

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2017

Jitka Vondráčková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Paliativní péče v prostředí intenzivní péče

Jitka Vondráčková

Bakalářská práce

2017

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Jitka Vondráčková**
Osobní číslo: **Z14036**
Studijní program: **B5345 Specializace ve zdravotnictví**
Studijní obor: **Zdravotnický záchranář**
Název tématu: **Paliativní péče v prostředí intenzivní péče**
Zadávající katedra: **Katedra klinických oborů**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

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

Rozsah grafických prací: 19

Rozsah pracovní zprávy: 46 stránek

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

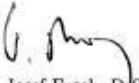
Seznam odborné literatury:

1. PTÁČEK, Radek, Petr BARTŮNĚK a kol. Etické problémy medicíny na prahu 21.století. Praha: Grada, 2014, 520 s. ISBN 978-80-247-5471-0.
2. ŠEVČÍK, Pavel a kol. Intenzivní medicína. 3. vyd. Praha: Galén, 2014, 1195 s. ISBN 978-80-749-2066-0.
3. BUŽGOVÁ, Radka. Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních. 1. vyd. Praha: Grada, 2015, 168 s. ISBN 978-80-247-5402-4.
4. MUNZAROVÁ, Marta. Eutanázie nebo paliativní péče. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 108 s. ISBN 80-247-1025-0.
5. O'CONNOR, Margaret. Paliativní péče. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 324 s. ISBN 80-247-1295-4.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Jitka Rusová, DiS.**
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2015**

Termín odevzdání bakalářské práce: **9. května 2017**


prof. MUDr. Josef Fusek, DiSc.
děkan

L.S.


Mgr. Jan Pospíchal
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 16. března 2017

Prohlášení autora

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracoval samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byl jsem seznámen s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, 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.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 7. 5. 2017

Jitka Vondráčková

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala své vedoucí práce Mgr. Jitce Rusové za její odborné vedení, čas a cenné připomínky. Také bych ráda poděkovala své rodině za podporu během celého studia.

ANOTACE

Tato bakalářská práce je zaměřena na problematiku paliativní péče v prostředí intenzivní péče. Dělí se na dvě základní části, teoretickou a výzkumnou část. Úkolem teoretické části bylo přehledně shrnout problematiku paliativní péče v prostředí intenzivní péče, včetně etických a právních aspektů. Úkolem výzkumné části bylo zjistit, zda na vybraných pracovištích dochází k ukončování intenzivní péče a za jakých okolností se tak případně děje, dále pak zjistit názory zdravotnických pracovníků na danou problematiku.

KLÍČOVÁ SLOVA

Eutanázie, intenzivní péče, paliativní péče, paliativní sedace, péče na konci života, ukončování intenzivní péče

TITLE

Palliative care in intensive care environment

ANNOTATION

This bachelor's thesis is focused on the issue of palliative care in the environment of intensive care. The thesis is divided into two basic parts, theoretical and research part. The task of the theoretical part was clearly summarize the issue of palliative care in the environment of intensive care, including ethical and legal aspects. The task of the research part was to find out whether and under what circumstances intensive care is terminated in selected workplace, and to find out the opinions of health care workers on the given issue.

KEYWORDS

Euthanasia, intensive care, palliative care, palliative sedation, end of life care, termination of intensive care

OBSAH

Seznam ilustrací.....	9
Seznam zkratk.....	10
Terminologie.....	11
Úvod.....	12
Cíle práce.....	13
1. Paliativní péče v prostředí intenzivní péče.....	14
1.1 Vymezení intenzivní péče.....	14
1.2 Vymezení paliativní péče.....	14
1.3 Vztah intenzivní a paliativní péče.....	15
1.4 Fáze nevléčitelného onemocnění.....	17
1.5 Reakce na léčbu a prognóza u pacientů na jednotce intenzivní péče.....	18
2. Psychosociální a spirituální aspekty paliativní péče v prostředí intenzivní péče.....	19
3. Etické a právní aspekty paliativní péče v prostředí intenzivní péče.....	20
3.1 Etické a právní principy vztahující se k poskytování paliativní péče v prostředí intenzivní péče.....	20
3.2 Rozhodování o ukončení intenzivní péče a přechod na paliativní péči.....	21
3.3 Etické a právní aspekty vybraných postupů uplatňovaných v paliativní intenzivní péči.....	22
3.3.1 Analgezie v paliativní péči.....	22
3.3.2 Paliativní sedace.....	23
3.3.3 Vysazování léčby a ukončování orgánové podpory.....	23
3.4 Eutanázie a asistované suicidium.....	24
4. Výzkumná část.....	26
5. Metodika práce.....	27
6. Prezentace a interpretace získaných dat.....	29
Diskuse.....	54

Závěr	58
Seznam použité literatury	59
Seznam příloh	62

SEZNAM ILUSTRACÍ

Obrázek 1 graf znázorňující pohlaví a vzdělání respondentů.....	30
Obrázek 2 znázorňující věk respondentů.....	31
Obrázek 3 znázorňující délku praxe respondentů na oddělení intenzivní péče.....	31
Obrázek 4 znázorňující počet respondentů, kteří mají specializaci.....	32
Obrázek 5 znázorňující, na kterých oddělení se ukončuje intenzivní péče a přechází se na péči paliativní.	33
Obrázek 6 znázorňující v jakých případech se ukončuje intenzivní péče a přechází se péče na paliativní.	35
Obrázek 7 znázorňující kdo rozhoduje o ukončení intenzivní péče a přechodu na paliativní..	38
Obrázek 8 znázorňující jakou roli hraje rodina v procesu ukončování intenzivní péče a přechodu na paliativní péči.	39
Obrázek 9 znázorňující postup v případě nesouhlasu rodiny s ukončením intenzivní péče a přechodu na paliativní péči.	40
Obrázek 10 znázorňující postup při nesouhlasu s přechodem z intenzivní péče na péči paliativní člena ošetřujícího týmu.....	41
Obrázek 11 znázorňující postupy uplatňovány při ukončování intenzivní péče a přechodu na paliativní péči.....	43
Obrázek 12 znázorňující co nebývá zahrnuto do paliativní péče.	44
Obrázek 13 znázorňující názor respondentů o rozhodování o ukončení intenzivní péče a přechodu na paliativní péči.....	45
Obrázek 14 znázorňující postupy jsou pro respondenty přijatelné v rámci ukončení intenzivní péče.	46
Obrázek 15 znázorňující co by měla zahrnovat paliativní péče.	48
Obrázek 16 znázorňující co by nemělo být vysazeno.....	50
Obrázek 17 znázorňující zda respondenti cítí rozpor ve svém přesvědčení při ukončování intenzivní péče.	51
Obrázek 18 znázorňující zda respondenti považují ukončování intenzivní péče u pacientů, kteří o to žádají, za eutanázii.	52
Obrázek 19 znázorňující zda respondenti považují ukončení intenzivní péče u pacientů, kterým intenzivní péče nepřináší užitek a nemohou o tom rozhodnout, za eutanázii.	53

SEZNAM ZKRATEK

ARO - Anesteziologicko-resuscitační oddělení

ČLK – Česká lékařská komora

JIP - Jednotka intenzivní péče

Sb. - Sbírka zákonů

TERMINOLOGIE

Pacient v terminálním stádiu onemocnění–pacient v konečném stádiu onemocnění, které již není ovlivnitelné léčbou a vede ke smrti pacienta, toto stádium trvá několik hodin, dní až tři týdny.(ČLK, 1010; SLÁMA, 2011, s. 29; SLOVÁČEK, 2011, s.268)

Pacient neschopný o sobě rozhodovat - pacient s poruchou vědomí, který při svém zdravotním stavu není schopen posoudit situaci, rozhodovat o své osobě a není možné, aby vyjádřil informovaný souhlas. (ČLK, 2010)

Paliativní léčba - druh léčby, který je uplatňován u pacientů, kteří umírají, nebo jsou nevléčitelně nemocní. Cílem je zabránit bolesti, strádání a dyskomfortu. (ČLK, 2010)

Marná a neúčelná léčba - léčba, která není v zájmu pacienta. Tato léčba nevede k uchování zdraví nebo k záchraně života. Již nemůže pacientovi pomoci a pouze zatěžuje strádáním a rizikem komplikací. (ČLK, 2010)

Nezahajování léčby - postup, který není indikován a tedy nezahajován. Tento postup by byl neúčelnou léčbou. Nepřijetí pacienta v terminálním stádiu onemocnění na pracoviště intenzivní medicíny ve chvíli, kdy nejde postup onemocnění zastavit a zamezit smrti či navrátit zdraví, patří k opatření nezahájení léčby.(ČLK, 2010)

Nepokračování léčby - pokud nelze zastavit postup onemocnění, odvrátit smrt či navrátit zdraví, je tato léčba ukončena. (ČLK, 2010)

ÚVOD

Smyslem a cílem intenzivní péče je zachování života a zdraví pacienta. Někdy však, i přes maximální možnou léčbu, dochází k nezadržitelnému zhoršování zdravotního stavu. Je velice těžké rozhodovat, kdy již intenzivní péče není pro pacienta přínosná a je vhodnější přejít na paliativní péči. Obzvláště obtížné a z etického hlediska problematické je to u pacientů, kteří již nejsou schopni vyjádřit svoji vůli, neurčili osobu, která za ně může rozhodovat a nezanechali nám svá přání v akceptovatelné podobě, určené legislativou. (PAŘÍZKOVÁ, 2010). V posledních desetiletích došlo k výraznému rozvoji technologií a díky dostupnosti odborné zdravotní péče je možné zachránit čím dál více nemocné pacienty, ale ne všichni se dokáží uzdravit a žít kvalitní život, a tak přibývá stále více pacientů závislých na přístrojích. Proto je důležité, aby každý pacient dostal péči adekvátní ke svému zdravotnímu stavu. Na odděleních intenzivní a resuscitační péče se díky technickému pokroku můžeme setkat s jevem označovaným jako dystanázie. Jedná se o umělé prodlužování umírání, což je též obrovský etický problém. V dnešní společnosti je smrt považována za něco špatného. Příliš se o ní nemluví. Málokdo si je schopný uvědomit a přijmout, že smrt je součástí života. Je to princip medicíny vítězné, kde je důležité udržet život za jakoukoli cenu. Smrt je zde klasifikována jako prohra. Něco co nemělo nikdy nastat. (RUSINOVÁ, 2015). Na tuto problematiku se zaměřili odborníci mnoha oborů a vzniklo tak konsenzuální stanovisko, ze kterého vychází doporučení České lékařské komory, které by mělo jistým způsobem ulehčit rozhodování a zároveň zamezit péči, která již nemá smysl. Každý případ však musí být posuzován individuálně. Paliativní péče nemá za žádných okolností zkrátit život a urychlit smrt, právě naopak. (SLÁMA et al., 2011).

Pojem, který se této problematice hluboce dotýká, je eutanázie. Je důležité rozlišit rozdíl mezi ukončením intenzivní péče a eutanázií, jak na to upozorňují výše zmíněné dokumenty. (ČLK, 2010). V této problematice je velmi důležitá informovanost zdravotníků, co je ještě podle platné legislativy a co již podle platné legislativy není, co je eticky přípustné a přijatelné a co již přijatelné není. Ukončení intenzivní péče je možné, ale eutanázie nikoli. Přitom návrh o ukončení intenzivní péče a přechod na péči paliativní může dát kdokoli z ošetřovatelského týmu. Pokud k něčemu takovému dojde, mělo by to být řádně projednáno a mělo by se dojít k nějakému konkrétnímu závěru, který lze kdykoli přehodnotit a změnit. (ČLK, 2010; ŠEVČÍK, 2012).

CÍLE PRÁCE

Přehledně shrnout problematiku paliativní péče v prostředí intenzivní péče včetně etických a právních aspektů.

Zjistit, zda se na vybraných pracovištích ukončuje intenzivní péče a přechází se na paliativní péči, v jakých případech se tak děje, kdo se účastní rozhodování, jakým způsobem probíhá přechod na paliativní péči (co je ukončováno) a jaký je rozsah poskytované paliativní péče.

Zjistit, jaký postoj k této problematice zaujímají nelékařští zdravotničtí pracovníci (všeobecné sestry, zdravotničtí asistenti a zdravotničtí záchranáři) pracující na jednotkách intenzivní a resuscitační péče.

1. PALIATIVNÍ PÉČE V PROSTŘEDÍ INTENZIVNÍ PÉČE

Na první pohled by se mohlo zdát, že paliativní a intenzivní péče, stojí každá na jiné straně spektra současné medicíny, avšak při podrobnějším pohledu zjistíme, že se prolínají. V této kapitole bude nejprve vymezena intenzivní a paliativní péče každá zvlášť a poté bude věnována pozornost jejich vzájemnému vztahu. Nezbytné bude též vymezení skupin pacientů, kterým jsou jednotlivé druhy péče indikovány.

1.1 Vymezení intenzivní péče

V zákoně o zdravotních službách (Zákon č. 372/2011 Sb.) je intenzivní péče definována jakopéče, „*kteřá je poskytována pacientovi v případech náhlého selhávání nebo náhlého ohrožení základních životních funkcí nebo v případech, kdy lze tyto stavy důvodně předpokládat.*“ dle Ševčíka se „*zabývá diagnostikou, kontinuálním sledováním a léčbou pacientů s potencionálně léčitelnými život ohrožujícími chorobami, úrazy a komplikacemi.*“ (ŠEVČÍK, 2000, s. 2). Jde tedy o pacienty, kteří jsou v život ohrožujícím stavu. Je tedy nutné na těchto odděleních zajistit nepřetržitý provoz. Jak již bylo výše řečeno, na oddělení intenzivní péče by měli být přijímáni pouze ti pacienti, u kterých je předpokládán přínos intenzivní péče. To znamená, že je pravděpodobnost zlepšení jejich zdravotního stavu, alespoň na ucházející kvalitu života nebo kde je velká pravděpodobnost, že dojde k úplnému vyléčení, což je hlavní cíl intenzivní péče. (PAŘÍZKOVÁ, 2011).

1.2 Vymezení paliativní péče

Paliativní péče je aktivní péče, která se poskytuje pacientovi s nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stádiu. Její cíl je zmírnit symptomy bolesti a udržet co nejlepší kvalitu života. Každý pacient má své osobní potřeby stejně, jako jeho rodina. Je proto nutné přistupovat k nemocnému i k jeho rodině zcela individuálně. (SLÁMA, 2011, s. 25).

Světová zdravotnická organizace definovala paliativní péči takto: „*Paliativní péče je takový přístup, který zlepšuje kvalitu života nemocných a jejich rodin a který čelí problémům spojených s život-ohrožujícími chorobami pomocí prevence a úlevy utrpení; a to jeho časným zjištěním, dokonalým zhodnocením a léčbou bolesti a ostatních problémů fyzických, psychosociálních a spirituálních.*“ Jako dodatek k definici vytyčuje tyto základní principy:

1. Zajišťuje úlevu od bolesti a od dalších symptomů.
2. Přisvědčuje životu a umírání vidí jako normální proces.
3. Neurychluje ani neoddaluje smrt.

4. Včleňuje do péče i psychologické a spirituální aspekty.
 5. Nabízí uspořádání podpory, která pomáhá nemocným, aby žili tak aktivně, jak to jde až do smrti.
 6. Nabízí takovou podporu, aby pomohla rodině se vyrovnat s nemocí a se zármutkem.
 7. Umí používat týmový přístup při řešení potřeb nemocných a rodin, včetně rady v případě truchlení.
 8. Pokouší se o zlepšení kvality života a též může ovlivnit pozitivně průběh choroby.
 9. Může se využívat již v brzkých fázích nemoci v propojení se škálou dalších léčebných postupů, jejichž cíl je prodloužit život, jako chemoterapie a radioterapie.
- (MUNZAROVÁ, 2005, s. 62).

Dále se také paliativní péče snaží o prodloužení života, který bude v rámci mezích pro pacienta kvalitou přijatelný a chránit a respektovat jeho důstojnost. Je zaměřená na potřeby a přání pacientů a jejím účelem je i respektovat priority. Má velký zájem na tom, aby byl pacient v poslední části svého života se svými blízkými v důstojném a příjemném prostředí. Umírání je součástí života, kterou každý člověk prožívá jinak. Kromě péče o pacienty, také nabízí oporu příbuzným a přátelům umírajícího a pomáhá s truchlením i po smrti blízkého člověka. Můžeme tedy soudit, že paliativní péče je do jisté míry filosofie, jelikož klade důraz na bio-psycho-socio-spirituální složky každého člověka. Je tedy možné jí aplikovat i v prostředí intenzivní péče, a to i když má intenzivní péče jiné cíle a paliativní péče na těchto pracovištích probíhá jiným způsobem. (SLÁMA, 2011, s. 25; MUNZAROVÁ, 2005, s. 61).

1.3 Vztah intenzivní a paliativní péče

Zatímco intenzivní medicína vznikala v 50. letech 20. století, paliativní péče vznikala až v 70. letech 20. století. Paliativní péče vznikala jako potřeba pečovat o pacienty, kterým již kurativní terapie nemohla pomoci. Oproti tomu intenzivní péče především za úkol udržet pacienta při životě. V posledních desetiletích však došlo k obrovskému rozvoji medicíny. Byly zavedeny nové technologie a nové diagnostické a terapeutické postupy, a tak mnoho kriticky nemocných mohlo přežít. Ovšem tyto možnosti s sebou přinesly spoustu nových problémů ekonomických, etických či medicínských. Kromě možnosti udržení při životě pacienty s orgánovým selháním, je důležité zaměřit se na kvalitu pacientova života. V této věci se začíná paliativní péče s intenzivní péčí prolínat. Mnoha pacientům je na odděleních intenzivní péče poskytována péče paliativní. Oba dva obory mají společné to, že pečují o nejvíce nemocné pacienty. V některých situacích může být paliativní léčba sama o sobě intenzivní léčbou především v případech, kdy má pacient refrakterní symptomy. Problémem

na jednotkách intenzivní péče se může stát, že technické zázemí těchto pracovišť může zcela zastřít podobnosti mezi paliativní a intenzivní péčí. Může se zdát, že technologie přehlušuje osobnost pacienta, a tak navodit dojem malého prostoru pro myšlenku paliativní péče. Bohužel v prostředí intenzivní péče chybí jeden ze základních pilířů paliativní péče, kterým je, že nemocní vědí, že umírají. (SLÁMA, 2011, s. 279-280; O'CONNOR, 2005, s.265).

Dalším společným rysem je, že intenzivní i paliativní péče musí být vždy poskytována *de lege artis medicinae*, tedy podle zákona umění lékařského. Každému pacientovi musí být poskytnuta péče, která je adekvátní k jeho zdravotnímu stavu. Ne vždy to znamená, že je pro pacienta nejlepší péče intenzivní. Pokud jde o pacienty, kteří mají reverzibilní nebo alespoň potencionálně reverzibilní orgánové selhání, je samozřejmě nejlepší péče intenzivní. Pokud ovšem došlo k orgánovému selhání, které nereaguje na terapii a není žádná možnost obnovy orgánových funkcí, je potřeba poskytnout takovou péči, která odstraní bolest, strádání, dyskomfort a zachová důstojnost pacienta. To znamená udržovat život, ale neprodlužovat umírání. (PAŘÍZKOVÁ, 2011; SLÁMA, 2011, s. 279-280).

Měli bychom si uvědomit, že podle studií provedených v USA je jeden z pěti pacientů, kteří zemrou, přijímán na jednotku intenzivní péče (SLÁMA 2011 s. 280). Vzhledem k tomu, že populace stárne a tomu, že na intenzivní pracoviště se stále častěji přijímají více nemocní lidé, bude se tento počet rychle navyšovat. To je hlavním důvodem, proč nelze od sebe paliativní a intenzivní péči oddělit. Faktem je, že až 90 % pacientů, kteří umrou na oddělení intenzivní péče, zemrou především kvůli rozhodnutí o ukončení nebo o neposkytnutí život prodlužující léčby (O'CONNOR 2005 s. 266). V žádném případě nesmí být uvažováno nad tím, že cíl nenasazení nebo vysazení některého léčebného postupu, pokud není tento postup indikován, má za úkol urychlit umírání nebo způsobit smrt. Smrt, která je výsledkem přirozeného průběhu onemocnění, není nepříznivý výsledek zdravotní péče. Stále v nás přetrvává pocit, že by tato skutečnost v nemocnici nastat neměla a když ano, tak to rozhodně není v pořádku. Je za to zodpovědná strategie medicíny v druhé polovině 20. století, která byla orientována na záchranu lidského života - tzv. medicína vítězná. Udržet život za každou cenu, ale nikdo se již nepodíval na kvalitu života. Právě proto je třeba pečlivě třídit nemocné pro příjem na jednotku intenzivní péče a jiná oddělení. (SLÁMA 2011 s. 280; O'CONNOR 2005 s. 266; PAŘÍZKOVÁ, 2011).

