a plány a v případě potřeby umět vyhledat pomoc (Kapounová, 2020, s. 214-215). Flídrová (2016) označila jako nejvyhledávanější metodou pro posílení duševního zdraví relaxaci, kterou zvolilo 73 % respondentů. Druhou metodou se 64 % byla sociální opora a třetí se 48 % sportovní aktivity. Na výzkumu se podílelo 115 respondentů.

V rozhovorech respondentky uváděly jako hlavní zdroj odreagování rodinu, sport, lásku k práci. Jednotlivé druhy odreagování zvolily vždy dvě respondentky ze šesti. Jedna respondentka uvedla i jako zdroj odreagování práci s lidmi, ale v jiném zaměstnání. Jedna respondentka uváděla, že se neumí příliš odreagovávat a frustraci z práce si vybijí na blízkých osobách

a následně toho lituje. Uvedla, že řešením je pro ni i alkohol jako úleva od práce. Při dodatečném dotazování uvedla, že pomoc zatím vyhledat nechce.

4 ZÁVĚR

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku přechodu akutní (kurativní) léčby na léčbu paliativní z pohledu všeobecných sester pracujících na oddělení anesteziologicko-resuscitačním. V teoretické části je popsána problematika akutní a paliativní péče. Výzkumná část je zaměřena na to, jak vnímají sestry přechod na paliativní péči, kdy dochází ke změně léčby na paliativní a za jakých podmínek k této změně dochází. Toto téma jsem si zvolila z toho důvodu, že sama pracuji na oddělení s akutní péčí a zajímalo mě, jakým způsobem vnímají sestry přechod léčby z akutní na paliativní, jakým způsobem se s tím vyrovnávají a jakým způsobem získávají sílu a energii pro výkon svého zaměstnání.

Hlavním cílem bylo zjistit, za jakých podmínek dochází ke změně poskytování akutní péče na péči paliativní z pohledu sestry na ARO. Dále byly stanoveny dílčí cíle, které pomohly lépe zmapovat danou problematiku a napomohly docílit hlavního cíle výzkumu. Dílčí cíle zmapovaly, kdy dochází k přechodu na paliativní péči, jaké jsou hranice v poskytování akutní a paliativní péče a jakým způsobem tato problematika ovlivňuje sestry na ARO. Cílů bylo dosaženo pomocí výzkumných otázek a strukturovaného rozhovoru. Šest respondentek odpovědělo na otázky související s jejich náročným povoláním a tím mi umožnily vytvořit tuto práci, která poukazuje na složitou a mnohdy psychicky náročnou problematiku přechodu k paliativní péči.

Pro práci všeobecných sester, ve zkoumaném souboru respondentů, je načasování pro přechod k paliativní péči u každého pacienta v jiný čas. Hlavními body při rozhodování pro změnu léčby je pro ně, jaké je to hlavní, akutní onemocnění, se kterým se daný pacient dostal na ARO. Dalším bodem je, v jakém stádiu onemocnění je, dále je to pak věk a přidružené choroby pacienta. Jako podmínku pro přechod k paliativní péči určily respondentky, že musí být vyčerpána veškerá možná léčba nebo musí být stav pacienta tak vážný, kdy ani sebelepší léčba by mu nemohla navrátit zdraví. Proto je však nutné znát veškeré možné informace, aby bylo možné stav daného pacienta adekvátně zhodnotit. Hlavní podmínkou pak je, aby netrpěl, nijak fyzicky ani duševně nestrádal a aby byly zajištěny veškeré potřeby daného pacienta. Také poukázaly na problém v nezapojení nelékařských zdravotnických pracovníků do procesu rozhodování pro změnu léčby. Poukázaly na to, že jsou sestry stále brány jako zdravotnický personál, který jen má plnit ordinace lékaře a který vlastně není brán jako partner lékaře. Sestra ani s vysokoškolským vzděláním není respektována lékařem jako rovnocenný partner a je brána jen jako podřízená.

Práce na ARO je velice fyzicky, ale i psychicky náročná. Tuto práci může vykonávat pouze člověk, který je vyzrálý, manuálně a technicky zdatný, musí mít dobré vyjadřovací schopnosti a umět jednat s lidmi. Práce s lidmi je vždy náročná, a jedná-li se o práci s vážně nemocnými a s lidmi, kteří jsou v ohrožení života, tak se sestra musí naučit, jak se zbavit stresu a frustrace. Jestliže si tuto schopnost nenaučí, může být ohrožena syndromem vyhoření. Oslovené respondenty byly zkušené sestry a uváděly několik způsobů, jak se zbavit stresu.

Spolupráce se sestrami z oddělení ARO pro mě byla velice zajímavá. Každá z respondentek mi ukázala problematiku v přechodu k paliativní péči z vlastního pohledu a to mě donutilo se zamyslet nad touto problematikou trochu víc. Nejvíc mě udivilo, že sestry stále nemají hlas a nejsou přibírány do rozhodování, jedná-li se o změnu léčby na paliativní.

4.1 Doporučení pro praxi

Z výzkumu vyplývá, že k přechodu k paliativní péči dochází bez využití názoru všeobecných sester. Všeobecné sestry jsou v téměř neustálém kontaktu s nemocným, obzvláště na odděleních ARO, a proto by jejich názor měl být zvážen. Paliativní péče je hlavně zaměřena na zajišťování potřeb pacienta, a tak by měly mít možnost vyjádřit se. Doporučením pro praxi by mohlo být vytvoření dokumentu, který by obsahoval důležité informace o pacientovi a uvedení důvodů, které vedly k rozhodnutí pro změnu léčby. Tento dokument by musel být odsouhlasen a podepsán všemi členy ošetrovatelského týmu. Jestliže by nedal souhlas každý z týmu, přechod k paliativní péči by musel být znovu přehodnocen.

