



ČESKÉ VYSOKÉ UČENÍ TECHNICKÉ V PRAZE
FAKULTA BIOMEDICÍNSKÉHO INŽENÝRSTVÍ
Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva

Možnosti paliativní péče u pacientů ve zdravotnických zařízeních

Possibilities of Palliative Care for Patients in Medical Institutions

Bakalářská práce

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Zdravotnický záchranář

Autor bakalářské práce: Hana Šmeráková

Vedoucí bakalářské práce: MUDr. Tomáš Heřman

Kladno 2022

I. OSOBNÍ A STUDIJNÍ ÚDAJE

Příjmení: **Šmeráková** Jméno: **Hana** Osobní číslo: **491583**
Fakulta: **Fakulta biomedicínského inženýrství**
Garantující katedra: **Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva**
Studijní program: **Specializace ve zdravotnictví**
Studijní obor: **Zdravotnický záchranář**

II. ÚDAJE K BAKALÁŘSKÉ PRÁCI

Název bakalářské práce:

Možnosti paliativní péče u pacientů ve zdravotnických zařízeních

Název bakalářské práce anglicky:

Possibilities of Palliative Care for Patients in Medical Institutions

Pokyny pro vypracování:

Předmětem bakalářské práce bude sledování využití paliativních postupů a principů u pacientů v terminálním stádiu nemoci na odděleních intenzivní péče. V teoretické části se bude práce zabývat shrnutím informací o historii umírání a thanatologii, dále pak vzájemnými vztahy a rozdíly základní nemocniční péče a paliativní léčby. V praktické části práce bude student zpracovávat ošetrovatelské a léčebné postupy u těchto pacientů hospitalizovaných v intenzivní péči na dvou typech pracovišť. Jedno, které využívá paliativní tým, a druhé, s nestrukturalizovanou paliativní péčí. Výsledky sledování budou zpracovány ve formě kazuistik, které budou obsahovat informace o onemocnění pacienta, jeho léčbě a možnosti realizace paliativní péče vycházející z jejich principů. Cílem bude porovnat přístup k pacientům v terminálním stádiu nemoci na obou typech pracovišť a navrhnout možnosti zlepšení péče o tyto pacienty.

Seznam doporučené literatury:

- [1] KABELKA, Ladislav, Geriatrická paliativní péče a komunikace o nemoci, ed. 2., Praha: Mladá fronta, 2018, 344 s., ISBN 978-80-204-5049-4
- [2] KALVACH, Zdeněk, Manuál paliativní péče o umírající pacienty - pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě, ed. 1. vyd., Praha: Cesta domů, 2019, 155 s., ISBN 978-80-88126-54-6
- [3] BUŽGOVÁ Radka, Lucie Sikorová a kol., Dětská paliativní péče, ed. 1. vyd., Praha: Grada, 2019, 237 s., ISBN 978-80-271-0584-7
- [4] MALÁSKA, Jan, Jan STAŠEK, Milan KRATOCHVÍL a Václav ZVONIČEK, Intenzivní medicína v praxi, ed. 1., Praha: Maxdorf (Jessenius), 2020, 712 s., ISBN 978-80-7345-675-7

Jméno a příjmení vedoucí(ho) bakalářské práce:

MUDr. Tomáš Heřman

Jméno a příjmení konzultanta(ky) bakalářské práce:

Datum zadání bakalářské práce: **14.02.2022**

Platnost zadání bakalářské práce: **22.09.2023**

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci s názvem Možnosti paliativní péče u pacientů ve zdravotnických zařízeních vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů, které uvádím v seznamu bibliografických odkazů.

Nemám závažný důvod proti užití tohoto školního díla ve smyslu § 60 zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů.

V Kladně dne 12.05.2022

.....
Hana Šmeráková

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala vedoucímu práce MUDr. Tomáši Heřmanovi za cenné rady a vedení mé bakalářské práce. Dále bych ráda poděkovala týmu Kliniky paliativní medicíny Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, především přednostce kliniky doc. MUDr. MgA. Kateřině Rusinové, Ph.D. a vrchní sestře Bc. Zuzaně Kadlecové za možnost realizace výzkumu a cenné rady během zpracování mé práce.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá problematikou paliativní péče na odděleních intenzivní medicíny. Cílem bylo zjistit, v jakém rozsahu je poskytována paliativní péče, kde na pracovišti nepůsobí specializovaný paliativní tým, oproti pracovišti, kde se postupy a principy paliativní medicíny uplatňují a je k dispozici školený tým.

V teoretické části je krátce popsána historie thanatologie a stručný popis vzniku strukturované paliativní medicíny a její postupné začleňování mezi medicínské obory. Teoretická část dále obsahuje vysvětlení definice paliativní péče, její členění a možnosti poskytování paliativní péče nejen v nemocničním zařízení. Závěr teoretické části se zabývá etickými a právními aspekty spojenými s paliativní medicínou.

Výzkum je realizován ve formě kazuistik sbíraných na odděleních intenzivní medicíny, kde působí paliativní tým a na odděleních, kde tento tým nepůsobí. Tyto kazuistiky jsou porovnávány s vytvořeným a schváleným přehledem kritérií, která by měla paliativní péče splňovat. V dalších částech jsou navrženy kroky ke zlepšení paliativní péče na odděleních intenzivní medicíny, která nedisponují odborným paliativním týmem.

Ze získaných výsledků lze říct, že pracoviště s vyškoleným personálem v oboru paliativní medicíny jsou schopna nabídnout širší a komplexnější péči, která zahrnuje nejen běžnou ošetrovatelskou péči, ale i duševní podporu pacientům v terminálním stádiu onemocnění, podporu jejich rodinám a nejbližšímu okolí. Školený personál dokáže citlivě odpovídat na dotazy a poskytuje odborné rady, jak se s nepříznivou prognózou vyrovnat. Dvě ze stanovených hypotéz byly potvrzeny, dvě byly vyvráceny.

Klíčová slova

Paliativní péče, terminální stádium onemocnění, potřeby pacienta, paliativní tým, intenzivní péče.

ABSTRACT

The subject matter of this bachelor's thesis is palliative care at intensive medicine units. The goal was to find out the extent in which the palliative care is provided, where in the workplace the specialized palliative team doesn't act compared to workplace, where procedures and principles of palliative medicine are exercised and where a trained team is on hand.

In the theoretical part of the thesis, there is a brief history of thanatology and a concise description of the beginning of structured palliative medicine and its gradual integration into the medical fields. The theoretical part also contains explanation of the definition of palliative care, how it's divided and options how to provide palliative care not only in hospital facilities. The conclusion of the theoretical part deals with ethical and legal aspects that are involved in palliative medicine.

The research is realized as collecting casuistries at intensive medicine units where the palliative team does and doesn't act. These casuistries are compared to crafted approved overview of criteria, which should be carried out by the palliative care. Further in the thesis there are suggested steps for improving palliative care at intense medicine units that don't have expert palliative team.

From the acquired results we could say, that the workplaces with trained staff are capable of offering more extensive and more complex care in the field of palliative medicine, which includes not only standard nursing care, but also emotional support for patients in terminal stage of illness, support for their families and those close to them. Trained staff is capable of giving sensitive answers to questions and provides expert advices how to deal with the malignant prognosis. Two of the stated hypothesis were confirmed and two were disproved.

Keywords

Palliative care, terminal stage of illness, patient needs, palliative team, intensive care.

Obsah

1	Úvod.....	8
2	Cíle práce	9
3	Přehled současného stavu.....	10
3.1	Paliativní péče	10
3.1.1	Thanatologie.....	13
3.1.2	Druhy paliativní péče	15
3.1.3	Paliativní tým	19
3.1.4	Stavy vyžadující paliativní péči	19
3.1.5	Principy paliativní péče.....	20
3.1.6	Dříve vyslovená přání, rozhodnutí o limitaci léčby	23
3.2	Paliativní péče v intenzivní medicíně.....	26
4	Metodika	28
5	Výsledky	29
6	Diskuze.....	63
7	Závěr	69
8	Seznam použitých zkratk	71
9	Seznam použité literatury.....	73
10	Seznam použitých obrázků	77
11	Seznam Příloh	78

1 ÚVOD

Náplní práce zdravotnického záchranáře, jak už z kořene slova vyplývá, je zachraňovat. Zachraňovat osoby, které se dostanou do bezprostředního ohrožení zdraví a života. Zdraví a život je to nejcennější, co člověk má a je nutné udělat maximum pro jejich ochranu. Ale je potřeba rozvážně soudit různé situace a respektovat důstojnost. Jsou onemocnění a situace, která svým průběhem a intenzitou neposkytují jistotu přežití. V rámci těchto onemocnění je takřka nemožné vést kvalitní a plnohodnotný život, především v terminálním stádiu nemoci. Osoby, které taková nemoc postihne trpí především bolestmi a jinými fyzickými obtížemi a špatným psychickým rozpoložením, které ještě více prohlubují nekvalitu života.

Téma paliativní péče jsem si vybrala pro svou práci, protože si myslím, že je povědomí veřejnosti o tomto oboru na nízké úrovni a je tabuizované. Je potřeba nebrat pacienty v terminálním stádiu onemocnění jako beznadějně a nehodné další péče a je nutné zkvalitnit jejich život do úplného konce. Proto se ve své práci snažím vysvětlit základní principy paliativní péče, komu je určena a co je její podstatou. V praktické části jsem si vybrala dvě různá pracoviště, kde jsem zkoumala poskytování paliativní péče a navrhla jsem kroky vedoucí k jejímu zlepšení.

Paliativní péče se sice nezaměřuje na záchranu života za každou cenu, ale snaží se o zkvalitnění času, který závažně nemocným lidem zbývá. Cílem není nemocné vyléčit, ale pracovat s nemocným tak, aby zbytek života byl kvalitní. Snahou je zlepšit jejich poslední chvíle, aby v procesu umírání co nejméně trpěli.

2 CÍLE PRÁCE

Cílem bakalářské práce je zhodnotit a porovnat přístup k pacientům v terminálním stádiu nemoci na dvou typech pracovišť. Pracoviště bez intervence paliativního týmu a pracoviště s působením specialistů v oboru paliativní medicíny. Dále navrhnout možnosti a zlepšení péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci.

Hypotéza č. 1: Domnívám se, že na pracovišti bez specializovaného paliativního týmu bude adekvátně zvládnutá léčba bolesti a zajištěna a prováděna rehabilitační péče k udržení adekvátního fyzického stavu pacienta.

Hypotéza č. 2: Domnívám se, že na pracovišti bez specializovaného paliativního týmu bude dobře zvládnutá celková komunikace s pacientem.

Hypotéza č. 3: Domnívám se, že na pracovišti s intervencí specializovaného paliativního týmu bude lépe zajištěna psychická podpora pacientovi i jeho blízkým.

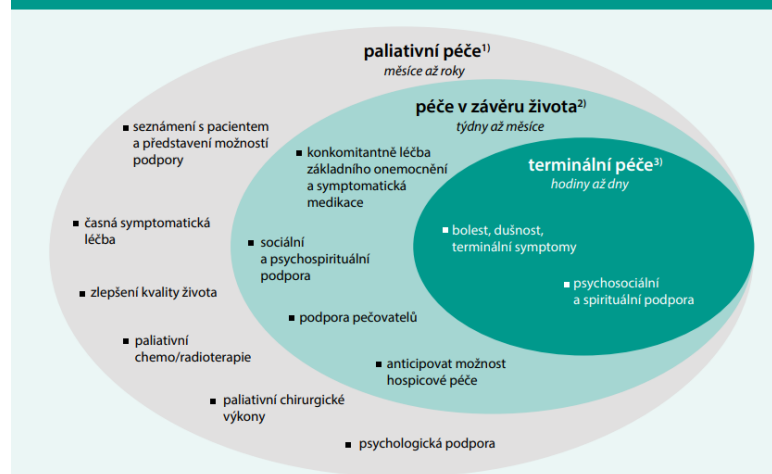
Hypotéza č. 4: Domnívám se, že na pracovišti s intervencí specializovaného paliativního týmu bude u každého pacienta bude zajištěna spirituální podpora.

3 PŘEHLED SOUČASNÉHO STAVU

3.1 Paliativní péče

Obor paliativní péče nám zprostředkovává komplexní kvalifikovanou péči o pacienta, pod kterou si představujeme péči o tělesné, psychické, sociální a spirituální potřeby, a podporu pacienta a jeho rodinných příslušníků v terminálním stádiu onemocnění. V převážných případech se jedná o onemocnění spějící ke smrti pacienta v rámci několika týdnů až měsíců, ale pacient se může k paliativní péči dostat až v agonální fázi, tedy ve fázi bezprostředního umírání. U některých onemocnění může jít naopak o péči poskytovanou delší dobu, tedy v řádu delším než několik měsíců, kdy jde převážně o onemocnění s obtížně odhadovanou prognózou. Tento koncept nazýváme „**časnou paliativní péčí**“, která pomáhá pacientovi i jeho blízkým zorientovat se v onemocnění, poskytuje podporu pro vyrovnání se s diagnózou, pomoc v rozhodování o dalších postupech léčebného procesu, mít realistická očekávání a interpretovat pravděpodobný vývoj stavu tak, aby se na něj mohl pacient i jeho blízcí připravit. Z toho vychází, že paliativní péče se zaměřuje na zkvalitnění pacientova života, ale nevede k jeho vyléčení (kurativní léčba) nebo umělému prodlužování. Ze zdravotnického hlediska lze říct, že tento druh péče se nezaměřuje na léčbu příčin onemocnění, ale zaměřuje se na léčbu symptomatologickou. Tím myslíme potlačování nepříjemných příznaků nemoci, kterými jsou především bolest, nechutenství, úzkosti, strach a další. [1; 2; 3]

Schéma 1. Vzájemný vztah a náplň podpůrné a paliativní intervence v jednotlivých fázích závažného onemocnění. Upraveno podle prezentace Callaghear R, dostupné na <<http://hpc.providencehealthcare.org/about/what-palliative-care>>



Obrázek 1 Vzájemný vztah a náplň podpůrné a paliativní intervence v jednotlivých fázích závažného onemocnění [2]

Paliativní medicína je jedním z mladších oborů medicíny. Smrt je přirozenou součástí života, je přítomna od vzniku prvních organismů a živočichů, jen se v průběhu věků měnily jejich příčiny, ale nikdy se umírání a smrti nevěnovala velká pozornost. Od prvních pokusů vzniku zdravotnické praxe šlo o záchranu života jako takového a smrt byla považována za selhání péče o nemocného. Umírajícím se nevěnovala pozornost z hlediska ošetřovatelství, byli straněni a plentou odděleni od ostatních. V 60. letech 20. století se začaly objevovat reakce, které upozorňovaly, že přehlížení umírajících není správný směr a medicína by měla poskytovat péči každému v jakékoli životní situaci. Z vyspělých částí světa se začaly ozývat iniciativy ke zlepšení péče o umírající pacienty. Jednou z prvních iniciátorek byla britská lékařka Cicely Saundersová, která zavedla koncept „totální bolesti“, který zahrnuje spolu s fyzickou bolestí také emoční, sociální a psychickou bolest, která doprovází umírajícího člověka. Dle tohoto konceptu vytvořila iniciativu hospicové péče vytvořením prvního moderního zařízení pro umírající pacienty, Hospice sv. Kryštofa v Anglii. Od vzniku tohoto zařízení se rychlou vlnou začaly šířit myšlenky paliativní péče a začala vznikat další specializovaná zařízení a paliativní medicína byla zavedena mezi medicínské obory. V České republice se začala paliativní medicína rozvíjet až po roce 1989, kdy probíhaly pokusy o založení lůžkových oddělení v rámci nemocnic, jednou z prvních byla nemocnice v Babicích nad Svitavou. Oddělení bylo koncipováno jako hospicová péče, ovšem převážnými pacienty byly osoby s onkologickým onemocněním, což byla jen část pacientů, kteří dnes spadají pod záštitu paliativní medicíny. Největší rozmach hospicové péče na našem území má na svědomí česká lékařka Marie Svatošová. Založila hnutí **Ecce homo (1993)**, které se zaměřuje na podporu domácí péče o umírající pacienty a rozvoj hospicové péče. Sdružení dalo vybudovat první lůžkový hospic v České republice, hospic Anežky České v Červeném Kostelci. Dnes existuje více jak desítka hospiců na celém našem území. Na počátku nového milénia se u nás prováděly výzkumy v oblasti paliativní medicíny sdružením Cesta domů, která zkoumala dřívější nedostatky, na které navazovalo přijetí **Koncepce paliativní péče v České republice (2004)**, která měla doladit nedostatky a zkvalitnit poskytovanou paliativní péči a definovala druhy poskytování paliativní péče (zdravotnická zařízení, zařízení sociálních služeb, aj.) Dalším rozvojem přispívá Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče, která vydala **Standardy hospicové paliativní péče (2007)**, které defínují požadavky, co by mělo splňovat zařízení, které poskytuje paliativní péči na území České republiky. V roce 2009 nastal velký zlom v oblasti paliativní medicíny, kdy vznikla **Česká společnost paliativní medicíny**

ČLS JEP (ČSPM ČLS JEP) a je členem Evropské asociace paliativní péče. Působnost ČSPM je zaměřena především na rozvoj vzdělání a klinické praxe v oboru paliativní medicíny, pořádá konference a spravuje další dokumenty a strategie pro rozvoj paliativní medicíny v České republice. Velkým příspěvkem pro tuto oblast v posledních letech byl vznik **Centra paliativní péče v Praze (2014)**, které má za cíl rozvíjet výzkum, vzdělávání a osvětu v oboru paliativní medicíny. [4]

Dnes je paliativní péče poskytována na odborné úrovni a její podstatou je především lidskost a důstojnost. Je potřeba, aby pacient zůstal sám sebou navzdory jeho obtížím. Paliativní péče by tedy měla podporovat pacienty v terminálním stádiu nemoci k prožití téměř plnohodnotného života tak, jak mu jeho stav dovoluje, aby se nemocný necítil pohlcen svou nemocí a oddělen od svého dosavadního života. Hlavními cíli by měli být: zmírnit utrpení, podporovat život a naději, poukázat na smysl života a podpořit kontakt s nejbližšími osobami. Každý pacient je jiný, jinak nemoc přijímá, adaptuje se na ni, což vychází z různých aspektů, mezi které můžeme zařadit: v jaké životní situaci se pacient nachází, jeho psychický stav, jeho přístup k životu, kulturní aspekty, náboženství a jiné. Je proto potřeba ke každému pacientovi přistupovat individuálně. Přestože je každý pacient zcela jiný, některé potřeby jsou pro všechny pacienty stejné či podobné. Každý pacient v paliativní péči má potřebu nestrádat, tlumit bolesti, neprodlužovat předsmrtné fáze a nezadržovat smrt, komunikace a kontakt s blízkými (v nemocničním, ale i v domácím prostředí), potřeba autonomie a přehled o okolním dění, soběstačnost nebo alespoň sebeobslužnost, sebeúcta a důstojnost a bezpečnost. Paliativní medicína by se měla zaměřovat na uspokojování těchto potřeb kvalifikovanou zdravotní péčí, tlumením bolesti a jiného utrpení, respektováním pacientovy vůle, zajištění neomezené komunikace a kontaktu s blízkými osobami, zajištění rozloučení, spirituální podporu, důstojné zabezpečení institucionální či domácí péče, psychická podpora pacienta i jeho rodiny, odlehčovací a jiná sociální podpora a pomoc s uspořádáním si různých záležitostí, včetně právních úkonů (dědictví, poslední vůle). [1]

Paliativní péči lze dle komplexnosti rozdělit do dvou podoborů. Prvním je **obecná paliativní péče**. Jedná se o klinickou praxi, která je poskytována zdravotníky ve zdravotnických zařízeních v rámci jejich odborností (na různých typech oddělení nemocničních zařízení), kteří nejsou přímo školeni v oboru paliativní medicíny. Podkladem obecné paliativní péče je především rozpoznání, sledování

a ovlivnění toho, co zlepší kvalitu života pacienta v terminálním stádiu onemocnění. Jedná se o léčbu symptomů onemocnění, respektování autonomie pacienta a správná komunikace, která je nedílnou součástí ošetrovatelské péče. Tyto náležitosti by měl umět poskytnout každý zdravotnický pracovník bez ohledu na jeho vzdělání či odbornost. Další je **specializovaná paliativní péče**. Jedná se o interdisciplinární péči poskytovanou odborníky, kteří tvoří tým a jsou v oboru paliativní péče odborně vzděláni. Specializovaná paliativní péče je poskytována pacientům, u kterých kvůli dynamice a intenzitě jejich obtíží, je převyšováno zvládání jejich stavu na obecné úrovni paliativní péče. Specializovaná paliativní péče je poskytována v různých organizačních formách, kam zahrnujeme mobilní týmy, lůžková zařízení hospicového typu, ambulance, oddělení paliativní medicíny v rámci nemocnic, konziliární týmy, denní stacionáře a další specializovaná zařízení (poradny). [4]

3.1.1 Thanatologie

Smrt je přirozeným zakončením života všech živých organismů. Může nastat v jakékoli fázi života, očekávaně či neočekávaně, ale je jedinou jistotou v životě. Definice smrti je velice obtížná, protože je možné je definovat z různých pohledů. Z pohledů medicíny, biologie, filozofie, sociologie, psychologie či teologie. V našem oboru je především důležitá definice smrti z hlediska medicíny a biologie, kdy jde o stav zástavy základních životních funkcí, především dechové a srdeční činnosti. S příchodem definované a prováděné kvalitní neodkladné resuscitace můžeme zástavu životních funkcí zvrátit. Smrt je v těchto případech prohlášena až po uplynutí určité doby provádění resuscitace bez známek obnovení základních životních funkcí. Z psychologického hlediska je smrt vnímaná jako děsivá a je tabuizovaným tématem. Existuje mnoho důvodů, proč je smrt takto vnímána. Jedním z hlavních důvodů je, že člověk neví, co se stane po smrti. Dalšími důvody strachu ze smrti jsou strach z bolesti, samoty a ztráty. [5]