Pokud jsou pacienti přijímáni na oddělení intenzivní péče, neměli by být terminálně nemocní. Bohužel, ne vždy je možné toto zjistit včas, a pokud nemáme dostatečné informace o

pacientovi, měla by se zahájit intenzivní péče vždy. Při zjištění po provedených testech a odběru anamnézy, že intenzivní péče je neadekvátní vzhledem ke zdravotnímu stavu pacienta a ostatním komorbiditám, je možné tuto péči ukončit a přejít právě na péči paliativní. Hospitalizace pacientů terminálně nemocných jejich prognózu nezlepší a je to z etického i ekonomického hlediska nevhodné. Lůžko na jednotce intenzivní péče stojí 14 000 korun na den. Ačkoli je tato péče drahá, neznamená to, že nemohou na tuto péči dosáhnout pacienti například s onkologickou diagnózou s metastázemi. Pokud není příčina zhoršení zdravotního stavu důsledkem základního onemocnění, může být pacient bez problémů léčen na jednotce intenzivní péče. (SLÁMA, 2011, s. 280; KLINGOHR, 2015; ČEŠKA, 2007).

1.4 Fáze nevléčitelného onemocnění

Komu by tedy měla být poskytována paliativní péče? Paliativní péče by měla být využívána již v brzkých fázích nemoci v propojení se škálou dalších léčebných postupů, jejichž cíl je prodloužit život, jako chemoterapie a radioterapie. U nevléčitelných nemocí můžeme rozlišit tři fáze. První je fáze kompenzovaného onemocnění. Díky léčbě se daří udržet nemoc a její projevy pod kontrolou. Celkový stav pacienta je na dobrém stupni. Může trvat několik měsíců až několik let. V této fázi se předpokládá delší doba přežití, a tak je vhodné pokračovat v chronických medikacích. V případě potřeby je v této fázi zcela indikována intenzivní a resuscitační léčba. Ve chvíli kdy onemocnění přestane reagovat na léčbu, začíná selhávání jedné nebo dalších orgánových soustav a celkový stav pacienta se zhoršuje a nastává tak fáze zlomu. (VORLÍČEK, 1998, s. 365-366; SLÁMA, 2011, s. 28-29). Tato chvíle bývá relativně dobře identifikovatelná u pacientů s onkologickými onemocněními, ale podstatně hůře se rozeznává například u pacientů s chronickou obstrukční nemocí plicní či u pacientů se srdečním selháním. (PAŘÍZKOVÁ, 2011; SLOVÁČEK, 2011, s. 268). Délka dožití v této fázi onemocnění, označované jako pre-terminální, není jednoznačná, může to být v řadě týdnů až měsíců nebo také může pacient zemřít během několika dní. V případě prognostické nejistoty je v této fázi indikována plná intenzivní a resuscitační léčba. V terminální fázi již dochází k postupnému a nevratnému zhoršení celkového zdravotního stavu. Trvá zhruba několik dní až týdnů. Cíl léčby v této fázi je především mírnění symptomů a odstranění dyskomfortu. Intenzivní a resuscitační péče v tomto období již nebývají indikovány. Ve všech těchto fázích je důležité pokusit se zajistit co nejlepší kvalitu pacientova života. Kvalita života je subjektivní hodnota. Každý nemocný se musí smířit s omezením v jeho životě, které nemoc působí. Neznamená to, že musí nutně dojít ke ztrátě kvality života. Každá ztráta může být kompenzována. (VORLÍČEK, 1998, s. 365-366; SLÁMA, 2011, s. 28-29).

1.5 Reakce na léčbu a prognóza u pacientů na jednotce intenzivní péče

Pacienti na jednotkách intenzivní péče se dají rozdělit do tří skupin. U první skupiny jsou pacienti, kteří jsou v kritickém stavu se selháváním orgánových funkcí, nicméně reagují příznivě na léčbu. Lze u nich odůvodněně předpokládat, že při terapii příčiny a použití postupů orgánové podpory, je stav pacientů reverzibilní. Druhou a obtížnou skupinou pacientů zejména při rozhodování o další léčbě jsou ti, kteří se nacházejí na odděleních intenzivní péče již delší dobu pro svůj zdravotní stav a komorbiditu. Musíme si uvědomit, že délka pobytu není hlavním kritériem pro rozhodování o dalších postupech. Charakteristickou skupinou pacientů jsou v tomto ohledu ti, kteří trpí chronickou obstrukční pulmonální nemocí ve vysokém stadiu onemocnění. Je velice těžké se rozhodnout, zda se již jedná o terminální stav. Pokud se o terminální stav nejedná, je skutečně možný návrat pacientů do domácího prostředí, kde mohou být na dlouhodobé oxygenoterapii nebo na ventilační podpoře. Pokud si nejsme jisti, kam stav pacienta zašel, je důležité nic neunáhlit. Pečlivé posouzení stavu pacienta je základ. Třetí skupinou jsou pacienti v kritickém stavu, kteří nereagují na léčbu příznivě. U těchto pacientů, i přes využití všech dostupných postupů, léčba selhává. Právě selhání léčby a vyčerpání všech možností medicíny je důvodem k nepokračování v léčbě intenzivní. V tomto případě je indikována paliativní péče. (PAŘÍZKOVÁ, 2011).

2. PSYCHOSOCIÁLNÍ A SPIRITUÁLNÍ ASPEKTY PALIATIVNÍ PÉČE V PROSTŘEDÍ INTENZIVNÍ PÉČE

Paliativní péče včleňuje do péče i psychologické a spirituální aspekty. Spiritualita, nalézání osobního smyslu a duchovní praxe bývají v závěrečných fázích života akcentovány. Někteří pacienti mohou, i když nemají dostatečně zvládnuté symptomy, prožívat radost a to navzdory obtížím. Bohužel někteří, i když mají méně potíží, trpí o poznání více. Všechno souvisí s charakteristikou člověka ještě před onemocněním. I v nemocničním prostředí je možné domluvit návštěvu nemocničního kaplana, který si s pacientem nebo i s rodinou může promluvit. Stejně tak i nemocniční psycholog. Nejdůležitější léčebné opatření je vždy blízkost rodiny a zdravotníků. Je důležité si uvědomit, že pro pacienta v tuto chvíli mohou být duchovní a psychologická témata stejně důležitá jako otázka fyzických symptomů. Problémem intenzivní péče může být stav, kdy nejsou pacienti při vědomí a nemohou tak svoje potřeby sdělit. Pak je potřeba nabídnout rodině takovou podporu, která jim pomůže vyrovnat se s nemocí, zármutkem a v případě potřeby pomoci i s truchlením. Často bývá kritizováno, že jsou tendence rodinu informovat více než pacienta. Někdy příbuzní požadují, aby lékař diagnózu pacientovi nesdělil. Rodina se snaží uchránit milovaného od bolesti. V tomto případě je třeba zjistit, jaké důvody mají k utajení diagnózy před pacientem. Po úmrtí blízkého člověka zažívá rodina obrovskou ztrátu. Truchlení je normální zdravou reakcí na tuto skutečnost. Běžně se projevuje jako úzkost, zármutek, deprese a doprovodné somatické obtíže. Velká část pozůstalých se během měsíců se ztrátou vyrovnají a není u nich nutná žádná zvláštní intervence. (VORLÍČEK, 1998, s. 316,337; BUŽGOVÁ, 2015, s. 89; SLÁMA, 2011, s. 309-315).

3. ETICKÉ A PRAVNÍ ASPEKTY PALIATIVNÍ PÉČE V PROSTŘEDÍ INTENZIVNÍ PÉČE

V následující kapitole bude věnována pozornost etickým a právním aspektům poskytování paliativní péče v prostředí intenzivní péče a samotnému ukončování intenzivní péče a zahajování péče paliativní. Nejprve je však potřeba definovat základní etické a právní principy vztahující se k poskytování paliativní péče v prostředí intenzivní péče.

3.1 Etické a právní principy vztahující se k poskytování paliativní péče v prostředí intenzivní péče

K problematice ukončování neúčelné léčby a poskytování paliativní péče v prostředí intenzivní péče se váže několikero etických principů. Zcela jistě sem můžeme zařadit základní etické principy definované Beauchampem a Childressem – beneficenci, nonmaleficenci, autonomii a justici. Princip beneficence velí činit dobro pacientovi. Problém může být určit, co je pro pacienta dobro. Je důležité si uvědomit, že to, co je dobré podle zdravotníka, nutně nemusí být dobré podle pacienta. Pokud je to alespoň trochu možné, mělo by se dobro hledat společným dialogem zdravotníka a pacienta. Principu nonmaleficence jde především o neškození a nenechání uškodit pacientovi. Jakékoli jednání nesmí být s cílem poškození pacienta. Jedná se o etické minimum. Pokud lékař není schopen kvalitně léčit, nesmí pacientovi ubližovat. K poškození pacienta může dojít, ukončí-li se intenzivní péče předčasně, nebo také formou dystanázie, což znamená umělé a násilné prodlužování umírání. Dochází k ní takovou léčbou, kde nevýhody pro pacienta i jeho rodinu převažují nad výhodami. Je to nepříjemný důsledek uplatňované medicíny vítězné ve fázi, kdy už potřeba pacienta vyžaduje paliativní péči. Princip spravedlnosti vyžaduje stejné jednání s lidmi, kteří jsou v podobné situaci a rozdílné jednání s lidmi, kteří jsou v jiných situacích. Zároveň také klade důraz na spravedlivou alokaci zdrojů, lidských i finančních. Poslední z těchto etických principů je princip autonomie. Každý je zodpovědný za své zdraví a také za své rozhodnutí, které bylo učiněno při plné informovanosti pacienta. Tato přání musejí být respektována, a to i když nakonec mohou mít za důsledek úmrtí pacienta. Například odmítnutí léčby pacientem. Na což má plné právo. Lékař a pacient by měli být rovnocennými partnery v léčbě. Je-li pacient ve fázi, kdy z jakýchkoli důvodů není schopný vyslovit své přání, je možné řídit péči dle dříve vysloveného přání, pokud jej pacient sepsal dle § 36 zákon 372/2011 sb. V tomto zákoně je ustanoveno, že pacient může předem sepsat souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb pro případ, kdy by se dostal do zdravotního stavu, kdy nebude chopen sám

souhlas či nesouhlas vyslovit. Pokud bude mít poskytovatel přístup k dříve vyslovenému přání, bude na něho brát zřetel, ale pouze za podmínky, že se dříve vyslovené přání vztahuje k situaci, která se dala předvídat a dříve vyslovené přání na ni pamatuje. Součástí dříve vysloveného přání musí být poučení od praktického lékaře nebo ošetřujícího lékaře o důsledcích jeho rozhodnutí. (KÖNIGOVÁ, 2014; VÁCHA a kol., 2012; ÚSTAV LÉKAŘSKÉ ETIKY A HUMANITNÍCH ZÁKLADŮ MEDICÍNY 2. LF UK, 2014; SLÁMA, 2011, s. 319-326; ZÁKON č. 372/2014 Sb.). Dalším uplatnitelným principem je princip dvojího účinku, vztahující se na podávání paliativní sedace a navyšování analgezie u pacientů v terminálním stádiu. Princip dvojího účinku stanovuje pravidla pro etickou přijatelnost jednání, které má dobré i špatné následky. Takové jednání je přijatelné, pokud úmyslem jednajícího je dobrý následek, samotný čin není špatný a dobrý následek převyšuje nad následkem špatným. (MUNZAROVÁ, 2005).

3.2 Rozhodování o ukončení intenzivní péče a přechod na paliativní péči

Česká lékařská komora (ČLK) vydala v roce 2010 doporučení pro přechod z intenzivní péče na péči paliativní. Toto stanovisko se týká pacientů, kteří nejsou schopni o sobě rozhodovat a jsou v konečné fázi jejich léčebně neovlivnitelného onemocnění. Mezi nejčastější stavy patří pacienti s multiorganovým selháním, kde vyvolávající příčinu nelze ovlivnit a i přes maximální podporu nebo náhradu orgánových funkcí, dochází k trvalému zhoršování stavu. Dále také pacienti v hlubokém bezvědomí, kde není předpoklad obnovení mozkových funkcí z důvodů přítomnosti ireverzibilního poškození centrálního nervového systému. Především je nutné si uvědomit, že život každého člověka je konečný a každý pacient má právo na náležitou, odbornou zdravotní péči. Ačkoli cíl intenzivní péče je především zachování zdraví a života, odstranění příčiny zhoršeného zdravotního stavu u pacientů se zvratným nebo alespoň potencionálně zvratným orgánovým selháním, ne vždy se cíl může naplnit. Pokud nelze naplnit cíl intenzivní léčby, pak je nutné intenzivní léčbu zaměnit právě za léčbu paliativní. Veškeré rozhodovací procesy musí být v souladu s legislativou a musí být odborně a kvalifikovaně posouzeny. Musí se respektovat základní etické principy. Lidský život je nejvyšší hodnota. Pacienti mají právo na sebeurčení a zachování důstojnosti. Z tohoto důvodu je taky důležité určit, jestli jakýkoli postup má pro pacienta větší přínos nebo spíše ztrátu. Pokud je pacient při vědomí nebo sepsal dříve vyslovené přání, bude rozhodnuto podle jeho názoru, jestli má léčebný nebo diagnostický postup přínos. Je nutné si uvědomit, že nepokračování neúčelné léčby neznamena omezit pacienta na jeho právech. Právě naopak.

Poskytnout pacientovi léčbu, která je adekvátní k jeho zdravotnímu stavu, je v souladu jak s etickými principy, tak s legislativou České republiky. Nezahájení nebo nepokračování neúčelné léčby nelze při správném postupu zaměnit za eutanázii či ublížení na zdraví. (ČLK, 2010).

Rozhodování o ukončení intenzivní péče může být velmi obtížné, ale podnět o tomto kroku může dát kdokoli z ošetřujícího zdravotnického týmu. Stejně tak by do rozhodování měli být zahrnuti všichni členové ošetřujícího zdravotnického týmu a odpovědnost za konečné rozhodnutí nese vedoucí lékař pracoviště nebo jím určený lékař. V době pohotovostní služby nese odpovědnost lékař, který odpovídá za péči o pacienta. Pokud pacient neurčil jinak, měli by být náležitě informováni blízcí pacienta. Není přípustné, aby odpovědnost za ukončenou intenzivní péči a přechod na péči paliativní padla na rodinu. Pokud se rozhodne o ukončení intenzivní péče a přechází se na péči paliativní, musí být toto rozhodnutí zapsáno ve zdravotnické dokumentaci a to včetně odborného posouzení zdravotního stavu a zdůvodnění tohoto rozhodnutí. Jakékoli rozhodnutí může být kdykoli změněno. (PAŘÍZKOVÁ, 2011; ČLK, 2010).

Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010 vzniklo na podkladě Konsenzuálního stanoviska k poskytování paliativní péče u nemocných s nezvratným orgánovým selháním České společnosti anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny a České společnosti intenzivní medicíny ČLS JEP (dále jen Konsenzuální stanovisko). Původní stanovisko vnímalo postavení rodiny odlišně. Navrhovalo, aby také rodina a blízcí pacienta měli právo podat podnět k rozhodování o ukončení intenzivní péče. Doporučení představenstva ČLK toto právo přisuzuje pouze zdravotníkům. (ČLK, 2010; ČERNÝ, 2009).

3.3 Etické a právní aspekty vybraných postupů uplatňovaných v paliativní intenzivní péči

Zvláštní pozornost je potřeba věnovat vybraným postupům uplatňovaným v paliativní intenzivní péči. Jedná se především o analgezii a paliativní sedaci, dále pak o ukončování ventilační podpory, výživy a hydratace.

3.3.1 Analgezie v paliativní péči

Paliativní péče zajišťuje úlevu od bolesti a od dalších symptomů. Bolest se vyskytuje u více než 60 % pacientů v terminálním stádiu nemoci. Velký problém je ten, že u pacientů v terminálním stádiu onemocnění, není nemoc dostatečně tlumena. Neléčená bolest může

způsobit další utrpení a může mít velký dopad i na bio-psycho-sociální a duchovní stránku života. Nejčastější příčinou nedostatečné léčby bolesti je její podceňování. Pokud nedojde k podcenění, může být důvod k nižší dávce podávání opioidů obava z uspišení smrti pacienta, neboť vysoké dávky opioidů sice uleví od bolesti, ale zároveň tlumí dechové centrum. Může tak dojít k urychlení smrti, což nebyl záměr lékaře. Právě zde nám v rozhodování mohou pomoci výše zmíněné etické principy, předně princip beneficence, nonmaleficence a princip dvojího účinku, podle kterého by mravnost jednání byla souzena podle úmyslu, což v tomto případě znamená zmírnit bolest, nikoli zkrátit pacientův život. (O'CONNOR, 2005, s. 58,89; SLÁMA, 2011, s. 39).

3.3.2 Paliativní sedace

Pokud již analgetická léčba nestačí a pacient stále trpí bolestmi nebo jinými příznaky, které se nedaří eliminovat, může lékař navrhnout pacientovi tzv. paliativní sedaci. Ta je dle Bruera (2012) definována jako „*použití léků se sedativním účinkem ke snížení pacientova vnímání nesnesitelných nebo nezvládnutelných příznaků, které jsou nedostatečně kontrolovány terapiemi zaměřenými na příznaky.*“ Paliativní sedace je každodenní součástí praxe jak v hospicích, tak v zařízeních akutní péče, ale nedošlo k dostatečnému výzkumu a pozornosti. Toto se užívá pouze jako poslední možnost. (O'CONNOR, 2005, s. 55, BRUERA, 2012).

Při rozhodnutí zahájit paliativní sedaci, je důležité, aby rozhodnutí nevycházelo pouze z domluvy s pacientem a rodinou, ale také s dalšími zdravotníky, kteří pečují o pacienta. Při této shodě jsou eliminovány potencionální medicínsko-právní konflikty v pečujícím týmu. (BRUERA, 2012).

3.3.3 Vysazování léčby a ukončování orgánové podpory

Resuscitační ani intenzivní péče a stejně tak ani primární a sekundární prevence u nemocných v terminálním stadiu je cílem veškeré péče zajistit důstojné umírání, kdy zásadní je minimalizovat dyskomfort a neprodlužovat proces umírání (dystanazie). U těchto pacientů není indikována léčba dalších onemocnění. Obecně lze říci, že je možné vysadit jakoukoliv zbytečnou a neúčelnou léčbu, ale musí být vždy zajištěn komfort pacienta. Nepanuje jednoznačná shoda ohledně podávání výživy a hydratace. Slováček (2011) uvádí, že je potřeba vzít v úvahu, zda se jedná o pacienta v terminálním stádiu při vědomí, se zachovalým pocitem hladu a žízně či bez tohoto pocitu a pacienta v agónii. Drábková (2014) uvádí, v jakém pořadí léčbu ukončovat a zda může dojít ke vzniku somatického distresu. Vždy tedy musíme pamatovat na to, že pacient nesmí trpět bolestí, dušností, hladem a žízní, ani dalšími

symptomy, které se mohou v závěrečné fázi života vyskytnout. Nezbytné je zajistit klidné prostředí, proto je jedním z kroků vypnutí alarmů, což však neznamená, že přestáváme pacienta sledovat. Zásadní je sledovat projevy bolestí a dušnosti a promptně reagovat v případě jejich výskytu. (SLÁMA, 2011; DRÁBKOVÁ, 2014; SLOVÁČEK a kol., 2011).