4.2 Limity práce

Tato práce je vytvořena na základě rozhovorů se všeobecnými sestrami ze stejného oddělení v nemocnici a informace jsou sesbírané od malého množství respondentů. Názory respondentů proto mohou být ovlivněny chodem oddělení a názory spolupracovníků daného oddělení. Výzkum prováděný s větším množstvím respondentů z různých oddělení by mohl přinést další zajímavá data a názory na danou problematiku. Jako námět pro další výzkum, který mě velice zaujal, bych navrhla problematiku komunikace v ošetrovatelském týmu.

5 SEZNAM POUŽITÝCH INFORMAČNÍCH ZDROJŮ

Literární zdroje

1. BARTŮNEK, Petr, Dana JURÁSKOVÁ, Jana HECZKOVÁ a Daniel NALOS et al. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada Publishing, 2016, 752 s. ISBN 978-80-247-4343-1.
2. DRÁBKOVÁ, Jarmila a Soňa HÁJKOVÁ. *Následná intenzivní péče*. Praha: Mladá fronta, 2018. 608 s. ISBN 978-80-204-4470-7.
3. BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada Publishing, 2015. 168 s. ISBN 978-80-247-5402-4.
4. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. Čtvrté, aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Galén, 2015, 225 s. ISBN 978-80-7492-204-6.
5. HEŘMANOVÁ, Jana, Marek VÁCHA, Hana SVOBODOVÁ, Marie ZVONÍČKOVÁ, Jan SLOVÁK. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3469-9.
6. KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Druhé, aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2020, 404 s. ISBN 978-80-271-0130-6.
7. KALVACH, Zdeněk a kolektiv. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. Druhé upravené a doplněné vydání. Praha: Cesta domů, 2019, 155 s. ISBN 978-80-88126-54-6.
8. KUPKA, Martin. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada, 2014, 216 s. ISBN 978-80-247-4650-0.
9. OPATRNÁ, Marie. *Etické problémy v onkologii*. Druhé přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta, 2017, 120 s. ISBN 978-80-204-4522-3.
10. SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA, Jiří VORLÍČEK et al. *Paliativní medicína pro praxi*. 2. nezměn. vyd. Praha: Galén, 2011. 363 s. ISBN 978-80-7262-849-0.
11. SZONOWSKÁ, Barbora. *Paliativa v nefrologii: podpůrná a paliativní péče u pacientů s onemocněním ledvin*. Praha: Maxdorf, 2019, 330 s. ISBN 978-80-7345-603-0.
12. ŠEVČÍK, Pavel a Martin MATĚJOVIČ et al. *Intenzivní medicína*. 3. přeprac. A rozš. Vyd. Praha: Galén, 2014, 1195 s. ISBN 978-80-7492-066-0.
13. TOMOVÁ, Šárka a Jana KŘIVKOVÁ. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing, 2016, 134 s. ISBN: 978-80-271-0064-4.
14. VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada, 2011, 192 s. ISBN 978-80-247-3174-2.

Bakalářské práce

1. FLÍDROVÁ, Nikola. *Postoje ke smrti a umírání z pohledu sestry*. Pardubice, 2016. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice. Vedoucí práce Mgr. Jana Zatočilová.
2. URBANOVÁ, Jana. *Paliativní péče – informovanost a postoje všeobecných sester*. Pardubice, 2011. Univerzita Pardubice. Vedoucí práce Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D.
3. VONDRÁČKOVÁ, Jitka. *Paliativní péče v prostředí intenzivní péče*. Pardubice, 2017. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice. Vedoucí práce Mgr. Jitka Rusová, DiS.

Elektronické zdroje

1. Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010. *Doporučení představenstva ČLK – Česká lékařská komora ...* [online]. 2010 [cit. 2020-08-15]. Dostupné z: https://www.clk.cz/cz/predpisy-a-zakony-dokumenty-zakony-a-stavovske-predpisy-clk-dokumenty-zakony-a-stavovske-predpisy-clk-doporuceni-predstavenstva-clk.html?id_clanky=11473
2. NOVÁK, Vlastimil. Etické problémy rozhodování o způsobu léčby v prostředí intenzivní medicíny. *Etické problémy rozhodování o způsobu léčby v prostředí* [online]. 2012 [cit.2020-08-18]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/eticke-problemy-rozhodovani-o-zpusobu-lecby-v-prostredi-intenzivni-mediciny-464724>
3. PEŘINA, Jakub. Historie paliativní péče. *Historie paliativní péče/ Umírání.cz – Umírání.cz* [online]. 2016 [cit. 2020-08-19] Dostupné z : <https://www.umirani.cz/clanky/historie-paliativni-pece>
4. RÝDLOVÁ, Jarmila. Kdy může být pacient hospitalizován bez vlastního souhlasu. *Kdy může být pacient hospitalizován bez vlastního souhlasu* [online]. 2019 [cit. 2020-08-17]. Dostupné z: <https://www.novinykraje.cz/vysocina/2019/11/01/kdy-muze-byt-pacient-hospitalizovan-bez-vlastniho-souhlasu/>
5. SLÁMA, Ondřej. Obecná a specializovaná paliativní péče v ČR. *Obecná a specializovaná paliativní péče v ČR – Solen* [online]. 2012 [cit. 2020-08-16]. Dostupné z: <http://www.solen.sk/pdf/af6a9ed66bb837eccc430ff37f3263da.pdf>
6. SLÁMA, Ondřej, Martina ŠPINKOVÁ, Ladislav KABELKA. Standardy paliativní péče 2013. *Standardy paliativní péče – Česká společnost paliativní medicíny* [online]. 2013 [cit. 2020-08-15] Dostupné z: https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/11/standardy-pp_cspm_2013_def.pdf

7. TOMEŠOVÁ, Jana. Dříve vyslovené přání – předem vyslovený (ne)souhlasu s poskytováním léčby. *Dříve vyslovené přání – předem vyslovený (ne)souhlasu s* [online]. 2016 [cit. 2020-08-17]. Dostupné z: <https://www.pravniprostor.cz/clanky/obcanske-pravo/drive-vyslovene-prani-predem-vysloveny-ne-souhlas-s-poskytnutim-lecby>
8. VYHLÁŠKA Č. 55/2011Sb. *Zákony pro lidi* [online]. 2019 [cit. 2021-03-05]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55?text=55%2F2011>
9. ZÁKON Č. 372/2011 Sb. *Zákony pro lidi* [online]. 2012 [cit. 2020-08-17]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372#cast4-hlava1>

6 PŘÍLOHY

Přílohy obsahují práva pacientů a jsou zde přepsány celé rozhovory od respondentů.