Thanatologie se přímo definuje jako věda o smrti. Pojem vychází ze slova *Thanos*, což bylo jméno řeckého boha smrti, a *logos*, což můžeme chápat jako vyjádření pojmu věda či nauka. Jedná se interdisciplinární obor, ve které jsou zahrnuty různé pohledy vnímání smrti, tedy z medicínského, biologického, filozofického, sociologického, psychologického a teologického hlediska. Thanatologie definuje smrt a procesy s ní spojené, od biologických procesů po procesy emocionální. Popisuje stavy člověka těsně

před smrtí v přirozeném procesu umírání (ve stáří či vlivem chorobného stavu, nikoli smrt úrazová), kdy mnoho lidí udává nebo jsou okolím vnímány změny v myšlení, pocitech a vnímání reality. Někdo udává pocity opouštění těla, vidiny jiných lidí či nadpřirozených bytostí (andělů), dále jsou vnímány pocity blaha a štěstí (po většině případů v důsledku vyplavení endorfinů v konečné fázi života). Proces umírání je rozdělen do několika období. **Období pre finem**, kde se pacient a jeho blízcí dozvídají o vážnosti stavu onemocnění, který dříve nebo později vede ke smrti pacienta. Lékařka E. Kübler-Rossová popsala fáze chování umírajícího člověka a jeho smíření se se závažnou prognózou (fáze šoku, fáze hněvu a zloby, fáze smlouvání, fáze deprese a zoufalství, fáze smíření se s prognózou). **Období in finem** se projevuje somatickými změnami v souvislosti s nemocí a umíráním. V této fázi je kladen důraz na správu péči o umírajícího pacienta, mírnění tělesných obtíží a nežádoucích projevů onemocnění, saturaci potřeb pacienta a snaha o plnění jeho přání. **Období post finem** je období od konstatování smrti lékařem dle biologických projevů smrti, po péči o zemřelého a péči o pozůstalé. Paliativní péče je součástí všech období umírání. [5]

V dnešní době je, důsledkem tabuizování smrti, nárůst počtu zemřelých v zařízeních zdravotní péče. Dnes ve zdravotnických zařízeních umírá přibližně 80 % pacientů a pouze 20 % umírá v domácím prostředí. Dříve, ještě v první polovině minulého století, byla smrt běžnou součástí života, kdy se se smrtí setkali staří, nemocní, mladí i děti. Náboženství smrt bralo jako milník v životě, kdy byli lidé vysvobozeni od těžkého pozemského života a mohli prožít lepší nadpozemský život. Jelikož byla v dřívějších dobách většina obyvatel věřících, bylo běžnou praxí, že lidé umírali v domácím prostředí s péčí své rodiny. V polovině minulého století došlo k rozmachu intenzivní péče a nemocní byli více soustředováni do nemocnic, kde také umírali. Dnes, dle historického vývoje, definujeme dva modely umírání z pohledu místního, tedy na **domácí model umírání a institucionální model umírání**. [5; 6]

Domácí model umírání je pro nás spíše historicky vymezen a dnes je realizován v malé míře. Jak již bylo řečeno, dříve smrt nebyla tabuizovaným tématem. Lidé si konec života uvědomovali a připouštěli, protože více věřili v posmrtný život. Proces umírání byl jakýmsi rituálem a duševní rovnováhou, který se předával zkušenostmi, protože i ti umírající se dříve starali o jiného umírajícího. Součástí rituálu bylo umírání a rozloučení v posteli v domácím prostředí, péče byla poskytována rodinou a duchovní podporu

poskytovali kněží či rodinní příslušníci. Po smrti se prováděli úkony, které byly také součástí přirozeného rituálu (zavření očí, otevření okna, omytí a ustrojení zemřelého, modlitba). Z psychologického hlediska můžeme říct, že doba truchlení pozůstalých po smrti člena rodiny byla svým způsobem kratší a mnohem jednodušší, jelikož lidé, jak umírající i pozůstalí byli se smrtí smířeni. Dnes je umírání v domácím prostředí méně časté a rituál péče o umírajícího a zemřelého je také v mnohém rozdílný. [5]

Institucionální model umírání byl zaváděn postupně přes chorobince a nemocnice. O umírající se staral personál, který má sice zkušenosti v oboru ošetrovatelství, ale jedná se o cizí osoby, které nemají s umírajícím žádný vztah. Umírajícím byla poskytována péče především z biologického hlediska (tepelný komfort, čisté prostředí, strava a hydratace). S omezeností návštěvní doby oddělení a nemocnic byl omezen také kontakt umírajícího s jeho blízkými, což mělo za následek omezení péče v oblasti psychického stavu pacienta. Umírající jsou většinou odděleni od ostatních pacientů zástěnou nebo odvezeni na samostatný pokoj. Postupem času se téma smrti začalo více tabuizovat a umístování nemocných do nemocnic se stalo běžnou praxí pro strach ze smrti blízkého v domácím prostředí. Byť se ošetrovatelský personál snaží zpříjemnit poslední chvíle umírajícího pacienta v nejvyšší míře, oddělení od rodiny a pobyt v cizím prostředí pacient vnímá velmi negativně a těžko zvládnutelně. Objevují se negativní emoce jako jsou úzkosti, deprese, beznaděj anebo zoufalství, a to nejen ze strany umírajícího, ale i jeho blízkých. Jde o následek procesu, kdy si rodina neosvojila zkušenosti s péčí o umírajícího člověka a neví, jak se v této situaci chovat. Proces truchlení je s tímto modelem pro pozůstalé těžší a delší. [5]

3.1.2 Druhy paliativní péče

Dle platných norem paliativní medicíny by se měla paliativní péče poskytovat na všech úrovních oblasti ošetrovatelství. Prvním dělením paliativní péče, které je v textu již dříve popsáno, je dělení z hlediska komplexnosti a specializace oddělení poskytující ošetrovatelskou péči na **obecnou a specializovanou paliativní péči**. Další rozdělení se týká místního rozdělení paliativní péče, které dělíme na **paliativní péči poskytovanou ve zdravotnických zařízeních, v pobytových zařízeních a v domácím prostředí**. Každý druh dle místního rozdělení má své zvláštnosti a rozdíly v poskytované péči. [7]

Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních

Zdravotnickými zařízeními poskytující paliativní péči mohou být zařízení nemocničního typu, zařízení následné a dlouhodobé péče a také psychiatrické léčebny, hospicová zařízení. Každé zdravotnické zařízení disponuje specifiky péče o pacienta, a tedy i v péči o umírajícího pacienta. [1]

Nemocniční zařízení, především zařízení, které se přímo nespécializuje na poskytování paliativní péče, je většinou zaměřené na způsob kurativní léčby, která má za úkol pacienta vyléčit. Poskytování paliativní péče je v tomto typu zařízení méně časté, protože léčebný režim je ve většině případů nastaven na vyléčení pacienta a o vyléčení a udržení pacienta při životě se usiluje až do konce pacientova života (provádění resuscitace při náhlé zástavě oběhu). Můžeme říct, že paliativní péče v nemocničním zařízení je méně častá z důvodu standardizovaného a doporučeného časového ohraničení délky hospitalizace pro dané onemocnění. Pokud pacientův stav nevede ke zlepšení a nevyžaduje akutní péči v nemocnici, je doporučený překlád pacienta do zařízení následné, dlouhodobé nebo hospicové péče, kde se potom případná paliativní péče realizuje. Pokud je ovšem paliativní péče v nemocnici poskytována, je spíše na bázi aplikace obecné paliativní péče a počet nemocničních zařízení se specializovanou paliativní péčí je v České republice velmi omezený. Péče o umírajícího pacienta v nemocniční zařízení se specializovanou paliativní péčí je poskytována ve čtyřech modelech:

- a) péče poskytována nemocničním podpůrným paliativním týmem, který je povoláván k různým případům na různá oddělení nemocničního zařízení a nastavuje postupy péče o pacienta, kterou poté realizuje ošetrovatelský tým daného oddělení,
- b) specializované ambulance paliativní péče, která může být součástí nemocničního zařízení nebo zařízení sociální péče a může být k dispozici ošetrovatelským týmům v nemocnici či jiném zařízení, nebo jako terénní tým pomáhající pacientům a jejich rodinám v domácím prostředí,
- c) specializovaná oddělení paliativní péče jsou oddělení v nemocničním zařízení, která jsou zaměřena na poskytování paliativní péče dle jejích principů a standardů, podobajícím se svým pojetím hospicovému modelu, které vytváří domácí

atmosféru i v nemocničním zařízení s přítomností specializovaného ošetrovatelského týmu,

- d) jednotka akutní paliativní péče jsou jednotky určené pro pacienty v terminálním stádiu onemocnění, kdy dochází k akutní exacerbaci nežádoucích a nepříjemných symptomů onemocnění, dále pak pro pacienty, kteří byli odpojeni od přístrojů uměle prodlužujících život pacienta, kde byly vyčerpány všechny možnosti kurativní léčby (UPV, dialyzační přístroj). [1; 4]

Ve většině nemocničních zařízení v České republice není zřízen model specializované paliativní péče a uplatňují se postupy obecné paliativní péče poskytované ošetrovatelským týmem daného oddělení. [1; 4]

Léčebny dlouhodobě nemocných (LDN) jsou zdravotnická zařízení, kde je poskytována ošetrovatelská péče jejímž účelem je nejen udržení a podpora zdraví a rozvoj nebo znovunavrácení soběstačnosti, ale i péče o nevléčitelně nemocné a umírající pacienty. V tomto typu zařízení je více možností aplikování principů paliativní péče než v zařízeních nemocničního typu, kde je péče poskytována více lidem s akutní exacerbací jejich onemocnění a není zde zajištěn individuální ošetrovatelský přístup (přístup je obecný), kdežto v zařízeních dlouhodobé péče je možnost se pacientovi více věnovat a zaměřovat se na jeho individuální potřeby. LDN také vykazuje větší zaměření na rehabilitaci nebo ergoterapii, která pomáhá pacientům ke zlepšení jejich fyzického, ale i psychického stavu. [7]

Hospicová zařízení jsou specializovaná zdravotnická zařízení, denní stacionáře nebo mobilní týmy specializované na doprovázení člověka během terminálního stádia jeho onemocnění k důstojnému a bezbolestnému konci života. Hospicová péče se dle koordinovaného programu zaměřuje na komplexní zdravotní, sociální, psychologické i duchovní služby. Dále se zaměřuje na vzdělávání svých zaměstnanců, odborné i laické veřejnosti a dobrovolníků v oblasti paliativní medicíny. Hospicový tým složený z odborníků i dobrovolníků je školen na kladení důrazu k individuálním potřebám a přáním pacienta. Snahou lůžkového hospicového zařízení je vytvořit dojem příjemného domácího prostředí, ve kterém se pacient i jeho rodina budou cítit příjemně a umožňuje rodině být se svým blízkým v jeho posledních chvílích bez ohledu na denní dobu s patřičným dodržením soukromí. [7; 8]

Paliativní péče v pobytových zařízeních

Pobytovým zařízením rozumíme zařízení jako domovy pro seniory, domovy pro osoby se zdravotním postižením a domovy se zvláštním režimem (pro osoby s poruchami chování). Pobytová zařízení se stala pro osoby v nich žijících domovem, a proto je umírání v tomto zařízení pro klienty jako v domácím prostředí. V pobytových zařízeních nefunguje nemocniční model ošetřování týmem ošetřovatelského personálu s lékaři. Klienti zde žijí jako doma, akorát je zde podpora zdravotnického personálu v oblasti péče o základní potřeby klienta. Ošetřovatelský personál pobytových zařízení mnohdy nedisponuje takovými kompetencemi jako ošetřovatelský personál nemocničních oddělení, protože se ne vždy jedná o zdravotní sestry, ale pouze o personál bez zdravotnického vzdělání (ošetřovatelé, sociální pracovníci) a takováto personální situace neumožňuje poskytování obecné, natož specializované paliativní péče. V těchto typech zařízení je často špatná aplikace principů paliativní péče a mění se spíše na nebezpečnou diskriminační pseudopaliaci, při které dochází k nepřiměřenému tlumení pacienta a jeho obtíží a zanedbání péče. Je také běžnou praxí, že pacient, jehož stav se výrazně a rychle zhorší, je odeslán do nemocničního zařízení, kde často umírá. [1]

Paliativní péče v domácím prostředí

Péče o pacienta v domácím prostředí, jedná-li se o dlouhodobou nebo paliativní péči, je velice náročná ze všech ohledů, jak fyzického, tak psychického. Umírání a paliativní péče v domácím prostředí je velký psychický nápor na rodinu pečující o pacienta. Přesto je umírání v domácím prostředí jedno z nejčastějších posledních přání pacienta nebo jeho rodiny. Předpokladem je, že proces umírání je pro pacienta mnohem jednodušší a psychicky přijatelnější, jsou lépe a kvalitněji saturovány jeho individuální potřeby, protože je s lidmi, kteří ho znají a ví, co má pacient rád. Pro pacienta a jeho rodinu v paliativní péči je možnost využití mobilních hospicových služeb, které pomáhají při péči o pacienta (hygiena, rehabilitace, podávání léků, výživa) nebo poskytují akutní intervenci. Při očekávaném úmrtí pacienta je v domácí péči zajištěno řádné rozloučení. Úmrtí pacienta se v domácí a nemocničním zařízení výrazně liší, pro nemocniční zařízení jde spíše o rutinní situaci, kdežto v domácím prostředí jde o podstatnou událost spojenou s různými rituály. [1]

3.1.3 Paliativní tým

Paliativní tým je multidisciplinární tým specialistů, kteří se svou odborností zaměřují na poskytování paliativní péče, tedy na pomoc, podporu a přímou péči o pacienty v terminálním stádiu onemocnění i jejich rodinám. Podporu a zkvalitnění pacientova života v paliativní péči není možné zvládnout týmem s jednou odborností, ale je nutné využívat tým složený z lékařů, sester z různých medicínských odborností, sociálního pracovníka, kaplana, psychologa, psychiatra a jiných odborníků. Takové složení ošetřujícího personálu zajišťuje kontinuitu, kvalitu a komplexnost péče o pacienta v paliativní medicíně. [4]

Paliativní tým má několik úkolů, které ve své odbornosti musí splňovat. Jde především o péči o pacienta v terminálním stádiu onemocnění na odděleních a ambulancích paliativní péče, pomoc ošetrovatelskému personálu v péči o pacienta a jeho rodině mimo oddělení specializované paliativní péče, poskytování poradenství pacientovi a jeho rodině v psychologickém a spirituálním kontextu, pomoc při identifikování potřeb pacientů a jeho rodiny, zjišťování jejich priorit, konzultování odborné léčby bolesti a mírnění jiných symptomů, nastavení léčebného a podpůrného režimu, který předchází zbytečným a zatěžujícím vyšetřením a zákrokům a v neposlední řadě plnění úkolů v oblasti výzkumu a vzdělávání v paliativní medicíně. [4]

3.1.4 Stav vyžadující paliativní péči

Jak již bylo zmíněno, paliativní medicína se uplatňuje u pacientů v terminálním stádiu onemocnění. Terminálním stádiem nemoci rozumíme fázi nevléčitelného onemocnění, které nereaguje na léčbu příčin onemocnění a dříve či později vede ke smrti pacienta. Právo na poskytnutí kvalitní paliativní péče má každý pacient, který neodvratně a očekávaně umírá, měla by být tedy obecně dostupná na jakémkoli stupni poskytované péče. Postupy paliativní medicíny jsou aplikovány na pacienty s **onkologickým onemocněním**, což jsou onemocnění, kde je časový průběh a prognóza celkem dobře odhadnutelná. Dále pak jde o pacienty s **nenádorovým onemocněním v konečné fázi**. Tato skupina pacientů trpí převážně selháním jednoho nebo více životně důležitých orgánů. Je zde hůře odhadnutelná prognóza a časový úsek doby přežití pacienta se liší od jeho nastavené léčby a odpovědi pacienta na určitou léčbu. Poslední, ale neméně obsáhlou skupinou pacientů využívající paliativní péči jsou pacienti s **onemocněním, které je**

dlouhodobě a nepříznivě ovlivňuje a nedochází ke zlepšení jejich stavu. Mezi tato onemocnění můžeme zařadit například neurodegenerativní onemocnění, syndrom demence nebo AIDS. Prognóza u těchto nemocí je časově i průběhem nemoci nejasná. [1; 9]

3.1.5 Principy paliativní péče

Jakákoli péče ve zdravotnickém zařízení pracuje na základě určitých principů či standardů, které systematicky definují péči o pacienta v různých oborech zdravotnictví. Obor paliativní medicíny není výjimkou a dle mého názoru je důležité paliativní medicínu rozlišit od jiných medicínských oborů, které se převážně zaměřují na kurativní léčbu pacienta. Lze tedy definovat výčet principů paliativní péče, které by měli být základem dovedností pro paliativní péči. [1]

1. Paliativní péče by měla být především zaměřena na zkvalitnění závěru života. Musíme si uvědomit, že hlavním cílem není pacienta vyléčit, jelikož předmětem paliativní medicíny je péče o pacienty v terminálním stádiu onemocnění, kde není předpoklad vyléčení. Hlavním cílem je zpříjemnit poslední chvíle pacientova života, ať jsou jakkoli dlouhé. Jde převážně o naplňování jeho fyzických, psychických a spirituálních potřeb, zajištění maximálního komfortu a snížení utrpení. Nejvyšší prioritou je úleva a léčba symptomů onemocnění, která přispívá ke zkvalitnění života. Jedním z hlavních aspektů by mělo být uvědomění, že paliativní péče neusiluje o umělé prodloužení či zkracování života, a tudíž by to nemělo být jejím cílem. [1; 10]

2. Dát umírajícím pocit, že jsou v prostředí, kde mohou být sami sebou. Je důležité, aby pacient v posledních chvílích svého života neměl pocit, že nesmí projevit své já. Měli bychom mít snahu podporovat pacienta v projevení jeho emocí a jeho emoce správně přijímat. [1]

3. Jedním ze základních principů by měla být správná komunikace a udržování kontaktu s rodinou umírajícího. Vytvoření vztahu s pacientem a jeho rodinou by měla být součástí role, kterou ošetřující personál v péči o pacienta přijímá. Správná, v mnoha případech především empatická komunikace, zpříjemňuje celkové prostředí pacienta a dává mu pocit bezpečí, jelikož správnou komunikací vyvoláváme důvěru mezi námi, jakožto ošetřujícím personálem, a pacientem. Na stejném podkladě rozumíme

i komunikaci s rodinou pacienta. Pokud si s rodinou vytvoříme vztah založený na důvěře, mezi blízkými nebude vznikat dojem, že jejich milovaný je ve špatných rukou nebo, že o něj není dobře pečováno. [1; 4]

4. Paliativní péče neznamena, že pacient byl vyřazen z jakékoli léčebné intervence. Skutečnost, že se pacient nachází v terminálním stádiu onemocnění, neznamena, že jsou pozastaveny všechny léčebné postupy prováděné na pacientovi. Pacient stále trpí obtížemi, které je nutné, pro jeho pohodlí, léčit. Jde například o přidružené komplikace (dekubity) a nepříjemné projevy onemocnění (nauzea, zvracení). Takovéto projevy je nutné eliminovat nebo alespoň zmírnit, aby se pacient cítil, co možná nejlépe. [1]

5. Paliativní péče a očekávané umírání pacienta nevyklučuje zanedbání péče. Do procesu paliativní péče se může pacient dostat s jakoukoli diagnózou v terminální fázi. Nikde ovšem není řečeno, jakým způsobem se do terminálního stádia svého onemocnění pacient dostal. Nelze vyloučit, že se pacient do konečné fáze svého života dostal cizím zaviněním, tedy chybou v léčebné intervenci dříve potencionálně vyléčitelného onemocnění, kde smrt pacienta byla jednou z prognostických diagnóz, ovšem nebyla tou hlavní. Paliativní medicína neomlouvá chyby spojené se zanedbáním léčebné a ošetrovatelské péče. [1]

6. Paliativní péče neznamena totéž, co eutanazie. Eutanázií rozumíme jednání vedoucí k aktivnímu uspíšení umírání nebo cílenému navození smrti člověka. Paliativní péče usiluje o zkvalitnění života v jeho samotném závěru, kdy byly vyčerpány prostředky k vyléčení pacienta nebo si pacient nepřeje být vyléčen. V České republice je eutanazie nepřijatelná, nelegální a trestná. [1; 10]

7. Je nutné, aby kompetentní pacient podal informovaný souhlas k provedení či neprovedení konkrétního výkonu, který ošetřující personál navrhuje. Kompetentní pacient je stále pánem svého života a je jeho právem se o svém osudu rozhodnout. Ošetřující personál by neměl pacienta přesvědčovat a měl by respektovat jeho přání. [1]

8. Každý pacient zařazený v paliativní péči musí mít svého odborného, eticky a právně zodpovědného ošetřujícího lékaře. Ošetřující lékař je zodpovědný za veškeré léčebné a ošetrovatelské postupy, které jsou na pacientovi prováděny. Jeho dalšími úkoly

jsou komunikace s pacientem a jeho rodinou, zjišťování potřeb pacienta a snaha o jejich saturaci spolu s dalším ošetrovatelským personálem. [1]