3.4 Eutanázie a asistované suicidium

O paliativní péči platí, že přisvědčuje životu, umírání vidí jako normální proces a neurychluje ani neoddaluje smrt. Největší etický a právní problém, který s těmito zásadami souvisí, je asistované suicidium a eutanázie. Asistované suicidium znamená usmrcení sebe sama zapomoci či rady druhé osoby. Technicky vzato druhá osoba připraví látku k usmrcení pacienta, ale pacient si ji již aplikovat musí sám. Eutanázie znamená úmyslné ukončení života člověka někým jiným, než člověkem samotným (v zemích, kde je legální, to bývá lékař), na jeho vlastní žádost. V dřívějších dobách se eutanázie třídila na pasivní a aktivní. Pojem pasivní eutanázie znamenal ustoupení od aktivity, nepokračování v léčebných postupech nebo nepodání léku, což též vedlo ke smrti. V dnešní době by tento pojem neměl existovat. Teoreticky se pojem pasivní eutanázie a odstoupení od neúčinné léčby kryjí. Eutanázii legislativa zakazuje, odstoupení od neúčinné léčby naopak schvaluje. Při dnešní technické úrovni je možné udržet mnoho životů, ale někteří tito pacienti dlouhodobě přežívají ve stavu, který může být považován za neutěšený. Není účelem ukončení nebo nezahájení léčby, aktivní ukončení života pacienta, ale dát pacientovi možnost zemřít přirozeným procesem a zajistit mu co největší komfort, důstojnost a omezit stres a bolest na co nejnížší možnou míru. (MUNZAROVÁ, 2005, s. 48-49; SOKOL, 2014; SLÁMA, 2011; DRÁBKOVÁ, 2017).

Oproti tomu aktivní eutanázie byla vyjádřena jako aktivní zásah vedoucí ke smrti. Například podáním smrtelné dávky nějakého prostředku. Záleželo též na tom, zda to nemocný chtěl nebo byl usmrcený proti jeho vůli. Podle legislativy České republiky, která tuto problematiku ošetřuje hned v několika zákonech, je toto jednání nelegální. (MUNZAROVÁ, 2005, s. 48-49; SOKOL, 2014; SLÁMA, 2011; DRÁBKOVÁ, 2017). Ačkoliv legislativa eutanázii výslovně nezmiňuje (ČLK, 2010), dotýká se jí hned několik právních norem i Etický kodex ČLK. Listina základních práv a svobod se dotýká eutanázie tak, že jedno z práv tvrdí, že každý člověk má nárok na život a každý lidský život je hoden ochrany a to už před narozením. Také tvrdí, že nikdo nesmí být života zbaven. Etický kodex české lékařské komory zmínil eutanázii a asistované suicidium výslovně. V článku č. 7 se uvádí, že u umírajících a nevyлéčitelně nemocných, musí lékař účinně tišit bolest, mírnit utrpení a

ochraňovat lidskou důstojnost. Cílem lékařova jednání nemá být za každou cenu prodlužovat život u neodvratitelné a bezprostředně očekávané smrti. Asistované suicidium ani eutanázie nejsou přípustné. Na problematiku eutanázie pamatuje i trestní zákon, který v § 140 tvrdí že, kdo jiného úmyslně usmrtí, bude potrestán odnětím svobody na deset až osmnáct let. I na problematiku asistovaného suicidia pamatuje trestní zákon, který v § 144 tvrdí že, kdo jiného přiměje k sebevraždě nebo jinému pomáhá k sebevraždě, bude potrestán, došlo-li alespoň k pokusu sebevraždy, odnětím svobody až na tři roky. (Zákon č. 40/2009 Sb.; SLÁMA, 2011, s. 321-328; MUNZAROVÁ, 2005, s. 48-49; SOKOL, 2014).

4. VÝZKUMNÁ ČÁST

Výzkumné otázky

1. Dochází na vybraných pracovištích ke změně léčby intenzivní a léčbu paliativní a v jakých případech se tak případně děje?
2. Kdo rozhoduje o ukončování intenzivní péče a přechodu na paliativní péči u pacientů, kteří o tom nemohou sami rozhodnout?
3. Jakým způsobem probíhá přechod z intenzivní na paliativní péči (co je ukončováno a vysazováno) a jaký je rozsah poskytované paliativní péče?
4. Jaké jsou postoje nelékařských zdravotnických pracovníků k ukončování intenzivní péče a poskytování paliativní péče v prostředí intenzivní péče?

5. METODIKA PRÁCE

Pro získání odpovědí na výzkumné otázky byla zvolena metoda kvantitativního výzkumu, který byl realizován pomocí dotazníkového šetření.

Dotazník

Použit byl dotazník vlastní konstrukce, sestávající se z 21 otázek (viz příloha A). Prvních 5 otázek je identifikačních (zjišťováno bylo pohlaví, věk respondentů, nejvyšší dosažené vzdělání, délka praxe na oddělení intenzivní péče a specializační vzdělání). Následovala filtrační otázka, zjišťující, zda na vybraných odděleních dochází k ukončování intenzivní péče a následujících 7 otázek bylo určeno pouze pro respondenty z oddělení, kde k ukončování intenzivní péče a přechodu na paliativní péči dochází. Posledních 8 otázek bylo zaměřeno na postoje respondentů k ukončování intenzivní péče a poskytování paliativní péče v prostředí intenzivní péče (s výjimkou otázky č. 16, zjišťující, zda respondenti rozumí pojmu paliativní sedace). Dotazník byl konzultován s vedoucí práce.

Po schválení dotazníku vedoucí práce proběhl pilotní průzkum u 5 respondentů k ověření srozumitelnosti. Dotazník byl srozumitelný a nebylo potřeba jej upravovat. Těchto 5 dotazníků nebylo do vlastního výzkumu zahrnuto.

Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný vzorek tvoří všeobecné sestry, zdravotničtí záchranáři a zdravotničtí asistenti pracující na vybraných jednotkách intenzivní péče (JIP) nebo anesteziologicko-resuscitačních odděleních (ARO), bez ohledu na délku praxe či zkušenost s ukončováním intenzivní péče při přechodu na péči paliativní, ochotní vyplnit anonymní dotazník.

Organizace dotazníkového šetření

Výzkum byl prováděn na vybraných odděleních ve třech nemocnicích – nemocnici oblastní (nemocnice A), krajské (nemocnice B) a fakultní (nemocnice C), vždy na oddělení Anesteziologicko-resuscitačním (ARO), Chirurgické JIP (CHIR JIP), Interní JIP (INT JIP) a Neurologické JIP (NEU JIP).

Nejdříve byly kontaktovány náměstkyně ošetrovatelské péče a požádány o souhlas s výzkumem na vybraných odděleních. Po schválení ze strany náměstekyň ošetrovatelské péče, byly kontaktovány vrchní sestry vybraných oddělení. Když došlo k schválení též ze strany vrchních sester a vyřízení příslušné administrativy, byly dotazníky distribuované na oddělení.

Výzkumné šetření probíhalo v lednu a únoru roku 2017. Celkově bylo distribuováno 120 dotazníků, vždy po 10 kusech na každé oddělení, spolu s obálkou pro uložení vyplněných dotazníků. Celkem se vrátilo 89 dotazníků. Návratnost tedy činila 74,2 %. Po vyřazení neúplně vyplněných dotazníků.

Zpracování dat

Získané odpovědi byly zaneseny do tabulky zdrojových dat vytvořené v MS Office Excel 2007 a následně zpracovány do grafů. Prezentována jsou s použitím absolutní (n_i) a relativní (f_i) četnosti, případně aritmetického průměru. Relativní četnost (vyjádřená v %) byla vypočítána pomocí statistického vzorce $f_i = (n_i/n) * 100$, kde n značí celkový počet respondentů. Do intenzivní péče jsou vztaženy jak jednotky intenzivní péče, tak anesteziologicko-resuscitační oddělení

6. PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT

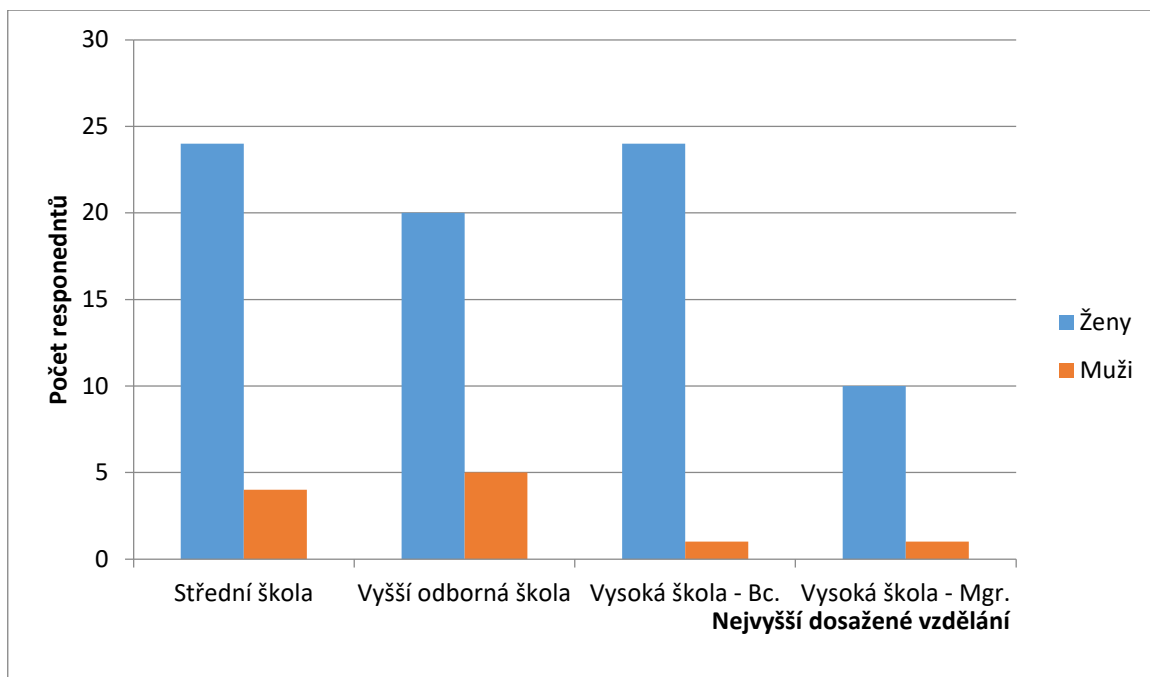
Nejprve bude představen vzorek respondentů pomocí údajů získaných z identifikačních otázek v dotazníku. Následně budou prezentována data týkající se realizace ukončování intenzivní péče a přechodu na paliativní péči, poté údaje z otázek týkajících se postojů respondentů k této problematice, dle jejich řazení v dotazníku.

Dotazníkové otázky č. 1 a 3 zjišťovaly pohlaví a nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Z celkového počtu 89 respondentů (100 %) bylo 78 žen (88 %) a 11 mužů (12 %).

Rozložení respondentů vzhledem k pohlaví a nejvyššímu dosaženému vzdělání je znázorněno v grafu na obrázku č. 1 Středoškolské vzdělání má 31,5 % (28) respondentů (26,9 % žen a 4,5 % mužů), středoškoláků bylo tedy mezi respondenty nejvíce. Vyšší odborné vzdělání má celkem 28 % (25) respondentů (22,4 % žen a 5,6 % mužů). Vysokoškolské vzdělání s titulem Bc. má 28 % (25) respondentů (26,9 % žen a 1,1 % mužů) a s titulem Mgr. 12,4 % (11) respondentů (11,3 % žen a 1,1% mužů).

Nejpočetnější zastoupení tedy měly ženy se středoškolským vzděláním a bakalářky, čítající shodně po 24 respondentkách. Nejméně žen bylo ve skupině magister (10), nejvíce mužů dosáhlo vyššího odborného vzdělání (5). V celém souboru respondentů byl pouze 1 bakalář a 1 magistr.

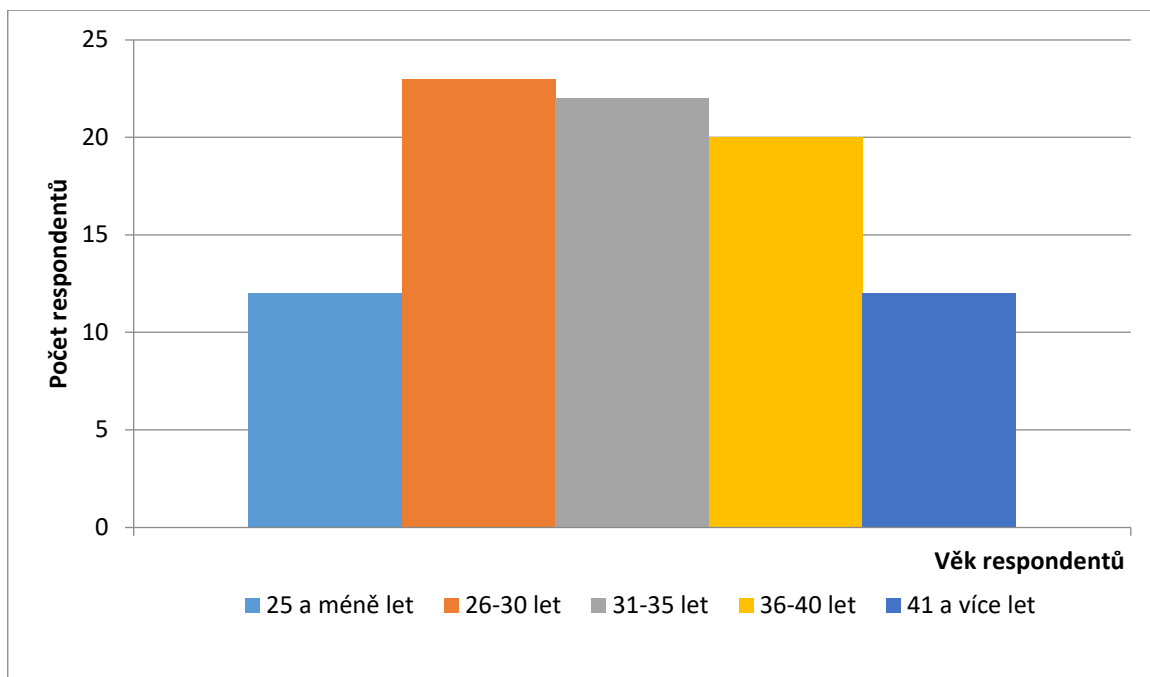


Obrázek 1 graf znázorňující pohlaví a vzdělání respondentů.

Dotazníková otázka č. 2 - Věk respondentů

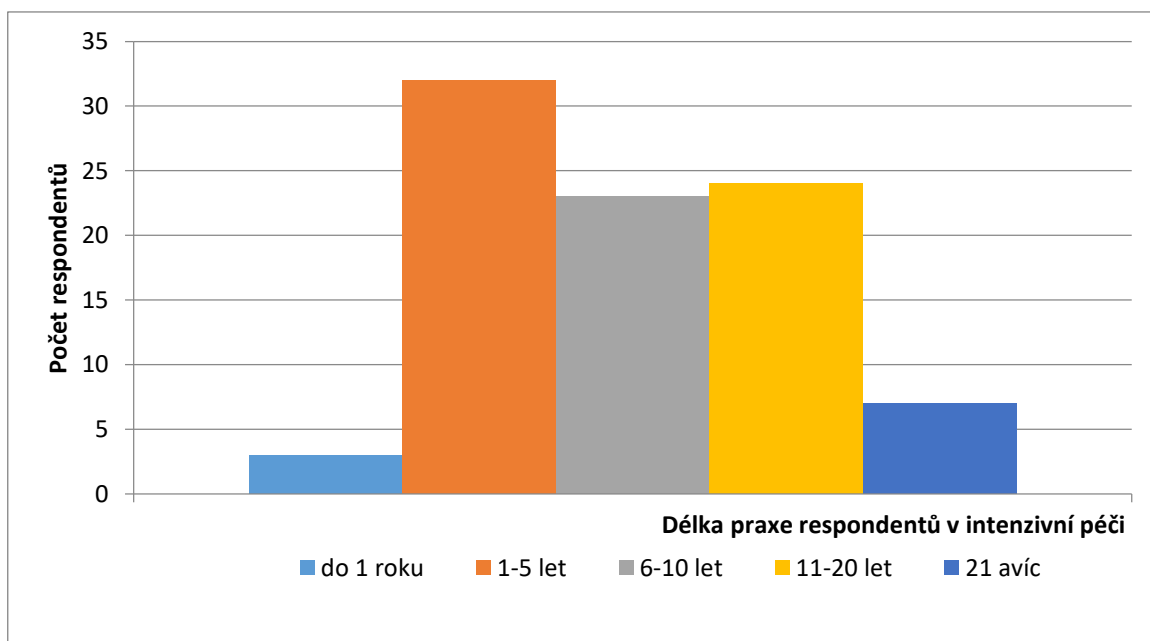
Pro přehlednější prezentaci odpovědí na tuto otázku byly respondenti dle svého věku rozděleni do pěti skupin (viz graf na obrázku č. 2). Do první skupiny byli zařazeni respondenti ve věku 25 a méně let, kterých bylo 13,5 % (12), do druhé skupiny respondenti ve věku 26 – 30 let, což byla skupina nejpočetnější, tvořena 26 % (23) respondentů. 24,6 % (22) respondentů pak spadá do intervalu 31 – 35 let a 22,4 % (20) do intervalu 36 – 40 let. 13,5 % (12) respondentů bylo ve věku 41 a více let. Průměrný věk byl 33 let, nejmladší respondentce bylo 22 let, stejně tak starý byl i nejmladší respondent. Nejstarší byla respondentka ve věku 55 let. Nejstarší respondent mezi muži byl ve věku 42 let.

Pouze 3 (3,4 %) respondentů bylo starších padesáti let. Pravděpodobně to souvisí s vysokou psychickou a fyzickou námahou. Pravděpodobně jsou v tomto věku sestry již velmi upracované, a tak odcházejí a hledají práci v jiném odvětví, kde práce nebude tak náročná.



Obrázek 2 znázorňující věk respondentů.

Dotazníková otázka č. 4 - Jak dlouho pracujete na oddělení intenzivní péče?

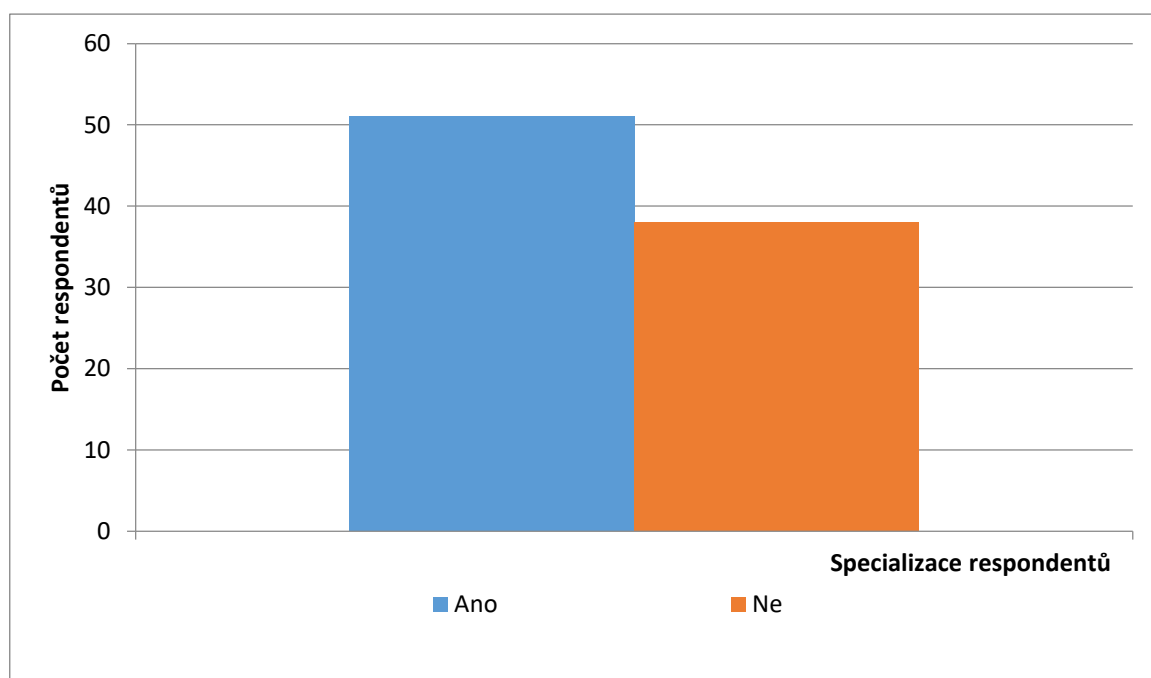


Obrázek 3 znázorňující délku praxe respondentů na oddělení intenzivní péče.