6.1 Příloha číslo 1: Práva pacientů

1. *„Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.*
2. *Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze zvláštních důvodů.*
3. *Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich zúčastní.*
4. *Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má právo být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.*
5. *V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace vyšetření a léčba jsou věci důvěrnou a musejí být prováděny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.*
6. *Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.*
7. *Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen poté, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace*

o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které přitom existují. InSTITUTE, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.

- 8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.*
- 9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to i bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.*
- 10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musejí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.*
- 11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient bude mít právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen“.*

6.2 Příloha číslo 2: Seznam otázek rozhovoru

STRUKTUOVANÝ ROZHOVOR K BAKALÁŘSKÉ PRÁCI

- 1) Můžete mi popsat, co pro Vás znamená akutní (kurativní) péče a péče paliativní?
- 2) Jak vnímáte rozhodnutí o nezahájení léčby v akutní péči?
- 3) Jak vnímáte nepokračování v marné léčbě v akutní péči?
- 4) Jaké rozhodnutí je pro vás jednodušší přijmout z předchozích dvou otázek?
- 5) Při rozhodování o změně léčby kurativní na léčbu paliativní máte jako sestra poradenský hlas?
- 6) Kde jako sestra vidíte zlom mezi kurativní a paliativní péčí na ARO?
- 7) V jakých oblastech péče vnímáte rozdíl v poskytování akutní a paliativní péče?
- 8) Jako sestra se téměř denně setkáváte s kriticky nemocnými a umírajícími pacienty. Kde jsou zdroje Vašich sil?

6.3 Příloha číslo 3: Přepsané rozhovory

Všechny respondentky, se kterými byly vedeny rozhovory, byly na začátku rozhovorů seznámeny s tím, že poskytují informace zcela anonymně a za účelem výzkumu v oblasti paliativní péče. S poskytnutím informací souhlasily. Také poskytly souhlas k nahrávání a opisům rozhovorů, za účelem zajištění přesné interpretace.

Rozhovor č. 1 – respondent (R1)

1) Můžete mi popsat, co pro Vás znamená akutní (kurativní) péče a péče paliativní?

„Kurativní péče pro mě znamená péči, kdy je cílem stále uzdravení pacienta. Dělá se vše pro to, aby se zachránil ten daný život a nějakým způsobem ten další život zkvalitnil. Paliativní péče už znamená, že jsme vyčerpali vesměs veškeré možnosti léčby a snažíme se vlastně jen zmírnit nepříznivé příznaky toho pacienta, jako je například bolest a snažíme se důstojným způsobem dovést toho daného pacienta k té smrti, která je nevyhnutelná.“

2) Jak vnímáte rozhodnutí o nezahájení léčby v akutní péči?

„Pokud máme u přijatého pacienta nějakou anamnézu, ze které můžeme vycházet, a jestliže je to člověk, o kterém víme, že má nějaké onemocnění v terminálním stádiu, má ireverzibilní změny ve výsledcích odběrů, špatné výsledky v zobrazovacích metodách, je tam špatná diagnóza, tak na rozhodnutí o nezahájení léčby nevidím nic špatného, protože prodlužovat život, který svým způsobem už nemá naději, je spíše prodlužování utrpení. Toto rozhodnutí je vždy těžší přijmout u mladších lidí, ale jestliže dané onemocnění je terminální a nezvratné, tak i to dokážu přijmout a беру ho jako menší utrpení pro daného pacienta.“

3) Jak vnímáte rozhodnutí o nepokračování v marné léčbě v akutní péči?

„Nepokračování v marné péči vnímám pozitivně. Jestliže daná léčba je marná a nemá žádné vyhlídky, že by vše, co děláme mělo skončit dobře pro daného pacienta, tak nemá vůbec smysl ho trápit zbytečnou a mnohdy bolestivou léčbou, naopak je to důvod k tomu přejít k paliativní péči. V těchto případech má paliativní péče mnohem větší užitek než ta péče akutní.“

4) Jaké rozhodnutí je pro vás jednodušší přijmout z předchozích dvou otázek?

„Asi je pro mě jednodušší přijmout nepokračování v marné léčbě, protože toho pacienta před sebou nějakou dobu mám a znám ho, než že akutně přivezou nějakého pacienta, kterého vidím jen chvíli a vlastně vím, že už pro něho nemůžeme nic udělat.“

5) Při rozhodování o změně léčby kurativní na léčbu paliativní máte jako sestra poradenský hlas?

„Záleží na lékaři. Někteří lékaři mají zájem o názor sester, někteří z lékařů naopak názor sester nepřijímá.“

6) Kde jako sestra vidíte zlom mezi kurativní a paliativní péčí na ARO?

„Asi jde o to, že se opravdu vyčerpají veškeré ty možnosti té kurativní péče, kdy se zkouší opravdu všechno, jako je podpora oběhu, podpora renálních funkcí, a když už ta léčba nemá smysl a už není kam posunout léčbu, která by dokázala zlepšit zdravotní stav pacienta, tak by se asi mělo přejít k léčbě paliativní a úlevové. Jde o to, že dané oddělení má nějaké zaseté postupy, kdy se léčí, používá se veškerá dostupná léčba. Jakmile se ale zdravotní stav nijak nevyvíjí, tak tam se přechází k paliativní léčbě, nebo by se alespoň mělo.“

7) V jakých oblastech péče vnímáte rozdíl v poskytování akutní a paliativní péče?