9. Nesmí vzniknout situace, že se pacient stane zodpovědností pouze nelékařského personálu. V žádných odvětvích ošetrovatelské a sociální péče (především v domácím prostředí, sociálním zařízení nebo v léčebnách dlouhodobě nemocných) se nesmí stát, že by se pacient stal zodpovědností nelékařského personálu, který by rozhodoval o postupech a strategiích v jeho péči. [1]

10. Důsledné posuzování a rozhodování zařazení pacienta do paliativní péče. Uvádí se, že u onkologických pacientů je toto rozhodování poměrně jednodušší, u pacientů s jinou, než onkologickou diagnózou je toto rozhodování složitější a je nutné pečlivě zvážit všechny možnosti. [1]

11. Prolínání paliativní péče a animace. Animace (jinak také aktivizace) je snaha o oživení a zintenzivnění každodenního života. Jde o způsob, který aplikuje různé postupy a činnosti tak, aby vyhovovaly pacientovým standardům, a mohl tyto činnosti provádět sám nebo jen s částečnou pomocí. Tento přístup pomáhá k znovunavrácení aktivit, na které si pacient během života navykl a prováděl. V terminálním stádiu onemocnění má tento přístup přispět k navrácení smyslu a zkvalitnění života ohroženého nevyléčitelným onemocněním. [1; 11]

12. Zachování důstojnosti a respektování přání pacienta. Pacientovým přáním věnujeme velkou pozornost. V paliativní péči jde o spokojenost pacienta v závěru jeho života, tudíž jsou jeho přání vysokou prioritou během realizace péče. [1]

13. K pacientům v bezvědomí nebo ve vegetativní stavu přistupujeme stejně jako k pacientovi v bdělém a lucidním stavu, tudíž dodržujeme všechny zásady zachování důstojnosti a plnění kvalitní ošetrovatelské péče. [1]

14. Rozlišujeme pojmy dlouhodobé ošetrovatelství a paliativní péče. V konceptu dlouhodobé ošetrovatelské péče se jedná o pacienty, kteří nejsou v terminálním stádiu onemocnění a primárně k němu nevedou, ale jejich stav vyžaduje podpůrnou ošetrovatelskou péči (pomoc s oblékáním, hygienou, inkontinencí a jiné). [1; 5]

15. Nutná intervence paliativního týmu. Informace a stav pacienta jsou v paliativní péči (především mimo pracoviště paliativní medicíny) minimálně jednou týdně konzultovány multidisciplinárním týmem, který podporuje ošetrovatelské postupy a navrhuje další intervence vedoucí ke zkvalitnění pacientova života. [1]

16. Pečlivé vedení zdravotní dokumentace o konkrétním pacientovi. Jako u jakéhokoli pacienta je i u pacienta v paliativní péči v jakémkoli zařízení povinnost vést zdravotnickou dokumentaci, jejíž součástí je přehled provedených úkonů a dokumentace realizace ošetrovatelské péče a záznam jeho individuálních potřeb a vyslovených přání. [1]

17. Minimální povědomí o povaze paliativní péče v zařízeních mimo specializovaná pracoviště paliativní medicíny. Je nutné, aby při poskytování paliativní péče u konkrétního pacienta ošetřující personál jakéhokoli zdravotnického zařízení (LDN, zdravotně-sociální zařízení) nebo v domácím prostředí vykazoval alespoň minimální povědomí o specifikách a principech paliativní medicíny a mohl tak poskytovat kvalitní péči v tomto odvětví i mimo zařízení specializovaná na paliativní medicínu. [1]

18. Cílevědomá paliativní péče není totéž, co náhodné umírání ve zdravotnickém zařízení. Právě výčet principů paliativní péče definuje jasný a strukturovaný návod pro paliativní ošetrovatelskou péči. Pokud péče o pacienta není strukturovaně vymezena jako paliativní, poté se o ní nejedná. [1]

3.1.6 Dříve vyslovená přání, rozhodnutí o limitaci léčby

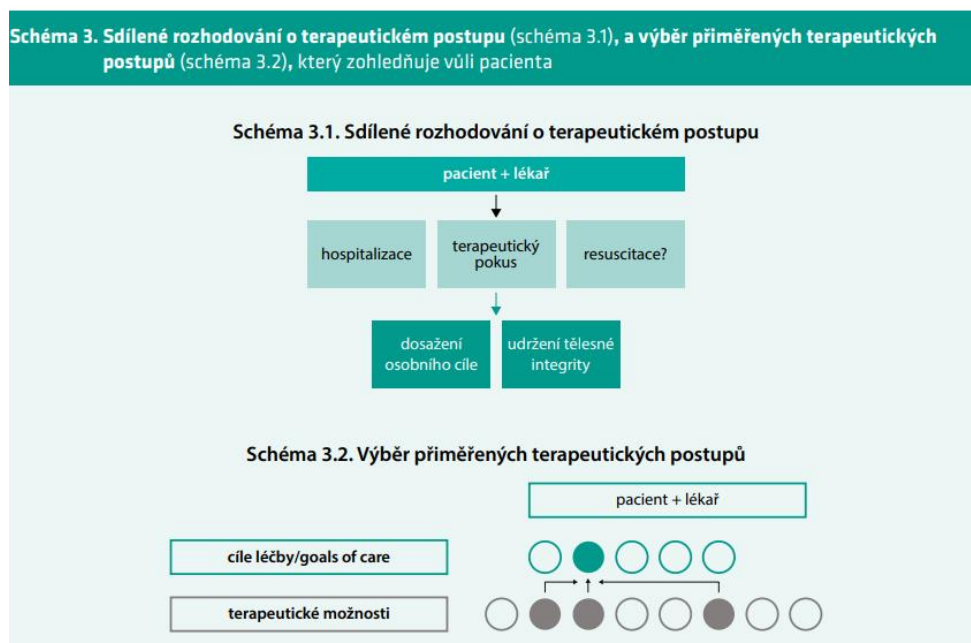
Každá bytost v průběhu života koná různá rozhodnutí, kterým směrem se jeho život bude ubírat. Některá rozhodnutí jsou jednoduchá, nějaká naopak složitá. Rozhodování v průběhu ošetrovatelského procesu je velmi těžké z pohledu etických aspektů. Z jedné strany je zde snaha zachránit nebo prodloužit pacientův život, což umožňují moderní technologie a postupy péče aplikované ve zdravotnictví. Nové postupy a technologie dávají možnost prodloužit život pacienta a zastavit nebo alespoň zpomalit průběh onemocnění a dávají šanci pacientům, u kterých by dříve šance na vyléčení nebyla. Druhá strana věci ovšem poukazuje na etické aspekty a práva pacientů, které ho chrání před bolestným a neúčelným prodlužováním života a umírání. Nelze ovšem dojít k závěru, že osoby v terminálním stádiu nemají být léčeni. [12]

V průběhu pobytu v nemocničním zařízení a procesu ošetrovatelské a léčebné intervence je povinností lékařů, sester a jiných zdravotnických pracovníků dodržovat práva pacientů. Mezi práva pacientů řadíme právo na znalost informací o svém zdravotním stavu, právo na informace o plánovaném vyšetření či výkonu, právo na udělení souhlasu či nesouhlasu k těmto vyšetřením a výkonům a právo na vyslovení přání o realizaci či nerealizaci různých ošetrovatelských a léčebných úkonů a pokračování či nepokračování v léčbě. Tato přání je nutné zanést do zdravotnické dokumentace. [12]

Dříve vyslovené přání je právní koncept, podle Zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, který v písemné a podpisem ověřené podobě opravňuje pacienta, po řádném informativním procesu, k vyslovení přání o průběhu jeho léčby, o provádění či neprovádění léčebných úkonů a poskytování život zachraňujících úkonů pro situace, kdy nebude schopen vyslovit souhlas či nesouhlas s léčebnou intervencí a na jeho rozhodnutí musí být brán zřetel a musí se respektovat. To znamená, že pacient, jakožto dominantní osoba v rozhodování o svém životě, vysloví svá přání ve stavu, který mu tato rozhodnutí umožní, pro případ, kdy se dostane do stavu, který mu rozhodování neumožní. Tímto stavem se myslí například porucha vědomí. Právní úprava v České republice jmenuje situace, kdy je možné respektování dříve vyslovených přání porušit. Jednou ze situací, kdy **nelze** respektovat dříve vyslovené přání je v případě nezletilého pacienta nebo také u pacienta s omezenou svéprávností. Dále **nelze** dříve vyslovené přání ošetřujícím personálem respektovat, pokud by při něm mělo dojít k aktivnímu usmrcení pacienta. **Nelze** také respektovat přání, které by vedlo k ohrožení jiných osob (například návštěva blízkých osob u vysoce nakažlivého pacienta v karanténě). Dříve vyslovené přání také **nelze** respektovat, pokud ošetřující personál neměl dřívější přání k dispozici a již byly započaty léčebné intervence, které si pacient dříve nepřál provádět a jejichž nynější přerušeni by vedlo k aktivnímu způsobení smrti. Dříve vyslovené přání **nemusí** být respektováno za okolností, že od doby vyslovení přání došlo k významnému posunu vědeckých poznatků v oblasti medicíny a vytvoření nových léčebných postupů na takovou úroveň, že ošetřující lékař bude přesvědčen, že by pacient s novějšími metodami souhlasil. Tento případ je velice vzácný, protože málokdy dochází k vyslovení přání v tak vzdálené době, kdy mezi tím mohlo dojít k takovému posunu v léčebných postupech a metodách. Důvody o nerespektování dříve vyslovených přání musí být pečlivě zaznamenány ve zdravotnické dokumentaci pacienta, která je vedena jako právní

dokument pro případné neshody nemocného nebo jeho blízkých s poskytovatelem zdravotních služeb. [12; 13]

Při skutečnosti, že pacientův stav mu již v prvních chvílích exacerbace onemocnění neumožňuje vyslovit svá přání, souhlasy či nesouhlasy s léčebnými postupy a jiná dřívější přání neexistují, je nutné svolat kolektivní diskusi všech osob zúčastňujících se léčby pacienta a zvážit všechny možnosti tak, aby nebyla porušena jeho práva a nedošlo k poškození člověka. Dominantní osobou kolektivu je v tomto případě nejbližší rodinný příslušník nebo zástupce. Je možné přizvat i etickou komisi, která by měla být nestranná a měla by pečlivě zvážit všechny aspekty a názory kolektivu. S tím souvisí i skutečnost, že lékařský tým ošetřující pacienta, může rozhodnout o osudu pacienta a nařídít tzv. DNR (do not resuscitate) a DNI (do not intubate), což znamená neresuscitovat a neintubovat. Lékaři dochází k tomuto rozhodnutí v případech, že stav pacienta je natolik vážný, že ho ohrožuje na životě a pokus o oživení má velmi malou pravděpodobnost úspěchu, naopak by tento proces pacienta více poškodil a způsobil umělé prodlužování nekvalitního života. O takovémto rozhodnutí by měl být informován sám pacient, pokud to jeho stav dovoluje (pacient je při vědomí a je orientovaný). Je nutné toto rozhodnutí konzultovat s rodinou pacienta a vše řádně vést ve zdravotnické dokumentaci pro případné právní neshody. [12; 14]



Obrázek 2 Sdílené rozhodování o terapeutickém postupu a výběr přiměřených terapeutických postupů [2]

3.2 Paliativní péče v intenzivní medicíně

Rozsah medicínských postupů, ke kterému došlo poměrně nedávno, sebou přinášel možnosti zlepšení kvality lékařských oborů, včetně intenzivní medicíny, a vývoj nových a lepších postupů pro léčbu nemocného a prodloužení jeho života. Intenzivní medicína dávala předpoklad a naději k vyléčení kriticky nemocných pacientů, kteří by dříve byli považováni za nevléčitelné. Vývoj intenzivní medicíny dával lidem naděje i představy, že je medicína neomylná a lze zachránit každého člověka, bez ohledu na nemoc. To, bohužel, není pravda. Nemoci a úrazy mohou nabýt takového rázu, že ani postupy současné moderní medicíny nejsou schopny člověka vyléčit a je nutné aplikovat postupy paliativní medicíny, byť jsou v rozporu s principy a cíli intenzivní medicíny. Je nutné, aby i lékaři v intenzivní medicíně byli schopni zvážit své postupy a zohlednit etické aspekty a přání pacienta k případnému ukončení kurativní léčby, a aby laická veřejnost pochopila, že ne vždy je možné plné vyléčení pacienta a zabránění předčasné smrti. [15; 16]

Každý pacient má právo na adekvátní individuální zdravotní péči úměrnou jeho zdravotním obtížím v souladu s nejnovějšími i stávajícími vědeckými poznatky. Cílem intenzivní medicíny je především zachování zdraví a života pacienta, tedy odstranění příčiny jeho onemocnění, a provádění postupů a podpory k zachování nebo navrácení původního stavu, nikoliv ale nesmí docházet k umělému prodlužování umírání. Pokud jsou vyčerpány všechny možné postupy intenzivní medicíny vedoucí k vyléčení pacienta, je nutné mu poskytnout kvalitní péči, ke snížení jeho utrpení. Jedná se především o léčbu nežádoucích symptomů onemocnění, jako jsou bolest, nevolnost, zvracení, zabránění strádání, zachování důstojnosti a saturace psychických, fyzických i spirituálních potřeb. [15]

Je nutné zdůraznit, že rozhodnutí lékařů ukončit jakýkoli léčebný postup u těžce nemocného pacienta není aktem vedeným ke zkracování umírání nebo vedoucím ke smrti, ale rozhodnutí, které odstraňuje neúčelné a marné postupy, které pacientovi nepomáhají a vedou k prodlužování utrpení, než aby mu přinášely úlevu. Všechna rozhodnutí ošetřujícího lékařského týmu jsou zdůvodněna a interpretována pacientovi, případně rodině, a vše se děje s jejich souhlasem nebo se řídí jejich výslovným přáním. Všechny tyto skutečnosti musí být zaneseny ve zdravotnické dokumentaci. Rozhodování pacienta o svém osudu v prostředí intenzivní medicíny je často poněkud náročné a málo časté,

jelikož se většinou jedná o pacienty se závažným orgánovým selháním, kteří trpí poruchou vědomí, ať už organickou nebo iatrogenní. Přerazení pacienta do paliativní péče neznamena, že se pacientovi nedostane kvalitního zacházení. Znamená to, že se mění cíle léčby z kurativních na paliativní v rozsahu, který provoz intenzivní péče dovoluje. [15]

4 METODIKA

V bakalářské práci bylo metodou výzkumu zpracování kazuistik, které obsahují stručný popis paliativní péče o pacienta. Pět kazuistik je zpracováno z vybraných případů na oddělení intenzivní medicíny bez poskytování strukturované paliativní péče, konkrétně oddělení Interní jednotky intenzivní péče Oblastní nemocnice Kladno a pět kazuistik je zpracováno z případových studií z jednotek intenzivní péče, kde probíhala intervence specializovaného paliativního týmu z Kliniky paliativní medicíny Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Kazuistiky byly vybrány s pomocí ošetřujícího personálu z obou typů pracovišť při osobním setkání na těchto pracovištích. Kazuistiky, především s intervencí paliativního týmu, ne vždy splňovaly kritérium terminálního stavu, nicméně se jednalo o pacienty, kteří se přechodně dostali do kritického stavu a byli zařazeni do procesu paliativní péče. Kazuistiky tak demonstrují širokost využití paliativního týmu.

Kazuistika obsahuje pacientovu anamnézu s jeho primárním i přidruženým onemocněním. Dále pak je stručně popsána lékařská intervence ke zvládnutí nežádoucích příznaků onemocnění pacienta. Stěžejní částí kazuistik je popis realizace paliativní péče o pacienta ke zvládnutí jeho stavu.

Kazuistiky z každého pracoviště byly následně zhodnoceny dle kritérií, které byly pro tuto práci vytvořeny. Pilířem k jejich zhotovení byly literární podklady získané zpracováním teoretické části. Následně byla kritéria upravena ve spolupráci s přednostkou Kliniky paliativní medicíny Všeobecné fakultní nemocnice v Praze doc. MUDr. MgA. Kateřinou Rusinovou, Ph.D. a vedoucím této práce MUDr. Tomášem Heřmanem. Na konci byly schváleny etickými komisemi obou pracovišť a byl povolen výzkum na obou pracovištích. Výsledky hodnocení kazuistik jsou mezi sebou porovnány a jsou navrženy kroky ke zlepšení poskytování paliativní péče, především pro oddělení bez specializovaného paliativního týmu.

5 VÝSLEDKY

Kazuistiky paliativní péče poskytované bez intervence paliativního týmu

Kazuistika 1

Anamnéza: 57letý pacient s jaterním selháním v terénu chronické hepatopatie v důsledku ethylismu.

Manželka si před několika měsíci všimla, že s jejím manželem není něco v pořádku. Choval se jinak, stěžoval si na občasné bolesti břicha a dechové obtíže. Těsně před přijetím do nemocničního zařízení došlo k výraznému zhoršení jeho stavu. Byl popisován stav, kdy nebyl schopen adekvátně chodit, stěžoval si na bolest nohou a cítil se celkově slabý. Celkovou slabost doprovázeli bolesti břicha, několikanásobné průjmy bez patologického nálezu, nechutenství a pro nedostatečný příjem tekutin i dehydratace.

Byl zjištěn dřívější abúzus alkoholu, který byl omezen s počátkem zdravotních obtíží. Dle pacienta i manželky již tři roky trvá plná abstinence.

Při přijetí byl pacient při vědomí, ovšem mírně encefalopatický. Dýchání bylo popsáno jako čisté, sklípkové, náplň krčních žil nezvýšená, akce srdeční pravidelná. Kůže ikterická, s otoky dolních končetin ke kolenům a odbarvujícími se hematomy. Břicho bylo vzedmuté, ale nebolestivé. Dle provedených zobrazovacích vyšetření byla zjištěna přítomnost volné tekutiny v břišní dutině (ascites), hepatomegalie, steatóza jater a mírná splenomegalie.

Průběh hospitalizace a paliativní péče: V rámci lékařské intervence byla zajištěna antibiotická léčba, léčba podpory funkce ledvin (odvodňování), vazokonstriční farmaka, byla předepsána tekutinová restrikce pro přetrvávající otoky dolních končetin a ascites. Pro další narůstání objemu volné tekutiny do břišní dutiny byla předepsána opakovaná punkce ascitu.

Již z počátku léčebného pobytu na oddělení byla sjednána konzultace s lékaři z pražské nemocnice IKEM a po zvážení všech aspektů **nebyla indikována transplantace jater**

a byla stanovena nejasná prognóza. Pacient i rodina byli s prognózou seznámeni a bylo zajištěno její správné pochopení.

Zpočátku pobytu v nemocniční zařízení byla snaha ze strany lékařů jednotky intenzivní péče ke stabilizaci stavu a zlepšení prognózy, ovšem přes všechnu snahu pacient na léčbu nereagoval a jeho stav se postupně zhoršoval.

Během pobytu na oddělení se stav pacienta výrazně měnil během dní. Zpočátku byl pacient při vědomí, byť encefalopatický, mluvil z cesty a nebyl orientovaný v místě ani čase, ovšem jednoduchým výzvám porozuměl a vyhověl. Nestěžoval si na bolest, tudíž nebyla podávána analgetická léčba. V prvních dnech odmítal jakoukoli stravu v obavě průjmu a důsledného „obtěžování“ personálu. Tento problém byl při vzájemné komunikaci vyřešen a pacient začal pravidelně jíst. I přes danou restrikcí příjmu tekutin bylo dbáno na pravidelnou hydrataci. Byla zajištěna rehabilitační péče, kdy pacient zvládal pohyb na lůžku, sed na lůžku u jídla a pohyb mimo lůžko s oporou personálu a podpůrných pomůcek. Během pobytu se začaly pacientovi v důsledku otoků tvořit puchýře na dolních končetinách. V průběhu pobytu na oddělení se puchýře s pravidelnou kontrolou ošetřovaly a převazovaly obvazovým materiálem.

K pacientovi každý den docházela manželka, která se zapojovala do ošetrovatelské péče. Po domluvě s ošetřujícím lékařem nosila manželovi oblíbené jídlo a přinesla fotku rodiny, kterou měl pacient vystavenou u lůžka. Rád koukal na zprávy a sportovní přenosy. Při otázkách na své pocity při lékařské i ošetrovatelské intervenci se pacient vyjadřoval adekvátně svému stavu a vysvětloval, že se cítí slabý a unavený i po lehké pohybové aktivitě.

Postupem času se pacientův stav horšil. Nejdříve začal odmítat stravu, kdy se odhodlal jíst jen jednou denně, poté přestal jíst úplně. Pohyb mimo lůžko již nebyl možný. Byla zde snaha rehabilitačního i ošetrovatelského personálu oddělení pro občasné sezení na lůžku, které také postupem času nebylo možné. Rehabilitace se přizpůsobila stavu pacienta a začalo se s pacientem cvičit na lůžku (lehké pohyby končetinami). Později už ani taková rehabilitace nebyla možná vzhledem k pacientově vědomí, které se také postupně zhoršovalo. Při tomto stavu probíhala rehabilitace pouze pasivním způsobem.