Z grafu na obrázku č.3 můžeme vyčíst, že z 89 dotazovaných pracujících v intenzivní péči, pracují v intenzivní péči méně než jeden rok 3,4 % (3) respondenti, nejvíce respondentů 35,9 % pracuje v této oblasti 1-5 let, jedná se o 32 respondentů. O 9 méně (23, tj. 25,8 %) jich má

praxi v délce 6-10 let. 11-20 let se této práci věnuje 27 % (24) respondentů a více než 21 let pak 7 respondentů z 89 dotazovaných 7,9 %. Nejméně praxe měla respondentka, která pracovala v intenzivní péči 5 měsíců. Naopak nejdelší praxi v intenzivní péči měla respondentka s celkem 26 lety. Nejméně obsáhlý interval byl s praxí do jednoho roku, do které spadají 3 respondenti. Naopak nejvíce obsáhlý byl interval od 1-5 let, kam spadá 32 respondentů.

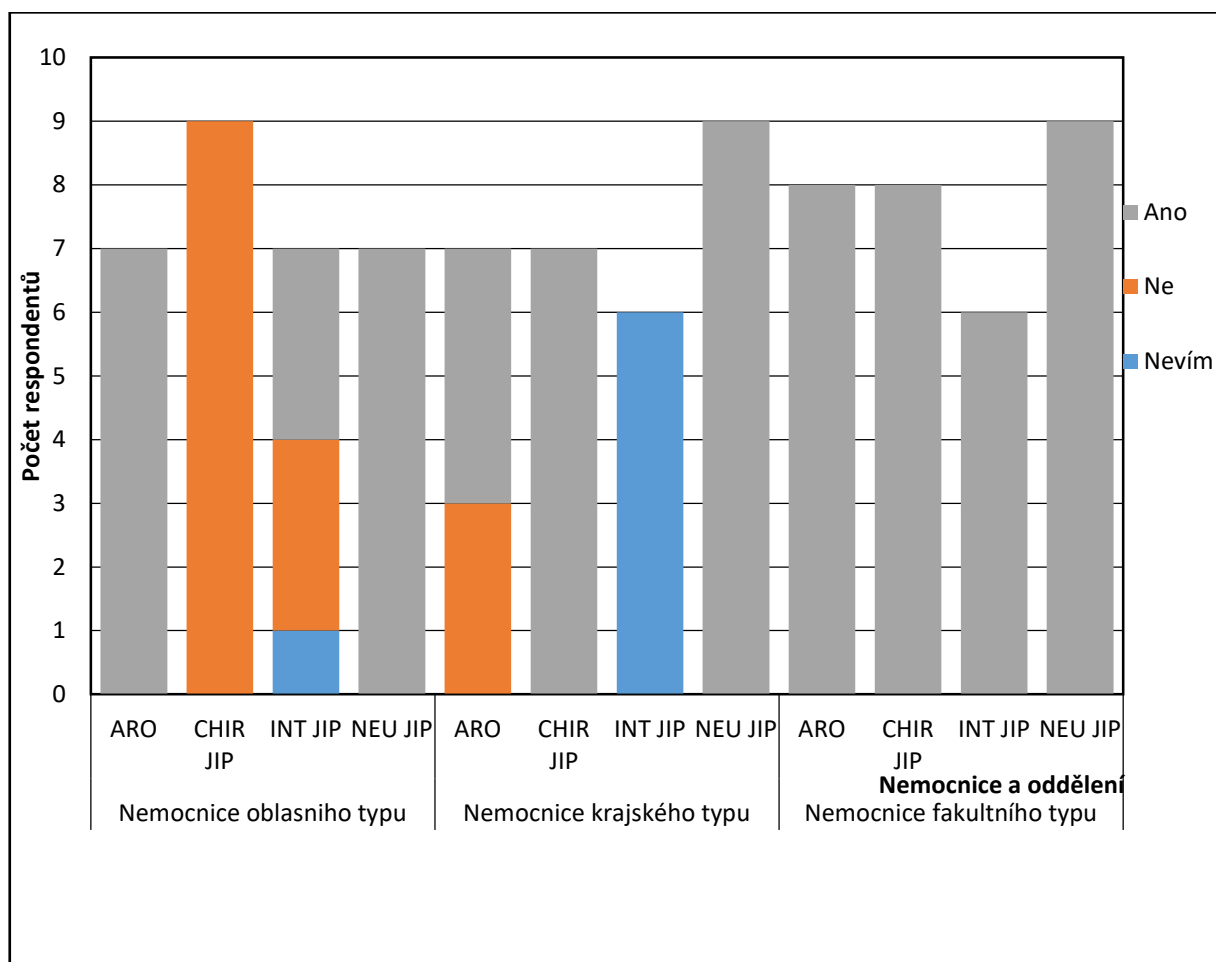
Dotazníková otázka č. 5 - Máte specializaci?



Obrázek 4 znázorňující počet respondentů, kteří mají specializaci.

Z celkového počtu 89 respondentů má specializaci 57,3 % (51), 42,7 % (38) dotazovaných tedy specializaci nemá. Z 51 respondentů, kteří mají specializaci, je 46 respondentů, kteří mají specializaci Sestra pro intenzivní péči/ARIP. Nutno podotknout, že Specializace ARIP a specializace Sestra pro intenzivní péči je totožná, pouze se přejmenovala. Jeden respondent má specializaci Sestra pro péči v chirurgických oborech. Další respondent má specializaci Sestra pro péči v interních oborech. Jeden respondent má specializaci Sestra pro péči o pacienty ve vybraných klinických oborech. Jeden respondent má specializaci Zajištění průchodnosti dýchacích cest.

Otázkač.6 - Dochází na Vašem oddělení k ukončování intenzivní péče a přechodu na péči paliativní?



Obrázek 5 znázorňující, na kterých oddělení se ukončuje intenzivní péče a přechází se na péči paliativní.

V grafu na obrázku č. 5 jsou znázorněny odpovědi na otázku, zda na oddělení na kterém respondenti pracují, dochází k ukončování intenzivní péče a přechází se na péči paliativní. U této otázky bylo možné zvolit pouze jednu odpověď.

Bylo zjištěno, že v oblastní nemocnici na oddělení ARO odpovědělo všech 7 respondentů, že se u nich intenzivní péče ukončuje a přechází se na péči paliativní. Na oddělení CHIR JIP odpovědělo 9 respondentů, že se na jejich oddělení intenzivní péče neukončuje. Různé odpovědi byly zvoleny na INT JIP této nemocnice, kde odpovídalo 7 respondentů. Podle tří respondentů se intenzivní péče ukončuje, tři respondenti tvrdí, že se tak nikdy neděje a jeden respondent neví. Na oddělení neurologické jednotky intenzivní péče se všech 7 respondentů shodlo, že se intenzivní péče ukončuje a přechází se na paliativní.

V nemocnici krajského typu na oddělení ARO byly odpovědi opět rozdílné. 4 dotazovaní tvrdí, že se intenzivní péče ukončuje a přechází se na paliativní a 3 tvrdí, že se tak neděje. Rozdíly mohou pramenit z toho, že sestry, které zvolili možnost ne, pracují na daném oddělení kratší dobu, nebo se k této věci nikdy nedostali. Na CHIR JIP odpovědělo všech 7 respondentů, že se intenzivní péče ukončuje. Velmi zajímavé jsou odpovědi respondentů z INT JIP, kde všech 6 respondentů odpovědělo, že neví, zda se tak děje či nikoli. Je těžké říci, proč ani jeden z dotazovaných neví. Může to být z důvodu, že respondenti pracují na oddělení intenzivní péče pouze krátkou dobu (v dotazníku byla zjišťována pouze celková délka praxe v intenzivní péči). Taky je možné, že se s tím jednoduše nesetkali nebo je možné, že se zde intenzivní péče neukončuje a na péči paliativní se nepřechází a respondenti si pouze nebyli jistí, a tak napsali raději, že nevědí. Na oddělení NEU JIP uvedlo všech 9 respondentů, že se intenzivní péče ukončuje a přechází se na péči paliativní.

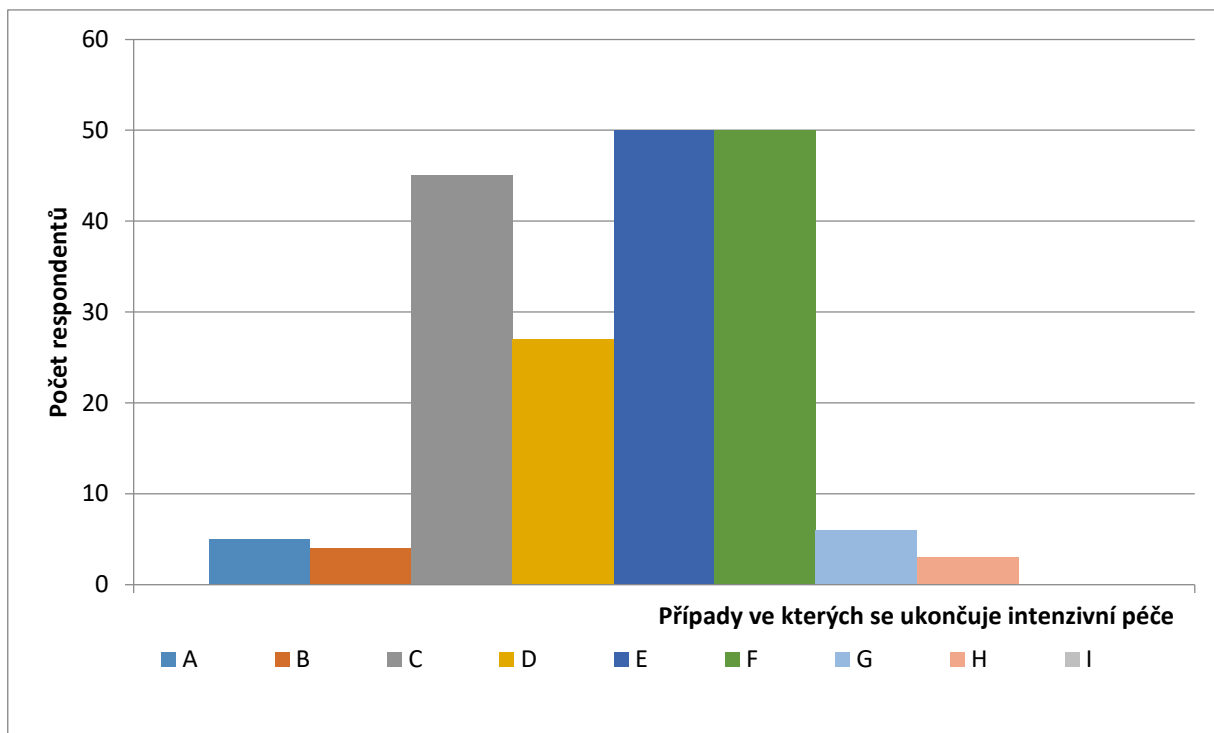
V nemocnici fakultního typu ani jeden respondent neuvedl, že neví, zda se u nich intenzivní péče ukončuje. Všichni respondenti na všech vybraných odděleních, tedy ARO s 8 respondenty, CHIR JIP také s 8 respondenty, 6 respondentů INT JIP a 9 respondentů z NEU JIP se shodli, že se intenzivní péče ukončuje a přechází se na péči paliativní.

Otázka č. 7 - Pokud na Vašem oddělení ukončujete intenzivní péči a přecházíte na paliativní péči, v jakých případech se tak děje?

Na tuto otázku odpovídali pouze respondenti, kteří v předchozí otázce odpověděli, že u nich dochází k ukončování intenzivní péče, tj. celkem 68 respondentů. Bylo možné zvolit více odpovědí z následující nabídky, případně dopsat vlastní odpovědi v možnosti jiné.

- a) Pacient si přeje ukončit intenzivní péči
- b) Rodina pacienta si přeje ukončit intenzivní péči
- c) U pacientů v terminálním stádiu onkologických onemocnění
- d) U pacientů v terminálním stádiu neonkologických onemocnění (CHOPN apod.)
- e) U pacientů s nezvratným orgánovým selháním nereagujícím na léčbu
- f) U pacientů s těžkým ireverzibilním poškozením mozku (např. hypoxické poškození mozku u pacientů po KPR)
- g) U pacientů v dlouhodobém bezvědomí
- h) U pacientů ve vysokém věku
- i) Jiné (prosím vypište)

Odpovědi respondentů (celkem bylo označeno 190 možností) jsou znázorněny v grafu na obrázku č. 6.



Obrázek 6 znázorňující v jakých případech se ukončuje intenzivní péče a přechází se péče na paliativní.

První z nabízených odpovědí byla, že si pacient přeje ukončit intenzivní péči. Označilo ji 5 respondentů. K této situaci může dojít v případě, že je pacient dostatečně informován, schopen vyjádřit svoji vůli a není-li jeho autonomie ničím narušena, případně nikým zpochybněna. Není to tedy možné u pacientů s poruchou vědomí, kteří tak nemohou vyjádřit svůj názor. Pacient také nemusí být (v rozporu s etickými i právními principy) dostatečně informován o průběhu své nemoci či možnosti péče, a tak nemůže být tím, kdo o ukončení intenzivní péče žádá. Vzhledem k tomu, že v České republice není možné respektovat dříve vyslovená přání v případě, že byly v době, kdy poskytovatel neměl k dispozici dříve vyslovené přání, započaty takové zdravotní výkony, jejichž přerušování by vedlo k aktivnímu způsobení smrti (více viz kap. Etické a právní aspekty vztahující se k poskytování paliativní péče v prostředí intenzivní péče), je ukončování intenzivní péče na základě dříve vyslovených přání taktéž problém.

Druhá nabídka odpovědi zněla, že se tak stává v případě, kdy je to rodina, kdo si přeje ukončit intenzivní péči. Tato možnost byla zvolena 4 respondenty.

Doporučení ČLK 1/2010 říká, že „rodina či blízcí pacienta by měli být náležitě informováni, pokud pacient neurčil jinak, nejlépe ve formě strukturovaného rozhovoru. Delegování

odpovědnosti na rodinu či blízké za přijaté rozhodnutí o zahájení paliativní péče není přípustné“. Neurčil-li tedy pacient jinak, není to rodina, kdo rozhodne, ale měla by být alespoň informována. Jaké je reálné zapojení rodiny do rozhodovacího procesu, bylo zjišťováno v dalších dotazníkových otázkách. Nabízenou odpověď, že intenzivní péče je ukončována u pacientů v terminálním stádiu onkologických onemocnění zvolilo 45 dotázaných. Pacienti v terminálním stádiu onkologické nemoci nespádají na jednotky intenzivní péče, pokud je zhoršení stavu způsobeno progresí onkologického onemocnění a nepředpokládá se zlepšení. Jde vlastně o to, že o pacienta v terminálním stádiu onkologického onemocnění, by již mělo být pečováno ve formě paliativní péče. Může se však stát, že je pacient na JIP či ARO přijat z důvodu předpokládaného zlepšení, ke kterému nakonec nedojde, nebo se zjistí, že onkologické onemocnění došlo již do terminálního stavu až na oddělení intenzivní péče.

Další odpovědí bylo ukončení intenzivní péče u pacientů v terminálním stádiu neonkologických onemocnění (CHOPN apod.). Tuto odpověď zvolilo 27 respondentů. Zde je důležité podotknout, že pacienti v terminálním stádiu jakéhokoliv onemocnění nemusejí být vůbec přijímáni na oddělení intenzivní péče a obzvláště v případě, že je jasné, že se o terminální stádium onemocnění jedná, neměla by být intenzivní péče vůbec zahajována. (více viz kap. Fáze nevléčitelného onemocnění)

Další možnost (ukončování intenzivní péče u pacientů s nezvratným orgánovým selháním nereagujícím na léčbu), vybralo 50 dotázaných. V intenzivní péči máme možnost nahradit funkci orgánů, které selhávají a nedokáží tedy plnit svoji funkci. Pokud se nedaří nastartovat zpět funkci těchto orgánů, není pak již moc možností. Může se dále pokračovat v intenzivní péči i když už lékaři vědí, že to nemůže pomoci (čímž dochází k dystanázii, viz kapitola Vysazování léčby a ukončování orgánové podpory) a nebo se může přejít na péči paliativní, která by mohla být v tomto případě adekvátní.

Možnost hovořící o ukončování intenzivní péče u pacientů s těžkým ireverzibilním poškozením mozku (např. hypoxické poškození mozku u pacientů po KPR) byla označena 50 respondenty.

Obě uvedené možnosti jsou zmíněny v doporučení ČLK č. 1/2010. (odkaz)

Ukončení intenzivní péče u pacientů v dlouhodobém bezvědomí zvolilo 6 respondentů. Ukončování intenzivní péče u pacientů v dlouhodobém bezvědomí bez průkazu těžkého ireverzibilního poškození mozku či ireverzibilního multiorgánového selhání dotázaného

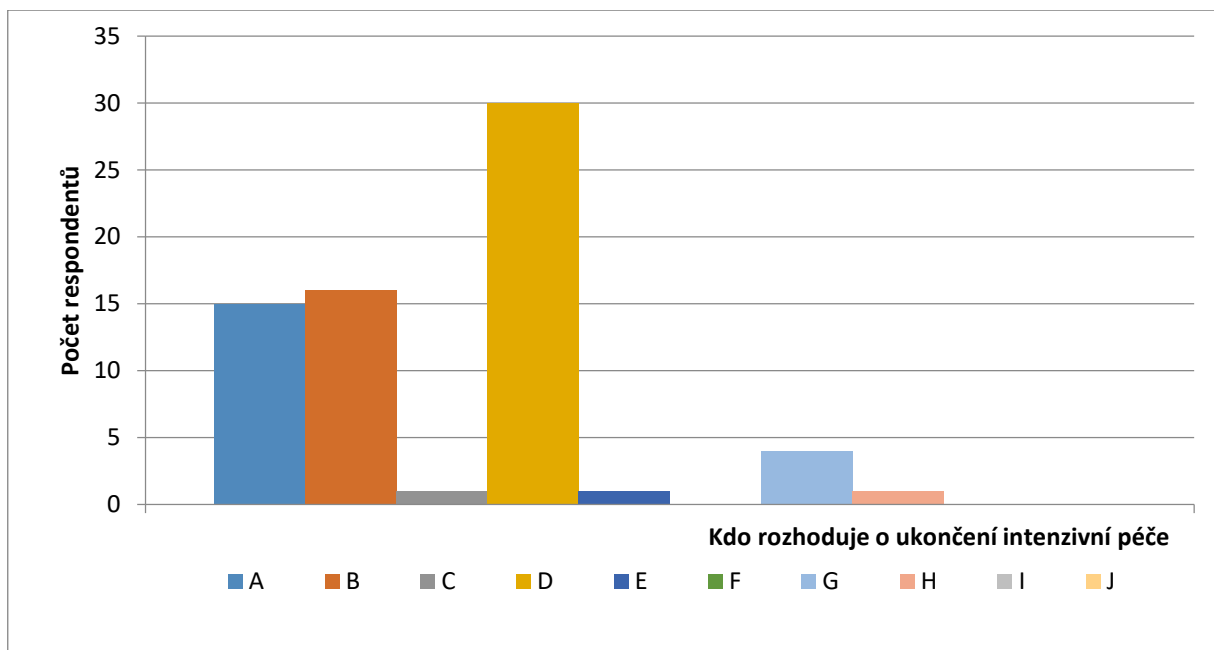
v předchozích možnostech je sporné, stejně tak jako ukončování intenzivní péče u pacientů ve vysokém věku, je-li tímto důvodem pouze věk či případná kvalita života.

Dotazníková otázka č.8 - Pokud na Vašem oddělení ukončujete intenzivní péči u pacientů, kteří o tom nemohou sami rozhodnout, kdo o tom v běžném provozu Vašeho oddělení (tj. mimo víkendů a svátků) rozhoduje?