„Akutní péče je určitě o spoustě léčiv, o výživě, infuzích, vyšetřeních, operativních zákrocích a podobně. U paliace se už spíše přechází hodně k tomu, aby ten člověk měl nějaké pohodlí a aby netrpěl. Prioritou už není toho pacienta nějak vyživovat, podporovat močení nebo jiné funkce. Paliativní péče je už opravdu spíše o tom pohodlí a nebolesti toho pacienta a aby prostě netrpěl. U pacienta se ví, že umře, a tak mu ten odchod co nejvíce zpříjemnit, aby došel nějak důstojně tomu konci života.“

8) Jako sestra se téměř denně setkáváte s kriticky nemocnými a umírajícími pacienty. Kde jsou zdroje Vašich sil?

„Nevím asi jako zdroj síly, ale celkově jako ta paliativní péče je jako super věc. Prostě ta smrt k tomu životu patří. Určitě je složitější přijmout tu smrt u mladého člověka, když si představíme, že by mohl mít před sebou ještě spoustu věcí, to je určitě těžké přijmout, ale jako paliativní péče je super, že těm lidem dokáže i v kritických chvílích pomoci. Určitě by se doktoři měli naučit víc jak tu paliaci dělat, protože bych řekla, že většina lékařů je v tom jako že léčit, léčit, léčit a už nevědí, jak přecházet právě k té paliativní péči. Myslím si, že ji nemají tak dobře zmáknutou jako tu kurativní péči. A když člověk vidí, že ten pacient je schopný umřít důstojně, bez bolesti, bez nějakého trápení, tak proč ne. Myslím si, že ta paliativní péče dokáže pomoci sestře se vyrovnat se smrtí. Vždy je to těžké, ale tuhle práci jsem si jednou vybrala, ta práce mě nějak naplňuje a chci ji dělat dál. Určitě je vždy lepší vidět pacienta odejít domů, nebo vidět zlepšení, ale jak říkám, ta smrt k životu patří, a když tu práci dokážeme nějak zvládnout, že si lidé dokážou zachovat důstojnost, tak je to fajn. Takže tu sílu vidím v tom, že vidím pacienta klidně

ležet nebo spát, bez bolesti, čistého a opečovávaného. To mi pomáhá asi nejvíc pokračovat v práci.“

Rozhovor č. 2 – respondent (R2)

1) Můžete mi popsat, co pro Vás znamená akutní (kurativní) péče a péče paliativní?

„Akutní péče je pro mě léčba při selhání orgánových funkcí, s tím, že se díky léčbě očekává návrat těch daných životních funkcí do stoprocentní funkčnosti, která byla před onemocněním. Paliativní péče je pro mě, když se pacient dostane do chronického stavu, když veškerá léčba byla vyčerpána a další kroky v léčbě se už nedají uskutečnit, nebo nejsou proveditelné a nemají význam pro prospěch člověka. Paliativní péče dá tomu danému pacientovi komfort, solidní dožití za slušných podmínek, bez bolesti, aby se co nejméně trápil.“

2) Jak vnímáte rozhodnutí o nezahájení léčby v akutní péči?

„Samozřejmě záleží, co u daného člověka je za akutní onemocnění, nebo onemocnění v terminálním stavu. U těchto onemocnění by to bylo prodlužování utrpení pro daného člověka a vlastně žádná kvalita života by se nezlepšila, ba naopak by to bylo horší a horší s tím, že by ten konec byl stejně neodvratný.“

3) Jak vnímáte rozhodnutí o nepokračování v marné léčbě v akutní péči?

„V nepokračování v marné léčbě cítím částečně zklamání. Při zahájení akutní péče očekávám nějaké výsledky s tím, že ten pacient má nějakou určitou naději na přežití, nebo má šanci na solidní život a že se dostane do nějakého životaschopného stavu. Proto nepokračování v léčbě je pro mě taková mez, kdy se vlastně nad pacientem udělá křížek.“

4) Jaké rozhodnutí je pro vás jednodušší přijmout z předchozích dvou otázek?

„U mě je asi obtížnější přijmout nepokračování v léčbě. Je to vlastně z toho důvodu, že tam stále nějaká naděje může být pro toho daného člověka, a to rozhodnutí nepokračování v marné léčbě vnímám jako vyřknutí ortele.“

5) Při rozhodování o změně léčby kurativní na léčbu paliativní máte jako sestra poradenský hlas?

„Ne. Nemám pocit, že by se mnou někdy doktor konzultoval, jestli daného pacienta vnímám, že by byl k paliativní péči, nebo jestli mám na zahájení paliativní péče jiný názor, než jaký má ten daný lékař. Nikdy se mi to ještě nestalo a rozhodnutí bylo vždy od lékaře a jen si potvrdoval svou myšlenku, jestli i já se domnívám, že je čas daného pacienta převést na paliativní péči. Jakýkoli můj názor by však rozhodnutí nezměnil. Opravdu tu nemám pocit, že by se nás lékaři ptali na to, jestli je nebo není vhodné pokračovat v nastavené léčbě.“

6) Kde jako sestra vidíte zlom mezi kurativní a paliativní péčí na ARO?

„Je to pacient od pacienta a diagnóza od diagnózy. Na základě toho, že každý pacient je jedinečný, by měl doktor rozhodnout o dalším postupu léčby. Záleží i na tom, jaká kvalita života bude po té dané léčbě. Jestli má opravdu význam pokračovat v léčbě a z daného člověka udělat pacienta upoutaného na lůžko, v bezvědomí, upoutaného na ventilátor, který nebude schopen naprosto ničeho a bude to zátěží nejen pro toho daného pacienta, ale i pro rodinu a zdravotnický personál. Ten zlom vidím v tom, že si člověk musí připustit to, že už tomu danému pacientovi nemůže nijak pomoci a že by se měla zahájit ta péče paliativní.“

7) V jakých oblastech péče vnímáte rozdíl v poskytování akutní a paliativní péče?