Pacient začal být spavý, ale ještě kladl odpor pohybům. Později byla i tato schopnost ztracena. Při pohybu pacient nereagoval žádnými zvuky, reagoval pouze mimikou na bolest při pohybu, která ovšem nebyla farmakologicky eliminována pro její eliminaci v klidovém stavu. Pacient na dotykový nebo slovní podnět reagoval krátkým otevřením očí, postupem času již ani tento pohyb nebyl zaznamenáván. **Ošetřující lékaři zvážili své postupy a usoudili pacienta zařadit do paliativní péče.** Manželka i rodina byli seznámeni s postupy a závěrem lékařů a dle jejich slov situaci porozuměli a s postupy souhlasili. Se stavem a situací byl seznámen i ošetřující personál. Pohyb na lůžku byl čistě pasivní s pomocí ošetřujícího personálu. I přes soporózní stav se realizovaly kroky k předcházení případným komplikacím a nepříjemnostem. Pacient byl pravidelně polohován pro zabránění vzniku dekubitů, byla zajištěna adekvátní hydratace intravenózní cestou. Probíhala také komunikace s pacientem a popis všech prováděných úkonů i přes nevědomí, zda – li pacient vnímá.

Byl povolen přístup zbytku rodiny na oddělení intenzivní péče k rozloučení s pacientem. Na přání rodiny byla zajištěna spirituální podpora knězem, který poskytl duchovní služby pacientovi i jeho rodině. K jiné interakci ošetřujícího personálu s rodinou pacienta nedošlo a nebyla nabídnuta žádná psychosociální pomoc. Po pacientově smrti, kdy se nekonaly žádné život zachraňující úkony ze strany personálu, se kontakt s rodinou, po vyřízení všech náležitostí spojených se smrtí pacienta, přerušil.

Kazuistika 2

Anamnéza: 52letý pacient s opakovanou uroinfekcí pod obrazem amyotrofické laterální sklerózy.

Pacient s progresivní amyotrofickou laterální sklerózou v období posledních tří let. Již od začátku progresu docházelo k postupnému zhoršení neurologického stavu, například svalové atrofii, která se projevovala problémy s chůzí a pohybem, kdy se pacient dostal přes pohyb na invalidním vozíku k upoutání na lůžku. Hned z počátku progresu byla zavedena tracheostomická kanyla, zatím bez potřeby umělé plicní ventilace. S vymizením polykacího reflexu bylo indikováno zavedení PEG (perkutánní endoskopické gastrostomie). Další progresu stavu vedla k potřebě podpory dýchání umělou plicní ventilací a po pobytu v zařízení následné péče byl pacient propuštěn do domácí péče na UPV. Pacient je trvale inkontinentní, vylučování je zajištěno pomocí permanentního močového katetru.

Prognóza byla stanovena, vzhledem k progresi onemocnění, jako nepříznivá. Pacient i rodina byli s prognózou seznámeni a všemu dle jejich vyjádření porozuměli. **Pacient je dle stavu a prognózy zařazen do paliativního režimu péče, což u tohoto pacienta znamenalo neprovádění život zachraňujících úkonů při náhlém zhoršení stavu a zástavě životních funkcí.** V průběhu progresu onemocnění trpěl pacient opakovanými komplikacemi, jako jsou infekce dýchacích cest, infekce močových cest, dekubity a jiné. V době výzkumu byl přijat na jednotku intenzivní péče pro infekci močových cest.

Při přijetí byl pacient při vědomí, s TSK na umělé plicní ventilaci, afonický, ale všemu rozuměl a mimicky a lehkým pohybem hlavy odpovídal prakticky okamžitě. Trpěl amyotrofií prakticky celého těla s epizodami interminentních fascikulací. Dle manželky byl několik dní febrilní, objevila se hematurie, průjem a poté zácpa.

Průběh hospitalizace a paliativní péče: V rámci lékařské intervence byla nastavena antibiotická léčba a volumoterapie, léčba uroinfekce a podpora funkce dýchacích cest.

Komunikace s pacientem byla obtížná, ale ne nemožná. Přesto, že byl afonický, dalo se s ním komunikovat způsobem, že na otázky přikyvoval či využíval jiné mimické grimasy, kterých byl schopen, dokonce se i lehce usmíval. Pacient byl již z dřívějších

pobytů v nemocnici ohledně svého onemocnění plně informován a byl seznámen se svou prognózou, taktéž i jeho rodina. Manželka udávala, že již v průběhu let měli možnost se se stavem a prognózou smířit, ale neházejí „flintu do žita“ a snaží se i takovýto život zpříjemnit. Dle manželky a dřívějšího vyjádření pacienta, je pro něj i jeho rodinu důležité, aby se pacient cítil dobře i přes předpoklad další progresu. Popisují také, že během let naději na uzdravení spíše ztratili a není to tedy jejich primární cíl.

U pacienta probíhala péče shodná s běžnými úkony, které jsou mu poskytovány v domácím prostředí. Prováděla se celková hygiena, polohování, zajištění stravy pomocí PEG. Vše se dělo pod dodržováním zásad zachování důstojnosti, tedy aby nedocházelo například ke zbytečnému obnažování. Provádění hygieny u pacienta dával větší prostor pro komunikaci a věnování se pacientovi. Ošetrovatelský personál se pravidelně tázal, zda – li se pacient cítí dobře a jestli ho něco nebolí, který na to posunky a příkyvováním odpovídal.

Na oddělení pravidelně docházela manželka, která si s pacientem povídala a společně sledovali v televizi zprávy. Je zde ovšem časová omezenost návštěvních hodin, takže setkání netrvalo dlouho. Při každé hospitalizaci se těšila, až bude mít manžela opět doma, jsou na sebe zvyklí. Na druhou stranu přiznávala, že si mohla trochu odpočinout. Vždy se dala do krátké řeči s personálem, ptala se na stav pacienta, jestli se vše vyvíjí dobře. Personál se na psychický stav a potřeby manželky aktivně neptal.

Pacient v průběhu hospitalizace reagoval na léčbu. Byla upravena a zajištěna výživa pomocí PEG, která ke zlepšení stavu také přispívala. V rámci pacientova stavu byla nařízena i rehabilitace, takže k pacientovi pravidelně docházeli fyzioterapeuti, kteří se starali o jeho fyzický stav, o který se jinak v domácím prostředí stará manželka.

Léčba uroinfekce zabrala a pacient již nevykazoval jiné známky infekce. Bylo tedy indikováno propuštění pacienta zpět do domácí péče s četnými doporučeními (častější výměna PMK, častější hygiena, dodržování nově nastavené enterální výživy do PEG).

Po ukončení hospitalizace se s pacientem nebo jeho rodinou neudržoval žádný kontakt.

Kazuistika 3

Anamnéza: 37letý pacient s jaterní cirhózou ethylické etiologie.

Pacient byl přivezen na urgentní příjem pro opakované krvácení z jícnových varixů na podkladě ethylické cirhózy jater, kde bylo akutně provedeno endoskopické naložení hemoklipů do jícnu. Dále byla indikována hospitalizace na jednotce intenzivní péče.

Abúzus alkoholu přetrvával již od 13 let, se skutečností, že již tři měsíce (první projevy ethylického poškození jater a první hospitalizace) alkohol nekonzumuje.

Při přijetí byl pacient při vědomí, bez encefalopatie, orientován v prostoru, čase i situaci. Dýchání bylo popsáno jako eupnoické, bilaterální s ojedinělými vrzoty. Náplň krčních žil nezvýšená a akce srdeční pravidelná. Kůže i skléry byly popisovány jako ikterické, ale izokorické, otoky dolních končetin až nad kolena s objemným břichem, které bylo tuhé a neprohmatné. Dle provedených zobrazovacích vyšetření byla zjištěna přítomnost volné tekutiny v břišní dutině (ascites) a v pravé části hrudní dutiny (fluidothorax), výrazná hepatomegalie a splenomegalie.

Průběh hospitalizace a paliativní péče: Při zahájení hospitalizace byla okamžitě indikována punkce břišního výpotku, který byl zkalený a silně zapáchající, svědčil o probíhající infekci. Byla tedy indikována antibiotická léčba, tekutinová restrikce a diuretická léčba pro opakovaně narůstající ascites a neustupující otoky dolních končetin. Dále byla nastavena léčba podpory funkce jater a zavedena parenterální výživa.

Stav pacienta byl zpočátku přijatelný, vždy přicházelo mírné zlepšení po vykonaných intervencích (punkce ascitu). Byla konzultována možnost transplantace jater s podmínkami určenými pro pacienty s dřívějším abúzem alkoholu, ale tento pacient **nesplňoval podmínky pro přijetí na čekací listinu pro transplantaci jater pro kachexii a rychle progredující stav.**

Hospitalizaci a léčbu komplikovaly různé situace, které poukazovaly na neúčinnost léčby. Docházelo k rozvoji výrazné enterorhagie a melény, projevovала se střevní insuficience a docházelo k hematinovému zvracení. Opakovaná punkce břicha ukázala na vývoj hemoperitonea, tedy přítomnost zkrvaveného tekutého obsahu s břišní dutině.

Chirurgické konzilium, které bylo vyžádáno, neindikovalo chirurgickou intervenci masivního hemoperitonea, vzhledem k nepříznivému stavu. Na tento popud a zvážení všech možností a stavu pacienta, ošetřovatelský tým **rozhodl pokračovat pouze v konzervativní symptomatologické péči.**

Pacient byl v průběhu celé hospitalizace při vědomí, orientován a nevykazoval známky encefalopatie. Byl tedy o svém stavu jasně informován a byla mu sdělena závažná prognóza. Informována byla také matka, se kterou muž bydlel.

Pacient závažnou prognózu přijal, uvědomoval si důsledky svého dřívějšího chování v abúzu. Ovšem, v té době nebyly možné návštěvy v nemocnici v důsledku rozvoje nepříznivé epidemiologické situace, takže pacient neměl možnost o svém stavu komunikovat se svými blízkými. Často komunikoval s přáteli a matkou přes telefon, které také sděloval informace o svém stavu, tudíž, kontakt mezi ošetřujícím personálem a matkou pacienta nebyl častý.

Pacient byl dotazován, za jakého důvodu začal pít alkohol v tak brzkém věku, na což odpovídal, že v rámci sociální skupiny, ve které se pohyboval a poté pro zmírnění depresivních stavů po smrti bratra, který zahynul při autonehodě. Poté se z toho stala spíše závislost než možnost úlevy. Svých životních rozhodnutí litoval, že abúzus alkoholu nebral vážně do té doby, než se začali objevovat obtíže a než pochopil, že je pozdě. Při uvědomění svého závažného stavu docházelo u pacienta k depresivnímu chování, kdy sděloval ošetřujícímu personálu výroky typu: „už aby bylo po mně, abyste se mnou neměli starosti“ a jiné tomu podobné. Ošetřující personál se snažil tyto výroky ze strany pacienta eliminovat a uklidňovat pacienta, že není na obtíž.

Během skoro celé hospitalizace byl pacient při vědomí a schopný, tudíž nevyžadoval zvláštní péči při uspokojování svých biologických potřeb (hygiena, zpočátku výživa, vyprazdňování). Jedinou potřebou, o kterou žádal, byla možnost přímého kontaktu s matkou, který ale nebyl možný z důvodu nepříznivé epidemiologické situace.

V posledních dnech si pacient stěžoval na zhoršující se bolesti břicha, tudíž byla nastavena léčba bolesti opiátovými analgetiky. Progrese stavu byla velmi rychlá a v posledních hodinách si pacient stěžoval na ještě intenzivnější bolesti i přes podanou

opiátovou léčbu, léčba bolesti byla tedy navýšena. Pacient během ranních hodin postupně ztrácel vědomí, až došlo k zástavě základních životních funkcí. O této skutečnosti byla telefonicky informována matka, která takto rychlý průběh nečekala a velice ji to zasáhlo, i když o nepříznivé prognóze věděla. Byla smutná, že neměla možnost se se synem vidět a případně se rozloučit. Byly ji předány pacientovi osobní věci, což bylo posledním kontaktem rodiny s ošetřujícím personálem pacienta.

Kazuistika 4

Anamnéza: 62letý muž s primárním kardiálním onemocněním po STEMI přední stěny a opakovaných recidivách.

Pacient byl převezen na interní jednotku intenzivní péče z koronární jednotky intenzivní péče pražské nemocnice, pro lůžkovou tíseň, k péči na kombinovanou inotropní a vasopresorickou podporu při recidivách po prodělaném STEMI.

Pacient se dlouhodobě léčil pro esenciální hypertenzi, srdeční arytmie, ischemickou chorobu dolních končetin na podkladě smíšené hyperlipidémie. Dříve také prodělal cévní mozkovou příhodu. Všechny dlouhodobé potíže byly sledovány a léčeny.

Při přijetí byl pacient při vědomí, ovšem špatně orientovaný, spolupracoval rámcově, špatně se pohyboval, překvapivě bez bolestí. Dýchání bylo popisováno jako tachypnoické a oslabené s vrzoty na obou stranách. Akce srdeční byla pravidelná, ale tachykardická. Břicho měkké a nebolestivé. Kachektický pacient byl vyživován nasogastrickou sondou. Kůže pacienta byla vyschlá, s četnými jizvami, defekty a dekubity.

Pacient byl extubován již v pražské nemocnici, nicméně, při příjezdu byl pacient výrazně dušný a během několika minut se rozvinula opětovná respirační tíseň, neklid a výrazné dechové úsilí. Pacient začínal být celkově vyčerpaný a byla tedy indikována reintubace a nutnost umělé plicní ventilace.

Průběh hospitalizace a paliativní péče: Z počátku hospitalizace byla snaha o oběhovou a respirační stabilizaci, byla tedy nastavena terapie srdečního selhání a infekčních projevů způsobených pravděpodobně z četných defektů a dekubitů na kůži.

Pacientovi byl indikován klidový režim s jednodenní rehabilitační péčí na lůžku, která byla realizována fyzioterapeuty. Byla nastavena také péče o kožní defekty, které potřebovaly i chirurgickou péči, byly tedy předepsány převazy defektů s kontrolou lékaře z chirurgického oddělení.

Během hospitalizace byl pacient kontinuálně somnolentní až soporózní a pro UPV na kombinované analgosedaci. Na oslovení pootevíral oči, ale výzvě nevyhověl. Při

manipulaci nevykazoval známky bolesti (mimika a jiné). V lepších dnech, kdy bylo pacientovo vědomí v lepším stavu byla snaha něco říct, ale nebylo mu rozumět, a tak po pár pokusech o komunikaci vyčerpал své síly a pokusy vzdal. Později se snaha o jakoukoli komunikaci ze strany pacienta vytratila úplně.

Pro zlepšení hemodynamického a ventilačního stavu bylo indikováno zmírnění sedace, ovšem po „dotlumení“ došlo k psychomotorickému neklidu pacienta s možným podílem delirantního stavu, při kterém došlo ke svévolné extubaci a byla opět indikována sedativní medikace, ovšem bez opětovné intubace. Podpora dechových funkcí byla po incidentu realizována neinvazivní metodou.

S rodinou pacienta se prováděl jen telefonický kontakt v důsledku nepříznivé epidemiologické situace a zákazu návštěv v nemocnicích. Rodina se ovšem o stav pacienta zajímala a pravidelně se telefonicky spojovala s ošetřujícím personálem. Lékaři museli rodině sdělit informace o onemocnění jejich blízkého. Musela si vyslechnout závažné diagnózy a předpoklad nepříznivé prognózy. Opakovaně se ptali na osobní návštěvy u pacienta, ale vzhledem k nastavené péči o pacienta, která zatím nebyla nastavena jako paliativní, nebyla možná, což rodinu znešťastňovalo. Později ale nepříznivou prognózu přijali, i když stále doufali ve zlepšení stavu a vyléčení jejich blízkého.

Pacientův stav se nelepšil, spíše docházelo k progresi infekčního stavu z kožních defektů, které se, vzhledem ke snížené obranyschopnosti a špatnému celkovému stavu, neměly šanci hojit a spíše se zhoršovaly. **Na základě různých konzilií a zvážení pacientova stavu a prognózy se lékařský tým rozhodl limitovat léčbu a smyslu DNR (do not resuscitate= neresuscitovat, nekřísit) a DNI (do not intubate=neintubovat).** O této skutečnosti byla informována rodina, která nebyla z rozhodnutí šťastná, ale respektovali rozhodnutí lékařů.

Neinvazivní podpora dýchání a oxygenoterapie byla pacientem špatně snášena, spíše nebyla vůbec tolerována. Celkový kontakt s pacientem byl velmi omezený, spolupráce byla v podstatě nulová, což znesnadňovalo veškerou ošetrovatelskou a léčebnou péči. Bylo těžko odhadnutelné, zda nespolečná péče pacienta byla způsobená neprosperujícím

stavem spojeným s delíriem či neochotou a rezignací pacienta. Odhadem se jednalo o kombinaci obou psychických stavů.

Další dny nepřinášely zlepšení stavu pacienta, spíše naopak. U pacienta dochází k progresu systémové zánětlivé reakce. Ze stran lékařského a ošetrovatelského týmu byla snaha o zmírnění projevů a zlepšení stavu, tudíž byla indikována výměna všech invazivních vstupů a nařízena léčba antibiotiky a antimykotiky, ale bez efektu. Pacient začal vykazovat příznaky obrazu celkového algického syndromu, na který se reagovalo podáním silných analgetik ve formě opiátů, jejichž počáteční dávka nebyla dostatečná a musela být navýšena.

Prognóza pacienta vedoucí k vyléčení či přežití byla zvážena a po úvahách lékařského týmu prohlášena za nemožnou a pacient byl převeden do režimu paliativní péče.

V režimu paliativní péče byla umožněna návštěva rodiny u pacienta s opatřeními, které bylo nutné, vzhledem k epidemiologické situaci, dodržovat. Rodina byla při osobním setkání s pacientem rozrušená a nemohli uvěřit, že se tohle děje jejich blízkému. Přiznávali, že je zpráva o nepříznivé prognóze zas tak nezaskočila, věděli o polymorbiditách pacienta spojených a způsobených špatným životním stylem, který zahrnoval hlavně silný nikotinismus. Pacient měl prý svou hlavu a o svém zdravotním stavu nerad mluvil a nenechal si poradit.

Paliativní péče u tohoto pacienta neměla dlouhého trvání. Vzhledem k celkovému stavu pacienta a silné analgetické léčbě došlo v ranních hodinách dalšího dne k srdeční zástavě, kdy se respektovala indikace DNR a DNI a smrti pacienta v klidu, bez zásahů. Rodina byla o skutečnosti informována. Během dne se rodina dostavila pro osobní věci pacienta, poděkovala za poskytnutou péči jejich blízkému. Zdálo se, že smrt blízkého očekávali a byli s ní smířeni. Tímto skončil veškerý kontakt s pacientovou rodinou.

Kazuistika 5

Anamnéza: 66letý pacient s poruchou vědomí těžkého soporózního charakteru a sepsí nejasného zdroje.

Pacient v chronickém dialyzačním procesu byl přijat zprvu na interní oddělení pro celkovou slabost, hypoglykémii a elevaci systémových známek zánětu. Postupná progresse stavu indikovala překlád na jednotku intenzivní péče ještě tentýž den. Příčina poruchy vědomí byla odhadem stanovena z důsledku hypoperfúze centrálního nervového systému při hypotenzi a cévní stenóze. Vstupním vyšetřením tato příčina nebyla potvrzena, ale byla vyloučena toxická příčina.

Pacient se chronicky léčil s diabetem mellitu 2. typu na dietním režimu, arteriální hypertenzí, srdeční arytmií a chronickým renálním selháním, nefrosklerózou a dianefropatií v trvalém dialyzačním programu.

Při přijetí byl pacient v soporózním vědomí, kdy na oslovení otevíral mírně oči, neodpovídal ani nepřikyvoval na dotazy. Dýchání bylo objektivně obtížné, ale spontánní, tachypnoické, poslechově čisté a sklípkové, bez jiných fenoménů. Náplň krčních žil nezvýšená, akce srdeční pravidelná a normokardická. Kůže byla bez ikteru a bez cyanózy, ovšem bledá, dolní končetiny bez otoků, periferní pulzace nehmatná. Na levé dolní končetině měl amputované dva prsty. Na horních končetinách byly drobné hematomy.

Průběh hospitalizace a paliativní péče: Zpočátku byl pacient v soporózním vědomí, při kterém na oslovení mírně otevíral oči, ale na dotaz neprojevoval žádnou aktivitu. Vzhledem k pravděpodobným příčinám stavu a příznakům byla zahájena hemodynamická stabilizace vazopresorickou a volumovou podporou, byla také zahájena rozšířena antibiotická léčba pro systémovou zánětlivou reakci.

Hned zpočátku hospitalizace docházelo k progresi stavu vědomí a neefektivní ventilaci a bylo nutné provést orotracheální intubaci a zahájit umělou plicní ventilaci spolu analgosedací. Postupně také docházelo k progresi septického šokového stavu nereagujícího na léčbu, kdy zpočátku byla snaha o intenzivnější léčbu eskalací hemodynamické podpory a nasazení kortikoidů. Jako příčinu septického stavu vzali lékaři

v úvahu zánícení permanentních katetrů pro hemodialyzační léčbu, tento vstup byl tedy odstraněn a dočasně nahrazen katetrem do centrálního žilního systému.

První kontakt s rodinou pacienta byl pouze telefonický pro nepříznivou epidemiologickou situaci, kdy přetrvával zákaz návštěv v nemocnicích. Rodina se pravidelně ptala na stav svého blízkého a opětovně se dožadovala návštěv, které jim bohužel nebyly umožněny. Tato situace dělala rodinu velmi nešťastnou. Jejich psychický stav nebyl ošetřujícím personálem konzultován a nebyly doporučené žádné možnosti podpory.