U této otázky bylo možné vybrat pouze jednu odpověď z následujících možností:

- a) Přednosta kliniky/Primář
- b) Vedoucí lékař oddělení
- c) Ošetřující lékař
- d) Jedná se o domluvu mezi lékaři, rozhodující slovo má (prosím vypište)
.....
- e) Jedná se o domluvu mezi lékaři, ošetřující sestry se ptají na její názor, rozhodující slovo má (prosím vypište)
.....
- f) Jedná se o domluvu mezi lékaři, na názor se ptají staniční sestry/vedoucí sestry směny, rozhodující slovo má (prosím vypište)
- g) Jedná se o domluvu všech členů týmu přímo se podílejících na péči o pacienta(tj. lékařů, sester, ošetřovatelů/ošetřovatelek, fyzioterapeutů, ...)
- h) Jedná se o rozhodnutí lékařů a sester přímo se podílejících na péči o pacienta
- i) Jedná se o rozhodnutí všech lékařů a sester ve směně
- j) Jiné (prosím vypište):

Jelikož odpovídali pouze respondenti, kteří uvedli, že se na jejich oddělení ukončuje intenzivní péče, proto je celkový počet odpovědí 68. Grafické znázornění četnosti jednotlivých odpovědí je na obrázku č. 7.



Obrázek 7 znázorňující kdo rozhoduje o ukončení intenzivní péče a přechodu na paliativní.

Odpověď přednosta kliniky/primář, zvolilo 22,1% (15) respondentů. Odpověď vedoucí lékař oddělení vybralo 23,4 % (16) dotazovaných. Možnost ošetřující lékař, vybral pouze 1,5 % (1) respondent. Odpověď, že se jedná o domluvu mezi lékaři, vybralo 44,1% (30) s tím, že rozhodující slovo má na jejich oddělení primář. Možnost, že se jedná o domluvu mezi lékaři, přičemž ošetřující sestry se ptají na její názor zvolil pouze 1,5 % (1) respondent, opět s tím, že rozhodující slovo má primář. Jednalo se o respondenta z oddělení ARO oblastní nemocnice, s délkou praxe v oblasti intenzivní péče 21 let. Odpověď, že se jedná o domluvu mezi lékaři, ale že na názor se ptají staniční sestry, nebo vedoucí sestry směny, nezvolil žádný respondent. Možnost, že se jedná o domluvu všech členů týmu přímo se podílejících na péči o pacienta, zvolili 5,9 % (4) dotazovaní. Odpověď, že se jedná o rozhodnutí lékařů a sester přímo se podílejících na péči o pacienta zvolil pouze 1,5 % (1) respondent. Tuto odpověď zvolil respondent na ARO krajské nemocnice s dva a půl roky praxe. Odpověď, že se jedná o rozhodnutí všech lékařů a sester ve směně a odpověď jiné, nezvolil nikdo z dotazovaných.

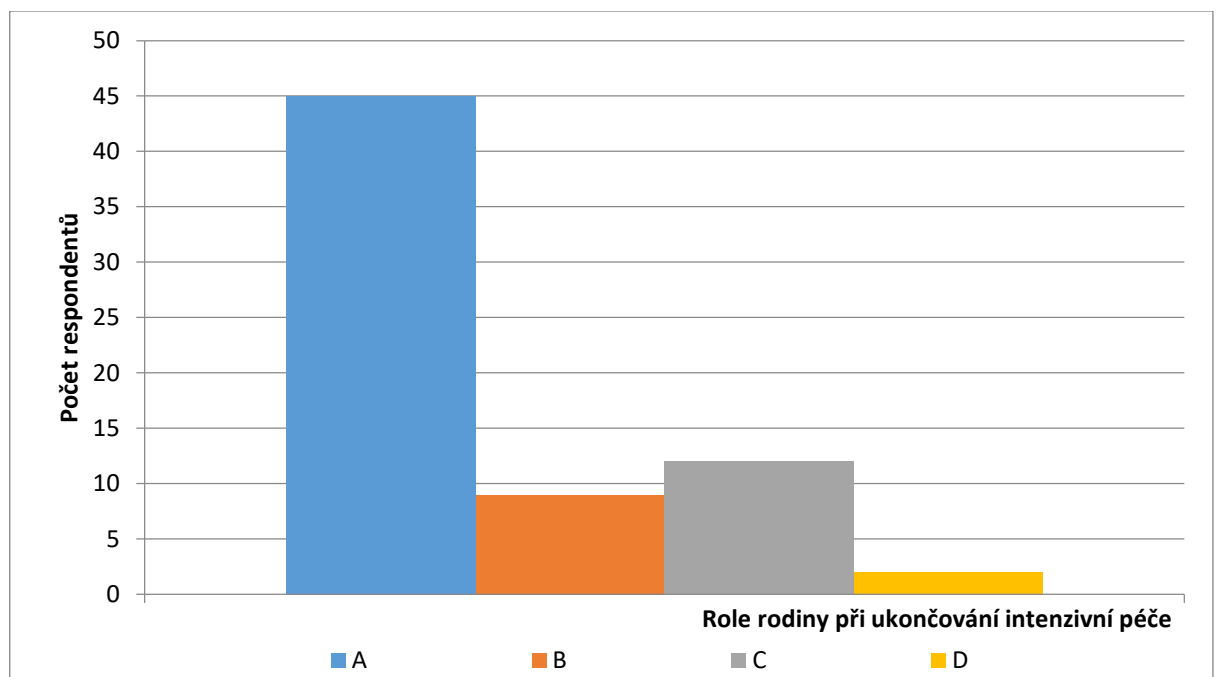
Dotazníková otázka č.9 - Pokud na Vašem oddělení provádíte ukončování intenzivní péče a přechod na paliativní péči, jakou roli v tom hraje rodina?

Na tuto otázku taktéž odpovídali pouze respondenti, kteří uvedli, že na jejich oddělení dochází k ukončování intenzivní péče a přechází se na péči paliativní v otázce č. 6, tudíž odpovídalo 68 respondentů.

Bylo možné vybrat pouze jednu odpověď z následujících možností:

- a) Rodina je lékařem informována o proběhlém rozhodovacím procesu a jeho výsledku
- b) Rodina je lékařem informována pouze v případě, že se přechází na paliativní péči
- c) Rodina se spolupodílí na rozhodování
- d) Jiné (prosím vypište).....

Grafické znázornění odpovědí je na obrázku č. 8.



Obrázek 8 znázorňující jakou roli hraje rodina v procesu ukončování intenzivní péče a přechodu na paliativní péči.

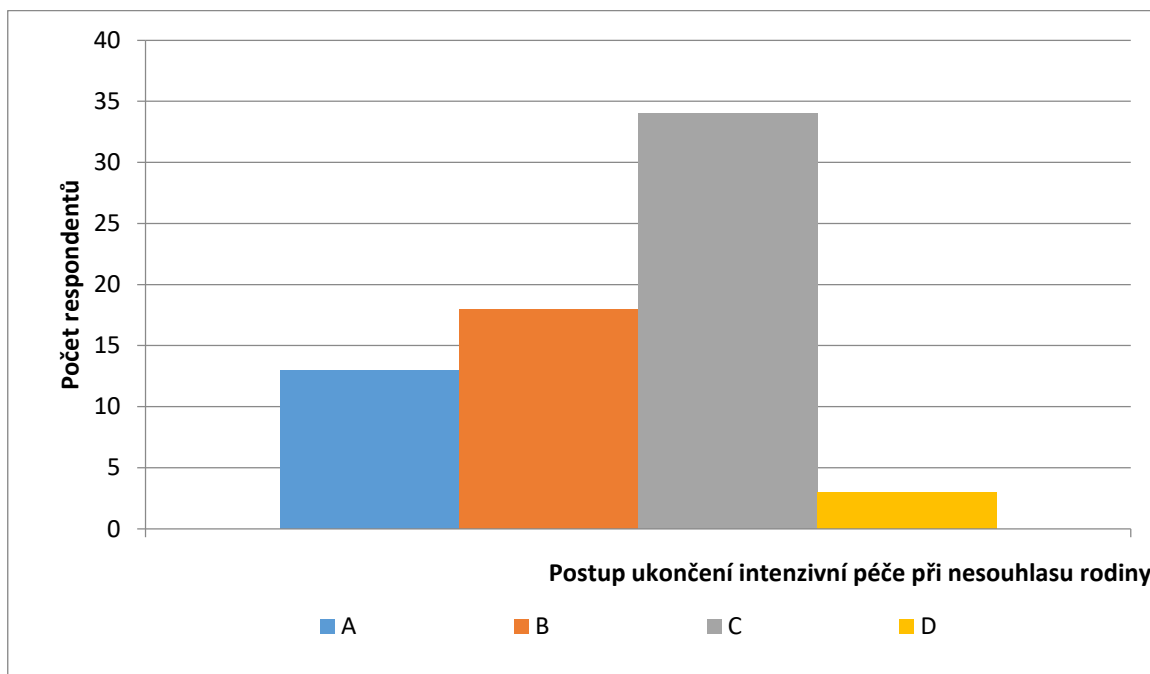
Nejčastěji byla volena možnost, že rodina je lékařem informována o proběhlém rozhodovacím procesu a jeho výsledku. Jednalo se o odpověď 66,2 % (45) respondentů. O poznání méně často byla volena možnost, že rodina je lékařem informována pouze v případě, že se přechází na paliativní péči. Vybralo ji 13,2 % (9) respondentů. Odpověď, že rodina se spolupodílí na rozhodování, byla zvolena celkem 17,7 % (12) respondenty, což je druhá nejčastější odpověď

na tuto otázku. Dvěma respondenty, tedy 2,9 %, byla zvolena možnost jiné. Byli požádáni, aby k té odpovědi dopsali, jak to chodí na vybraném oddělení, kde pracují. První respondent vypsal, že se dává důraz na dříve vyslovené přání, pokud jej pacient sepsal. Druhý respondent vypsal, že rodina není o rozhodovacím procesu ani jeho výsledku informována.

Dotazníková otázka č. 10 - Pokud se na Vašem oddělení ukončuje intenzivní péče a přechází se na péči paliativní, co se děje v případě, že s tím rodina nesouhlasí?

- a) Intenzivní péče je ukončena i přes vůli rodiny
- b) Přání rodiny je respektováno
- c) Ještě jsem se s takovou situací nesetkal/a
- d) Jiné:

Bylo možné označit pouze jednu odpověď z nabízených a opět odpovídali pouze respondenti, kteří označili možnost ano u otázky č. 6, tudíž je počet odpovědí 68. Odpovědi respondentů jsou znázorněny v grafu na obrázku č. 9.



Obrázek 9 znázorňující postup v případě nesouhlasu rodiny s ukončením intenzivní péče a přechodu na paliativní péči.

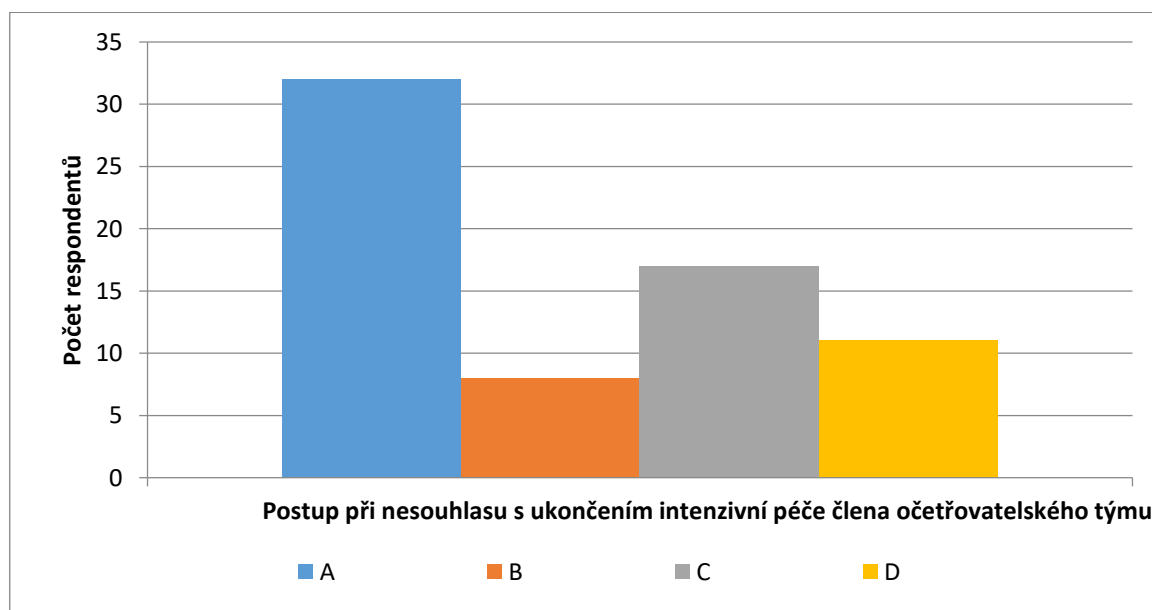
19,1 % (13) respondentů vybralo možnost, že intenzivní péče je ukončena i přes vůli rodiny. Druhou odpověď (přání rodiny je respektováno, vybralo celkem 26,5 % (18) respondentů a 50

% (34) respondentů odpovědělo, že se s takovou situací ještě nesetkalo. Tato odpověď byla nejčastěji volená. 4,4 % (3) respondenti vybrali možnost: jiné. Byli požádáni, aby vypsali, jak to na jejich oddělení probíhá. Jeden z respondentů uvedl, že záleží na situaci. Druhý uvedl, že rodina není vůbec informována. Třetí uvedl, že neví.

Dotazníková otázka č. 11 - Pokud se na Vašem oddělení ukončuje intenzivní péče a přechází se na péči paliativní, co se děje v případě, že s tím nesouhlasí někdo z ošetřovatelského týmu?

- a) Intenzivní péče je ukončena i v případě, že někdo vznesl námitku, souhlasí-li většina
- b) Intenzivní péče je ukončena pouze v případě, že nikdo nevznesl námitku
- c) Pro vznesení námitky členy ošetřovatelského týmu není prostor
- d) Jiné:

U této otázky je také celkem 68 odpovědí, protože opět odpovídali pouze respondenti, kteří odpověděli kladně u otázky č. 6. Jejich odpovědi jsou znázorněny v grafu na obrázku č. 10.



Obrázek 10 znázorňující postup při nesouhlasu s přechodem z intenzivní péče na péči paliativní člena ošetřujícího týmu.

První možnost počítala se situací, že intenzivní péče je ukončena i v případě, že někdo vznesl námitku, souhlasí-li většina. Tuto možnost zvolila největší část respondentů, celkem 47,1 % (32). Další možnost počítala s tím, že intenzivní péče je ukončena pouze v případě, že nikdo nevznesl námitku. Tato možnost byla respondenty označována ze všech nejméně, zvolilo ji

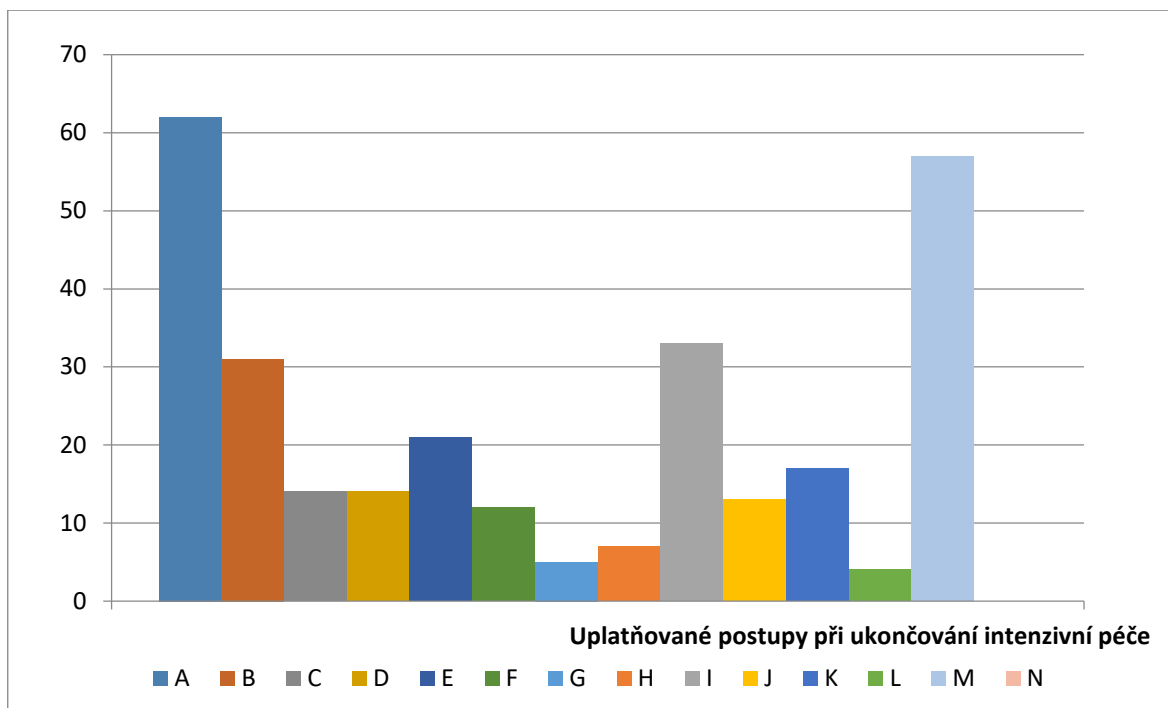
11,8% (8) respondentů. Odpověď, že pro vznesení námitky členy ošetrovatelského týmu není prostor, zvolilo celkem 25 % (17) respondentů 16,1 % (11) respondentů zvolilo možnost jiné, u které byli požádáni, aby dopsali, jak to na jejich pracovišti funguje. 8 z těchto respondentů napsalo, že se s takovou situací nikdy nesetkali a 3 respondenti uvedli, že pokud nesouhlasí s ukončením intenzivní péče někdo z ošetrovatelského týmu, rozhodne o ukončení nebo neukončení intenzivní péče primář oddělení.

Dotazníková otázka č. 12 - Které z uvedených postupů jsou na Vašem oddělení při ukončování intenzivní péče uplatňovány?

U této otázky odpovídalo 68 respondentů, ale mohli označit více odpovědí z těchto nabízených:

- a) Nerozšiřování stávající léčby
- b) Vysazení léků na podporu oběhu
- c) Vysazení antihypertenziv
- d) Vysazení veškeré chronické medikace
- e) Postupné snižování ventilační podpory
- f) Odejmutí ventilační podpory - odpojení od ventilátoru
- g) Odejmutí ventilační podpory - odpojení od ventilátoru s následnou dekanylací
- h) Vysazení oxygenoterapie
- i) Nezahájení dialyzační léčby
- j) Vysazení enterální výživy
- k) Vysazení parenterální výživy
- l) Vysazení infuzní terapie
- m) Nasazení paliativní sedace
- n) Jiné (vypište prosím)

Celkový počet odpovědí tedy je 290. Graficky jsou znázorněny na obrázku č. 11.