„Hlavní rozdíl vidím ve využití všech dostupných farmak, využití možností a postupů jako je například umělá plicní ventilace, dialýza a jiné, které jsou typické spíše v péči akutní. Paliativní péče se spíše soustředí na to, aby měl pacient komfort, byl hydratován, bez bolesti. Rozdíl tedy vidím v tom, že v akutní péči se pečuje o orgánové funkce a v té paliativní se staráme o ten komfort pro toho daného pacienta bez snahy obnovit funkčnost orgánů.“

8) Jako sestra se téměř denně setkáváte s kriticky nemocnými a umírajícími pacienty. Kde jsou zdroje Vašich sil?

„Tahle práce mě baví. Není to pro mě žádné poslání, ale ta práce, co dělám, má význam. Má význam, a i přes veškeré nezdary, co se stávají, tak je pár případů, pro který má cenu tu práci dělat. Hlavně teď v téhle době, kdy vidím, že toho pacienta opravdu ztrácím a ten člověk najednou začne jevit známky zlepšení, probere se mi a dál zlepšuje. Tohle je pro mě motivující a má smysl. Tohle je to, co mi dává sílu.“

Rozhovor č. 3 – respondent (R3)

1) Můžete mi popsat, co pro Vás znamená akutní (kurativní) péče a péče paliativní?

„Akutní péče zahrnuje všechny dostupné léčebné postupy, rozšiřování terapie a intenzivní péči převážně ze strany lékaře, oproti paliativní péči, kdy by se dominantní péče měla přesunout na stranu sestry a do sféry ošetrovatelské péče. Na straně lékaře by měla být zajištěna adekvátní analgezie, a je-li to nutné tak, i sedace, aby pacienti byli v klidu, ale dominantní péči by měl převzít ošetrovatelský personál, v rámci zajištění potřeb toho pacienta, co se týče hygieny, stravování a dohledu nad tišením bolesti, dodržování klidu a zajištění podmínek pro dožití.“

2) Jak vnímáte rozhodnutí o nezahájení léčby v akutní péči?

„Tohle rozhodnutí ze strany profesionální z pohledu zdravotníka s určitými znalostmi a vědomostmi je tohle rozhodnutí pochopitelné rozhodnutí. Člověk ví, že některé stavy u pacientů by bylo jen umělé prodlužování života, které by člověk nepřál ani svým blízkým. Na druhou stranu je v každém z nás lidská stránka a smířit se s tou beznadějí není úplně jednoduché. Je to vždy svádění vnitřního boje. Hůře se to snáší u mladších ročníků, přestože to jsou diagnózy závažné, které by jiné východisko než smrt neměly. Nějaké bezdůvodné prodlužování života by bylo vnímáno jako týrání nejen toho pacienta, ale týrání i jeho rodiny a jeho okolí. V každém z nás ale ta lidská stránka je a nějaké to dilema člověk vnitřně řeší. Takže takové to smíření s nezahájením léčby není vůbec snadné a ne vždycky to ten člověk úplně snese.“

3) Jak vnímáte rozhodnutí o nepokračování v marné léčbě v akutní péči?

„Asi bych se odkázala na tu předchozí odpověď. Myslím si, jestli to není nějaké zbytečné týrání toho člověka při pokračování marné léčby a ztěžování těch konců u pacientů, kteří by si zasloužili odejít bez bolesti a pokud možno ve spánku. Namísto zbytečných šťourání a vrtání ze všech stran a umělého prodlužování života, když ten člověk nemá nadějně vyhlídky na nějaký posun k lepšímu a kvalitnímu životu.“

4) Jaké rozhodnutí je pro vás jednodušší přijmout z předchozích dvou otázek?

„U mě osobně převládá ta lidská stránka, takže u mě je jednodušší přijmout rozhodnutí o nepokračování marné léčby. Při tomhle rozhodnutí mám takový pocit nějakého určitého zadostiučinění, že se o nějakou léčbu projevila snaha a že to bohužel nikam nevedlo než rovnou rozhodnout o tom, že se nic dělat nebude. Myslím si, že nikdo z nás není pán Bůh, aby byl

schopen rozhodnout o životě jiného člověka a o kvalitě jeho života. Z toho důvodu je pro mě lehčí přijmout rozhodnutí o tom, že se to zkusilo a že se to nepovedlo, než že se to ani nezkusí.“

5) Při rozhodování o změně léčby kurativní na léčbu paliativní máte jako sestra poradenský hlas?

„Ne. Myslím si, že náš systém zdravotnictví tady v Čechách funguje jinak než ve světě. Lékaři jsou vedení úplně jinak a sestry, byť mají sebevyšší vzdělání a jsou to sebevětší profesionálky, tak je tu stále dodržovaná profesní hierarchie, přes kterou vlak nejede. Takže i když to v jiných státech nejspíše funguje tak, jak by to správně fungovat mělo, tak u nás se to tak neděje. Ani si nemyslím, že by se to v následujících letech mělo nějak změnit. Lékař je brán jako autorita. Myslím si, že je chyba i na straně vzdělávacího systému, kdy nejen lékaři, ale všichni, kdo studují nějaký vysokoškolský obor, jsou masírováni tím, že oni studují tu vysokou školu a oni budou mít to rozhodující slovo a ti druzí, byť s větší praxí, se nebudou podílet na rozhodování.“

6) Kde jako sestra vidíte zlom mezi kurativní a paliativní péčí na ARO?