Během dní se pacientův stav zlepšil, hemodynamická léčba zabírala a docházelo také k reakci na antibiotika, bylo tedy indikováno vysazení analgosedace a postupné probouzení pacienta při přetrvávající intubaci a UPV. Buzení pacienta bylo ovšem bez efektu a s odstupem několika dní bylo indikováno CT vyšetření, které ukázalo, že neurologický stav pacienta byl velice špatný. Pacient přetrvával bez fotoreakce a fixace očí a byl kvadruplegický. **V důsledku přetrvávání tohoto stavu bylo rozhodnuto o limitaci a nerozšiřování další léčby a přechod na paliativní způsob péče.**

Karty se obrátily a pacientův stav se začal zlepšovat. Docházelo k neurologickému zlepšení stavu, kdy pacient začal adekvátně reagovat, snažil se spolupracovat, i když omezeně pro přetrvávající kvaduparézu. Projevoval se také algický syndrom končetin a zad, který byl korigován opiátovou analgetickou léčbou. Pro zlepšení komunikace bylo indikováno zavedení tracheostomické kanyly s pokračující ventilační podporou. Další snahou bylo obnovení plné enterální výživy. Během těchto dní se pacient snažil komunikovat, projevoval například bolest mimickými výrazy. Byla zde také snaha o komunikaci abecední tabulkou, což ale nebylo možné pro přetrvávající kvaduparézu. Byla také indikována pravidelná rehabilitační cvičení, která měla pacientovi pomoci se zvládnutím jeho neurologického stavu a algického syndromu. Z pacientova výrazu se dalo usuzovat, že je nemožnost komunikace a pohybu ho velice trápí. Později odmítal i ten malý příjem enterální výživy, který mu byl dovolen. Paliativní způsob péče zatím nebyl přerušen a nadále pokračoval.

I přes zlepšení neurologického stavu naopak docházelo k další progresi zánětlivých parametrů, pravděpodobně z nákazy nozokomiální pneumonií a bylo tedy indikováno zintenzivnění antibiotické léčby. Znamky systémové zánětlivé reakce stále neustupovaly a pacientův celkový stav se opět začal zhoršovat. Ze somnolentního vědomí se stav zhoršil zpět do soporózního, který přetrvával i přes stabilizovanou hemodynamiku.

Dle lékařů nebyla rozpoznána jednoznačně řešitelná příčina stavu, prognóza pacienta byla stanovena jako nepříznivá a nevedoucí ke zlepšení kvality života, kdy by docházelo jen k prodlužování pacientova utrpení. **Konsenzuálním procesem došlo k rozhodnutí o pokračování v limitované a paliativní léčbě.**

Pacient sám nebyla ve stavu vědomí, který by lékařům umožňoval sdělit mu závažnou diagnózu a prognózu, ale s nepříznivou diagnózou byla seznámena rodina pacienta, která neunesla tuto situaci dobře, ovšem s postupem lékařů souhlasila a rozuměla okolnostem, které k tomuto rozhodnutí vedly. Byla jim také umožněna návštěva u jejich blízkého. Na návštěvu přišla manželka s dcerou. Manželka při pohledu na svého manžela začala plakat, ale její dcera ji poskytla oporu. Ošetrovatelský personál se do setkání nepletl a nechal rodinu být se svým blízkým.

Pacient v tomto stavu přetrvával nějakou dobu, lze usuzovat, že vnitřně bojoval za přežití i bez lékařské podpory. Pokračovala rehabilitační péče a ventilační podpora, parenterální výživa a předcházelo se dalším komplikacím jako jsou například dekubity.

V podvečerních hodinách po skoro třítydenní hospitalizaci se začal pacientův hemodynamický stav rapidně zhoršovat a v důsledku toho byla zavolána rodina pro možnost se s pacientem rozloučit. Rodina této nabídky využila a strávila poslední chvíle se svým blízkým. V rámci možností byli spokojeni, že měli možnost se s manželem a tatínkem rozloučit a děkovali ošetrovatelskému personálu za jejich péči. Byli rádi, že je jejich blízký udržován v čistotě a klidu. V dopoledních hodinách pacient umírá pro zástavu srdeční a na indikaci lékařů nebyla prováděna resuscitace. Rodina byla o této skutečnosti informována, během dne se dcera dostavila pro pozůstalé věci a tímto se kontakt mezi rodinou a personálem plně přerušil.

Hodnocení kazuistik paliativní péče poskytované bez intervence paliativního týmu

- 1. Léčba bolesti:** Dle mého názoru je léčba bolesti obecně již dobře zvládána napříč všemi medicínskými obory. U těchto kazuistik je vidět uvědomění, že pokud pacient netrpí bolestmi, tak není nutné léčbu bolesti u paliativního pacienta nastavovat, i když je léčba bolesti jedním z principů paliativní péče, což může vidět v kazuistikách 1 a 2. Naopak je příkladně poukázáno na správné nastavení léčby bolesti a její korigování při zlepšení nebo zhoršení stavu, tak aby se pacient cítil dobře, ale aby nebyl zbytečně utlumený. Myslím, si, že léčba bolesti je u těchto kazuistik velmi dobře zvládána.
- 2. Naplnění potřeb:** V rámci péče o paliativní pacienty bez intervence paliativního týmu není běžnou praxí ptát se na jiné potřeby pacienta než na biologické, kterýž uspokojení je pracovní náplní ošetrovatelského týmu na běžném intenzivním oddělení. Jiné potřeby nejsou ve většině případů zjišťovány a nějak zaznamenány a jejich saturace není většinou obstarávána, což je dle mého názoru nedostatek v běžné péči.
- 3. Zachování přijatelného fyzického stavu a mírnění fyzických obtíží:** Udržování přijatelného fyzického stavu také zařazujeme do běžného plánu ošetrovatelské péče nejen u pacientů v paliativním režimu. Tudiž, například zajištění adekvátní rehabilitační péče, polohování pacienta pro zamezení komplikacím, jako jsou například atrofie svalů, proleženiny a jiné, jsou dobře zvládnuty i na oddělení bez intervence paliativního týmu.
- 4. Zachování důstojnosti:** Zachování důstojnosti je základem ošetrovatelské péče o pacienta v nemocničním zařízení, takže by mělo být samozřejmostí. Myslím si, že na tomto oddělení je zachování důstojnosti dodržováno velmi dobře, například při hygienách nebo jiných výkonech prováděných u pacienta. Oslovování jménem či titulem je na tomto oddělení také dodržováno.
- 5. Podpora psychické pohody, zvládnutí negativních emocí:** Komunikace s pacientem ohledně jeho psychického stavu je na stejné omezené úrovni jako celková komunikace. Objevují se lehké náznaky snahy zjišťování nálady a psychického stavu, především při provádění celkové hygieny. Vyjádření emocí jsou ovšem pouze vyslechnuta a nabídka psychické podpory s odborníkem na psychické zdraví není běžně nabízena. Psychický stav rodinných příslušníků není

vůbec ze strany personálu zjišťován a komunikován a není nabídnuta žádná pomoc.

- 6. Komunikace, porozumění diagnóze, léčbě a prognóze:** Jak jsem již zmínila, komunikace s pacienty na běžném oddělení je velmi omezená a pro některé pacienty nedostatečná. Z pohledu personálu můžeme říct, že nemají prostor pro obsáhlou komunikaci s pacienty. V nějakých případech se může jednat také o neochotu personálu s pacientem komunikovat jinak než ohledně zdravotnických intervencí. Co se týče porozumění diagnóze, léčbě a prognóze je, dle mého názoru, dobré, jelikož se personál snaží o důsledné interpretování a vysvětlení faktů pacientům i jejich rodinám.
- 7. Ozřejnění/dokumentace a respektování spirituálních potřeb:** V kazuistice 1 je hezky ukázáno poskytnutí spirituální péče, kdy byla umožněna návštěva kaplana u umírajícího pacienta, ovšem na žádost rodiny. Od zdravotnického personálu tato nabídka nepřišla.
- 8. Znalost, dokumentace a respektování hodnot a priorit pacienta:** Toto kritérium v se v případě těchto kazuistik nedá hodnotit, protože hodnoty a priority nejsou zjišťovány a nemou mít tedy žádný dopad na průběh pobytu v nemocničním zařízení.
- 9. Zajištění kontaktu s blízkými osobami:** Zajištění kontaktu s blízkými osobami se odvíjel od nástupu nepříznivé epidemiologické situace, kdy nebyla možnost osobních návštěv u pacientů ve zdravotnických zařízeních. Kontakt pacienta s rodinou byl umožněn, pokud se pacient dostal do terminálního stavu a byl zařazen do paliativního systému péče. Délka návštěvy se také odvíjela od návštěvních hodin na oddělení.
- 10. Podpora blízkých osob:** Ze všech těchto kazuistik vyplývá, že podpora blízkých osob je prakticky nulová. Personál se aktivně na psychický stav rodiny nedotazuje a v žádném z případů není nabídnuta žádná forma podpory. Pozdější kontakt, i po případné smrti pacientů, se také nekoná.

Kazuistiky paliativní péče poskytované s intervencí paliativního týmu

Kazuistika 1

Anamnéza: 53letá žena s difúzním velkobuněčným B-lymfomem v 2. cyklu chemoterapie s postižením malé pánve.

Pro bolesti kyčle podstoupila pacientka rehabilitace, RTG vyšetření a analgetickou léčbu. Po roce bylo provedeno CT vyšetření, které prokázalo DLBCL. Byly provedeny kroky k okamžitému zahájení léčby. Byly indikovány cykly chemoterapie, nicméně bez výsledku, přesto se prováděly další. Pacientka během léčby podstoupila odebrání vlastních krvetvorných buněk a po podaných cyklech chemoterapie byl proveden autologní převod těchto buněk. V záloze byla i genová terapie. V průběhu léčby také podstupovala různá doplňující vyšetření, například PET. V důsledku onemocnění byla pacientka opakovaně přijímána k hospitalizaci, ať pro pokračování léčby, vyšetření či komplikace.

Pacientka se v průběhu léčby potýkala s nepříjemnými komplikacemi jako jsou flegmóny, uroinfekce, respiračních infekce, enterologické infekce a s nepříjemnými projevy onemocnění a léčby, jako je nechutenství, v jehož důsledku byla občasně zavedena parenterální výživa.

Průběh hospitalizace a paliativní péče: Během hospitalizace se u pacientky vystřídali různí členové paliativního týmu, převážně sestry a lékaři, ale i psycholog a kaplan.

Stav pacientky se v průběhu hospitalizace měnil dle prováděných vyšetření a podstoupených léčebných intervencí. Převážně byla pacientka v dobré náladě, ale opakované hospitalizace jí vždy znepříjemňoval pobyt na vícelůžkovém pokoji. Vnímala to jako nepříjemný pocit a mnohdy usilovala o jednolůžkový pokoj. Při pobytu na vícelůžkovém pokoji pacientka vyžadovala krátkou procházku, kde se začala cítit lépe.

Po prodělané léčbě, především chemoterapii, se vždy pacientka cítila zesláblá a chronicky se potýkala s nevolností a nechutenstvím, na druhou stranu se jí stýskalo po oblíbeném jídle. V důsledku onemocnění bylo pro pacientku nepříjemností opakované

otékání a bolesti poškozené nohy, které byly analgeticky korigovány, někdy ovšem bez úspěchu. Každá oděrka a ranka byla pro pacientku stresovou situací pro obavu z infekce. Při objevu jakékoli ranky byla pacientka profylakticky léčena antibiotiky.

I přes psychickou nepohodu, kterou jí nemoc způsobovala, bylo pacientkou vyžadováno pravidelné, přesné a upřímné sdělování informací o jejím zdravotním stavu, i co se týkalo špatných zpráv. Největší radostí jí v poslední době udělalo uvědomění, že jí zprvu ošetřující lékaři sdělili nepříznivou prognózu, která zahrnovala jen několik měsíců života a ona je již delší dobu, než byl předpokládán čas přežití, stále na světě v relativně dobrém stavu, kdy dokáže v rámci možností normálně fungovat.

Pacientka byla v průběhu hospitalizace ráda za každý rozhovor, především se zástupci paliativního týmu, ať se jednalo o lékaře, sestry či jiné členy. Při rozhovoru vždy ráda zmiňovala úspěchy svých dětí, chvílky strávené s manželem a její denní aktivity, probírala své zaměstnání a pozdější pocity ze ztráty práce v důsledku nemoci a častých hospitalizací. Sdělovala, jak je ona i její rodina z procesu léčby unavená, ale pro ně to chce zvládnout a vydržet. Pacientka neměla problém vyjadřovat své emoce, kladné i záporné. Měla potřebu ventilovat své obavy z nemoci, léčby a své budoucnosti, že se někdy cítila frustrovaně a zažívala psychické propady. Tyto emoce byly sdíleny a byla poskytována psychopodpora, především členy paliativního týmu.

Pacientka, i přes fakt, že není náboženského vyznání, opakovaně využívala návštěvu kaplana paliativního týmu, který s ní vedl podpůrný rozhovor, po kterém se vždy cítila lépe. Během hospitalizace nebyl umožněn přístup návštěv kvůli nepříznivé epidemiologické situaci, ale s rodinou vyřešili situaci tak, že ji chodili navštěvovat pod okno. I tento nepatrný kontakt poskytl pacientce příval energie a kladných emocí. Rodina podporu paliativního týmu nepožadovala, nebyla sjednána žádná sezení, ale o podpoře své blízké věděli a byli za ni vděční.

Po každém ukončení hospitalizace byla pacientce nabízena buď telefonická nebo ambulantní setkání s členy paliativního týmu, které pravidelně využívá.

Kazuistika 2

Anamnéza: 49letý pacient s Waldenströmovou makroglobulinémií

Pacient byl přijat na interní kliniku po komplikacích v perioperačním období. Operační výkon v dutině břišní byl indikován pro získání diagnostického vzorku v rámci vyšetřování jeho primárního onemocnění. Komplikacemi spojenými s výkonem byly především dehiscence rány, progredující septický stav a hemodynamická nestabilita. Pro tento stav byla indikována revizní operace s evakuací mezikličkových abscesů a výplachem dutiny břišní. I po revizi se u pacienta jevil těžký septický a hemoragický šok s respiračním selháním.

Pro velmi špatný celkový stav a špatnou předpověď dalšího vývoje stavu byl k pacientovi povolán podpůrný paliativní tým, pro rozhovor s pacientem i jeho rodinou.

Pacient byl při prvním setkání při vědomí, ale bez jakékoli reakce na oslovení či otázky, vydával pouze nesrozumitelné zvuky. Klidově byl pacient eupnoický, dýchání bylo sklípkové, poslechově čisté, ale oslabené, akce srdeční pravidelná a bez šelestů. Kůže byla bez ikteru a cyanózy, nicméně bledá a s čtenými defekty. Pacient byl prakticky imobilní, při palpaci břicha i jiných částí těla vyjadřoval pouze bolestivé grimasy. Končetiny byly bez otoků, ovšem na dolních končetinách v oblasti bérce se jevily pruhové nekrózy.

Průběh hospitalizace a paliativní péče: K současnému stavu byla nastavena volumoterapie, transfúzní terapie a antibiotická léčba. Pro velmi silné bolesti byla nastavena též velmi silná analgetická terapie.

Při první intervenci paliativního týmu byl pacient umístěn na resuscitačním oddělení v iatrogenním bezvědomí, intubovaný, na UPV, tudíž nebyl umožněn přímý kontakt. Kontakt v prvních setkáních byl realizován převážně s rodinou pacienta, především s matkou a dcerou. Ten byl zpočátku veden k porozumění onemocnění, dalšímu předpokládanému vývoji, rizicích a komplikacích. Lékař paliativního týmu také rodině sdělil nepříznivou zprávu, že vývoj stavu může vyústit ve fatální konec. Zpočátku se definovaly cíle péče, především snaha o obnovu vědomí pro lepší kontakt s pacientem

a prodloužení života i za cenu závislosti, kterou mu přinesou amputace končetin a střevní vývod. Za současné situace pacient nebyl indikován ke krokům vedoucím k obnovení vitálních funkcí (KPR), pouze k defibrilaci při případné maligní arytmií. Rodina byla s touto skutečností seznámena.

Po několika dnech od prvního kontaktu s rodinou se pacient začínal zlepšovat, byl přeložen z resuscitačního oddělení na chirurgický JIP spontánně ventilující, ovšem v bazálním režimu (rozuměl otázce, snažil se vyhovět, ale psychické tempo bylo zpomalené se špatnou výkonností). Pacient byl schopen základní orientace, při rozhovoru o své stavu projevoval známky porozumění. Na doporučení lékaře paliativního týmu se měla snížit dávka analgetické terapie, která mohla mít podíl na zpomaleném stavu pacienta a doporučil pomalou fyzickou aktivizaci.

I v dalších dnech po probuzení byl pacient stále vyčerpaný a velice bolestivý. Při lepších dnech se snažil o intenzivnější aktivizaci, snažil se pomáhat při hygieně a o pravidelný sed na lůžku, nicméně se brzy unavil. S dcerou byl v pravidelném telefonickém kontaktu. Zpočátku vědomého stavu přiznal, že ho návštěva paliativního týmu a rozhovor o jeho problémech obtěžoval, ale začal si uvědomovat, že moci si s někým popovídat není úplně špatné. S paliativním týmem mohl konzultovat i své potřeby, které byly v dané době stále jednoduché, jako být v čistotě a snažit se rozpohybovat. Jeho největší potřebou bylo samozřejmě uzdravení. Měl velké obavy z toho, že to nezvládne, ale s rozhodnutím lékařů v rámci DNR souhlasil, chápal, že by mu poresuscitační stav mohl spíše přitížit.

Během hospitalizace se u pacienta konaly různé výkony, například amputace nekrotických částí dolních končetin. Přiznával, že po amputaci se bolest z břicha přemístila do pahýlů, ale indikovaná analgetická léčba zabírala a přinášela úlevu. Cítil se vyčerpaný délkou hospitalizace a nepříznivým vývojem jeho stavu, což mu přinášelo špatné psychické rozpoložení a neochotu ke komunikaci. Stěžoval si na nenaplnění svých základních potřeb jako například dostatek jídla, tekutin a spánku, který narušoval především chod oddělení. Jídlo a tekutiny byly pacientovi později dovoleny a postupem času byl rád, když mu dcera donesla zmrzlinu a cucavé bonbony.

Střídání dobrých a špatných dní bylo u tohoto pacienta na pravidelném pořádku. V lepších dnech byl komunikativní, smál se a vyprávěl o svých zážitcích z mládí (trampování, koníčky, rodina a jiné). Při lepších dnech se členové paliativního týmu snažili vést komunikaci od nemoci a zaměřovat se spíše na jiná témata. Vypozorovali, že je to lepší řešení, protože i lepší psychický stav přispívá výrazně k lepšímu vývoji stavu.

Výrazný psychický posun k lepšímu přinesla bývalá manželka pacienta, která přišla na návštěvu. Již od dob odloučení spolu měli dobrý a přátelský vztah, který pacient líčil i jako důvěrný a upřímný. S bývalou manželkou mohl probrat celou svou cestu nemocí a řekl, že si tím mohl situaci znovu uspořádat. Velmi mu to pomohlo a další dny překypoval lepší náladou. Zaměřoval se na svůj cíl, kterým bylo zahojení ran a propuštění z nemocnice. Ke splnění jeho cíle mu dle sestry paliativního týmu dopomůže jeho silná vůle a paličatost. Rozhovory při předpokladu zhoršení stavu opakovaně odmítal, tudíž nebyla možnost pacienta na tuto situaci připravit a svěřil se, že pokud tento stav nastane, vše nechá na rozhodnutí lékařů.

Zlepšení stavu dále postupovalo, pacient si mohl dopřávat více oblíbených pochutin, aktivně se zapojoval do rehabilitace, užíval si pravidelné návštěvy blízkých a překypoval dobrou náladou, která byla narušována občasnými nepříjemnostmi, jako bolest, nemožnost konkrétního pohybu nebo i škrábání v krku a zvýšená teplota. Dle svých slov by potřeboval vyjít ven na čerstvý vzduch, tak mu byla tato možnost přislíbena, pokud bude přetrvávat dobrý stav, hlavně bez zvýšené teploty.

Lepší dny vystřídaly ty horší. Pacientovi se přitížilo, břišní dutina se stále nehojila a byla indikována opakovaná revize. Ani dekubitů na sacru se nedařilo pro špatný celkový stav léčit. Pacient byl v těchto dnech velmi unavený a bolestivý. I přes dřívější opakované odmítání vytváření scénáře „při zhoršení“, se k tomuto kroku odhodlal ve spolupráci s dcerou, ošetřujícím personálem a paliativním týmem. V těchto dnech se opět zintenzivnila komunikace s rodinou, kdy se také tým zaměřoval na špatný vývoj onemocnění a komunikovaly se i alternativy péče, které zahrnovaly domácí péči, hospicovou péči, jiné paliativní oddělení nebo přetrvání v současné nemocnici. I v těchto dnech bylo hlavním cílem uzdravení, ale otevřely se také témata špatného konce a vyslovení přání, prožít poslední chvíle doma a mít kontakt s blízkými.

Podpora týkající se duchovního kontextu nebyla pacientovi za jeho života neznámá, měl u sebe růženín, který opakovaně nabíjel, spolu s členy rodiny i paliativního týmu, dobrou energií, která mu dle jeho slov pomáhala při léčebných intervencích, ale v současné době, v rámci paliativní péče, ji odmítl. Vytvořil si příjemný vztah s dobrovolnicí působící v rámci paliativního týmu.