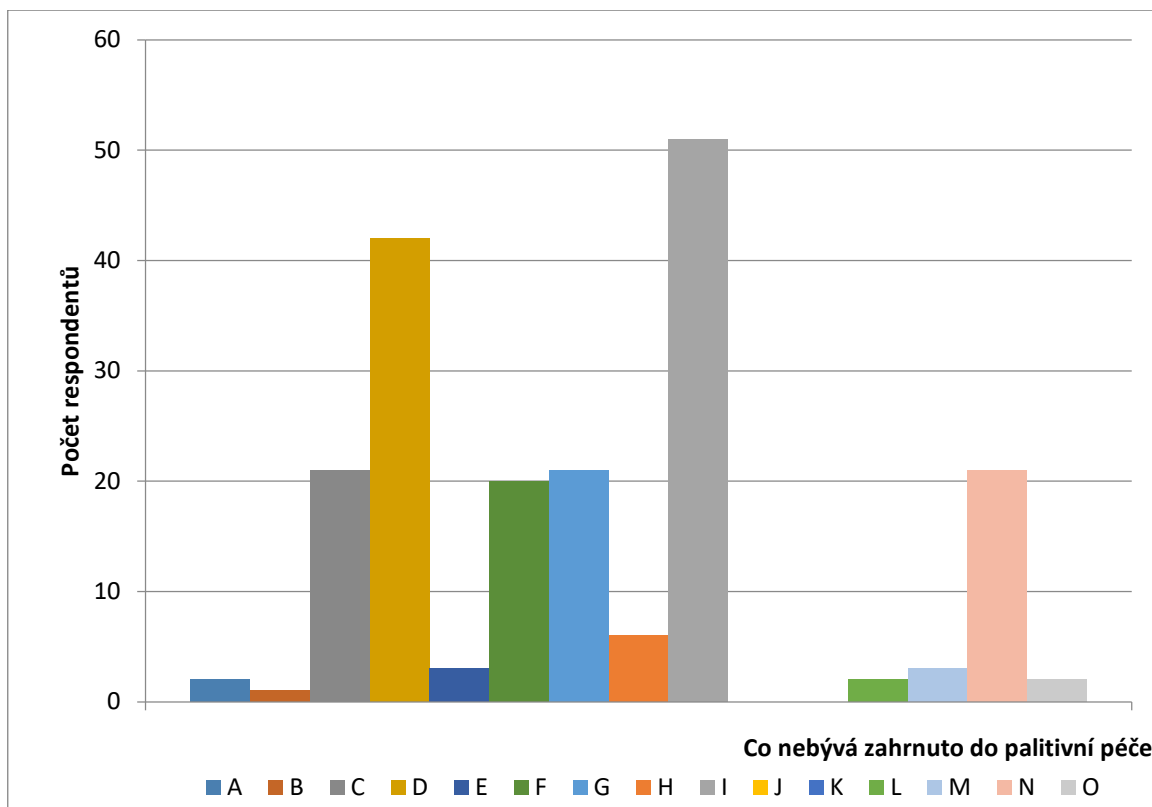


Obrázek 11 znázorňující postupy uplatňované při ukončování intenzivní péče a přechodu na paliativní péči.

Dotazníková otázka č. 13 - Provádíte-li paliativní péči na Vašem oddělení, co do ní nebývá zahrnuto?

U této otázky bylo možné označit více odpovědí z následujícího výběru, a tak celkový počet odpovědí byl 195. Grafické znázornění jejich četnosti je na obrázku č. 12.

- a) Podávání analgetik
- b) Podávání sedativ
- c) Podávání tekutin per os (je-li to možné)
- d) Podávání tekutin subkutánně, není-li možný perorální příjem
- e) Podávání tekutin intravenózně, není-li možný perorální příjem
- f) Podávání enterální výživy
- g) Podávání parenterální výživy
- h) Podávání oxygenoterapie
- i) Podávání transfuzí
- j) Polohování
- k) Pravidelná hygienická péče, včetně péče o oči a dutinu ústní
- l) Celková koupel minimálně 2x týdně
- m) Péče o rány a vstupy
- n) Bazální stimulace
- o) Doprovázení rodiny a blízkých pacienta/pacientky



Obrázek 12 znázorňující co nebývá zahrnuto do paliativní péče.

Možnost, že v paliativní péči poskytované u nich na pracovišti nebývá zahrnuto podání analgetik, zvolili 2 respondenti a 1 respondent označil odpověď, že se nepodávají sedativa. Podání tekutin per os u pacientů, u kterých je to možné, není dle tvrzení 21 respondentů zahrnuto do paliativní péče na sedmi z vybraných pracovišť. Další z nabízených odpovědí, kterou zvolilo 42 respondentů, bylo podávání tekutin subkutánně, není-li možný perorální příjem. Že nebývá zahrnuto dodávání tekutin intravenózně, není-li možný perorální příjem, tvrdí 3 dotazovaní. 20 respondentů uvedlo, že na jejich oddělení v paliativní péči nedávají enterální výživu a 21 dotazovaných uvedlo, že nedávají parenterální výživu. Podávání oxygenoterapie, vybralo 6 respondentů. Nejčastěji volená možnost byla podávání transfuzí, tu označilo 51 respondentů. Nikdo z dotazovaných nezvolil odpovědi zahrnující polohování, pravidelnou hygienickou péči a péči o oči a dutinu ústní. Pouze 2 respondenti označili možnost zahrnující celkovou koupel minimálně 2x týdně. Péče o rány a vstupy nebývá do paliativní péče nezahrnuta dle tvrzení 3 respondentů a bazální stimulaci označilo 21 dotazovaných. Doprovázení rodiny a blízkých pacienta/pacientky zvolili 2 respondenti.

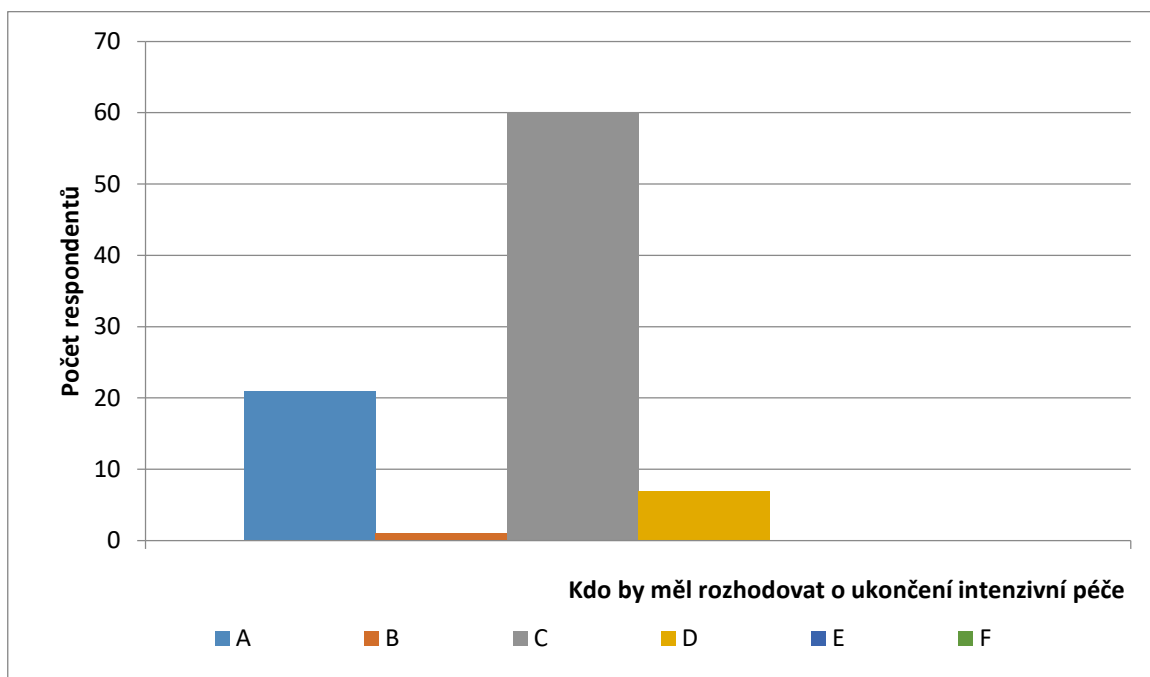
Na následující otázky opět odpovídali všichni respondenti.

Dotazníková otázka č. 14 - Kdo by měl, dle Vašeho názoru, rozhodovat o ukončení intenzivní péče a přechodu na paliativní péči u pacienta, který o tom nemůže rozhodnout sám?

Mezi nabízené odpovědi na tuto otázku patřilo:

- a) Lékaři
- b) Rodina
- c) Celý tým, který se o pacienta stará, včetně rodiny
- d) Pouze zdravotníci, bez rodiny
- e) Nikdo, ukončování intenzivní péče nepovažuji za správné
- f) Jiné (prosím vypište)

Na tuto otázku odpovídalo všech 89 respondentů a mohli označit pouze jednu možnost. Grafické znázornění jejich odpovědí je na obrázku č. 13.



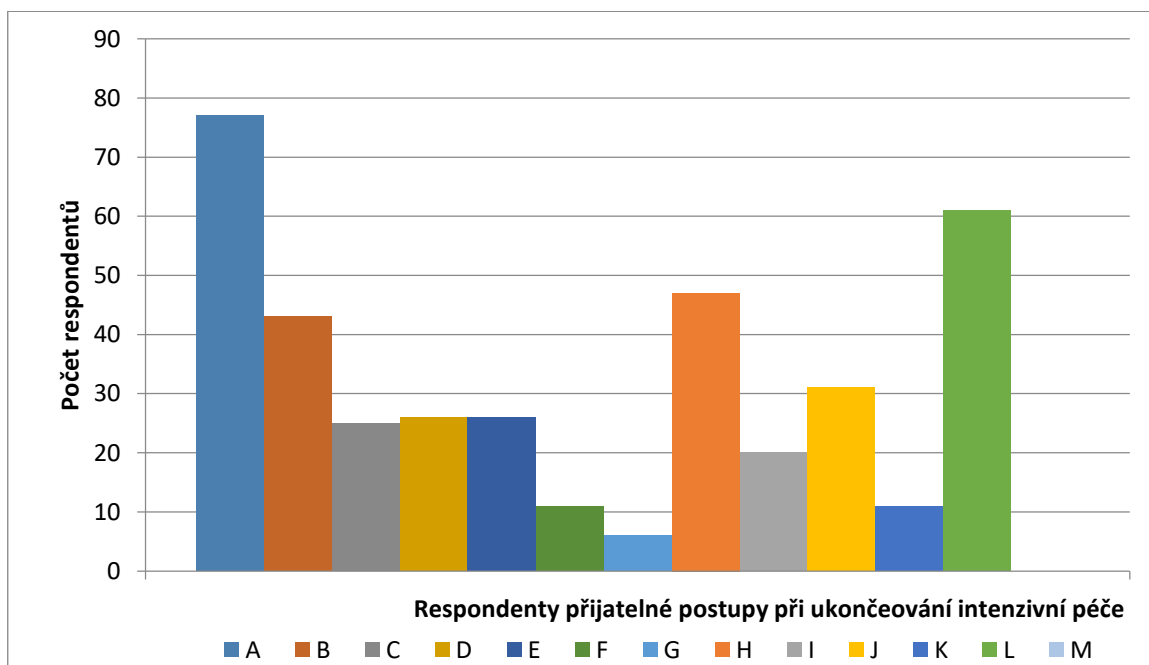
Obrázek 13 znázorňující názor respondentů o rozhodování o ukončení intenzivní péče a přechodu na paliativní péči

Podle 23,6% (21) respondentů by měl rozhodovat lékař. 1,1% (1) respondent uvedl, že by o tom měla rozhodovat rodina. Celý tým, který se o pacienta stará, včetně rodiny, byla nejčastěji volená odpověď. Volilo jí 67,4 % (60) respondentů z 89. 7,9 % (7) respondentů označilo možnost, že rozhodovat by měli pouze zdravotníci, bez rodiny. Poslední dvě odpovědi (zahrnující možnost jiné a tvrzení, že by rozhodovat neměl nikdo, neboť ukončování péče nepovažují za správné) nevolil žádný z dotazovaných.

Dotazníková otázka č. 15 - Které z uvedených postupů jsou pro Vás v rámci ukončování intenzivní péče přijatelné?

- Nerozšiřování stávající léčby
- Vysazení léků na podporu oběhu
- Vysazení antihypertenziv
- Vysazení veškeré chronické medikace
- Postupné snižování ventilační podpory
- Odejmutí ventilační podpory - odpojení od ventilátoru
- Odejmutí ventilační podpory - odpojení od ventilátoru s následnou dekanylací
- Nezahájení dialyzační léčby
- Vysazení enterální výživy
- Vysazení parenterální výživy
- Vysazení infuzní terapie
- Nasazení paliativní sedace
- Žádný z uvedených postupů přijatelný není, v intenzivní péči by mělo být vždy pokračováno

V této dotazníkové otázce bylo možné zvolit více odpovědí, a tak celkový počet odpovědí je 384. Četnost výběru jednotlivých odpovědí je přehledně zobrazena v grafu na obrázku č.14.



Obrázek 14 znázorňující postupy jsou pro respondenty přijatelné v rámci ukončení intenzivní péče.

První nabízená odpověď a také nejčastěji volená byla nerozšiřování stávající léčby a byla označena 77 respondenty. Celkem 43 dotazovaných zvolilo možnost zahrnující vysazení léků na podporu oběhu a vysazení antihypertenziv zvolilo 25 respondentů. Vysazení veškeré

chronické medikace a postupné snižování ventilační podpory, tyto odpovědi byly shodně označeny 26 respondenty. 11 respondentů zvolilo odejmutí ventilační podpory odpojením od ventilátoru a 6 odejmutí ventilační podpory odpojením od ventilátoru s následnou dekanylací. 47 respondentů označilo nezahájení dialyzační léčby. Vysazení enterální výživy vybralo 20 respondentů a 31 respondentů zvolilo, že je pro ně přípustné vysadit parenterální výživu. Vysazení infuzní terapie je v rámci ukončování intenzivní péče přijatelné pro 11 respondentů. Pro 61 respondentů je přijatelné zahájení paliativní sedace. Poslední odpověď, že žádný z uvedených postupů přijatelný není a v intenzivní péči by mělo být vždy pokračováno, neoznačil nikdo z dotazovaných

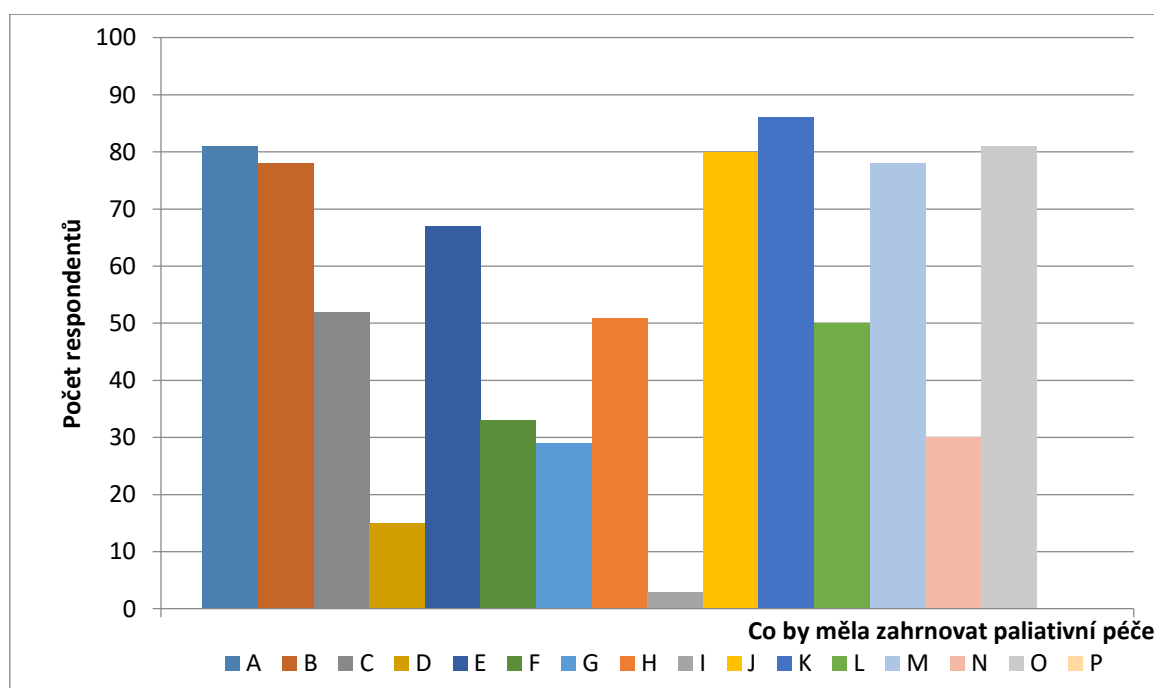
Dotazníková otázka č. 16 - Co si představujete pod pojmem paliativní sedace?

Tato otázka byla zařazena pro ověření, co si vlastně respondenti pod tímto pojmem představují, neboť se paliativní sedace objevuje v nabízených odpovědích. Naprostá většina odpovědí 69 zahrnovala dostatečný komfort, snížení bolesti a utrpení, dostatečnou sedaci, zklidnění a analgezii, někteří uvedli morphine 9, umělý spánek 5, důstojné umírání či důstojný odchod 3. Objevovaly se však též odpovědi jako udržení potřeb 1 a nevím 1. Jedna odpověď též zahrnovala symptomatologickou léčbu. Podstatné je zjištění, že mezi 61 respondenty, kteří v předchozí otázce uvedli paliativní sedaci jako pro ně přijatelnou, není nikdo z těch, kteří nevěděli, co paliativní sedace je.

Dotazníková otázka č. 17 - Co by podle Vás měla zahrnovat paliativní péče v prostředí intenzivní péče?

Počet respondentů, kteří odpovídali na tuto otázku byl 89, jelikož však mohli označit více odpovědí, vyšplhal se celkový počet odpovědí na 814. Odpovědi byly vybírány z těchto možností:

- Podávání analgetik
- Podávání sedativ
- Podávání tekutin per os (je-li to možné)
- Podávání tekutin subkutánně, není-li možný perorální příjem
- Podávání tekutin intravenózně, není-li možný perorální příjem
- Podávání enterální výživy
- Podávání parenterální výživy
- Podávání oxygenoterapie
- Podávání transfuzí
- Polohování
- Pravidelnou hygienickou péči, včetně péče o oči a dutinu ústní
- Celkovou koupel minimálně 2x týdně
- Péči o rány a vstupy
- Bazální stimulaci
- Doprovázení rodiny a blízkých pacienta/pacientky
- Jiné (prosím vypište)

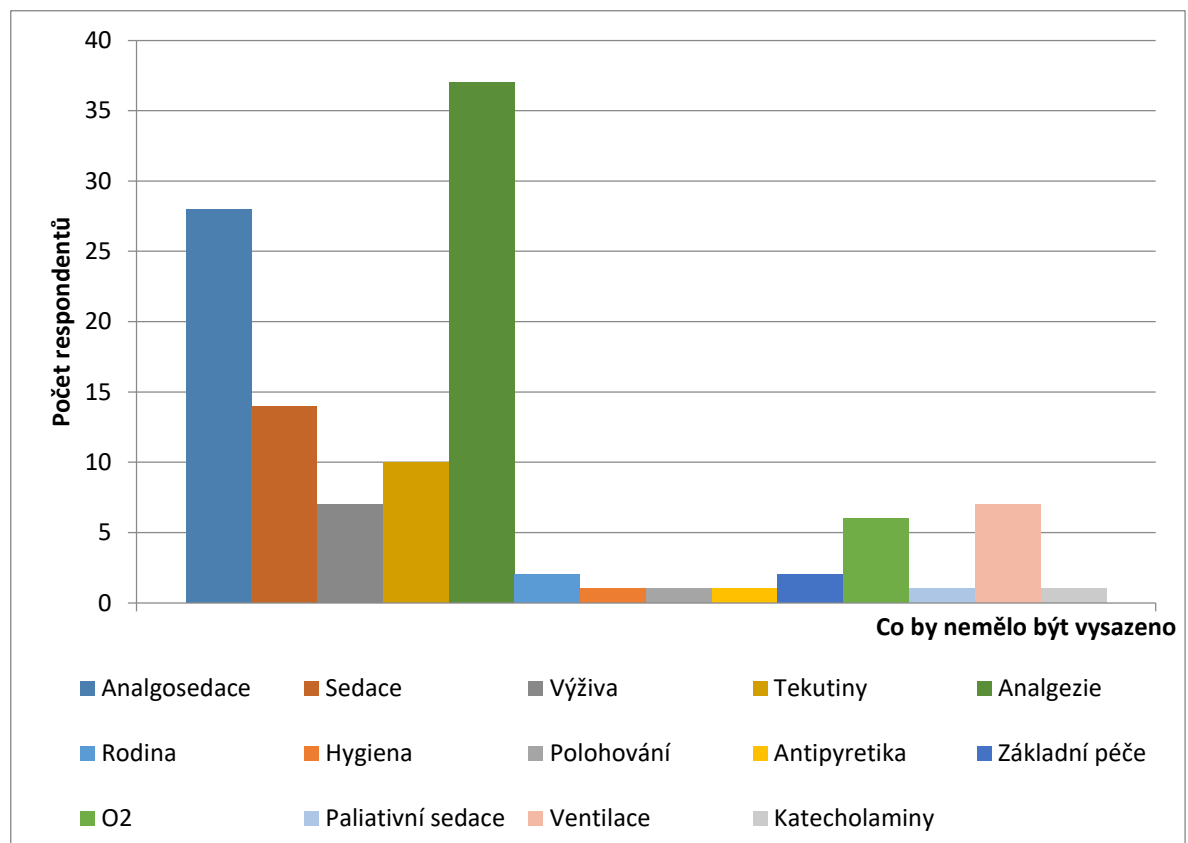


Obrázek 15 znázorňující co by měla zahrnovat paliativní péče.