„To je těžké přesně říct. Myslím si, že rozhodující roli v tom zlomu mají faktory různé u každého pacienta. U každého pacienta je třeba na to pohlížet individuálně. Hledí se nejen na diagnózu, ale i třeba na věk, na to, jakým způsobem ten člověk fungoval před tím akutním onemocněním. Některým pacientům se musí dopřát ten čas a musí se jim dát ta šance na zlepšení, takže se to nedá úplně zobecnit, kdy nastává ten zlom. Vždy se musí zvážit všechny možné faktory, které souvisí s tím daným onemocněním. Nikdy se nesmí nic vzdát příliš brzy a zároveň by se ale nemělo uměle prodlužovat nevyhnutelné.“

7) V jakých oblastech péče vnímáte rozdíl v poskytování akutní a paliativní péče?

„Já se snažím tu práci dělat poctivě, co se té ošetrovatelské stránky týče, ale je pravda, že když je to člověk v paliativní péči, tak tam podle mě bojují dvě strany. Jedna je, proč se vlastně snažit, když ten člověk stejně umře, a na druhé straně je ten lidský cit a soucit a snaha tomu člověku neublížit. Když se kombinuje kritická péče a péče paliativní na jednom oddělení, tak se vždy upřednostňuje ta péče akutní. Musíme si prostě přiznat, že jsme jen lidi, ne roboti a té práce je hodně. Proto nechci, aby to vyznělo nějak špatně, ale myslím si, že se může i stát, že ta paliativní péče bude odfláknutá. Určitě by se to nemělo stát, ale stát se to může. Podle mého je to důsledek nedostatku personálu oddělení, kdy při nedostatku personálu není čas na poskytnutí kvalitní paliativní péče.“

8) Jako sestra se téměř denně setkáváte s kriticky nemocnými a umírajícími pacienty. Kde jsou zdroje Vašich sil?

„Asi bych začala tím, že i když se to člověk snaží brát jako práci, tak si všechno, ať chce nebo nechce, odnáší domů. Ve všech oblastech, kde se pracuje s lidmi, to tak je. Vždy záleží na tom, jak to ten člověk dokáže vnitřně zpracovat. Občas toho je na mě tolik, že mám až chuť křičet, a bohužel to občas i moji blízcí odnesou, byť nechci, ale ten svůj vztek a bezmoc ventiluji na ně. Teprve pak si to v hlavě nějak srovnám a je mi to líto, ale tu prvotní bezmoc si bohužel kolikrát ventiluji takto. Občas se uklidním skleničkou vína. Občas se stačí jít jen projít, zastavit se, zklidnit se a říct si, že se vlastně nemám tak špatně. Člověk si uvědomí, co má doma, uvědomí si, že jsou lidé na tom mnohdy hůř a že se má vlastně člověk dobře, a tím se tak trochu uklidnit.“

Rozhovor č. 4 – respondent (R4)

1) Můžete mi popsat, co pro Vás znamená akutní (kurativní) péče a péče paliativní?

„Akutní péče pro mě znamená, že dochází k přímému ohrožení života, kdy je zapotřebí tu situaci neodkladně řešit, je tam důležitý časový úsek, záleží na momentálním rozhodnutí a jde o vteřiny pro toho daného člověka a dělají se úkony, které jsou pro toho daného člověka životně důležité. Ta paliativní péče je už vlastně takové ulehčování v tom konci toho člověka. Paliativní péče už neřeší tu danou diagnózu, ale snaží se pacientovi ulevit, tak aby hlavně bez bolesti došel konci života.“

2) Jak vnímáte rozhodnutí o nezahájení léčby v akutní péči?

„Hlavně záleží, jaký je to pacient. Když přijede pacient, který je na tom opravdu hodně špatně, já sama už tak trochu poznám za ty roky, co pracuji, jak takový kritický pacient vypadá, a když se lékař rozhodne, že ta léčba by už neměla cenu a že léčba by vedla jen k prodloužení umírání, tak nemám problém se tomuto rozhodnutí podvolit. Jakmile by to byl ale nějaký mladší ročník, u kterého bych si myslela, že by léčba mohla ještě nějak pomoci, tak bych lékaři rozhodně oponovala a za všech okolností bych se snažila jeho rozhodnutí nějak změnit. Kdybych si myslela, že to má nějaký smysl, tak bych se mu snažila oponovat. Záleží na momentální situaci a na momentálním pacientovi co přijede na oddělení.“

3) Jak vnímáte rozhodnutí o nepokračování v marné léčbě v akutní péči?

„Při nepokračování v marné léčbě zase záleží na dané situaci a daném pacientovi. Záleží na diagnóze, jaký je to ročník, jaké má přidružené choroby a na celkovém stavu daného pacienta.“

4) Jaké rozhodnutí je pro vás jednodušší přijmout z předchozích dvou otázek?

„To je těžká otázka. Asi je pro mě snazší přijmout nezahájení léčby. K pacientovi nemám zatím žádný vztah a záleží na tom, v jakém stavu přijede. Jakmile už mám pacienta na oddělení nějakou dobu, tak to rozhodnutí o nepokračování marné léčby je pro mě těžší přijmout z toho důvodu, že ho už znám, znám jeho rodinu, jeho kompletní anamnézu, a tak to přijímám obtížněji. Hlavně jsem třeba byla svědkem toho zlepšení, byť bylo malé.“

5) Při rozhodování o změně léčby kurativní na léčbu paliativní máte jako sestra poradenský hlas?

„Tady u nás rozhodně ne. Jinak si myslím, že v jiných nemocnicích by to mohlo fungovat, že se lékaři ptají i sestry, přeci jen je sestra s tím pacientem celý den a zná ho lépe. Mně se zatím

nestalo, že by za mnou lékař přišel a zeptal se mě na můj názor. Bylo by to ale určitě fajn, kdyby se nás doktoři snažili více zapojovat do rozhodování o léčbě, ale bohužel to nefunguje.“

6) Kde jako sestra vidíte zlom mezi kurativní a paliativní péčí na ARO?