V pár posledních setkáních pacient otevíral spirituální témata týkající se bytí, významu lidského života, o limitech jeho jako smrtelníka, přemýšlel, co by bylo, kdyby vše nedopadlo podle jeho představ, zhodnocoval rizika, ale dokázal se namotivovat a závěr sezení byl vždy příjemný a motivovaný. Pochvaloval si čas, který mu paliativní tým věnoval, především jako člověku, a ne jako pacientovi.

Pokračující špatné dny přetrvávaly dlouhodobě, a proto se svolalo mezioborové konzilium, které řešilo etické dilema ohledně pokračování život prodlužujících intervencí a rozhodlo se o limitaci léčby ve smyslu DNR, DNI, a i stropové dávce katecholaminů, které budou podávány jen do určité dávky, ale nebudou se již navyšovat, ani při zhoršení stavu. Rozhodnutí bylo sděleno pacientovi, který si pomalu uvědomoval, že cíl vedoucí ke zlepšení stavu již nebyl dosažitelný. Vyslovil potřebu setkat se s rodinou, podívat se ven a zakouřit si. Projevoval emoce z obav nedůstojného a pomalého umírání. Tyto emoce byly vyslechnuty a byla vyjádřena podpora. Všechny informace byly současně konzultovány s rodinou, která začala postupně využívat ambulantních návštěv na paliativní klinice.

Pro pacienta se naskytla příležitost být přeložen na paliativní kliniku v jeho bydlišti. Překlad pacienta proběhl hned druhý den. Měl obavy z rychlého sledu událostí, nebral to velmi dobře, ale situaci chápal. Vyjadřoval sympatie směrem k paliativnímu týmu, péči si velmi pochvaloval, byl vděčný za podporu sebe i jeho rodiny. Členové paliativního týmu, kteří byli do současné doby s pacientem v kontaktu, nabídly pacientovi možnost pokračujících konzultací nebo občasných telefonických rozhovorů.

Kazuistika 3

Anamnéza: 32letá pacientka s respiračním selháním a plicní embolií v terénu onemocnění Covid-19.

Pacientka byla přijata na resuscitační oddělení pro progresi stavu ARDS. Při příjezdu byla pacientka intubovaná a na ventilační podpoře s nutnou potřebou napojení na V-A ECMO.

Pacientka byla praktickým lékařem odeslána na infekční lůžkové oddělení po pozitivním výsledku testu na Covid-19 s těžkou dušností. Postupně začal její stav progredovat, docházelo ke vzestupu CRP, vzestupu tělesné teploty a projevovala se celkovou slabostí. Při dalším zhoršení byla indikována endotracheální intubace a napojení na UPV a polohování do pronační polohy. Stav pacientky se spíše zhoršoval, progredovala oběhová nestabilita, objevila se masivní plicní embolizace a současně i projevy celkové septické odpovědi organismu. Proto bylo v oblastní nemocnici naplánováno napojení na V-A ECMO a akutní převoz z oblastní nemocnice na resuscitační oddělení pražské nemocnice. Pacientka je dlouhodobě sledována pro depresivně-úzkostné stavy bez medikamentózní úpravy.

Při přijetí byla pacientka v iatrogenním bezvědomí, intubovaná a na UPV bez spontánní dechové aktivity. Dýchání bylo sklípkové s oslabením a vrzoty. Akce srdeční pravidelná, bez šelestu, tlakově na nižší úrovni, náplň krčních žil nezvýšená. Kůže na končetinách s otoky, varixy, ale bez jiných defektů.

Průběh hospitalizace a paliativní péče: Během hospitalizace se u pacientky prováděly běžné ošetrovatelské úkony a rehabilitační terapie dle možností. Léčba byla nastavena dle stavu, tedy na navrácení hemodynamické stability, respirační podporu, odvodňování a antibiotickou terapii.

Podpurná komunikace s pacientkou v bezvědomí nebyla možná a jiná intervence paliativního týmu v současné době nebyla potřebná, vše zvládal ošetrovatelský a léčebný tým oddělení.

Ovšem, komu byla odborná pomoc paliativního týmu doporučena, byla rodina ženy, především maminka, která dceru denně navštěvovala. Paliativní sestra zpočátku kontaktovala maminku pacientky telefonicky a ta telefonát ochotně přijmula. Vstupem do rozhovoru popisovala celý průběh onemocnění její dcery a vyčítala si, jestli nešlo něco udělat lépe a proč se to dělo zrovna její dceři, která netrpěla žádnými fyzickými zdravotními problémy a vedla celkem zdravý životní styl. V tomto ohledu jí sestra vysvětlila celou situaci a utěšovala maminku, aby se neobviňovala. Dále se rozhovor přesunul k situaci maminky, která nebyla z Prahy a přebývala u známých, aby mohla dceru navštěvovat. Zbytek rodiny byl doma a čekal na její zprávy. Mamince se ozývali i přátelé pacientky a ptali se na její zdravotní stav. To maminku velice podporovalo a byla ráda za každý telefonát ohledně své dcery. Sestra se dozvěděla, že pacientka studuje religiozitu, protože jí maminka do nemocnice přinesla různé amulety, růženc a budhistický přívěsek, který pravidelně nabíjela energií pro svou dceru. Rodina se za svou blízkou modlila a posílali jí energii. Během tohoto sestru paliativního týmu nabídla mamince rozhovor s kaplanem, který zdvořile odmítla.

Při dalším rozhovoru sestry paliativního týmu s maminkou pacientky se sestra dozvěděla informaci, že pacientka byla odpojena od mimotělního oběhu, což byla pro ni i pro její rodinu dobrá zpráva. Maminka popisovala, že při neustálém myšlení na dceru nemohla spát a byla často rozrušená, na což sestra doporučila návštěvu u lékaře pro medikaci pomáhající ke spánku a poté i procházky v přírodě.

Stav pacientky se začal zlepšovat tak, že bylo možné ji odpojit od ventilační podpory. Po pár dnech lepšího stavu byla pacientka převezena zpět do oblastní nemocnice svého bydliště, ale kontakt s paliativní a podpůrným týmem pokračoval i nadále. Maminka telefonicky informovala sestru paliativního týmu, že je dcera při vědomí, orientovaná, schopná částečné sebezpečce a dokázala normálně komunikovat. Byla velmi motivovaná k rehabilitaci, takže byla postupem času schopná sedět na lůžku. Maminka vyslovila obavy o psychický stav své dcery, pokud vše nepůjde dobře a dostatečně rychle, proto požádala o podpůrný rozhovor i pro svou dceru, kterou sestra paliativního týmu s radostí přijmula a vyměnili si kontakty.

Sestra paliativního týmu tedy kontaktovala pacientku samotnou, která telefonát čekala a po vyprávění maminky se na něj těšila. Vyprávěla, že se jí daří dobře, extrahovali jí

centrální žilní katetr. Dobře spí, má chuť k jídlu a má povoleno, že jí maminka může nosit domácí stravu. Maminka měla u pacientky povolené návštěvy za bariérového přístupu. Maminka jí přinesla deník, který jí vedl tatínek v průběhu její nemoci a zapisoval každý její pokrok. Na druhou stranu si uvědomovala, že o další pokroky to bude ještě dlouhý boj, ale byla motivovaná k uzdravení. Sestra pacientku uklidnila, že tento postup je normální, i když je pomalý, ale doporučovala neztrácet naději. Musí poslouchat své tělo a dát mu čas na odpočinek.

Při dalším rozhovoru se pacientka chlubila dalšími pokroky. Například schopnost postavit se. Byl to pro ni velice osvobozující a motivující pocit. Stále si ale uvědomovala, že musí brát ohled na své fyzické rezervy a nesmí přecenit své síly. Dala si za cíl se uzdravit nehledě na dobu, která bude k uzdravení nutná. Velkou radost jí udělalo, když jí ošetrovatelský tým sdělil, že když půjde vše dobře, bude moc na vánoční svátky domů k rodině a v lednu podstoupit lázeňskou léčbu. Velmi si vážila deníku, který jí psal její otec během jejího bezvědomí a vše, co si čte jí připadalo šílené. Zvažovala svůj dosavadní život, hodnotila ho a plánovala si, co by chtěla ještě dokázat. Až bude v lepší kondici a schopná, požádala sestru paliativního týmu o osobní setkání s ní, paliativním týmem i ošetrovatelským týmem resuscitačního oddělení.

Poslední telefonický rozhovor byl veden již z domova, kam ji propustili z nemocnice těsně před svátky. Během pobytu doma udělala velké pokroky, chůzi zvládala už bez pomoci, dokonce chodila ven se svou fenkou. Velký problém jí stále dělala chůze do schodů, kdy jí trápilo, spíše než plíce a dýchavičnost, hlavně nestabilita. Stěžovala si na vypadání vlasů během hospitalizace, snažila se tady doplňovat vitamíny a používat přípravky, protože byla zvyklá na své dlouhé husté vlasy, takže tato změna pro ni nebyla příjemná. Hodně se zaměřila na svůj pobyt v nemocnici. Bere příhodu jako součást své cesty a říká, že překážky je nutné překonávat a je ráda, že ona tuto překážku překonala. Sestra paliativního týmu se při tomto rozhovoru ptala na maminku pacientky a dozvěděla se, že maminka zrovna není v dobré psychické kondici, protože se jí střádaly zdravotní potíže. Pacientka poprosila o rozhovor i pro svou maminku, který sestra ochotně přijmula.

Pacientka se po pobytu v lázních dostavila společně se svou maminkou na resuscitační oddělení pražské nemocnice, kde se léčila. Ošetrovatelský personál je obě rád viděl a ze setkání měl radost. Zamířili také za sestrou paliativního týmu, která byla s ní i její

maminkou v kontaktu během hospitalizace. Rozhovor byl veden velmi příjemně, sdělovali dceřiny pokroky v pokračující léčbě a plány do budoucna. Velmi si pochvalovali práci podpůrného týmu, především sestry, která s nimi byla v kontaktu. Do budoucna se domluvili na další telefonický kontakt, kdyby byla potřeba.

Kazuistika 4

Anamnéza: 47letý pacient s akutním vaskulárním onemocněním střeva v septicko-hemoragickém šokové stavu.

Pacient byl přivezen do oblastní nemocnice pro týden trvající nevolnosti, slabost a nechutenství, kdy při vyšetření byla zjištěna výrazná hypotenze, tachykardie a desaturace. Po více jak hodině od příjmu došlo u pacienta k aspiraci a hypoxické srdeční zástavě. Po úspěšném znovunavrácení spontánní oběhové cirkulace byl pacient urgentně transportován na specializované resuscitační oddělení pražské nemocnice.

Při přijetí byl pacient v šokovém stavu bez známek volné tekutiny v dutině břišní, nicméně byla provedena urgentní gastroskopie s drobnými výkony na sliznici. Pacient jevil známky multiorgánového selhání, projevující se renálním a respiračním selháním a koagulopatií. Pro přetrvávající stav byla indikována chirurgická intervence k resekci nekrotické tkáně a revizi střeva. Byla zjištěna mnohočetná krvácení a hemoperitoneum. Okolnosti vedly k odstranění nemalé části tenkého střeva a vytvoření ileostomie. Další revizní operační výkony byly prováděny v poměrně častých intervalech pro pokračující nelepšící se stav a krvácení.

Průběh hospitalizace a paliativní péče: Po vstupních urgentních výkonech byly podány transfúzní přípravky, ale stále pokračovala hemodynamická nestabilita poměrně dlouhou dobu, kdy již lékaři nedoufali v pozitivní výsledek. Od počátku celé hospitalizace byla nemocnice v kontaktu s rodinou pacienta, která zahrnovala především matku pacienta, přítelkyni, a hlavně malou 13letou dceru. **Pro přetrvávající špatný stav pacienta byla rodina doporučena k péči podpůrného paliativního týmu.**

Karty se obrátily a po dlouhé cestě došlo ke stabilizaci stavu pacienta, což dále umožnilo odstranění všech drénů z břišní dutiny, které byly zavedeny během operačních výkonů. Pacient byl také oprostěn od léčby renálního selhání, ovšem přetrvávající encefalopatie neumožňovala pacienta odpojit od ventilační podpory.

Vzhledem k bezvědomému stavu pacienta se první kontakt paliativního týmu konal především s rodinou pacienta. Nejdříve proběhl telefonický rozhovor s přítelkyní pacienta, kdy došlo k seznámení se sestrou paliativního týmu a poté krátký rozhovor

o rodinné situaci. Přítelkyně žije s pacientem a jeho dcerou, která zůstala z pacientova manželství, které skončilo úmrtím manželky. S rodinou svého druha má dobré vztahy, taktéž s jeho dcerou, je tedy v pravidelném obraze o stavu svého přítele. Ještě tentýž den se sestra paliativního týmu spojila s matkou pacienta. Popisuje jejich rodinnou situaci, a že je její rodina pro ni všechno. S pláčem popisovala postupnou sérii úmrtí v rodině během krátkého času, které začalo úmrtím snachy, manželky pacienta a maminky jeho malé dcerky, která zemřela na onkologické onemocnění. Celá rodina ji viděla trpět, včetně malé dívky, která je velmi křehká. Před svátečním obdobím zemřel druhý syn. Proto se zatím v rodině domluvili, že skutečný stav otce nebudou dívce sdělovat. Věděla jen o pobytu tatínka v nemocnici.

Svého syna maminka popisovala jako člověka, který nechodí k lékaři, až když už bylo opravdu zle. Projevila silně své emoce, které byly sestrou přijímány a byla poskytnuta opora. Každý den volala do nemocnice a zajímala se o stav svého syna. V den telefonátu by ho měli budit z bezvědomí, takže veškerá rodinná energie byla posílána do nemocnice. Sestra také nabídla mamince pacienta pomoc a podporu ohledně dcery, například rozhovor s psychologkou paliativního týmu, sdělení nepříjemné zprávy a jiné. Rodina probírala možnost psychologické intervence paliativního týmu pro dceru pacienta, se kterou všichni souhlasili. Rodina jí informovala, že byl její tatínek po operaci a zůstal v nemocnici. Více informací jí neposkytli. Sestra se ptala na vzájemné vztahy v rodině, které byly objektivně vnímány jako velmi hezké a pevné.

Mezitím byla snaha o probuzení pacienta, která nebyla úspěšná, a proto byla pro předpoklad dlouhodobé ventilační podpory zavedena tracheostomická kanyla. U pacienta se prováděla běžná ošetrovatelská a léčebná péče s rehabilitací.

Psycholožka paliativního týmu si pozvala dceru pacienta do ambulance a probírala s ní celou situaci. Dívka se zdála být v dobrém psychickém stavu, zřejmě ze skutečnosti, že nezná celou pravdu o stavu svého tatínka. Přála by si znát všechny informace, popřípadě navštívit nemocnici a lékaře, kteří se starají o pacienta a zjistit celou pravdu. Toto rozhodnutí bylo ovšem v tu chvíli na rodině dívky, která za ni měla zodpovědnost. Nicméně, tato situace vytvářela špatnou atmosféru v celé rodině, protože dívka vnímala, že není něco v pořádku, ale nikdo jí nic neřekl. Psycholožka dostala od rodiny povolení sdělit dívce nepříjemné zprávy. Dívka byla na svůj věk velmi sečtělá a na rozhovor

o vážném stavu tatínka reagovala emocionálně, přesto přiměřeně. Ráda přijala nabídku dalšího rozhovoru.

Z nemocnice se rodině nedostávaly dobré, ale naštěstí ani špatné zprávy. Dlouhodobě se pacientův stav nelepšil, ale ani nezhoršoval. Byla snížena mírná sedace, a tak s latencí vyhověl alespoň jednoduché výzvě. Rodinu držela nad vodou víra v uzdravení jejich blízkého a to, že byl jeho stav neměnný byla pro ně v tu chvíli dobrá zpráva. Dcera pacienta byla v pravidelném kontaktu s psycholožkou paliativního týmu a rodina si tato setkání velmi pochvalovala, protože na dívce viděla, že jí pomáhají. Ta s psycholožkou sdílela své myšlenky o stavu svého tatínka, i myšlenky, co by se stalo, kdyby zemřel. Psycholožka tedy zjišťovala dívčina přání, mezi kterými se objevilo přání mít chvíli klid. Cítila se přehlčená, jak ze školy, tak z celé situace.

Po pár dalších dnech přišli rodině z nemocnice dobré zprávy. Pacient se začal probírat z bezvědomí a sám dýchal bez ventilační podpory, a tak tedy proběhl první kontakt pacienta s paliativním týmem, konkrétně se sestrou a psycholožkou, které mu sdělili informace o jeho stavu, ale i stavu jeho rodiny, především malé dcery. Byl schopen porozumět, ale podával neverbální odpověď. Byl rád za zprávy o své dceři, ale její návštěvu zatím odmítl, nechtěl, aby ho takto viděla. Sestra se ochotně nabídla, že zařídí alespoň videozprávy od dcerky, které by mohli pacientovi zvednout nnáladu.

Pacientův stav se nadále zlepšoval, a tak byl převezen zpět do oblastní nemocnice místa jeho bydliště, kde měl mít lepší kontakt s rodinou. Pacient i rodina byli rádi za kontakt s paliativním týmem, který jim pomohl projít si těžkým obdobím. Komunikace paliativního týmu s rodinou se po převozu pacienta zmírnila, ale stále občasně přetrvává.

Kazuistika 5

Anamnéza: 66letá pacientka s peritonitidou po opakovaných bariatrických operacích.

Pacientka byla přijata na resuscitační oddělení z operačních sálů po opakované chirurgické intervenci dutiny břišní a bariatrických výkonech. Překlad na resuscitační oddělení bylo indikováno pro špatné probouzení z iatrogenního bezvědomí a hemodynamickou nestabilitu. Další vývoj stavu nevyžadoval pobyt na resuscitačním oddělení a pacientka byla přeložena na jednotku intenzivní péče, kde se stále léčila s peritonitidou, dehiscencí rány a neobnovenou peristaltikou.

Při přijetí na jednotku intenzivní péče byla pacientka při vědomí, ale zpomaleně reagovala. Dýchání bylo sklípkové, tišší, bez jiných fenoménů, akce srdeční pravidelná, ale s poslechovým šelestem nad aortou, oběhově na malé dávce vazopresorů stabilní. Kůže bez ikteru a bez cyanózy, lehce bledá, končetiny lehce prosáklé s malými hematomy v okolí invazivních vstupů.

Komplikace během operačního výkonu daly vzniknout septickému stavu. Společně s tím vším pacientka disponovala nestabilním psychickým stavem a vysokou plačtivostí, proto byla indikována podpůrná intervence paliativního týmu.

Průběh hospitalizace a paliativní péče: U pacientky byla nastavena antibiotická léčba pro opakované břišní příhody, dále volumoterapie a pokračovací hemodynamická podpora. Bolest byla dobře zvládnutá ošetrovatelským týmem již z resuscitačního oddělení neopioidními analgetiky a ošetrovatelský tým jednotky intenzivní péče v ní pokračoval bez nutnosti zvýšení dávky. Dle konzilia s psychologem paliativního týmu byla nastavena medikamentózní úprava depresivního stavu.

Paliativní tým se setkal s pacientkou bezprostředně po její extubaci, kdy pacientka do rozhovoru nezabředávala a mlčela. Uváděla, že nemá náladu ani chuť si povídat. Paliativní tým byl neoblomný a snažil se s pacientkou navázat kontakt, tak pokračoval v dotazech, především na její potřeby. Měla velkou potřebu být v kontaktu s rodinou, která jí byla velkou oporou. Osobní návštěvy ovšem v tu dobu nebyly možné kvůli nepříznivé epidemiologické situaci. V tomto kontextu sestra paliativního týmu navrhla

spojení pacientky s její rodinou pomocí sociálních sítí. To pacientce trochu zvedlo náladu a souhlasila. Dokonce si se sestrou paliativního týmu domluvila další schůzku, až se bude cítit lépe.

Videohovor byl během další návštěvy paliativní sestry realizován po předchozí domluvě s dcerou, která k hovoru přizvala všechny své sourozence. Rozhovor byl velmi emotivní po dlouhé absenci kontaktu. Po emotivní fázi rozhovoru se nálada ladila do lepších kolejí a na pacientce bylo vidět, že se jí zlepšila nálada. Součástí rozhovoru byly i obavy o nemocného dialyzovaného manžela, ale dcera ji ujišťovala, že je o všechno dobře postaráno a manželovou jedinou starostí je starost o svou ženu a jedinou potřebou návrat manželky v pořádku domů. Po rodinném videohovoru kontaktovala telefonicky sestru paliativního týmu dcera pacientky, která děkovala za možnost zprostředkování hovoru a za péči o psychický stav maminky. Pro ni a ani rodinu nebylo příjemné vidět maminku v takovém stavu, s hadičkami na lůžku. Sestra nabídla psychopodpůrné rozhovory i pro rodinu pacientky, která tuto možnost vzala v potaz.

Po hovoru s rodinou měla pacientka v dalších dnech dobrou náladu, což se projevilo i zlepšením jejího celkového stavu. Nestěžovala si na bolesti, dobře spala, a dokonce zvládala rehabilitaci na lůžku. Čekal jí další rozhovor s rodinou, který jí pomáhala zprostředkovat sestra paliativního týmu. Obě zjistili, že rodina to má bez maminky velmi těžké, která byla jako zásadová a pevná žena, udržovatelem chodu v rodině. Přesto se snažili vše zvládat a ujišťovali svou maminku, že je vše v pořádku. Další rozhovor byl pouze mezi sestrou a pacientkou. Mluvili spolu o její rodině, která byla její velkou motivací k uzdravení.

Při další návštěvě paliativní sestry nebyla pacientka v dobré náladě a byla rozrušená. Komunikovala s kamarádkou, která jí podpořila v tom, že nemá žádné informace. Vnímala, že stran informací bylo s pacientkou manipulováno, neměla jistotu a nevěděla, co bude dál. V důsledku toho cítila vztek, nejistotu a strach, především vůči ošetrovatelskému týmu jednotky intenzivní péče. I přes toto rozladění se stav pacientky nadále zlepšoval, dokázala již pozřít přesnídávku. Do té doby byla pacientka plně na parenterální výživě. Dokonce jí sestřička z JIP objednala pivo, samozřejmě nealkoholické. V rehabilitaci pacientka také dělala pokroky, dokázala sedět na lůžku

a později dokonce u lůžka stát. V dalších dnech se jí nálada opět zlepšila a velice si pochvalovala rozhovory s členy paliativního týmu a k náladě jí přispělo i pravidelné kontaktování se s rodinou a přáteli. Hospitalizace už byla pro ni dlouhá a ráda by s nimi byla doma. Současně si uvědomovala, že ji čeká ještě dlouhá cesta, ale v rámci nemocnice by již ocenila překlad na standartní oddělení, kde by si mohla s někým povídat nebo sledovat televizi.

U pacientky se střídaly dny s dobrou a dny se špatnou náladou. Hodně věci jí rozladilo, například nesrovnalosti ohledně financí, ke kterým neměla přístup. Byla zvyklá si takové záležitosti řešit a hlídat sama. Jiné dny si opět plánovala, že až bude doma, pojedje relaxovat s kamarádkou k moři. Energii jí dodávala také rehabilitace, která ji motivovala k brzkému návratu domu. Obavy měla jen z nechutenství, které se snažila překonávat a jíst alespoň v nějaké míře. Posun blíže k domovu vnímala i s překladem na standartní oddělení, kde lépe zvládala rehabilitaci a sebekéči, převážně o stomické vývody a byla i v lepším psychickém rozpoložení.

Vyskytly se problémy s výživou, kdy pacientka přes úpornou snahu doplnění energie ve formě jídla, nedodržovala dietní opatření. Rodina jí po opakované edukaci nosila nevhodné potraviny. A jelikož se pacientka nechtěla vrátit na jednotku intenzivní péče, souhlasila s opětovným rozhovorem s edukačními sestrami z metabolické jednotky, které jí poučily o správné dietě a sestavily seznam jídel a potravin, které byly pro pacientku vhodné.

Stav pacientky se postupně zlepšoval natolik, že mohla být na svátky propuštěna domů, ovšem s důležitými opatřeními, která zahrnovala především klid na lůžku a dodržování přísného dietního režimu. Po této dlouhé hospitalizaci navštívila pacientka nemocnici po půl roce znovu k zanoření stomií. I během této hospitalizace byla ráda za rozhovor s paliativním týmem, který si velmi pochvalovala a vždy se na něj těšila.

Hodnocení kazuistik paliativní péče poskytované s intervencí paliativního týmu

- 1. Léčba bolesti:** Léčba bolesti, jakožto jeden ze základních principů paliativní péče, byla v rámci těchto kazuistik velice dobře zvládnuta, ve všech případech se dalo říct, že léčba bolesti byla vcelku dobře nastavena ošetrovatelským týmem oddělení, kde byli pacienti hospitalizováni a docházející paliativní tým nemusel léčbu upravovat.
- 2. Naplnění potřeb:** Naplňování potřeb paliativních pacientů bylo s intervencí paliativního týmu zvládnuto podstatně lépe než v případě předchozích kazuistik. Domnívám se, členové paliativního týmu nemají za úkol provádět běžné ošetrovatelské úkony u mnoha dalších pacientů, jako je to v případě sester konkrétních oddělení, tudíž mají více času se pacientům v tomto ohledu více věnovat, jejich potřeby zjišťovat a pomoci je saturovat. Příklad saturování potřeb je ukázán především v kazuistikách 1 a 5.
- 3. Zachování přijatelného fyzického stavu a mírnění fyzických obtíží:** V získaných kazuistikách z tohoto typu pracoviště nebyly informace příliš zastoupeny, bylo pouze uvedeno, že se pacienti aktivně zapojují do rehabilitací a přednášejí týmu své pokroky. Lze tedy usuzovat, že do nastavování dalších kroků ke zlepšení fyzického stavu pacientů nemusel paliativní tým zasahovat.
- 4. Zachování důstojnosti:** V rámci těchto získaných kazuistik nebyla zmínka o nedodržování zachování důstojnosti, například zbytečné obnažování, neoslovování jménem či podceňování a bagatelizace. Myslím si, že dodržování zásad k zachování důstojnosti by mělo být pravidlem a automatismem pro všechny členy ošetrovatelského týmu.
- 5. Podpora psychické pohody, zvládnání negativních emocí:** Oproti předchozím kazuistikám si myslím, že paliativní tým se více zaměřuje na případné psychické obtíže pacientů a jejich blízkých. Je také více nabízena psychosociální podpora. Negativní emoce byly vyslechnuty a konzultovány během rozhovorů.
- 6. Komunikace, porozumění diagnóze, léčbě a prognóze:** Myslím si, že sdělování, ať už příjemných či nepříjemných zpráv není problémem pro žádné typy pracovišť, tedy ani v porovnání těchto dvou typů pracovišť. Problém nastává většinou v komunikaci poté, co se pacient dozví nepříznivou prognózu.

Je očividné, že zvládnání komunikace po sdělení nepříjemné zprávy je na pracovišti pod záštitou paliativního týmu zvládnuto podstatně lépe.

7. **Ozřejnění/dokumentace a respektování spirituálních potřeb:** Členové paliativního týmu zvládají z rozhovorů velmi dobře odhadnout životní postoje pacientů a dokážou na ně reagovat. To se týká i případu spirituality. Spirituální podpora je týmem hojně nabízená a pacienti často využívána.
8. **Znalost, dokumentace a respektování hodnot a priorit pacienta:** U většiny pacientů je největší prioritou úplné uzdravení. V mnoha případech to bohužel není možné, tudíž se paliativní tým snaží s pacienty nastavit jiné priority, úměrné jejich stavu, například zůstat soběstačný, co nejdélejší možnou dobu, což příkladně ukazuje kazuistika 1.
9. **Zajištění kontaktu s blízkými osobami:** Jak ukazují tyto kazuistiky, ne vždy bylo možné zajistit přímý kontakt rodiny s pacienty, především pro nepříznivou epidemiologickou situaci. Kazuistika 5 příkladně ukazuje, že to jde i jinak, v případě této kazuistiky realizací videohovoru. U pacientů v opravdu špatném stavu jsou dle pravidel umožněny návštěvy i přes nepříznivou situaci.
10. **Podpora blízkých osob:** Oproti kazuistikám z předchozího typu pracoviště je obrovský rozdíl v podpoře blízkých osob. Paliativní tým se stará o blízké osoby se stejnou intenzitou jako o pacienty v paliativní péči. Ukazují to především kazuistiky 3 a 4, ale každý zmíněný případ obsahuje informace o kontaktu a práci paliativního týmu s blízkými osobami pacientů, zabývající se především psychosociální podporou.

6 DISKUZE

Bakalářská práce se zabývá tématem paliativní medicíny. Obor paliativní medicína nám zprostředkovává komplexní kvalifikovanou péči o pacienta, pod kterou si představujeme péči o tělesné, psychické, sociální a spirituální potřeby, a podporu pacienta a jeho rodinných příslušníků v terminálním stádiu onemocnění. [1] Ve skutečnosti však paliativní medicína zaujímá daleko větší spektrum péče, obdobně to demonstruje i naše práce. Paliativní péči tak můžeme dělit na terminální, soustředující se především na bezprostředně umírající pacienty, a časnou, která umožňuje pacientovi a jeho blízkým orientovat se v onemocnění, podpořit ho ve vyrovnávání se s diagnózou a posílit jeho rozhodování v alternativních postupech a preferencích. [2] To, že paliativní péče má svůj smysl a místo v léčbě pacientů se závažným onemocněním dokládá i řada studií. Například Kavalieratos ve své metaanalýze [17] poukazuje na vztah paliativní péče a zlepšení kvality života, i když bez ovlivnění přežití. V prostředí intenzivní medicíny si paliativní péče klade za cíl dosáhnout takové intenzity péče, která je přiměřená pacientovým hodnotám. Práce Aslakson a spolupracovníků [18] ukazuje, že strukturovaná paliativní péče zkracuje pobyt na jednotkách intenzivní péče a zvyšuje spokojenost léčby. Prospektivní observační studie ODDICUS z roku 2016 [19] provedená ve VFN Praha a ÚHKT Praha poukázala, že v období jednoho roku bylo až 90 % úmrtí na půdě fakultní nemocnice očekávané, z toho v 42 % nastalo v intenzivní péči. Zajímavé bylo zjištění, že až v 80 % byla u těchto pacientů v různé míře aplikovaná limitace léčby. Limitace léčby se uplatňuje u pacientů se špatnou prognózou, kdy se zdravotnický tým rozhodne nerozšiřovat dosavadní léčbu, např. o kardiopulmonální resuscitaci, intubaci a připojení na umělou plicní ventilaci apod. Často se však tato limitace stanovuje až ve stavu pacienta, kdy již není schopen se tohoto procesu validně účastnit. Jak studie ukazuje, jen v 94 případech z 1000 byla poskytnutá péče hodnocena jako adekvátní, zachovávající důstojnost pacienta a proběhla se zapojením rodiny. Tato studie byla jedním z podnětů pro založení Centra podpůrné a paliativní péče ve VFN Praha v roce 2017.

Cílem bakalářské práce bylo zhodnotit a porovnat současný přístup k pacientům v terminálním stádiu nemoci na dvou typech pracovišť – bez působení specialistů v oboru paliativní medicíny a pracovišti s působením paliativního týmu, jimž bylo právě pracoviště VFN Praha. Z výzkumu, který byl realizován ve formě kazuistik, jsem zjistila,

že se vždy nemusí jednat pouze o pacienty v terminálním stádiu, ale také o pacienty, kteří se v rámci svého zdravotního stavu dostali do těžké životní situace, kterou obtížně snášejí.

Ráda bych shrnula rozdíly v péči o pacienta v paliativním režimu na obou pracovištích. Pokud si vezmeme jako předlohu použitá kritéria, začneme tedy zvládáním léčby bolesti. Obě pracoviště vykazovala správné nastavení analgetické léčby. U kazuistik z pracoviště s působností paliativního týmu nebyly ze stran pacientů žádné stížnosti ohledně nedostatečné analgetické terapie nastavené příslušným oddělením. Tým tedy v tomto ohledu nemusel zasahovat. Výzkum jiné bakalářské práce [20] udává, že analgetická terapie je jedním z aspektů, které by neměly být eliminovány v rámci limitace léčby. Dle klinické praxe je v současné době léčba bolesti běžnou součástí péče o pacienta.

Dalším kritériem hodnocení bylo naplňování potřeb. Jak jsem již zmínila v hodnocení jednotlivých typů kazuistik, tak u případů z pracoviště bez paliativního týmu se nedbalo na zjišťování a saturaci jiných potřeb než těch biologických. U kazuistik z druhého pracoviště je naopak vidět, že se paliativní tým zajímá spíše o jiné potřeby. Přisuzuji to skutečnosti, že podpůrný tým má možnost se pacientovi individuálně věnovat a je tedy větší prostor pro realizaci jiné než ošetrovatelské péče. Je jasné, že ne všechny potřeby jsou možné v dané situaci saturovat. Pokud si vezmeme příklad právě z potřeby vyjít ven (kazuistika 1 s intervencí paliativního týmu), tak můžeme říct, že této potřebě není možné vždy vyhovět, jelikož pacient v intenzivní péči je pod monitorací vitálních funkcí a napojen na různá zařízení, není tedy vždy možné dlouhodobě lůžko opustit. Dále také není možné, aby personál běžného intenzivního oddělení opouštěl na delší dobu své pracoviště pod záminkou vyjít s pacientem na čerstvý vzduch.

Zachování přijatelného fyzického stavu a mírnění fyzických obtíží je spolu s léčbou bolesti, dle mého názoru, na obou typech pracovišť zvládáno velmi dobře. Ke všem pacientům buď pravidelně docházel rehabilitační personál nebo nacvičovali sebe obsluhu s pomocí personálu příslušných oddělení intenzivní péče. Myslím si, že i o pacienty v bezvědomí bylo v tomto ohledu dobře postaráno. Nevidím v tomto ohledu tedy žádné rozdíly.

Situace dodržování nebo nedodržování zásad zachování důstojnosti nebyla v žádné z kazuistik přímo zmíněna. Přesto se domnívám, že vzdělání a myšlení dnešních členů

ošetřovatelských týmů je na takové úrovni, že by dodržování těchto zásady mělo být pro každého automatismem. Potencionální problém však může být v dispozičním uspořádání jednotek intenzivní péče. Ne vždy jsou vytvořeny samostatné boxy pro jednotlivé pacienty. Jak uvádí Peterková ve své diplomové práci [21] zaměřené na toto téma, existuje několik možných problémů. Mezi ně patří sdílení boxů pacienty opačného pohlaví, nevhodné podmínky pro důvěrné rozhovory apod. Ovšem zásadní roli zde hraje především empatie ošetřujícího personálu.

V čem ovšem vidím velký rozdíl je zvládnání psychického stavu a negativních emocí pacienta. Paliativní tým dává prostor pro vyjádření svého psychického stavu a emocí více, protože je to jejich přednostní náplň práce. Členové paliativního týmu nemají na starosti běžný chod oddělení, o to větší čas mohou věnovat psychické péči o pacienty. Jsou správným doplňujícím článkem ošetřovatelského týmu především u pacientů v nelehkých životních etapách, který na druhém pracovišti chybí. Obecně je známo, že dobré psychické rozpoložení vede ke zlepšení celkového stavu. I u nevléčitelných nemocí dokáže dobrý psychický stav zkvalitnit poslední chvíle. S tím souvisí i problematika komunikace. Komunikace na odděleních bez intervence paliativního týmu je mimo konzultace lékařských a ošetřovatelských úkonů téměř nulová.

Situace kolem spirituality není celkově velmi otevřeným tématem v nemocničních zařízeních. Literatura uvádí, že je nutné rozdělit spirituální potřeby na dvě domény: smysl života a religiózní potřeby. Pokud pacient či rodina své spirituální potřeby nedá přímo najevo, nebývají zjišťovány a nejsou součástí běžných hovorů. Výzkum z let 2011-2014 [4], prokázal, že pouze 17 % pacientů udával naplnění religiózních potřeb jako důležité. Nutno dodat, že šlo o výčet ze 44 % pacientů z celkové dotazované populace, kteří uvedli, že jsou věřící. 89 % dotazovaných vyjadřuje důležitost nalezení smyslu života. V kazuistikách jsme mohli vidět zastoupení obou domén, tedy jak hodnocení a hledání smyslu života, tak i zjišťování a naplňování religiózních potřeb. Myslím si, že bylo také velice příkladně ukázáno, že členové paliativního týmu dokážou z vybadaných souvislostí dojít k závěru, jestli podporu spirituálních potřeb nabízet či nikoli.

Dalším aspektem výzkumu bylo zjišťování priorit a potřeb pacientů, u kterýž ve většině převládá potřeba se uzdravit. Velkým zklamáním je zjištění, že tato potřeba nebude moci být saturována. Žádná z kazuistik obou pracovišť mi nedala dojem, že by

personál nebo členové podpůrného týmu přímo spolu s pacienty definovali jiné priority, které by byly v souladu s jejich stavem. Nicméně, v kazuistice 2 z pracoviště bez intervence paliativního týmu můžeme vidět případ samovolné změny priorit, kdy pacient i jeho rodina jsou seznámeni s diagnózou, chápou její podstatu a již neapelují na plné uzdravení a zaměřují se na jiné priority. Potřeby pacientů jsou v něčem stejné, což se týká především nejzákladnějších biologických potřeb. Velice individuální jsou ovšem potřeby psychologické, sociální a spirituální, které je potřeba saturovat se stejnou intenzitou, jako ty biologické. V návaznosti musíme uvést, co přesně je tedy pro pacienty na konci života a jejich rodiny důležité. Průzkum z roku 2006 [19] prováděný na několika stovkách pacientů a jejich rodin dokazuje, že na prvním místě žebříčku důležitosti je důvěra v ošetřujícího lékaře. Důvěra se buduje především správnou komunikací a vytvořením vztahu mezi ošetřujícím pracovníkem a pacientem. Výsledky, které mi přinesl můj výzkum jsem již ze stránky komunikace komentovala. Rozvinutá komunikace, která se netýká pouze sdělování informací o zdravotním stavu, prakticky neexistuje. V jedné z mých kazuistik můžeme vidět, že pacientka nebyla spokojená dokonce ani s komunikací, která se jejího zdravotního stavu týkala. Cítila se zmanipulovaná a nedostatečně informovaná. Jak si pak pacient může vybudovat důvěru k ošetřujícímu lékaři a dalšímu zdravotnickému personálu? S tím souvisí požadavek pacientů, který se umístil na třetím místě důležitosti, a to upřímná a pravdivá komunikace. Průzkum také ukázal, že na druhém místě důležitosti se umístil požadavek nebýt uměle udržován při životě. Opravdu je většina dotazovaných natolik smířena se svým zdravotním stavem, že tento požadavek posunuli na tak vysokou příčku důležitosti? Překvapivé pro mě bylo, že pro dotazované pacienty je mírnění nepříjemných symptomů až na sedmém místě. Novější přehled ukazuje ovšem jiná data, ze kterých vyplývá, že preference pacienta jsou jiné, než ukazuje průzkum z roku 2006. Zásadní rozdíl vnímáme hned na prvním místě žebříčku preferencí, který se absolutně liší od minulé studie. Nový přehled preferencí [2] ukazuje, že nyní je pro pacienty důležité prodloužení života za každou cenu, což se diametrálně liší od dat staršího průzkumu. Potřeba důvěry v ošetřujícího lékaře není vůbec součástí nového průzkumu. Můžeme tedy říct, že pacienti nepotřebují lékařům a jinému ošetřujícímu personálu důvěřovat nebo jim důvěřují automaticky?

Zajištění kontaktu s blízkými osobami si myslím, že ani v běžném provozu není úplný problém. Případy z pracoviště s intervencí paliativního týmu se odehrávaly převážně začátkem pandemie, kdy docházelo k přísnému omezení návštěv ve zdravotnických

zařízeních, v té době i u těžce nemocných pacientů. Přesto se paliativní tým snažil kontakt pacientů s jejich blízkými zajistit jinak, například přes videohovory. Druhé kazuistiky naopak ukazovaly omezenost návštěvních hodin, tudíž nemožnost být s blízkým bezprostředně v jeho posledních chvílích.

Podpora blízkých osob je na oddělení bez paliativního týmu prakticky nulová. Personál se v podstatě o psychický stav rodiny pacientů nezajímá. Tuto skutečnost podporuje rovněž výzkum Zimové z prostředí intenzivní péče. [22] Ukazuje, že největším problémem při realizaci paliativní péče je právě absence komunikace s rodinnými příslušníky a velmi strohá a nedostatečná celková péče o pozůstalé.

Na základě mého výzkumu a dat týkajících se skutečných priorit pacientů na konci života můžeme říct, že by implementace samostatného oboru paliativní medicíny do nemocničních zařízení byla přínosná. Z různých výzkumů víme, že více jak dvě třetiny pacientů umírají v nemocničních zařízeních, ať již plánovaně či neplánovaně. Proto je nutné dále rozšiřovat a zlepšovat kvalitu poskytované péče i pacientů na sklonu života napříč všemi typy pracovišť. Nicméně, vytvoření paliativního týmu není pro mnoho nemocnic lehkým úkolem. V rámci diplomové práce [23] zabývající se přímo implementací paliativní péče do nemocnic byly v rozhovorech se členy paliativního týmu definovány okruhy, které by měly pomoci k rozvoji paliativní péče v nemocničních zařízeních. Jejich výčet můžeme vidět v Obrázku 3. Práce samozřejmě obsahuje komentář ke každému bodu tabulky, kdy je vysvětleno proč a jak je nutné každý okruh dodržet.

Úroveň	Faktory
TÝM	Vůdčí osobnost
	Fungování týmu
	Vzdělávání
	Pozitivní zpětnou vazba
NEMOCNICE	Podpora vedení nemocnice
	Plánování
	Systémové zakotvení paliativní péče
	Materiální zázemí a prostory
	Vnímání paliativní péče v nemocnici
	Čas
VNĚJŠÍ PROSTŘEDÍ	Finance
	Předávání pacientů
	Sdílení zkušeností
	Informovanost veřejnosti
	Nedostatek personálu ve zdravotnictví

Obrázek 3 Podmínky pro implementaci paliativních týmů do nemocničních zařízení [23]

Dle mého názoru by mohly tyto okruhy být reálným vodítkem k vytváření paliativních týmů v nemocnicích, tedy i do Oblastní nemocnice Kladno, na jejímž oddělení jednotky intenzivní péče jsem realizovala část svého výzkumu.

7 ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývala možnostmi paliativní péče ve zdravotnických zařízeních, konkrétně na jednotkách intenzivní medicíny.

V teoretické části jsem se zabývala vysvětlením pojmu paliativní péče a jejích forem, dále jsem krátce zmínila problematiku thanatologie. Shrнула jsem problematiku dříve vyslovených přání a rozhodování o limitaci léčby. Nakonec jsem zmínila podstatu oboru intenzivní medicíny a zařazení paliativní péče do tohoto oboru.

Cílem bakalářské práce bylo zhodnotit a porovnat přístup k pacientům v terminálním stádiu nemoci na dvou typech pracovišť. Pracoviště bez intervence paliativního týmu a pracoviště s působením specialistů v oboru paliativní medicíny. Dále bylo cílem navrhnout možnosti zlepšení péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci. Cíl práce byl splněn. V rámci vytyčeného cíle jsem si stanovila čtyři hypotézy. Výzkumem realizovaným ve formě kazuistik a jejich následné hodnocení se ukázalo, že první hypotéza týkající se léčby bolesti byla potvrzena. Hypotéza č. 2 o zvládnání komunikace byla vyvrácena. Třetí domněnka byla výzkumem jednoznačně potvrzena. Poslední hypotéza týkající se zajištění spirituální podpory u každého pacienta nebyla potvrzena.

Během svého výzkumu jsem zjistila, že paliativní péče bez intervence paliativního týmu není na tak odborné úrovni jako na specializovaném pracovišti. Paliativní tým dodává pracovišti přesně to, co by paliativní péče měla obnášet. Bez něj se jedná pouze o pokračování ve strohé ošetrovatelské péči. Tým je doplňujícím článkem péče o pacienta v náročné životní situaci a dodává do procesu péče lidskost a pochopení. Největším nedostatkem na pracovišti bez intervence podpůrného a paliativního týmu shledávám nedostatek komunikace s pacienty, zanedbávání péče o jejich psychický stav a nedostatek podpory pro blízké osoby. Osobně si myslím, že praxe specializované podpůrné a paliativní péče by měla být postupně zařazena do každé nemocnice. Dle mého názoru by zařazení oboru paliativní medicíny do dalších nemocničních zařízení vedlo ke zkvalitnění a zlepšení péče.

Dovoluji si tedy doporučit zajištění lepší péče o psychické zdraví pacientů a jejich blízkých, zlepšení celkové komunikace, zajištění podpory pro pozůstalé. Dále bych

doporučila zvažení založení paliativního týmu v rámci pracoviště, které jsem si pro svůj výzkum vybrala.

8 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome (Syndrom získaného imunodeficitu)
ARDS	Acute respiratory distress syndrome (Syndrom akutní dechové tísně)
CRP	C – reaktivní protein
CT	Počítačová tomografie
ČLS JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
ČSPM	Česká společnost paliativní medicíny
DLBCL	Diffuse large B-cell lymphoma (Difúzní velkobuněčný B-lymfom)
DNI	Do not intubate (neitubovat)
DNR	Do not resuscitate (neresuscitovat, neprovádět život zachraňující úkony)
IKEM	Institut klinické a experimentální medicíny v Praze
JIP	Jednotka intenzivní péče
KPR	Kardiopulmonální resuscitace
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
PEG	Perkutánní endoskopická gastrostomie
PET	Pozitronová emisní tomografie
PMK	Permanentní močový katetr

RTG	Rentgenové zobrazovací vyšetření
STEMI	ST Elevation Myocardial Infarction (Infarkt myokardu s elevací úseku ST)
TSK	Tracheostomie
UPV	Umělá plicní ventilace
ÚHKT	Ústav hematologie a krevní transfúze
V-A ECMO	Veno-arterial extracorporeal membrane oxygenation (Véno-arteriální extrakorporální membránová oxygenace)
VFN	Všeobecná fakultní nemocnice

9 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] KALVACH, Zdeněk. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. Druhé upravené a doplněné vydání. Praha: Cesta domů, 2019. ISBN 978-80-88126-54-6.
- [2] KOPECKÝ, Ondřej, Kateřina RUSINOVÁ, Michal KOUBA a Iva MACOVÁ. Úloha paliativní medicíny u akutních stavů. *Vnitřní lékařství* [online]. Olomouc: Solen, s. r. o., 2019, **65**(6), 449-455 [cit. 2022-03-09]. ISSN 1801-7592. Dostupné z: doi:10.36290
- [3] MERCADANTE, Sebastiano a Andrea CORTEGIANI. Palliative care in intensive care units: why, where, what, who, when, how. *BMC Anesthesiology* [online]. 2018, **18**(106), 1-6 [cit. 2022-03-09]. ISSN 1471-2253. Dostupné z: doi:10.1186
- [4] BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5402-4.
- [5] VEVERKOVÁ, Eva, Eva KOZÁKOVÁ, Jan MATEK, Veronika ZACHOVÁ a Pavel SVOBODA. *Ošetrovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře II*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-2099-4.
- [6] HOLMEROVÁ, Iva a Petr WIJA. Péče na konci života v České republice. *Časopis lékařů českých*. Praha: Česká lékařská společnost J. Ev. Purkyně, z. s., 2016, **155**(4), 43-47. ISSN 1805-4420.
- [7] TOMEŠ, Igor, Eva DRAGOMIRECKÁ, Katarina SEDLÁROVÁ a Daniela VODÁČKOVÁ. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. 1. vydání. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2941-4.

- [8] RATIBORSKÝ, Jan a Jaroslava FENDRYCHOVÁ. Principy poskytování paliativní a hospicové péče u dětí. *Kontakt: Journal of Nursing and Social Sciences related to Health and Illness* [online]. 2013, **15**(1) [cit. 2022-01-05]. ISSN 1212-4117. Dostupné z: doi:10.32725/
- [9] *Referátový výběr z anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny: Paliativní péče v intenzivní péči* [online]. Praha: Národní lékařská knihovna, 2017, [cit. 2021-12-07]. ISSN 1805-4005. Dostupné z: https://nlk.cz/wp-content/uploads/2016/10/AR_2017_3.pdf
- [10] KABELKA, Ladislav. *Geriatrická paliativní péče a komunikace o nemoci*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta, 2018. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-5049-4.
- [11] DUDOVÁ, Anna. Animace jako model komunitní práce. *Fórum sociální práce*. Praha: Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, 2018, **8**(2), 51-55. ISSN 2336-6664.
- [12] BLÁHOVÁ, Hana. Dříve vyslovená přání - jako (možný) nástroj rozhodování o zdravotní péči na konci života. *Medicína pro praxi* [online]. Olomouc: Solen, s. r. o., 2016, **13**(4), 168-180 [cit. 2022-03-14]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: doi:10.36290
- [13] MACH, Jan. Právní poradna: KPR a dříve vyslovené přání pacienta – neresuscitovat. *Tempus medicorum: Časopis české lékařské komory* [online]. Praha: Mladá fronta a. s., 2017, **26**(5), 28-32 [cit. 2022-03-28]. ISSN 1214-7524. Dostupné z: file:///C:/Users/okay/Downloads/TM%2005_17.pdf
- [14] ZÁVADOVÁ, Irena. Jak a kdy může lékař rozhodnout o DNR v české nemocnici?. In: *Umírání.cz: Informační portál pro nemocné, pečující a pozůstalé* [online]. Praha: Cesta domů, 2004 [cit. 2022-03-28]. Dostupné z:

<https://www.umirani.cz/poradna/jak-a-kdy-muze-lekar-rozhodnout-o-dnr-v-ceske-nemocnici>

- [15] PAŘÍZKOVÁ, Renata. Paliativní léčba v intenzivní medicíně. *Intervenční a akutní kardiologie* [online]. Olomouc: Solen, s. r. o., 2011, **10**(), 15-17 [cit. 2022-03-09]. ISSN 1803-5302. Dostupné z: <https://www.iakardiologie.cz/pdfs/kar/2011/89/05.pdf>
- [16] MALÁSKA, Jan, Jan STAŠEK, Milan KRATOCHVÍL a Václav ZVONÍČEK. *Intenzivní medicína v praxi*. 1. vydání. Praha: Maxdorf, 2020. Jessenius. ISBN 978-80-7345-675-7.
- [17] KAVALIERATOS, Dio, Jennifer CORBELLI a Di ZHANG. Association Between Palliative Care and Patient and Caregiver Outcomes: A Systematic Review and Meta-analysis. In: *JAMA Network* [online]. American Medical Association, 2022 [cit. 2022-05-02]. Dostupné z: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2585979>
- [18] ASLAKSON, Rebecca. Evidence-based palliative care in the intensive care unit: a systematic review of interventions. In: *National Library of Medicine: The National Center for Biotechnology Information* [online]. Washington, D. C.: Bethesda, 2022 [cit. 2022-05-02]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24517300/>
- [19] KOUBOVÁ, Michela. O kvalitě nemocniční paliativní péče v ČR chybí data.: Dle studie VFN se dobrá péče dostane desetině pacientů. In: *Zdravotnický deník: Zdravé je vědět* [online]. Praha: Media Network s. r. o., 2017 [cit. 2022-04-28]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2017/05/kvalite-nemocnici-paliativni-pece-cr-chybi-data-dle-studie-vfn-se-dobra-pece-dostane-desetine-pacientu/>

- [20] VONDRÁČKOVÁ, Jitka. *Paliativní péče v prostředí intenzivní péče*. Pardubice, 2017. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Jitka Rusová, Dis.
- [21] PETERKOVÁ, Jana. *Problematika zachování důstojnosti u pacientů na JIP/ARO*. Brno, 2013. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství. Vedoucí práce PhDr. Marie Zítková.
- [22] ZIMOVÁ, Eva. *Paliativní péče na jednotkách intenzivní a resuscitační péče*. České Budějovice, 2020. Diplomová práce. Zdravotně sociální fakulta Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Vedoucí práce PhDr. Andrea Hudáčková, Ph.D.
- [23] KOVAŘÍKOVÁ, Julie. *Implementace paliativní péče do nemocnic*. Praha, 2018. Diplomová práce. Univerzita Karlova Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce PhDr. Martin Loučka, PhD.

10 SEZNAM POUŽITÝCH OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Vzájemný vztah a náplň podpůrné a paliativní intervence v jednotlivých fázích závažného onemocnění [2].....	10
Obrázek 2 Sdílené rozhodování o terapeutickém postupu a výběr přiměřených terapeutických postupů [2].....	25
Obrázek 3 Podmínky pro implementaci paliativních týmů do nemocničních zařízení [23].....	68

11 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Kritéria hodnocení paliativní péče

Příloha 2 Stanovisko Etické komise Všeobecné fakultní nemocnice v Praze
k provedení výzkumu

Příloha 3 Stanovisko hlavní sestry Oblastní nemocnice Kladno k provedení
výzkumu

Příloha 1 Kritéria hodnocení paliativní péče

Vymezená kritéria paliativní péče	Způsob hodnocení kritérií
Léčba bolesti	Pokud dokáže pacient adekvátně komunikovat, pak nám své pocity sdělí sám nebo můžeme využít různé hodnotící škály bolesti (Numerická škála bolesti, Vizuální analogová škála bolesti, ...) Pokud je pacient ve stavu, kdy nám své pocity nedokáže sdělit, můžeme sledovat objektivní projevy bolesti (grimasy, tachykardie, pocení, úhyb, ...)
Naplnění potřeb	Jsou potřeby, hodnoty a priority pacienta dokumentovány? Jsou potřeby saturovány?
Zachování přijatelného fyzického stavu a mírnění fyzických obtíží	Zjištění, zda jsou a pacienta prováděny úkony ke zlepšení anebo udržení přijatelného fyzického stavu (fyzioterapie, ergoterapie).
Zachování důstojnosti	Je u pacienta dodržována zásada lidské důstojnosti (zbytečné obnažování, zachování soukromí, oslovování jménem, ...)?
Podpora psychické pohody, zvládnutí negativních emocí	Dokumentace psychického rozpoložení pacienta, otázky (Jak se vám vede? Co Vám leží na srdci?), umožnit kontakt s blízkými osobami. Byla pacientovi nabídnuta komunikace s odborníkem (psycholog)? Je pacient dotazován na své emoce? Jak jsou emoce zvládnuty?
Komunikace, porozumění diagnóze, léčbě a prognóze	Rozumí pacient/rodina zdravotnímu stavu? Má realistickou představu o cíli péče/prognóze? Reflektuje plán péče hodnoty a preference pacienta? Ochota pomoci pacientovi s jeho komunikací (pacientovi s TSK poskytnout tabulku s abecedou). Posuzování, jak pacient rozumí informacím o svém zdravotním stavu, jak je respektováno jeho přání a přání rodiny.

<p>Ozřejnění/dokumentace a respektování spirituálních potřeb</p>	<p>Bylo u pacientovi umožněno naplňovat jeho spirituální potřeby vzhledem k jeho kulturním, náboženským a jiným zvykům? Zná ošetřovatelský tým spirituální zázemí pacienta? Je aktivně nabízena návštěva kaplana, ev. naplnění náboženských potřeb)?</p>
<p>Znalost, dokumentace a respektování hodnot a priorit pacienta</p>	<p>Zná ošetřovatelský tým přání, hodnoty a priority pacienta? Jsou tyto hodnoty dokumentovány? Jsou zohledněny při medicínské rozvaze o přiměřenosti intenzivní péče?</p>
<p>Zajištění kontaktu s blízkými osobami</p>	<p>Do jaké míry lze návštěvy u pacienta realizovat (jen v návštěvních hodinách, kdykoli během dne i noci, časová omezenost)?</p>
<p>Podpora blízkých osob</p>	<p>Jak rodina rozumí informacím o zdravotním stavu svého blízkého? Zná ošetřovatelský tým obavy/naděje pacienta s ohledem na vývoj onemocnění? Jsou dostatečně zodpovězeny otázky? Ptát se na jejich potřeby, pomoc se zvládnutím situace (doporučení psychické, sociální a jiné pomoci).</p>

Příloha 2 Stanovisko Etické komise Všeobecné fakultní nemocnice v Praze k provedení výzkumu



ETICKÁ KOMISE VŠEOBECNÉ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE

Na Bojišti 1, 128 08 Praha 2 | eticka.komise@vfn.cz | tel. 224964131

Vážená slečna
Hana Šmeráková
Nová 501
439 81 Kryry

17.3.2022
č.j.: 30/22 S-IV

Vážená slečno Šmeráková,
Etická komise VFN projednávala na svém zasedání dne 17.3.2022 Vámi předložený individuální výzkum **č.j. 33/22 S-IV – bakalářská práce**.

Název studie/Title of CT: Možnosti paliativní péče ve zdravotnických zařízeních

Žadatel/Applicant: Hana Šmeráková, Nová 501, 439 81 Kryry

Lhůta pro podání písemné zprávy o průběhu KH od jeho zahájení/ *Time schedule for submission of the written Annual Report:*

1x ročně/Once a year Jiná lhůta/Other:

Úhrada nákladů spojených s posouzením žádosti a vydáním stanoviska /Reimbursement of costs related to assessment of the EC:

Ano/Yes Ne, důvod/No, reasons: Nesponzorovaný projekt

Datum doručení žádosti / *Date of submission of the Application Form:* 10.2.2022

Datum jednání EK+čas/Date and time of Ethics Committee's session: **17.3.2022** (15:30 –18:00 hod.)

Seznam míst hodnocení s označením míst, ke kterým se EK vyjádřila jako místní EK a kde vykonává dohled

Místo hodnocení / Jméno zkoušejícího <i>Trial Site / Name of Investigator</i>	Místní EK <i>Local EC</i>	Adresa místní EK <i>Address</i>
Hana Šmeráková, Klinika paliativní medicíny 1. LF UK a VFN v Praze, Karlovo nám. 32, 128 00 Praha 2	<input checked="" type="checkbox"/>	EK při VFN, Na Bojišti 1, 128 08 Praha 2

Seznam hodnocených dokumentů / *List of all submitted documents:*

Název dokumentu, verze, datum <i>Document title, version, date</i>	Schváleno <i>/Approved</i>		Na vědomí / <i>Taken into account</i>	
	ANO <i>Yes</i>	NE <i>No</i>	ANO <i>Yes</i>	NE <i>No</i>
Průvodní dopis, bez data	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zkrácený formulář EK VFN, 1.3.2022	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Popis projektu	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Žádost o provedení výzkumu k bakalářské práci, 7.2.2022	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Žádost o dotazníkovou akci se souhlasem pracoviště z 3.1.2022	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Čestné prohlášení o provádění výzkumu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Životopis hlavní zkoušející: Hana Šmeráková	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stanovisko etické komise:

EK vydává / *EC issues*

- Souhlasné stanovisko/Favourable opinion**
 Nesouhlasné stanovisko/Unfavourable opinion

EK VFN vydává souhlasné stanovisko k provedení individuálního výzkumu na klinice paliativní medicíny 1. LF UK a VFN v Praze.

Podpis předsedy / zástupce EK VFN
Signature of Chairperson / Vice-Chairperson
PharmDr. Zbyněk Sklenář, Ph.D.

PharmDr.
Zbyněk
Sklenář, Ph.D.
Datum: 2022.03.22
18:43:37 +01'00'

Digitálně podepsal
PharmDr. Zbyněk
Sklenář, Ph.D.

1/2



ETICKÁ KOMISE VŠEOBECNÉ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE

Na Bojišti 1, 128 08 Praha 2 | eticka.komise@vfn.cz | tel. 224964131

Seznam členů etické komise/ List of the Ethics Committee Members:

	Muž/ Žena Male/ Female	Odbornost Specialist	Zaměstnanec zřizovatele EK*		Funkce v EK Role in EC	Přítomen Attendance		Hlasoval Voted	
			Ano Yes	Ne No		Ano Yes	Ne No	Ano Yes	Ne No
PharmDr. Zbyněk Sklenář, Ph.D., MBA	M/M	Pharmacist Pharmacologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Předseda/ Chairperson	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
MUDr. Magda Šišková, CSc.	Ž/F	Haematologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Místopřed- seda/Vice- chairperson	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jana Farkačová	Ž/F	Lab. Technician	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doc. MUDr. Pavel Freitag, CSc.	M/M	Gynaecologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ing. Antonín Grošpic, CSc.	M/M	Engineer	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. MUDr. Eva Kubala Havrdová, CSc.	Ž/F	Neurologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Hana Honová	Ž/F	Oncologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Jiří Humhal	M/M	Cardiologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Anna Jedličková	Ž/F	Microbiologist	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mgr. Zuzana Kandová	Ž/F	Lawyer	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Ladislav Korábek, CSc., MBA	M/M	Dental surgeon	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. MUDr. Jan Roth, CSc.	M/M	Neurologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mgr. Libuše Roytová Mgr. ThLic. of Theologie	Ž/F	Member of clergy	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Doc. MUDr. MgA. Kateřina Rusinová, Ph.D.	Ž/F	Anesthesiologist -Intensive Med.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Doc. PharmDr. Martin Šíma, Ph.D.	M/M	Clinical Pharmacist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
JUDr. Šárka Špeciánová	Ž/F	Lawyer	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Marcela Trojánková	Ž/F	Privat Nefrologist	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. MUDr. Jiří Zeman, DrSc.	M/M	Paediatricist – AdolescentMed	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

pozn: *Zaměstnanec zřizovatele EK/ Employee of EC appointing authority)

Etická komise prohlašuje, že byla ustavena a pracuje v souladu se správnou klinickou praxí (GCP) a platnými právními předpisy. Poslední sloupec udává, zda členové EK byli přítomni hlasování, ale nikoli jak hlasovali ve věci. /The Ethics Committee hereby declares that it was established and operates in accordance with its Rules of Procedure in compliance with GCP and valid legal regulations. EC members personally presented the voting procedure (and NOT their individual voting result to or against the cause) are indicated in the last column:

Ano/Yes Ne/No Komentář/Comments:

Datum/Date: 17.3.2022

Etická komise
Všeobecné fakultní nemocnice
v Praze
Na Bojišti 1, 128 08 Praha 2

Podpis předsedy EK nebo zástupce
Signature of Chairperson or Vice-Chairperson
PharmDr. Zbyněk Sklenář, Ph.D., v.r.

Příloha 3 Stanovisko hlavní sestry Oblastní nemocnice Kladno k provedení
výzkumu



Oblastní nemocnice Kladno, a.s.,
nemocnice Středočeského kraje

Žádost o provedení výzkumu k bakalářské práci

Jméno a příjmení: Hana Šmeráková

Škola: Fakulta biomedicínského inženýrství ČVUT v Praze

Obor: Zdravotnický záchranář

Ročník: 3.

Název práce: Možnosti paliativní péče ve zdravotnických zařízeních


Vedoucí práce: MUDr. Tomáš Heřman

Výzkum:

Vytvoření kazuistik konkrétních případů pacientů v terminálním stádiu onemocnění spadajících do odbornosti paliativní péče. Srovnání kazuistik s principy paliativní péče a porovnání výsledků s kazuistikami z nemocnic, kde působí paliativní tým. Sběr dat bude probíhat ze zdravotnické dokumentace pacientů, jejich lékařského a ošetřovatelského plánu (dle platných podmínek o zacházení se zdravotnickou dokumentací).

Data v kazuistikách nebudou obsahovat osobní údaje pacienta. Kazuistiky budou obsahovat pouze k věk zkoumaného pacienta, pohlaví a onemocnění, spolu s léčebným a ošetřovatelským postupem. Data v kazuistikách budou použita jen pro výzkumné a studijní účely v rámci bakalářské práce.

Souhlasím s provedením výzkumu.


Ing. Bc. Lucie Lišická
hlavní sestra

Oblastní nemocnice Kladno, a.s.,
nemocnice Středočeského kraje
ředitelství
Vančurova 1548, 272 59 Kladno
tel.: 312 606 111, fax: 312 606 888
IČ: 27256537 DIČ: CZ27256537