Jak můžeme vidět v grafu na obrázku č. 15, většina respondentů (81 z 89) uvedla, že by paliativní péče měla zahrnovat podání analgetik a 78 jich uvedlo podávání sedativ. Podávání tekutin per os (je-li to možné), vybralo 52 respondentů. O poznání méně respondentů označilo možnost podávání tekutin subkutánně, není-li možný perorální příjem, bylo jich celkem 15. Podávání tekutin intravenózně, není-li možný perorální příjem, vybralo 67 respondentů. Podávání enterální výživy vybralo 33 respondentů a podávání parenterální výživy vybralo 29 respondentů. 51 respondentů označilo možnost obsahující podávání oxygenoterapie. Podání transfuzí označili 3 respondenti. Polohování zvolilo 80 dotazovaných, pravidelnou hygienickou péči, včetně péče o oči a dutinu ústní, tu zvolilo 86 respondentů. 50 respondentů označilo možnost zahrnující koupel minimálně 2x týdně a péči o rány a vstupy vybralo 78 respondentů. Bazální stimulaci zvolilo 30 respondentů. Velké množství respondentů (celkem 81) zvolilo doprovázení rodiny a blízkých pacienta/pacientky. Možnost jiné nezvolil žádný dotazovaný.

Dotazníková otázka č. 18 - Co by podle Vás nemělo být nikdy vysazeno?

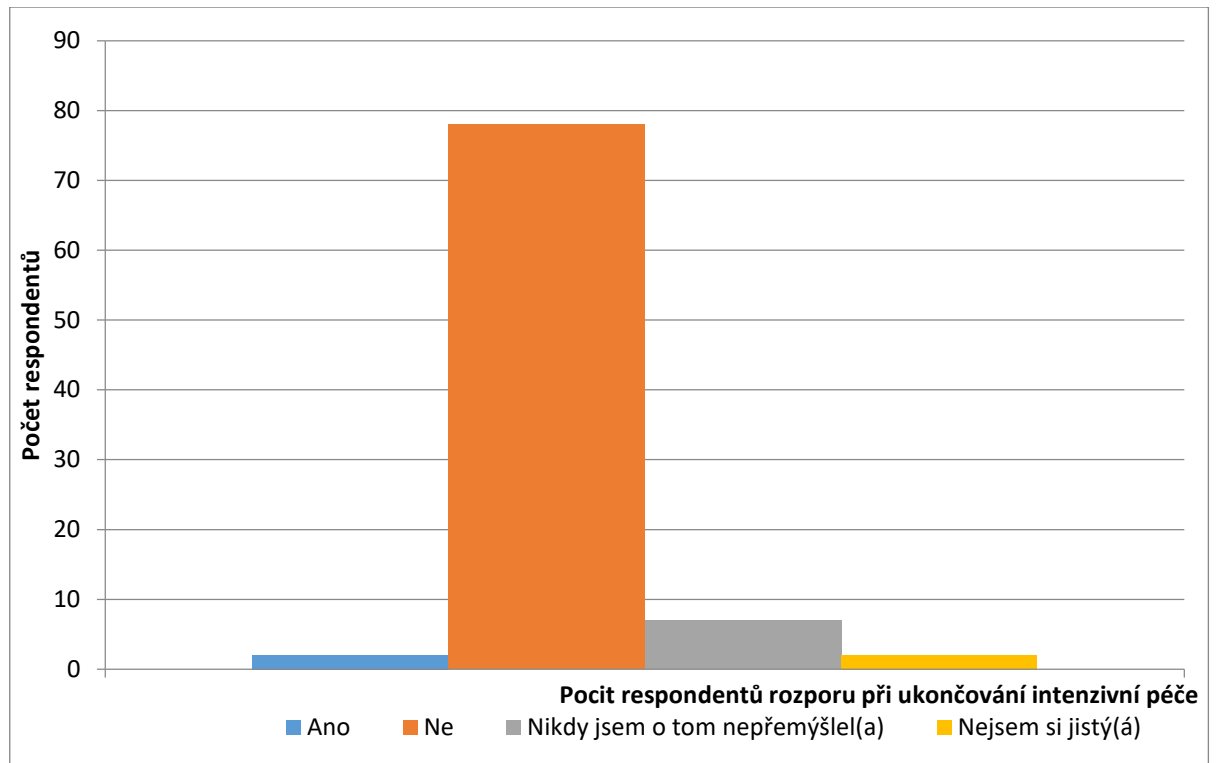
Respondenti byli v této otázce požádáni, aby vypsali, co si myslí. Někteří respondenti vypsali více věcí, a tak počet odpovědí je dohromady 118. Jak vidíme v grafu na obrázku č. 16, často byla zmiňovaná analgosedace, uvedlo to 28 respondentů. Ještě častěji respondenti samotnou analgezií (celkem 37 odpovědí). Sedace byla také zmíněná samostatně a to ve 14 případech. Výživu vypsalo 7 respondentů a tekutiny v 10 případech, přičemž jednou byla uvedena infuze. Ventilace pacienta též v 7 případech. Oxygenoterapii napsalo 6 respondentů. Tři respondenti zvolili možnost opiáty, což by se podle mého názoru dalo zahrnout do analgezie. 2 respondenti zmínili přítomnost rodiny a 2 uvedli základní péči. Dále byla jednou uvedena hygienická péče, polohování, antipyretika, paliativní sedace a katecholaminy.



Obrázek 16 znázorňující co by nemělo být vysazeno.

Dotazníková otázka č. 19 - Je ukončování intenzivní péče v rozporu s Vaším přesvědčením, filosofickým či náboženským?

U této otázky bylo možné volit pouze jednu odpověď, a tak je výsledný počet odpovědí 89. Rozložení odpovědí je graficky znázorněno na obrázku č. 17.

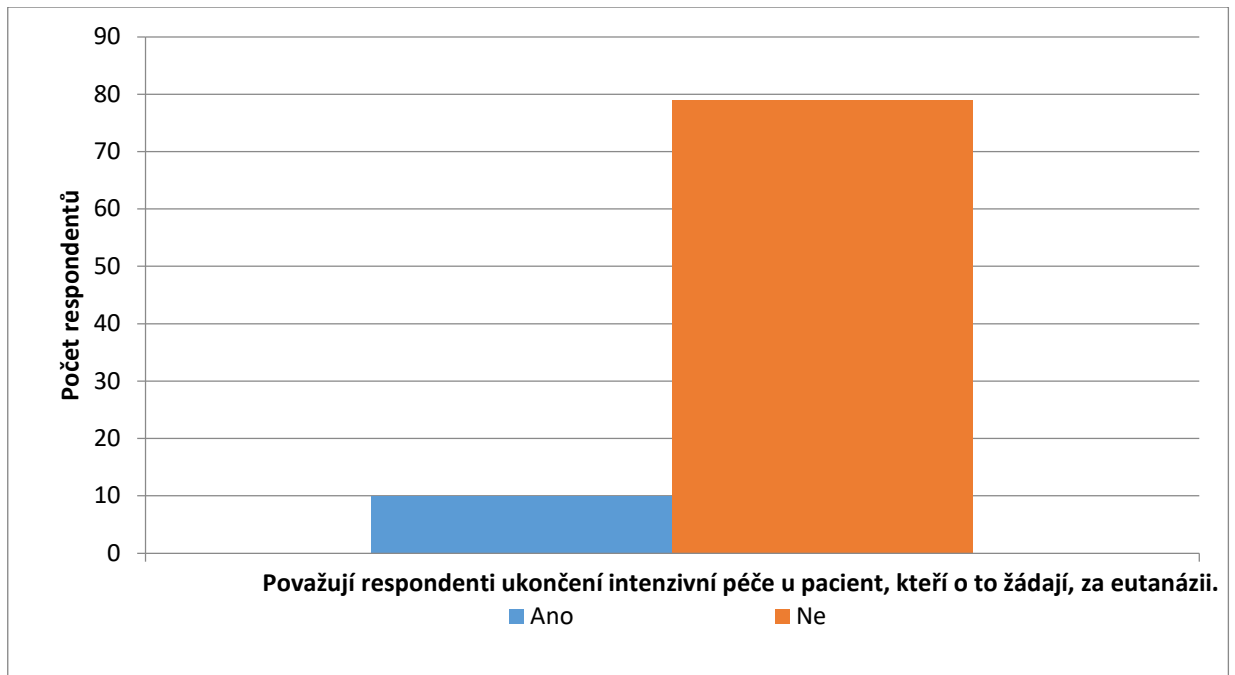


Obrázek 17 znázorňuje zda respondenti cítí rozpor ve svém přesvědčení při ukončování intenzivní péče.

2,2 % (2) z 89 respondentů uvedlo, že ukončování intenzivní péče je v rozporu s jejich přesvědčením, nemyslí si to však 87,7 % (78) respondentů, 7,9 % (7) respondentů o tom nikdy nepřemýšlelo a 2,2 % (2) respondenti si nejsou jistí.

Dotazníková otázka č. 20 - Považujete ukončování intenzivní péče a přechod na péči paliativní u pacientů, kteří o to žádají, za eutanázii?

U této otázky bylo možné označit pouze jednu odpověď, ze dvou nabízených, a tak je počet odpovědí 89. Jejich rozložení je patrné z grafu na obrázku č. 18.

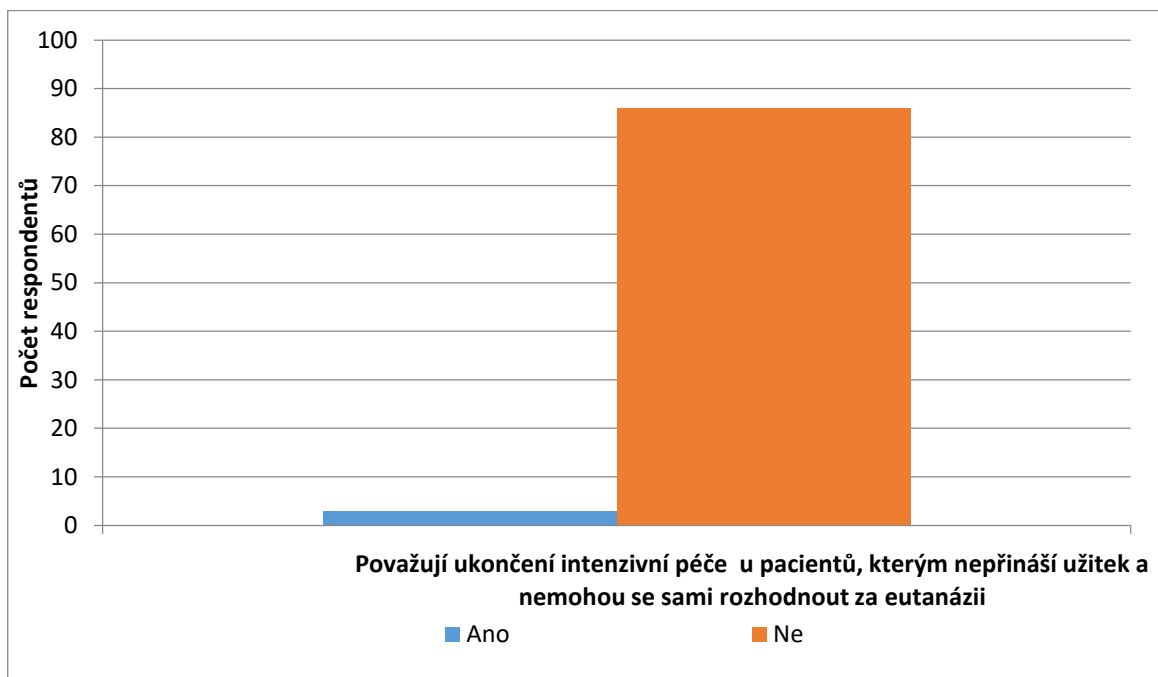


Obrázek 18 znázorňující zda respondenti považují ukončování intenzivní péče u pacientů, kteří o to žádají, za eutanázii.

11,2 % (10) respondentů zvolilo, že ukončování intenzivní péče a přechod na paliativní péči u pacientů, kteří o to žádají, považují za eutanázii. Většina respondentů, tedy 88,6 % (79), uvedla, že to za eutanázii nepovažují.

Dotazníková otázka č. 21 - Považujete ukončování intenzivní péče a přechod na péči paliativní u pacientů, kterým intenzivní péče nepřináší užitek a kteří se nemohou sami rozhodnout z důvodu poruchy vědomí, za eutanázii?

Také u této otázky bylo možné označit pouze jednu odpověď, ze dvou nabízených, a tak je počet odpovědí 89. Jejich rozložení je patrné z grafu na obrázku č. 19.



Obrázek 19 znázorňující zda respondenti považují ukončení intenzivní péče u pacientů, kterým intenzivní péče nepřináší užitek a nemohou o tom rozhodnout, za eutanázii.

Pouze 3,4 % (3) dotazovaní považují ukončování intenzivní péče a přechod na paliativní péči u pacientů, kterým intenzivní péče nepřináší užitek a kteří se nemohou sami rozhodnout z důvodu poruchy vědomí, za eutanázii. Drtivá většina respondentů, tedy 96,6 % (86) nepovažuje ukončování intenzivní péče a přechod na paliativní péči u pacientů, kterým intenzivní péče nepřináší užitek a kteří se nemohou sami rozhodnout z důvodu poruchy vědomí, za eutanázii.

DISKUSE

1. Dochází na vybraných pracovištích ke změně léčby intenzivní a léčbu paliativní a v jakých případech se tak případně děje?

Každému pacientovi musí být poskytnuta péče, která je adekvátní k jeho zdravotnímu stavu a současně je v souladu s nejnovějšími poznatky. Ne vždy to znamená, že je pro pacienta nejlepší péče intenzivní. Pokud došlo k orgánovému selhání, které nereaguje na terapii a není žádná možnost obnovy orgánových funkcí, je potřeba poskytnout takovou péči, která odstraní bolest, strádání, dyskomfort a zachová důstojnost pacienta. O'Connor (2005) uvádí, že až 90 % pacientů, kteří umřou na oddělení intenzivní péče, zemřou především kvůli rozhodnutí o ukončení nebo o neposkytnutí život prodlužující léčby. V žádném případě nemůžeme uvažovat nad tím, že cíl nenasazení nebo vysazení některého léčebného postupu, pokud není tento postup indikován, má za úkol urychlit umírání nebo způsobit smrt. (SLÁMA 2011 s. 280; O'CONNOR 2005 s.266; PAŘÍZKOVÁ, 2011).

Bylo zjištěno, že na všech sledovaných odděleních, vyjma dvou, dochází k ukončování intenzivní péče a zahajování péče paliativní. Dvě výjimky tvoří CHIR JIP oblastní nemocnice a INT JIP z krajské nemocnice. Respondenti z CHIR JIP oblastní nemocnice se shodují, že se u nich intenzivní péče neukončuje a respondenti z INT JIP krajské nemocnice jednomyslně uvádějí, že nevědí, zda se u nich intenzivní péče ukončuje. Zajímavá situace vyvstala na INT JIP oblastní nemocnice a ARO krajské nemocnice, kde část respondentů odpovídala, že se u nich intenzivní péče ukončuje a část vypovídala, že neukončuje. Může to být z důvodu, že respondenti pracují na oddělení intenzivní péče pouze krátkou dobu (v dotazníku byla zjišťována pouze celková délka praxe v intenzivní péči). Taky je možné, že se s tím jednoduše nesešli nebo je možné, že se zde intenzivní péče neukončuje a na péči paliativní se nepřechází a respondenti si pouze nebyli jistí, a tak napsali raději, že nevědí.

Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010 uvádí, že je možné ukončit intenzivní péči u pacientů v konečné fázi jejich léčbou neovlivnitelného onemocnění, což také odpovídalo nejvíce respondentů, že jsou případy, kdy k ukončování intenzivní péče dochází. Intenzivní péče může být dále ukončena na přání pacienta, což uvedlo 5 respondentů. K ukončování intenzivní péče by však nemělo dle zmíněných doporučení docházet na přání rodiny, což však uvedli 4 respondenti. Dlouhodobé bezvědomí a vysoký věk nelze počítat za konečnou fázi léčbou neovlivnitelného onemocnění, přesto i tyto možnosti respondenti uváděli.

2. Kdo rozhoduje o ukončování intenzivní péče a přechodu na paliativní péči u pacientů, kteří o tom nemohou sami rozhodnout?

Konsenzuální stanovisko (ČERNÝ, 2009) uvádí, že „*podnět k zahájení paliativní péče může dát kdokoliv z ošetřujícího zdravotnického týmu, z rodiny či okruhu tzv. blízkých pacienta*“, a že „*kdykoliv je to možné, pacientovo přání a názor rodiny či blízkých musí být zahrnuty do rozhodování o zahájení paliativní péče.*“ Oproti tomu Doporučení představenstva ČLK 1/2010 uvádí, že podnět k zahájení může dát kdokoliv ze zdravotníků, rodina ani blízcí již zmiňovány nejsou. Obě doporučení však nepřipouští delegování odpovědnosti za rozhodnutí na rodinu či blízké a obě též doporučují zapojení všech členů (lékaři i nelékařský zdravotnický personál) ošetřujícího zdravotnického týmu, avšak závěrečné rozhodnutí je odpovědností vedoucího lékaře příslušného pracoviště (nebo jím určeného lékaře), případně ošetřujícího lékaře v době mimo běžnou pracovní dobu.

Nejvíce respondentů odpovědělo, že se jedná o domluvu mezi lékaři, přičemž rozhodující slovo má primář a dále pak, že rozhoduje vedoucí lékař, případně přednosta kliniky nebo primář. Možnost ošetřující lékař, vybral pouze 1 respondent a možnost, že se jedná o domluvu mezi lékaři, přičemž ošetřující sestry se ptají na její názor, zvolil také pouze 1 respondent, opět s tím, že rozhodující slovo má primář. Jednalo se o respondenta z oddělení ARO oblastní nemocnice, s délkou praxe v oblasti intenzivní péče 21 let. Odpověď, že se jedná o domluvu mezi lékaři, ale že na názor se ptají staniční sestry, nebo vedoucí sestry směny, nezvolil žádný respondent, ale 4 dotazovaní odpověděli, že se jedná o domluvu všech členů týmu přímo se podílejících na péči o pacienta a 1 respondent odpověděl, že se jedná o rozhodnutí lékařů a sester přímo se podílejících na péči o pacienta. Z odpovědí respondentů můžeme soudit, že zapojení nelékařských zdravotnických pracovníků do rozhodování o změně léčby je na sledovaných pracovištích nízké, dá se říct, že v rozporu s platnými doporučeními.

Dvanáct respondentů uvedlo, že se na rozhodování podílí rodina, ale drtivá většina z nich uváděla, že je rodina pouze informována buď o samotném rozhodovacím procesu, nebo až v případě výsledku směřujícího k ukončení péče. 13 respondentů uvedlo, že je intenzivní péče ukončena i přes vůli rodiny, ale polovina respondentů (34) uvedla, že se s takovou situací, že by rodina vyjádřila nesouhlas, nikdy nesetkala.

Zajímavé je zjištění, že navzdory doporučením bývá intenzivní péče ukončena i v případě, že někdo vznese námitku, souhlasí-li s ukončením většina (odpověď 32 respondentů) a 17

respondentů dokonce uvedlo, že není prostor pro vznesení námítky z řad členů ošetrovatelského týmu, což opět svědčí o nezapojení nelékařů do rozhodovacího procesu.

3. Jakým způsobem probíhá přechod z intenzivní na paliativní péči (co je ukončováno a vysazováno) a jaký je rozsah poskytované paliativní péče?