„To je těžké. Nedá se říct, že je někde daná striktně dělicí čára. Mnohdy se to ale láme při odpojování pacienta od ventilátoru, u weaningu. Mnohdy je to u třetího, čtvrtého neúspěšného pokusu na odpojení. Tam se to podle mě láme. Nebo jakmile je nějaká podpora noradrenalinem nějakou delší dobu, kdy už je vidět, že ty farmaka přestávají fungovat, tam je podle mě takový ten bod, na kterém se mění léčba.“

7) V jakých oblastech péče vnímáte rozdíl v poskytování akutní a paliativní péče?

„Rozhodně je jinak množství podávaných léčiv. V akutní léčbě se podávají převážně léčiva pro podporu životních funkcí a orgánovou podporu. U paliativní péče se mění spektrum léčiv. Podávají se spíše léky na zmírnění bolesti. U té akutní péče v akutní fázi se také moc nehledí na vznik proleženin. Je mnohem důležitější udržovat klidový režim a s lidmi moc nehýbat. Jakýkoliv pohyb i třeba jen na krátkou dobu, jako je otáčení na boky při toaletě, může způsobit výrazný pokles saturace kyslíku, snížit tlak, nebo způsobit bradykardii a ohrozit život toho pacienta.“

8) Jako sestra se téměř denně setkáváte s kriticky nemocnými a umírajícími pacienty. Kde jsou zdroje Vašich sil?

„Už jsem se naučila, že když odcházím z práce, tak vše, co jsem za tu směnu zažila, i to špatné, se snažím nechávat v práci. Ale i tak se mi to nedaří vždy. Proto upouštím ventil sportem. Chodím na bazén, na kolo nebo nějaký jiný sezónní sport.“

Rozhovor č. 5 – respondent (R5)

1) Můžete mi popsat, co pro Vás znamená akutní (kurativní) péče a péče paliativní?

„Akutní péče o pacienta pro mě znamená v ten daný okamžik zajistit základní životní funkce pro pacienta. Paliativní péče je pro mě to, že poskytujeme pacientovi ošetrovatelskou péči bez snahy léčit tu nemoc, co ho ohrožuje na životě. Snažíme se mu poskytnout to největší pohodlí a základní potřeby, jako je přijímání potravy, pohodlí a tak.“

2) Jak vnímáte rozhodnutí o nezahájení léčby v akutní péči?

„Jestli je to nemocný člověk se spoustou vedlejších diagnóz a s nějakým život ohrožujícím onemocněním, tak to беру. Myslím si, že je to lepší než se snažit o nemožné na úkor toho člověka, a i jeho rodiny.“

3) Jak vnímáte rozhodnutí o nepokračování v marné léčbě v akutní péči?

„U takového pacienta se snažím zjistit, jestli jsme už vyčerpali veškeré možnosti a jestli se nedá ještě něco udělat. Občas se mi zdá, že někteří doktoři to vzdávají příliš brzy, ale pak tu jsou i doktoři, kteří se opravdu snaží a dělají maximum.“

4) Jaké rozhodnutí je pro vás jednodušší přijmout z předchozích dvou otázek?

„Jednodušší je pro mě asi přijmout nezahájení léčby. To že přijmeme pacienta, který má onemocnění neslučitelné se životem, dokážu zpracovat lépe než ukončení léčby, u pacienta kterého se nějakou dobu snažíme, a pak padne to rozhodnutí, které ukončí tu léčbu. To rozhodně vnímám hůř.“

5) Při rozhodování o změně léčby kurativní na léčbu paliativní máte jako sestra poradenský hlas?

„Měla bych mít, ale nemám. Ještě se mi nikdy nestalo, aby za mnou lékař přišel a zeptal se mě na můj názor.“

6) Kde jako sestra vidíte zlom mezi kurativní a paliativní péčí na ARO?

„Ten zlom je asi u dlouhodobého připoutání pacienta na lůžko bez nějaké změny k lepšímu. V tom ta péče vždycky přejde na paliativní péči. Pacienti tu jsou nějakou dobu, postupně se zlepšují a už to vypadá, že se snad i od nás dostanou, ale pak na jejich stávající stav nasedne nějaká příhoda, jako je třeba pneumonie, embolie nebo nějaký jiný vážný stav, a to ty pacienty dostane znovu na samotné dno a mockrát se z toho už ani při maximální péči nezvládnou dostat. U těchto pacientů ta péče postupně přejde do té paliativní péče. Podle mého se zbytečně čeká

na překlad pacientů, kteří jsou setrvale odpojeni, na jiné oddělení. Je to hlavně z důvodu nedostatku lůžek na odděleních typu DIOP. Přijde mi, že jakmile se pacienti přeloží dříve, dříve změní prostředí a dříve se změní takový ten zajetý režim, tak mají větší šanci na to se z toho dostat a hrozí tam méně komplikací, které by zhoršily ten daný stav.“

7) V jakých oblastech péče vnímáte rozdíl v poskytování akutní a paliativní péče?

„Tak pro mě ta akutní péče je o tom, že jen pacientům nenosím jídlo a neodnáším podložní mísy nebo že udělám hygienu. Rozdíl vidím ve způsobu léčení, v podávání medikamentózní léčby. Podle mě bychom se na oddělení s akutní péčí měli specializovat na tu akutní péči, na to podávání léků, sledování vitálních funkcí a záchranu života a jakmile by byla u pacienta změněna péče na paliativní, tak by pro to měla být jiná oddělení, kam by tento pacient měl být přesunut, jako je NIP. Bohužel, ne všude tyto zařízení jsou, a tak pacienti v paliativní péči mnohdy blokují lůžka pro pacienty v akutním stavu, kteří zůstávají na jednotkách intenzivní péče nebo jsou přemístěni do jiných nemocnic. Hlavní rozdíl vidím v přístupu v léčení, ve ventilaci.“

8) Jako sestra se téměř denně setkáváte s kriticky nemocnými a umírajícími pacienty. Kde jsou zdroje Vašich sil?

„Hlavní zdroje mé síly jsou má rodina, děti, manžel. Práce sestry jako taková mě baví, dělám ji ráda, ale hlavně mě nakopává rodina a poslední dobou i sport. Nedávno jsem začala běhat.“

Rozhovor č. 6 – respondent (R6)

1) Můžete mi popsat, co pro Vás znamená akutní (kurativní) péče a péče paliativní?

„Akutní péče pro mě znamená péči o pacienta, který je ve stavu, kdy jsou ohroženy jeho životní funkce a já se snažím poskytnout mu péči a léky pro záchranu života. Paliativní péče už pro mě znamená, že se starám o pacienta s onemocněním, které není slučitelné se životem a ani sebelepší léčba mu není schopna prodloužit život, tak se mu snažím alespoň poskytnout péči, aby ho nic nebolelo a aby umíral v relativním komfortu.“

2) Jak vnímáte rozhodnutí o nezahájení léčby v akutní péči?

„To záleží na tom, o jakého pacienta se jedná. Jestliže se přijme pacient po vážném úrazu nebo se závažnou diagnózou jako je například nějaké nádorové onemocnění v posledním stádiu, tak to chápu a přijímám celkem dobře. Na druhou stranu, jestliže by se přijmul pacient, o kterém nemáme dostatek informací, ale jeho onemocnění není slučitelné se životem a lékař určí, že nebudeme zahajovat léčbu, tak je to špatně a říkám si, jestli opravdu jsme pro toho pacienta nemohli udělat víc.“

3) Jak vnímáte rozhodnutí o nepokračování v marné léčbě v akutní péči?

Nepokračování v marné léčbě vnímám celkem dobře. Vlastně to pro mě znamená, že jsme se snažili všemi možnými způsoby zachránit lidský život. Tomu danému pacientovi jsme dali lékovou i přístrojovou podporu a dali jsme mu také čas, kdy ten člověk může bojovat o svůj život. Jakmile ale ani přes maximální resuscitační podporu oběhu se nelepší a spíše horší, pacient přestává mít rezervy k boji s tou danou chorobou, tak je lepší jak pro toho člověka, tak pro rodinu i z finanční stránky přestat a zbytečně neprodlužovat nevyhnutelné. Pokračování a rozšiřování léčby by stejně nevedlo k uzdravení, pouze by vedlo k prodloužení života o pár hodin, nebo dní. U nepokračování v léčbě vždy víme, že jsme udělali maximum.“

4) Jaké rozhodnutí je pro vás jednodušší přijmout z předchozích dvou otázek?

„Pro mě je určitě snazší přijmout nepokračování v marné léčbě. U pacientů, u kterých se v nepokračování v léčbě rozhodne, vidím, že jsme udělali vše, co bylo v našich silách. Jsem si jistá, že se zkusilo vše a že tam nejsou další možnosti, jak zachránit život. Při nezahájení léčby si říkám, jestli jsme opravdu nemohli udělat alespoň něco, co by tomu danému pacientovi pomohlo a třeba alespoň prodloužilo život a zkvalitnilo ten život, třeba alespoň na půl roku, který by mohl strávit třeba s rodinou v domácím prostředí. Na druhou stranu je to vždy rozhodnutí lékaře, které musím respektovat.“

5) Při rozhodování o změně léčby kurativní na léčbu paliativní máte jako sestra poradenský hlas?

„Prý ano. Jako sestra s tímto rozhodnutím musím také souhlasit. Jsme totiž tým a jakmile bych s tímto rozhodnutím nesouhlasila, tak by se mělo pokračovat v zavedené léčbě. No stalo se mi jen asi jednou nebo dvakrát, že se mě lékař zeptal na názor. Vždy jsem se změnou souhlasila. Těžko říct, jestli by na můj názor byl brán ohled, jestliže bych s tím nesouhlasila.“

6) Kde jako sestra vidíte zlom mezi kurativní a paliativní péčí na ARO?

„Je to různé u všech pacientů. Dá se to těžko určit. Není na to žádný standart. Není nikde určené, aby to byly dva dny nebo deset dní, kdy se o této problematice má začít přemýšlet. Vždy záleží na zdravotním stavu pacienta a vždy záleží na rozhodnutí lékaře.“

7) V jakých oblastech péče vnímáte rozdíl v poskytování akutní a paliativní péče?

„Tak určitě v té akutní péči se snažíme zachránit život a nějaké potřeby pacienta jdou stranou. Jde tam o tu záchranu. V té paliativní se už zaměřujeme na ty potřeby a o tu záchranu života tam už nejde. Myslím si, že tu máme paliativní péči dobře nastavenou, ale problém je s lůžky. Kvůli tomu, že tu máme pacienty s paliativní péčí, tak mnohdy ti akutní pacienti musí zůstat na jiných odděleních s intenzivní péčí nebo se musí převézt do jiného zdravotnického zařízení. Také si myslím, a je to mnohdy špatně, že se sem spousta lidí ani nedostane, protože jsou hned z příjmu posíláni do hospice zemřít. Mnohdy je to rozhodnutí jen jednoho doktora z příjmu.“

8) Jako sestra se téměř denně setkáváte s kriticky nemocnými a umírajícími pacienty. Kde jsou zdroje Vašich sil?

„Musím se přiznat, že nemám odvahu odejít. Proto zdroje mé síly mám v zahrádce, rodině, mám práci na vedlejší úvazek i tam, kde jsou živí lidé, kteří přijdou a odejdou (pracuji na obvodě). Pak když se vrátím na ARO, tak mám tu sílu znovu normálně fungovat.“