Dle literatury není u pacientů v terminálním stádiu indikována ani intenzivní či resuscitační léčba, ani léčba chronických onemocnění pacienta, viz kapitola Fáze nevléčitelného onemocnění. Obecně lze říci, že je možné vysadit jakoukoliv zbytečnou a neúčelnou léčbu, ale musí být vždy zajištěn komfort pacienta. Nejvíce respondentů (62 z 68) označilo možnost zahrnující nerozšiřování stávající léčby. Druhou nejčastější odpovědí bylo zahájení paliativní sedace (57 respondentů). Vysazení léků na podporu oběhu označilo 31 dotázaných. Vysazení antihypertenziv byla další možnost a zvolilo ji 14 respondentů. Stejný počet respondentů zvolil možnost zahrnující vysazení veškeré chronické medikace. Nezahájení dialyzační léčby byla další možnost a zvolilo ji 33 respondentů.

Nejvíce diskutováno je ukončování ventilační podpory vzhledem k riziku vzniku somatického dyskomfortu a zajištění výživy a hydratace (DRÁBKOVÁ, 2014; SLOVÁČEK, 2011; SLÁMA, 2011). Postupné snižování ventilační podpory vybralo 21 dotazovaných, zatímco odejmutí ventilační podpory s odpojením od ventilátoru označilo celkem 12 respondentů. Odejmutí ventilační podpory s odpojením od ventilátoru s následnou dekanylací vybralo celkem 5 respondentů. Vysazení oxygenoterapie zvolilo 7 dotazovaných., vysazení enterální výživy vybralo 13 dotazovaných a vysazení parenterální výživy 17 respondentů. Nejméně často volenou možností byla odpověď zahrnující vysazení infuzní terapie a to pouze 4 respondenty.

Na otázku, co do paliativní péče na jejich oddělení nebývá zařazeno, odpověděla většina respondentů, že podávání transfúzí, dále pak bylo uváděno podávání parenterální a enterální výživy a tekutin perorálně (navzdory možnému perorálnímu příjmu) a subkutánně. Nikdo z respondentů mezi neposkytovanou péči nezahrnul pravidelnou hygienickou péči a polohování, avšak 2 respondenti uvedli, že nedoprovázejí rodinu a blízké pacienta.

Do paliativní péče pak bývá zahrnuto vše, co přispívá ke komfortu pacienta a pomáhá eliminovat bolest a jiné nepříjemné symptomy. Dle Drábkové (2015), by se měli anesteziologové v rámci své profese více věnovat léčbě bolesti v rámci paliativní péče, měli

by být pověřeni farmakoterapií a intervenční terapií bolesti. Dále udává, že pacienti mají možnost se vyjádřit, zda si přejí či nepřejí rozšiřování základní analgetické a anxiolytické terapie a zda souhlasí s podáváním účinných dávek opioidů. Podávání analgetik jako důležitou součást paliativní péče uvedla většina respondentů (81 z 89), 78 jich pak uvedlo podávání sedativ. Analgezie byla jmenována také jako nejčastější odpověď na otázku, co by nikdy být vysazeno nemělo. S trochou nadsázky můžeme říct, že by do paliativní péče mohlo patřit i podávání červeného vína, které jak udává Drábková (2016), pozitivně ovlivňuje pocit psychické relaxace, má anxiolytický účinek a navozuje pozitivní emoce, dále je mu přičítána aktivizace vzpomínek a pocit celkového komfortu. Tato možnost však v nabízených odpovědích nebyla a nikdo z respondentů ji ani nedoplnil.

4. Jaké jsou postoje nelékařských zdravotnických pracovníků k ukončování intenzivní péče a poskytování paliativní péče v prostředí intenzivní péče?

Navzdory převládajícímu názoru, že se v případě ukončování intenzivní péče nejedná o eutanázii (MUNZAROVÁ, 2005; SOKOL, 2014; ČLK, 2010; ČERNÝ, 2009), považuje 10 respondentů z 89 za eutanázii ukončení intenzivní péče na žádost pacienta a 3 respondenti pak považují za eutanázii ukončení intenzivní péče u pacientů, kterým nepřináší užitek a nemohou se sami rozhodnout z důvodu poruchy vědomí. 78 respondentů z 89 uvedlo, že ukončování intenzivní péče není v rozporu s jejich přesvědčením, a 7 jich uvedlo pravý opak. 2 respondenti uvedli, že si nejsou jistí a 2 uvedli, že o tom nepřemýšleli.

ZÁVĚR

Z výzkumu jasně vyplynulo, že se na většině sledovaných pracovištích intenzivní péče ukončuje a přechází se na péči paliativní. Pouze dvě sledovaná oddělení intenzivní péči neukončují. Podle doporučení představenstva ČLK 1/2010 může dát podnět k ukončení intenzivní péče kdokoli ze zdravotníků. I přesto nejvíce respondentů uvedlo, že se jedná pouze o domluvu mezi lékaři. Jen zlomek respondentů uvedl, že se jedná o domluvu všech členů ošetrovatelského týmu, kteří se na péči o pacienta podílí. Na vybraných oddělení byla respondenty často označena odpověď, že i přes námitku člena zdravotnického týmu, je intenzivní péče ukončena, pokud souhlasí většina. Z tohoto je možné soudit, že se většina oddělení tímto doporučením ČLK neřídí.

Při ukončování intenzivní péče a přechodu na paliativní péči se nejčastěji dle respondentů užívá nerozšířená stávající léčba. Velice často se užívá zahájení paliativní sedace. Naopak nejčastěji nebývá zahrnutá do paliativní péče transfúze. Podle respondentů je podávání analgetik velice důležitou součástí paliativní péče a zároveň si většina respondentů myslí, že by se nikdy neměla vysazovat.

I když dle literatury není v indikovaných případech přechod z intenzivní péče na péči paliativní považován za eutanázii, celkem 13 respondentů si myslí, že o eutanázii jde. Deset respondentů považuje ukončení intenzivní péče na žádost pacienta za eutanázii a tři respondenti považují za eutanázii ukončení intenzivní péče u pacientů, kterým nepřináší užitek a nemohou se sami rozhodnout z důvodu poruchy vědomí. Sedm respondentů cítí rozpor ve svém přesvědčení při ukončení intenzivní péče.

..

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BRUERA, Eduardo. Paliativní sedace: kdy a jak? [online]. 2012 [cit. 2017-04-09]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/27872-paliativni-sedace-kdy-a-jak-editorial>

BUŽGOVÁ Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5402-4

ČERNÝ, Vladimír (ed.). *Konsenzuální stanovisko k poskytování paliativní péče u nemocných s nezvratným orgánovým selháním České společnosti anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny ČLS JEP a České společnosti intenzivní medicíny ČLS JEP č. 1/2009* [online]. 2009 [cit. 2017-04-09]. Dostupné z: https://www.urgmed.cz/postupy/cizi/2009_paliativni.pdf

ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA (ČLK). *Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010* [online]. 2010 [cit. 2017-04-09]. Dostupné z: <http://www.lkcr.cz/doporučení-představenstev-clk-227.html>

ČEŠKA, Richard. *Intenzivní péče - indikace k hospitalizaci*. [online]. 2007 [cit. 2017-04-09]. Dostupné z:

http://www.medicabaze.cz/index.php?sec=term_detail&categId=33&what=full&termId=3467&tname=Intenzivn%C3%AD+p%C3%A9%C4%8De+-+indikace+k+hospitalizaci&h=empty#jump

DRÁBKOVÁ, Jarmila. Anesteziologové by se měli více věnovat léčbě bolesti v paliativní péči. *Anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicína - referátový výběr* [online]. 2015, 62(1) [cit. 2017-04-09]. Dostupné z:

<http://kramerius.medvik.cz/search/pdf/web/viewer.html?pid=uuid:879a1ae0-5331-4dd6-bfd1-756987da95eb>

DRÁBKOVÁ, Jarmila. Etická i medicínská doporučení pro intenzivní paliativní péči. Doporučení – ABCD „zlatá pravidla“ intenzivní paliativní péče. *Anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicína - referátový výběr* [online]. 2014, 61(3) [cit. 2017-04-09]. Dostupné z: <http://kramerius.medvik.cz/search/pdf/web/viewer.html?pid=uuid:afe9d0c1-3a8d-4e0c-9235-081488b154cb>

DRÁBKOVÁ, Jarmila. Lékařem asistovaná sebevražda a eutanázie v intenzivní péči - stále téma zcela zásadních diskuzí. *Anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicína - referátový*

výběr [online]. 2017, 64(1) [cit. 2017-04-09]. Dostupné z: https://nlk.cz/wp-content/uploads/2016/10/AR_2017_1.pdf

DRÁBKOVÁ, Jarmila. Patřilo by červené víno do paliativní péče? *Anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicína - referátový výběr* [online]. 2016, 63(1) [cit. 2017-04-09]. Dostupné z: https://nlk.cz/wp-content/uploads/2016/10/AR_2016_1.pdf

KLINGOHR, Jakub. Kolik stojí umírání. *Dělníci smrti*. [online]. 2015 [cit. 2017-04-09]. Dostupné z: <https://www.stream.cz/delnici-smrti/10008133-kolik-stoji-umirani.cz>

KÖNIGOVÁ, Radana. *Příkaz* [online]. 2014 [cit. 2017-04-09]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/prikaz-137214>

MUNZAROVÁ, Marta. *Eutanázie, nebo paliativní péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, ISBN 80-247-1025-0

O'CONNOR, Margaret. *Paliativní péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, ISBN 80-247-1295-4

PAŘÍZKOVÁ, Renata. Paliativní léčba v intenzivní medicíně. *Interv Akut Kardiol* [online]. 2011, 10(Suppl.B):15–17 [cit. 2017-04-09]. Dostupné z: <http://www.iakardiologie.cz/pdfs/kar/2011/89/05.pdf>

PTÁČEK Radek, BARTŮNĚK Petr a kol. *Etické problémy medicíny na prahu 21.století*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5471-0

SLÁMA, Ondřej. *Paliativní medicína pro praxi*. 2. vyd. Praha: Galén, 2011, ISBN 978-80-7262-849-0

SOKOL, Jan. *Eutanázie z širšího lidského hlediska* [online]. 2014 [cit. 2017-04-09]. Dostupné z: <http://www.jansokol.cz/2014/03/eutanazie-z-sirsiho-lidskeho-hlediska/>

ŠEVČÍK Pavel a kol. *Intenzivní medicína*. 3. vyd. Praha: Galén, 2014. ISBN 9788074920660

ÚSTAV LÉKAŘSKÉ ETIKY A HUMANITNÍCH ZÁKLADŮ MEDICÍNY 2. LF UK. Čtvero základních principů lékařské etiky. *Etika* [online]. 31. 7. 2014 [cit. 2017-04-09]. Dostupné z: <https://www.lf2.cuni.cz/ustav-lekarske-etiky-a-humanitnich-zakladu-mediciny-2-lf-uk/etika#8>

Vácha, Marek Orko, Radana KÖNIGOVÁ a Miloš MAUER. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-7367-780-0

VORLÍČEK, Jiří. *Paliativní medicína*. 1.vyd. Praha: Grada, 1998, ISBN 80-7169-437-1

Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

SEZ NAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA A - Dotazník.....	63
---------------------------	----

Příloha A

Dobrý den,

jmenuji se Jitka Vondráčková a jsem studentkou 3. ročníku oboru Zdravotnický záchranář na Univerzitě v Pardubicích. Chtěla bych Vás poprosit o vyplnění tohoto anonymního dotazníku pro mojí bakalářskou práci. U otázek v dotazníku vyberte pouze jednu odpověď, není-li uvedeno jinak. U otevřených otázek doplňte odpověď vlastními slovy. Děkuji za Váš čas.

1) Uved'te Vaše pohlaví, prosím:

- a) muž
- b) žena

2) Uved'te Váš věk, prosím

3) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Střední škola
- b) Vyšší odborná škola
- c) Vysoká škola - Bc.
- d) Vysoká škola - Mgr.

4) Jak dlouho pracujete na oddělení intenzivní péče? (vypište prosím)

.....

5) Máte specializaci?

- a) Ano (doplňte jakou, prosím).....
- b) Ne

6) Dochází na Vašem oddělení k ukončování intenzivní péče a přechodu na péči paliativní?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

Pokud na Vašem oddělení k ukončování intenzivní péče a přechodu na paliativní péči **nedochází, nebo nevíte o tom, že by k tomu docházelo**, odpovědíte až na otázku č. 14

7) Pokud na Vašem oddělení ukončujete intenzivní péči a přecházíte na paliativní péči, v jakých případech se tak děje? (Můžete označit více odpovědí.)

- j) Pacient si přeje ukončit intenzivní péči
- k) Rodina pacienta si přeje ukončit intenzivní péči
- l) U pacientů v terminálním stádiu onkologických onemocnění
- m) U pacientů v terminálním stádiu neonkologických onemocnění (CHOPN apod.)
- n) U pacientů s nezvratným orgánovým selháním nereagujícím na léčbu
- o) U pacientů s těžkým ireverzibilním poškozením mozku (např. hypoxické poškození mozku u pacientů po KPR)
- p) U pacientů v dlouhodobém bezvědomí
- q) U pacientů ve vysokém věku
- r) Jiné (prosím vypište)

8) Pokud na Vašem oddělení ukončujete intenzivní péči u pacientů, kteří o tom nemohou sami rozhodnout, kdo o tom v běžném provozu Vašeho oddělení (tj. mimo víkendů a svátků) rozhoduje?

(vyberte nejpravdivější tvrzení či možnost jiné a doplňte kdo má rozhodující slovo, prosím)

- k) Přednosta kliniky/Primář
- l) Vedoucí lékař oddělení
- m) Ošetřující lékař
- n) Jedná se o domluvu mezi lékaři, rozhodující slovo má (prosím vypište).....
- o) Jedná se o domluvu mezi lékaři, ošetřující sestry se ptají na její názor, rozhodující slovo má (prosím vypište)
- p) Jedná se o domluvu mezi lékaři, na názor se ptají staniční sestry/vedoucí sestry směny, rozhodující slovo má (prosím vypište)
- q) Jedná se o domluvu všech členů týmu přímo se podílejících na péči o pacienta (tj. lékařů, sester, ošetřovatelů/ošetřovatelek, fyzioterapeutů, ...)
- r) Jedná se o rozhodnutí lékařů a sester přímo se podílejících na péči o pacienta
- s) Jedná se o rozhodnutí všech lékařů a sester ve směně
- t) Jiné (prosím vypište):

9) Pokud na Vašem oddělení provádíte ukončování intenzivní péče a přechod na paliativní péči, jakou roli v tom hraje rodina?

- e) Rodina je lékařem informována o proběhlém rozhodovacím procesu a jeho výsledku
- f) Rodina je lékařem informována pouze v případě, že se přechází na paliativní péči
- g) Rodina se spolupodílí na rozhodování
- h) Jiné (prosím vypište).....

10) Pokud se na Vašem oddělení ukončuje intenzivní péče a přechází se na péči paliativní, co se děje v případě, že s tím rodina nesouhlasí?

- e) Intenzivní péče je ukončena i přes vůli rodiny
- f) Přání rodiny je respektováno
- g) Ještě jsem se s takovou situací nesetkal/a
- h) Jiné:

11) Pokud se na Vašem oddělení ukončuje intenzivní péče a přechází se na péči paliativní, co se děje v případě, že s tím nesouhlasí někdo z ošetřovatelského týmu?

- e) Intenzivní péče je ukončena i v případě, že někdo vznese námitku, souhlasí-li většina
- f) Intenzivní péče je ukončena pouze v případě, že nikdo nevznese námitku
- g) Pro vznesení námitky členy ošetřovatelského týmu není prostor
- h) Jiné:

12) Které z uvedených postupů jsou na Vašem oddělení při ukončování intenzivní péče uplatňovány?(Můžete označit více odpovědí.)

- o) Nerozšiřování stávající léčby
- p) Vysazení léků na podporu oběhu
- q) Vysazení antihypertenziv
- r) Vysazení veškeré chronické medikace
- s) Postupné snižování ventilační podpory
- t) Odejmutí ventilační podpory - odpojení od ventilátoru
- u) Odejmutí ventilační podpory - odpojení od ventilátoru s následnou dekanylací
- v) Vysazení oxygenoterapie
- w) Nezahájení dialyzační léčby
- x) Vysazení enterální výživy
- y) Vysazení parenterální výživy
- z) Vysazení infuzní terapie
- aa) Nasazení paliativní sedace
- bb) jiné (vypište prosím)

13) Provádíte-li paliativní péči na Vašem oddělení, co do ní něbývá zahrnuto?

(Můžete označit více odpovědí.)

- p) Podávání analgetik
- q) Podávání sedativ
- r) Podávání tekutin per os (je-li to možné)
- s) Podávání tekutin subkutánně, není-li možný perorální příjem

- t) Podávání tekutin intravenózně, není-li možný perorální příjem
- u) Podávání enterální výživy
- v) Podávání parenterální výživy
- w) Podávání oxygenoterapie
- x) Podávání transfuzí
- y) Polohování
- z) Pravidelná hygienická péče, včetně péče o oči a dutinu ústní
- aa) Celková koupel minimálně 2x týdně
- bb) Péče o rány a vstupy
- cc) Bazální stimulace
- dd) Doprovázení rodiny a blízkých pacienta/pacientky

14) Kdo by měl, dle Vašeho názoru, rozhodovat o ukončení intenzivní péče a přechodu na paliativní péči u pacienta, který o tom nemůže rozhodnout sám?

- g) Lékaři
- h) Rodina
- i) Celý tým, který se o pacienta stará, včetně rodiny
- j) Pouze zdravotníci, bez rodiny
- k) Nikdo, ukončování intenzivní péče nepovažuji za správné
- l) Jiné (prosím vypište).....

15) Které z uvedených postupů jsou pro Vás v rámci ukončování intenzivní péče přijatelné?

(Můžete označit více odpovědí.)

- n) Nerozšiřování stávající léčby
- o) Vysazení léků na podporu oběhu
- p) Vysazení antihypertenziv
- q) Vysazení veškeré chronické medikace
- r) Postupné snižování ventilační podpory
- s) Odejmutí ventilační podpory - odpojení od ventilátoru
- t) Odejmutí ventilační podpory - odpojení od ventilátoru s následnou dekanylací
- u) Nezahájení dialyzační léčby
- v) Vysazení enterální výživy
- w) Vysazení parenterální výživy
- x) Vysazení infuzní terapie
- y) Nasazení paliativní sedace
- z) Žádný z uvedených postupů přijatelný není, v intenzivní péči by mělo být vždy pokračováno

Komentář:

16) Co si představujete pod pojmem paliativní sedace?

.....
.....

17) Co by podle Vás měla zahrnovat paliativní péče v prostředí intenzivní péče?

(Můžete označit více odpovědí.)

- q) Podávání analgetik
- r) Podávání sedativ
- s) Podávání tekutin per os (je-li to možné)
- t) Podávání tekutin subkutánně, není-li možný perorální příjem
- u) Podávání tekutin intravenózně, není-li možný perorální příjem
- v) Podávání enterální výživy
- w) Podávání parenterální výživy
- x) Podávání oxygenoterapie
- y) Podávání transfuzí
- z) Polohování
- aa) Pravidelnou hygienickou péči, včetně péče o oči a dutinu ústní
- bb) Celkovou koupel minimálně 2x týdně
- cc) Péči o rány a vstupy
- dd) Bazální stimulaci
- ee) Doprovázení rodiny a blízkých pacienta/pacientky
- ff) Jiné (prosím vypište).....

18) Co by podle Vás nemělo být nikdy vysazeno?

.....
.....

19) Je ukončování intenzivní péče v rozporu s Vaším přesvědčením, filosofickým či náboženským?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nikdy jsem o tom nepřemýšlel(a)
- d) Nejsem si jistý(á)

20) Považujete ukončování intenzivní péče a přechod na péči paliativní u pacientů, kteří o to žádají, za eutanázii?

- a) Ano
- b) Ne

Komentář:

21) Považujete ukončování intenzivní péče a přechod na péči paliativní u pacientů, kterým intenzivní péče nepřináší užitek a kteří se nemohu sami rozhodnout z důvodu poruchy vědomí, za eutanázii?

- a) Ano
- b) Ne

Komentář: