

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

Petra Marková

**Závěrečná fáze života na jednotce intenzivní péče**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Helena Kisvetrová, PhD.

Olomouc 2015

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 30. dubna 2015

-----

podpis

Děkuji PhDr. Mgr. Heleně Kisvetrové, Ph.D. za odborné vedení mé bakalářské práce a poskytování cenných rad při zpracovávání bakalářské práce. Dále děkuji své rodině a blízkým za podporu během studia.

Bakalářská práce byla podpořena v rámci studentské grantové soutěže na Univerzitě Palackého v Olomouci a je dedikována projektu FZV\_2014\_007.

## **ANOTACE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

**Typ závěrečné práce:** Přehledová bakalářská práce

**Téma práce:** Péče o pacienty v závěru života na pracovištích intenzivní péče

**Název práce:** Závěrečná fáze života na jednotce intenzivní péče

**Název práce v AJ:** End-of-life in the intensive care unit

**Datum zadání:** 2015-01-31

**Datum odevzdání:** 2015-04-30

**Vysoká škola, fakulta, ústav:** Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav ošetřovatelství

**Autor práce:** Petra Marková

**Vedoucí práce:** PhDr. Mgr. Helena Kisvetrová, Ph.D.

**Oponent práce:**

**Abstrakt v ČJ:** Přehledová bakalářská práce se zabývá problematikou poskytování paliativní péče na intenzivních pracovištích. Shrnuje publikované poznatky o nejčastějších problémech pacientů v terminálním stádiu na jednotce intenzivní péče. Předkládá dohledané poznatky o překážkách v poskytování paliativní péče na intenzivních pracovištích, důstojném umírání, komunikaci v závěru života a vzdělávání v paliativní péči.

**Abstrakt v AJ:** Overview bachelor thesis deals with the issue in providing of palliative care in intensive workplaces. Summarizes the published findings about the most common problems of patients of the intensive care unit in the end-stage. The Bachelor thesis submits

trace of evidence on barriers in providing of palliative care in intensive workplaces, dignified dying, communication at the end of life and education in palliative care.

**Klíčová slova v ČJ:** umírání, paliativní péče, konečná fáze života, důstojnost, jednotka intenzivní péče, komunikace v závěru života.

**Klíčová slova v AJ:** palliative care, ICU, dignity dying, end-of-life, death, communications

**Rozsah:** 37 stran

## Obsah

|                                                        |    |
|--------------------------------------------------------|----|
| ÚVOD.....                                              | 7  |
| 1 POPIS REŠERŠNÍ ČINNOSTI.....                         | 9  |
| 2 PALIATIVNÍ PÉČE NA INTENZIVNÍCH PRACOVÍŠTÍCH .....   | 10 |
| 2.1 Role sestry v paliativní péči .....                | 12 |
| 2.2 Potřeby v paliativní péči .....                    | 13 |
| 2.3 Etické aspekty marné léčby.....                    | 15 |
| 3 DŮSTOJNÉ UMÍRÁNÍ.....                                | 17 |
| 3.1 Důstojnost .....                                   | 17 |
| 3.2 Living will.....                                   | 18 |
| 4 KOMUNIKACE .....                                     | 21 |
| 4.1 Komunikace s rodinou .....                         | 21 |
| 4.2 Komunikace s pacientem.....                        | 22 |
| 4.3 Komunikace ve zdravotnickém týmu.....              | 23 |
| 5 VZDĚLÁVÁNÍ V PALIATIVNÍ PÉČI .....                   | 24 |
| 5.1 Vzdělávací programy .....                          | 25 |
| 6 SHRUTÍ TEORETICKÝCH VÝCHODISEK A JEJICH VÝZNAM ..... | 27 |
| ZÁVĚR.....                                             | 30 |
| POUŽITÉ BIBLIOGRAFICKÉ A ELEKTRONICKÉ ZDROJE:.....     | 31 |
| SEZNAM ZKRATEK .....                                   | 37 |

# ÚVOD

Tradičním cílem intenzivní zdravotní péče je snížit nemocnost a úmrtnost spojenou s kritickým onemocněním, udržovat funkci orgánů a obnovení zdraví. I přes technologický pokrok zůstává smrt na jednotkách intenzivní péče samozřejmostí. Koexistence paliativní péče a intenzivní péče se může zdát paradoxní díky technickému vybavení intenzivních pracovišť (Cook a Rocker, 2014, s. 2506). Paliativní péče se stává nedílnou součástí intenzivní medicíny (Černá-Pařízková, 2011, s. 15).

Tato přehledová bakalářská práce se zabývá problematikou poskytování paliativní péče na intenzivních pracovištích.

## Cíl 1

Předložit dohledané poznatky o paliativní péči v závěru života na intenzivních pracovištích

## Cíl 2

Předložit dohledané poznatky o důstojném umírání a living will na intenzivních pracovištích

## Cíl 3

Předložit dohledané poznatky o komunikaci s pacientem v závěru života na intenzivních pracovištích

## Cíl 4

Předložit poznatky o vzdělávání sester v paliativní péči

Jako vstupní literatura k tématu přehledové bakalářské práce byly prostudovány následující tituly:

ŠEVČÍK, Pavel, Vladimír ČERNÝ a Jiří VÍTOVEC. *Intenzivní medicína*. 1. vyd. Praha:

Galén, 2000, 393 s. ISBN 80-726-2042-8.

O'CONNOR, Margaret. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. 1. české vyd. Překlad Jana Heřmanová. Praha: Grada, 2005, 324 s. ISBN 80-247-1295-4.

FERRELL, Betty R. a Nessa COYLE. *Textbook of Palliative nursing*. 2.vydání. New York: Oxford university press, 2006, 1246 s. ISBN 13-978-0-19-517549-3.

PAYNEOVÁ, Sheila, Jane SEYMOUROVÁ a Christine INGLETONOVÁ. *Paliativní péče: principy a praxe*. 1. vyd. Editor Sheila Payne, Jane Seymour, Christine Ingleton. Překlad Ivo Lukáš. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, 807 s. Paliativní péče. ISBN 978 - 808-7029-251.

BALDWIN, Moyra A a Jan WOODHOUSE. *Key concepts in palliative care*. London: SAGE, 2011, xvii, 245 p. SAGE key concepts. ISBN 18-486-0872-1.

SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK. *Paliativní medicína pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007, 362 s. ISBN 978-80-7262-505-5.

Po stanovení cílů a prostudování výše uvedené literatury byla provedena rešerše a dohledány relevantní plnotexty odborných článků.

# 1 POPIS REŠERŠNÍ ČINNOSTI

## ALGORITMUS REŠERŠNÍ ČINNOSTI



### VYHLEDÁVACÍ KRITÉRIA:

**Klíčová slova v ČJ:** umírání, paliativní péče, konečná fáze života, důstojnost, jednotka intenzivní péče, komunikace v závěru života

**Klíčová slova v AJ:** palliative care, ICU, dignity dying, end-of-life, death, communications

**Jazyk:** Český jazyk, Anglický jazyk,

**Období:** 2004 – současnost

**Další kritéria:** recenzovaná periodika, přístupný plný text článků, abstrakt v anglickém jazyce, věk 65+



### DATABÁZE:

BMČ, EBSCO, ProQuest, PubMed, Google scholar



Nalezeno 348 článků



### VYŘAZUJÍCÍ KRITÉRIA:

duplicitní články

články, které se nedotýkaly přímo tématu práce

články zaměřeny na lékařskou péči

články zaměřeny na farmakologické postupy



### SUMARIZACE VYUŽITÝCH DATABÁZÍ A DOHLEDANÝCH DOKUMENTŮ

EBSCO – 106 článků

PROQUEST – 87 článků

MEDLINE – 155 článků

### SUMARIZACE DOHLEDANÝCH PERIODIK A DOKUMENTŮ

PubMed – 24 článků

Kontakt – 2 článků

Vědecká knihovna, NCONZO, BMČ – 8 článků



Pro tvorbu teoretických východisek bylo použito 34 odborných plnotextů

## 2 PALIATIVNÍ PÉČE NA INTENZIVNÍCH PRACOVÍŠTÍCH

S rozvojem intenzivní medicíny se dostavila i řada etických, medicínských a ekonomických problémů. Hlavním cílem intenzivní péče je zachování života a zdraví pacienta. Pokud tento cíl nelze naplnit, dochází k přechodu na péči paliativní, která eliminuje bolest, zamezí diskomfortu a strádání, zachová důstojnost a uspokojí bio-psycho-sociální potřeby. (Černá-Pařízková, 2011, s. 15). K tomuto názoru se přiklání i Higginson a kolektiv, když paliativní péči nazývá oblastí ošetrovatelské péče orientované nejen na ulehčení a prevenci utrpení pacienta s komplexními potřebami, ale i na potřeby rodinných příslušníků. Takto pojímaná péče zahrnuje aspekty psychické, emocionální, komunikační, sociální a spirituální (Higginson a kolektiv, 2013, s. 1741). Beckstrand, Callister a Kirchhoff ve svém článku popisují, že díky pokroku v diagnostice při léčbě akutních a chronických onemocnění, je u pacientů zvládnutá akutní hrozba, ale na druhou stranu jsou vystaveni následnému prodloužení procesu umírání (Beckstrand, Callister a Kirchhoff, 2006, s. 38). Terminální stav pacienta je měněn podporou základních životních funkcí (Drábková, 2004, s. 235). Curtis v rozhovoru s Nelson prezentuje mnoho důvodů, které umožnily zlepšení paliativní péče na jednotkách intenzivní medicíny. Jedním z nich je péče o kriticky nemocné pacienty, u nichž je vysoké riziko úmrtí a vyžadují podporu životních funkcí anebo intenzivní dohled. V případech, že přežijí kritický stav, mohou nastat významné okolnosti, které zhorší nebo ovlivní kvalitu jejich života a způsobí další problémové situace (Nelson, 2012, s. 168). Drábková uvádí řečnickou otázku, která byla vyslovena na mezinárodním fóru z přelomu 20. a 21. století, zda budeme jednou všichni umírat na umělé plicní ventilaci (Drábková, 2004, s. 235).

Význam začlenění paliativní péče do intenzivní péče je stále více uznáván. Paliativní péče zahrnuje péči zaměřenou na bolest a další nepříjemné symptomy, komunikaci o cílech péče ve vztahu k prognóze a preferenci pacienta, přechodné plánování a podporu rodiny (Mosenthal a kolektiv 2012, s. 1200). I přesto, že potřeby v oblasti paliativní péče byly vždy zřejmé, došlo k významnému posunu. Tento posun se týká zaměření se v kritické péči na rostoucí uznání potřeb pacienta na jednotce intenzivní péče a jeho rodiny. Podíváme-li se na potřeby paliativní péče na jednotkách intenzivních pracovišť, jsou vlastně blízké potřebám populace, která byla vnímána jako tradiční příjemci paliativní péče. Pacienti na jednotce intenzivní péče jsou navíc doprovázeni rodinnými příslušníky, kteří často trpí

a potřebují psychologickou podporu a multidisciplinární subvenci, a to nejen od lékařů, ale i sester, ošetřovatelů, pastoračních a sociálních pracovníků. Pokud toto multidisciplinární úsilí velmi dobře funguje v jiných oblastech, jako například v onkologii, je stejně nezbytné i pro jednotku intenzivní péče. Tento názor prezentuje Siegel v rozhovoru s Nelson (Nelson, 2012, s. 168-169). Higginson a kolektiv zastávají názor, že na rozdíl od většiny nemocniční péče, je paliativní péče relevantní ve všech stádiích nemoci, a to ve fázi léčení i konce života (Higginson a kolektiv, 2013, s. 1741). Veřejný průzkum zjistil, že více než 95 % Američanů považuje paliativní péči za velice důležitou a měla by zaujímat místo nejvyšší priority v systému zdravotní péče (Curtis a kolektiv, 2012, s. 589). Z nové formulace praktických klinických pokynů se za posledních deset let vyvinula myšlenka, že paliativní péče by měla být poskytována spolu s intenzivní péčí, bez ohledu na prognózy (Nelson a kolektiv, 2011, s. 90). Nelson a kolektiv dále uvádí potřebu paliativní péče pro kriticky nemocné pacienty a jejich rodiny, včetně zmírnění nepříjemných pocitů, efektivní komunikace o cílech péče, sladění terapie s hodnotami pacientů a jejich preferencemi. Zařazuje se rovněž plánování přechodu na jiné nastavení léčby (Nelson a kolektiv, 2011, s. 90). Higginson a kolektiv poukazují na jednotku intenzivní péče, jako na zařízení, ve kterém se pacientovy okolnosti a zdravotní stav může rapidně měnit. Proto hlavním cílem v intenzivní medicíně není jen zlepšení zdravotního stavu a prodlužování života (Higginson a kolektiv, 2013, s. 1741). Ve Spojených státech je zaznamenáno více než 2,4 miliónu úmrtí ročně, a k 80 % z těchto úmrtí dochází v nemocnicích (Beckstrand, Callister a Kirchhoff, 2006, s. 39-40). Podle Anguse a kolektivu vzniká rostoucí množství důkazů ukazující na důležitost paliativní péče na jednotce intenzivní medicíny, protože jedna pětina všech úmrtí ve Spojených státech vznikla během, nebo krátce po pobytu na jednotce intenzivní péče (Angus a kolektiv, 2004, s. 638-643).

Curtis hovoří o snaze limitovat zvyšující se ceny za zdravotní péči a zlepšovat její kvalitu v terminálním stádiu. Více jak 25 % ceny je využito při péči v posledním roce života pacienta (Curtis a kolektiv, 2012, s. 587). Nelson představuje webovou powerpointovou verzi prezentace s názvem "Making the case for ICU palliative care". Prezentace nastiňuje, jak integrace paliativní péče úspěšně snižuje délku pobytu na jednotce intenzivní péče, bez zvýšené úmrtnosti, zatímco současně poskytuje dobrou kontrolu symptomů, vysokou spokojenost pacientů a psychickou pohodu jejich rodin (Nelson, 2012, s. 170). Mosenthal poukazuje na rozmanitost jednotek intenzivní péče, každá z nich má vnitřní a konkrétní kulturu, vytvořenou svojí historií, strukturou, politikou, procesy péče a postoji interakcí různých oborů týmů v intenzivní péči (Mosenthal a kolektiv, 2012, s. 1200).

## 2.1 Role sestry v paliativní péči

Poskytování optimální péče na konci života se v současné době stává velkou výzvou pro ošetrovatelské profesionály i veřejnosti (Beckstrand, Callister a Kirchhoff, 2006, s. 39). „Teorie pokojného života“ je koncepčním modelem autorek Corneliie M. Ruland a Shirley M. Moore, který se zabývá ošetrovatelskou péčí v terminálním stádiu nemoci (Machová, Sedláková a Tóthová, 2009, s. 337). Výzkumné studie uvádějí překážky, které negativně ovlivňují poskytování kvalitní terminální péče na jednotkách intenzivní péče. Konkrétně se jedná o nedostatek sester, které by mohly věnovat umírajícím pacientům adekvátní množství času, dále komunikační problém, nerealistické očekávání pacientů a rodin či nevhodné rozhodování o léčbě (Beckstrand, Callister a Kirchhoff, 2006, s. 40). Sestry by měly být lídry v posilování týmové práce. Při poskytování paliativní péče mohou identifikovat pracovní ošetrovatelské procesy, které přispějí k začlenění intervencí paliativní péče. V rámci rodinných setkání, kde jsou diskutovány potřeby a zájmy pacienta a jeho rodiny, existuje mnoho konkrétních činností, které může zajistit pouze sestra. Jedná se například o naslouchání, usnadňování a podporu vyjádřením empatie. Tyto poznatky uvádí Puntillo v rozhovoru s Nelson (Nelson, 2012, s. 170-171). Pfefferová a Pistulková poukazují na změnu postoje chování k umírajícím pacientům jako na hlavní úkol pro sestry a ošetřující personál. V budoucnu, díky nástupu nové generace vzdělaných sester bakalářek a magister, bude přístup k umírajícímu člověku více upřímný a kvalifikovanější. Péče v terminálním stádiu bude kvalitnější (Pfefferová a Pistulková, 2011, s. 11). Sestry musí definovat své základní role v léčbě symptomů, komunikovat s pacientem a rodinou, rozhodovat v rámci interdisciplinárního týmu intenzivní péče a pomoci vyvinout systémy, kterými mohou tyto role aktualizovat. Pouze integrovaný tým kompetentních odborníků pracujících s dobře navrženými strukturami a procesy, poskytuje vysoce kvalitní paliativní péči o kriticky nemocné pacienty a jejich rodiny (Nelson, 2011, s. 94).

Beckstrand, Callister a Kirchhoff provedli analýzu obsahu textu připomínek poskytnutých od 468 sester z intenzivních jednotek z průzkumu o eutanazii. Tyto připomínky ukazují, že pocity dotazovaných sester o problémech kolem konce života jsou nesmírně složité. Bylo vytvořeno 8 témat z 37 kódovaných konceptů. Mezi nejčastější témata patřily obavy pacientů (53 %), rodinné záležitosti (33 %), klinické okolnosti (42 %), osobní zájmy sester (38 %) a vnější nebo strukturální problémy (68 %). Připomínky sester poskytují jedinečný pohled na péči o kriticky nemocného pacienta a odhaluje mnoho faktů o péči v závěru života a navrhuje způsoby, jak by měla být zlepšena (Beckstrand, Callister

a Kirchhoff, 2006, s. 39). Beckstrand, Callister a Kirchhoff přikládají k posouzení výzkumnou studii, v níž byl vytvořen třicetistránkový dotazník, který byl zaslán na katedru sociálního a preventivního lékařství na Univerzitě v Queenslendu. Zde bylo osloveno 1100 náhodně vybraných členů komunity, dále pak 1200 zdravotníků (sestry, praktičtí lékaři a odborníci), včetně 299 sester z intenzivní péče. Návratnost dotazníků od sester z intenzivních pracovišť byla 79 %, což naznačuje vysokou úroveň zájmu, anebo obavy týkající se této oblasti (Beckstrand, Callister a Kirchhoff, 2006, s. 40). V poslední době se poměrně zvýšila spokojenost rodin s paliativní péčí na jednotce intenzivní péče, což vyvolalo spekulace, že se péče v průběhu let zlepšila, nicméně tyto časové trendy nebyly zdokumentovány (DeCato a kolektiv, 2013, s. 1405).

## 2.2 Potřeby v paliativní péči

Fyzické problémy, jako je bolest, výživa, vyprazdňování a únava, jsou pro pacienta zdrojem potíží. Jako psychické problémy se projevují strach ze smrti, bezmocnost a v neposlední řadě sociální a ekonomické problémy spojené se ztrátou zaměstnání, vztahů, blízkých a rodiny (Machová, Sedláková a Tóthová, 2009, s.337). Higginson a kolektiv na základě svého výzkumu identifikovali oblasti s největšími problémy, mezi které patří:

- kontrola příznaků,
- podpora pacienta a rodiny,
- komunikace,
- rozhodování, týkající se obzvláště ukončení intenzivní léčby,
- přání pacienta, důstojnost, respekt a vnitřní mír (Higginson a kolektiv, 2013, s. 1741).

Kranidiotis a kolektiv hovoří o zadržené léčbě a principech bioetiky, které zabrání zbytečnému utrpení umírajících pacientů (Kranidiotis a kolektiv, 2010, s. 228). Při léčbě s infaustní diagnózou a krátkou prognózou je řešení pro lékaře poměrně snadné. Terapie je účelná, zahrnuje analgetika, antidepresiva a anxiolytika. Eliminuje pocit žízně, hladu, diskomfortu a pocit izolovanosti od pozornosti okolí. Ošetrovatelská péče je doplněna komunikací a duchovní podporou (Drábková, 2004, s. 236). Puntillo v rozhovoru s Nelson vysvětluje dva přístupy: první z nich je, stále se udržující velmi úzké zaměření, které vidí paliativní péči pouze jako péči na konci života, a pokud pacient ještě není v tomto stádiu, zdráháme se zajistit servis paliativní péče. Tento přístup ovlivňuje možnost dostupnosti různorodé paliativní péče pro pacienty a jeho rodiny. Paliativní péče na jednotce intenzivní

medicíny je něco, k čemu by měli mít přístup všichni pacienti a jejich rodina. Druhý přístup je zaměřen na velmi důležitý aspekt paliativní péče, a to je léčba příznaků. Zde se rozhodujeme mezi pacientovou psychologickou nestabilitou a potřebou léčit příznaky. Mnozí pacienti na jednotkách intenzivní péče trpí řadou příznaků, jako je únava, žízeň, úzkost a bolest. Mnohdy tyto příznaky bývají podceňovány (Nelson, 2012, s. 169). Curtis a kolektiv uvádí, že mnoho pacientů umírá se střední, nebo těžkou bolestí a lékaři si často neuvědomují preference pacientů na konci životní fáze (Curtis a kolektiv 2011, s. 348). Diskutovanou oblastí je vysazování analgosedace. Na prvním místě je kladen důraz na komfort pacienta, a hlavním cílem je proto zmírnění bolesti. Pokud lze s jistotou vyloučit viditelné známky všech stresových situací, které vykazují pouze pacienti se smrtí mozku, lze v tomto případě akceptovat nenasazení analgosedace za předpokladu monitorování známek stresu, nebo diskomfortu (Pařízková a kolektiv 2006, s. 264). Pařízková a kolektiv upozorňují na jednoznačnou chybu vysazovat analgosedaci při ukončování terapie (Pařízková a kolektiv 2006, s. 264). Diskomfort a bolest vyvolávají i každodenní postupy jako odsávání z dýchacích cest a polohování pacienta, což si ošetřující personál často neuvědomuje (Herold, 2013, s. 430). Díky dokumentování bolesti v posledních čtyřiaadvaceti hodinách života tato oblast dosáhla viditelného zlepšení. Ke zlepšování kvality léčby pomohly kampaně, kdy je bolest považována za “pátou vitální funkci” (DeCato a kolektiv, 2013, s. 1410). DeCato ve své studii uvádí 82 % pacientů, kteří v dokumentaci hodnotili bolest v posledních dvacetičtyřech hodinách (DeCato a kolektiv, 2013, s. 1408).

#### **Systém hodnocení bolesti:**

- *Subjektivní hodnocení bolesti* – nejplatnější a nejspolehlivější hodnocením bolesti u pacienta, má přednost před ostatními hodnoceními, pokud to stav pacienta dovoluje,
- *Kvantitativní hodnocení bolesti* – vhodná pro pacienty, kteří jsou schopni míru bolesti sdělit (bez sedativní medikace, plně kontaktní, spontánně ventilující), patří sem Verbální číselná škála (VRS), Vizuální analogová škála (VAS), Numerická číselná škála (NRS), Verbální deskriptivní škála bolesti (VDS) a Hicksova škála tváří,
- *Vícerozměrné škály hodnotící bolest* – dotazníková forma hodnocení, která měří intenzitu, afektivitu a behaviorální složku, pro jejich časovou náročnost je využití na pracovištích intenzivní péče velmi malé (Pain Rating Index, Present Pain Index a Breif Pain Questionnaire),
- *Behaviorální škály hodnocení bolesti* – nejvhodnější pro pacienty na jednotce intenzivní péče, hodnotí se algické chování, výraz mimiky, fyziologické ukazatele (puls, tlak,

dechová frekvence),

- *Behavioral Pain Scale (BPS)* – hodnotí výraz tváře, pohyby horních končetin a toleranci umělé plicní ventilace. Při použití hluboké sedace je hodnocení ztíženo,
- *Adult Non-Verbal Pain Scale (ANVPD)* – jde o modifikovanou FLACC škálu, použitelnou u dospělé populace na umělé plicní ventilaci,
- *Critical Care Pain Observational Tool (CPOT)* – nejnovější škála, hodnotí výraz tváře, pohybovou aktivitu, tonus svalů a tolerance umělé plicní ventilace.

Byla vyvinuta spojením několika starších škál (Herold, 2013, s. 433).

Drábková usuzuje, že terminální stav je podle etických potřeb zajištěn hlubokou analgosedací (Drábková, 2004, s. 236). Machová, Sedláková a Tóthová definují bolest podle Světové zdravotnické organizace jako nepříjemný pocit, nebo emocionální zkušenost (Machová, Sedláková a Tóthová, 2009, s. 336). Mnoho pacientů preferuje zemřít doma, bez bolesti, bez život zachraňujících prostředků. Přesto většina pacientů se závažným onemocněním umírá v nemocnici (Zaros a kolektiv, 2013, s.335). Nelson a kolektiv vytvořili praktický soubor opatření k běžnému sledování zpětné vazby výkonu a zlepšení kvality paliativní péče na intenzivních pracovištích. Tento soubor se zabývá základními prvky paliativní péče:

- identifikace preference pacienta na léčbu a náhradních rozhodovacích pravomocí pacientů,
- komunikace mezi lékařem, pacientem, rodinou, sociálním pracovníkem,
- duchovní podporou,
- hodnocením a léčbou bolesti.

Tyto aspekty byly upřednostněny pro zlepšení kvality ze strany Institute of Medicine a všech hlavních organizací zastupujících odborníky intenzivní péče (Nelson a kolektiv, 2006, s. 270). Autoři Beckstrand, Callister a Kirchhoff shromáždili návrhy na zlepšení důstojného odchodu v závěrečné fázi na intenzivních pracovištích. K těmto závěrům použili vytvořené výzkumné studie. Jednu ze Spojených států a druhou z Austrálie - ve kterých bylo zkoumáno vnímání potřeb kriticky nemocného pacienta sestrami na intenzivních pracovištích (Beckstrand, Callister a Kirchhoff, 2006, s. 39).

## 2.3 Etické aspekty marné léčby

Pojem terminální období chronické/dlouhotrvající nemoci a terminální stav mají odlišný

význam a i rozdílné nároky na intenzivní péči (Drábková, 2004, s. 235). Intenzivní péče může prodloužit proces umírání u pacientů, kteří nereagují na léčbu již poskytnutou. Omezení život udržující léčby, buď zadržením, nebo odejmutím podpory, je eticky přijatelné a běžné v praxi po celém světě (Kranidiotis a kolektiv, 2010, s. 228). Drábková nazývá terminální stav různě dlouhým procesem, charakterizovaný selháváním oběhu, dýchání, ztrátou vědomí, poruchou vnitřního prostředí a dalšími orgánovými změnami. Proti tomu terminální období je odlišné právě v základních životních funkcích. Má klesající výkonnost, proces jejich zhoršování je delší a prognóza se zkracuje. V poslední době se terminální období změnilo, léčba bývá obvykle prodloužena do akutní destabilizace stavu (Drábková, 2004, s. 235). Pokud je intenzivní léčba neadekvátní, je nutno stanovit, jak se bude tato léčba měnit nebo korigovat. O nerozšiřování léčby se jedná tehdy, pokud je medicínsky nereálné rozšiřování další léčby či nasazování nové. Pokud léčbu vysazujeme, jedná se o nepřiměřenou stávající léčbu a dochází k vysazování orgánové podpory a jiných nadbytečných medicínských postupů, což ale neznamená vysazení veškeré léčby. Musí být zajištěn veškerý komfort na konci života, který zaručuje dostatečná analgezie (Ševčík, 2012, s. 533).

Názory na jednotlivé postupy léčby se v různých zemích liší. K odlišným názorům přispívají zejména jiné právní normy, ale i klinická praxe. V neposlední řadě i kulturní, edukační a ekonomické vlivy (Pařízková a kolektiv 2006, s. 262). Autoři zahraničních studií se shodují, že často dochází k poskytnutí tak zvané “marné léčby”, kdy není šance na zlepšení a vytváří se takto okamžik nedůstojné smrti (Kisvetrová, 2011, s. 179). Kisvetrová ve své studii uvádí, že více než polovina sester je vysloveně proti poskytování život zachraňujících úkonů u pacientů s infaustní prognózou. Oslovené sestry považovaly přístup za nehumánní a neetický. Tyto názory zastávají i čeští odborníci, kteří se této problematice věnují. Paliativní, komfortní a především ošetrovatelská péče by měla být indikována po využití všech dostupných léčebných možností, kdy je stav pacienta nevyléčitelný (Kisvetrová, 2011, s. 179). Ševčík se přiklání k názoru, že ve chvíli, kdy dojde patologický proces do ireverzibilního stavu, je neetické prodlužovat tento stav poskytováním plné léčby. Základním principem života je jeho konečnost. Při nerespektování tohoto principu se stavíme proti jedinému východisku a to, důstojnému odchodu (Ševčík, 2012, s. 532). Péče ke konci života na jednotkách intenzivních pracovišť předchází rozhodnutí odepřít, nebo odejmout život udržující terapii. Existují přesvědčivé důkazy o problémech s kvalitou péče na konci života na jednotce intenzivní péče (Curtis a kolektiv 2011, s. 348).

### 3 DŮSTOJNÉ UMÍRÁNÍ

Smrt je nejkritičtějším místem nemoci, musíme se naučit se smrtí zacházet s úctou a respektem, který si zaslouží (Beckstrand, Callister a Kirchhoff, 2006, s. 40). Nebot a kolektiv popisují důstojné umírání jako zásadní lidské právo (Nebot a kolektiv, 2010, s.438). Často diskutované je riziko nerespektování důstojnosti umírajících pacientů. Podstata důstojnosti vychází z etického kodexu a Práv pacientů. Právem každého jedince je základní princip, tvořící paliativní péči u terminálně nemocných a jejich rodin jako zabezpečenou hodnotu (Kisvetrová 2013, s. 253). Nordenfelt považuje obecný koncept důstojnosti jako pozici na stupnici hodnot (Nordenfelt, 2004).

#### 3.1 Důstojnost

Koncept důstojnosti je velmi subjektivní a hodně ovlivňující osobní, kulturní, společenská a duchovní konstrukce jedince (Periyakoi, Noda a Kraemer, 2010, s. 495). Pokud orgánová dysfunkce u kriticky nemocného pacienta vzdoruje léčbě, není možné nadále plnit cíle péče a podpora života pravděpodobně povede k výsledkům, které se neslučují s hodnotami pacientů, je nutné zajistit ze strany personálu na jednotce intenzivní péče, aby pacienti důstojně umírali. Definice „umírání s důstojností“ uznává vnitřní lidské hodnoty, ale i vnější kvality, jako je: fyzické pohodlí, samostatnost, smysluplnost, připravenost a interpersonální důvěra (Cook a Rocker, 2014, s. 2506). Pojem důstojnost postupně získal více ústřední místo ve filozofii medicíny a souvisejících oblastech. Důstojnost vstoupila i do vnitrostátních právních předpisů v oblasti zdravotní péče. Příkladem je novější verze zdravotnictví a zdravotnických služeb ve švédském zákoně, který říká, že: „péče musí být s ohledem na stejnou hodnotu pro všechny lidské bytosti a důstojnost jednotlivce“ (Nordenfelt, 2004, s. 70). V posledních letech došlo k formování konceptu důstojné smrti na jednotkách intenzivní péče, tedy právo zemřít důstojně. Avšak názory pacientů v závěru života, rodinných příslušníků a sester se ne vždy shodují (Nebot a kolektiv, 2010, s. 437-445). Cook a Rocker ve svém článku popisují zásadu pro udržení lidské důstojnosti na jednotce intenzivní péče, a to pochopit jedinečnou perspektivu pacienta, pochopit co dává jeho životu smysl (Cook a Rocker, 2014, s. 2506). Zvýšením úsilí o zlepšení kvality paliativní péče se začali tvůrci a kontroloři kvality péče více zaměřovat na hodnocení. Kvalita by měla být

založena na klinických důkazech a spojena s výsledky, které jsou pro pacienta i společnost důležité (White a kolektiv, 2013, s. 263). Dobrá a kvalitní péče ke konci života musí být k dispozici pro všechny, kteří ji potřebují, bez ohledu na jejich věk nebo kritický zdravotní stav (Dobson, 2005, s. 330). Zachování důstojnosti je často zmiňováno jako záležitost velkého znepokojení pro pacienta. Pacient posuzuje konečnou fázi života a důstojné umírání se tak vynořuje jako zastřešující cíl péče (Sizoo a kolektiv, 2013, s. 198). Tento cíl popisuje Cook a Rocker jako péči, která je v souladu s jejich hodnotami v době zranitelnosti, kdy jen málokdy mluví sami za sebe (Cook a Rocker, 2014, s. 2506). Blechman a kolektiv zastávají názor, že většina Američanů chce umřít v klidu a důstojně doma. Pacienti popisují pocit neefektivní a nákladné lékařské péče na konci života (Blechman a kolektiv, 2013, s. 1287). Efektivní plánování následné paliativní péče na intenzivních pracovištích (které mnohdy v kritickém stavu pacienta zaostává), může pravděpodobně zabránit utrpení spojeného s nechtěnými intervencemi a léčbou, a tak napomoci důstojnému umírání (Cook a Rocker, 2014, s. 2506).

### **3.2 Living will**

V budoucnosti bude možné prospektivní rozhodnutí pacienta, kdy bude moci definovat poslední vůli v době, kdy je plně psychicky způsobilý k pochopení svého stavu, možnostech léčby a průběhu nemoci. Závěrečná fáze života se tak svěří do rukou samotného pacienta (Drábková, 2004, s. 357). Ševčík poukazuje na “Koncept dříve vysloveného přání”, který je v České republice poměrně nový. Je popsán v Zákoně o zdravotních službách (372/2011 Sb.), kde je kladen důraz na písemnou formu vysloveného přání, která je opatřena úředně ověřeným podpisem pacienta (Ševčík, 2012, s. 533). Kisvetrová vidí “Living will” jako skutečnost, jež se jeví v problému prognózy a správné péče podle přání a rozhodnutí jedince v poslední fázi života. Pro lékaře a sestry z intenzivních oborů byl “Living will” zpočátku málo přijatelný a k jejich specializaci vzdálený. Také popisuje procentuální souhlas s legislativní legalizací prosazující “Living will” v České republice, a to téměř polovinou dotazovaných pracovníků z intenzivní medicíny (Kisvetrová, 2011, s. 179). Problematika přechodu z intenzivní léčby na léčbu paliativní z prostředí intenzivních pracovišť je velice dobře popsána v Doporučení představenstva České lékařské komory č.1/2010, kde je v bodech zaznamenáno:

- Kdokoliv z ošetřujícího zdravotnického týmu může dát podnět k zahájení paliativní péče,

- Kdykoliv zahrnout pacientovo přání o paliativní péči,
- Informovat rodinu a blízké,
- Do zahájení paliativní léčby zahrnout i nelékařský zdravotnický personál,
- Závěrečné rozhodnutí provádí vedoucí lékař,
- Zápis do zdravotnické dokumentace by měl obsahovat zhodnocení stavu,
- Přehodnocovat a zvažovat diagnostické a léčebné postupy,
- Odstranění bolesti, diskomfortu a strádání brát jako prioritu,
- Umožnit vždy přítomnost rodiny a blízkých (Ševčík, 2012, s. 536).

Černá-Pařízková popisuje stejné principy péče při přestupu z intenzivní léčby na paliativní (Černá-Pařízková, 2011, s. 17). Cvachovec a kolektiv uvádí cíle konsenzuálního přístupu při poskytování paliativní péče u dospělých pacientů v konečné fázi života, kteří nejsou schopni o sobě rozhodovat, a to:

- Definovat pojmy k dané problematice,
- Vypracovat základní principy a východiska o začátku paliativní péče v terminálním stavu, ireverzibilních onemocnění, kde je znemožněno vyjádření vlastní svobodné vůle,
- Respektovat předchozí názor pacienta (pokud existuje), zajistit maximální komfort, důstojnost a klást důraz na etické aspekty,
- Omezit marné a neúčelné léčby, které by s sebou přinesly i převažující komplikace bolesti, diskomfortu a strádání pacienta,
- Zvýšit kvality rozhodování, zlepšení komunikace jak uvnitř zdravotnického týmu, tak i s rodinou nemocného,
- Seznámit odbornou i laickou veřejnost s etickými principy medicíny a platnými právními předpisy při nepokračování marné a neúčelné léčby,
- Ztotožnit se se základními právními předpisy a dokumenty dané tematiky,
- Podpoření a usnadnění doporučení, které se touto tematikou zabývají na pracovištích jednotek intenzivní péče (Cvachovec a kolektiv, 2009, s. 218-219).

Zaros a kolektiv definují zhodnocení stupně schopnosti pacienta se rozhodovat o poslední fázi života. Lékařský tým stanoví stupeň schopnosti se rozhodnout při příjmu na kliniku a během prvních 24 hodin. Pokud pacient v terminálním stádiu není schopen komunikace, je akceptována informace, která byla dokumentována v historii, kde bylo zjištěno lékařem, že pacient je schopný rozhodovat sám za sebe. Další podporující informace ze záznamu byly použity k evidenci rozhodnutí pacienta o léčbě, včetně toho, zda pacient podepsal souhlas

(Zaros a kolektiv, 2013, s. 337). Směrnice Advance jsou chápány jako projekce informovaného souhlasu a právo na sebeurčení při stanovení doby konce života (Nebot a kolektiv, 2010, s. 438). Některé důkazy naznačují, že americká veřejnost si stále více uvědomuje, jak je předem plánovaná paliativní péče důležitá. Nedávné studie uvádějí, že přibližně 70 % Američanů, u kterých bylo rozhodnuto o závěru života, mělo s sebou směrnici o předem plánované paliativní péči (Curtis a kolektiv, 2012, s.589). Pokročilé plánování péče je definováno jako pacientovo přání, týkající se jeho budoucí zdravotní péče v případě ztráty schopnosti se rozhodovat (Zaros a kolektiv, 2013, s.339). Zaros a kolektiv ve své studii poukazují na pacienty, kteří ztratí během hospitalizace schopnost rozhodovat se sami za sebe. Proto je nutné počítat se jmenováním zástupce, který rozhodne o paliativní péči těchto pacientů. V tomto případě dochází k promarnění možnosti dvěma způsoby:

- Zástupci mohou mylně interpretovat pacientovo přání, a to zhruba u jedné třetiny pacientů, pacientovi mohou být poskytnuty výkony v nesouladu s jeho vírou,
- Vyšší zátěž pro tyto zástupce vede k emocionálnímu stresu, psychickému stresu (výčitky), které mohou přetrvávat i po smrti pacienta (Zaros a kolektiv, 2013, s. 339).

Kranidiotis tvrdí, že zapojení příbuzných do rozhodování je neobvyklé a vytvoření směrnic je vzácností. Respektování a důvěra zdravotnického týmu je hluboce zakořeněna v řecké kultuře. Pacienti a rodina tradičně inklinují k tomu svěřit terapeutické rozhodnutí do rukou lékaře. Kromě toho, většina pacientů s chronicky nevyléčitelnou nemocí není obvykle plně srozuměna o diagnóze nebo prognóze (Kranidiotis a kolektiv, 2010, s.226). Nebot a kolektiv upozorňují na malou zkušenost se směrnicemi a malé množství výzkumů na toto téma. V případě Španělska bylo zjištěno, že u pacientů s chronickým onemocněním je málo informací o směrnicích Advance. 19 % pacientů mělo vytvořenou závěť–living will a 3 % pacientů mluvila s lékařem o této otázce (Nebot a kolektiv, 2010, s. 438).

## **4 KOMUNIKACE**

Zásadními pilíři je verbální i neverbální komunikace (Cook a Rocker, 2014, s. 2507). Komunikace a podpora pacientů a jejich rodin je hlavním zdrojem znepokojení ve zdravotní péči o kriticky nemocného pacienta. Přesto je to stále málo diskutované téma, obzvláště v době rychlých změn ve zdravotním stavu pacienta a klinické nejistotě (Higginson, 2013, s. 1741). Azoulay v rozhovoru s Nelson poukazuje na podporu komunikace a vzdělání v paliativní péči (Nelson, 2012, s. 169).

### **4.1 Komunikace s rodinou**

Sestry hrají klíčovou roli v procesu paliativní péče na jednotkách intenzivní péče a spolu s rodinou se snaží sestavit cíle péče. V tomto procesu pomáhají rodině pochopit stav a prognózu pacienta, mohou sdílet své znalosti a preferovat pacientovy vlastní zájmy, otázky a emoční a praktické hodnoty. To znamená, že rodinná setkání jsou páteří informovanosti zaměřené na pacienta, jeho rozhodování o vhodných cílech péče a odpovídajícímu léčebnému plánu (Nebot a kolektiv, 2011, s. 92). Lautrette a kolektiv popisují specifické potřeby rodinných příslušníků v komunikaci u umírajících pacientů na jednotce intenzivní péče. Jejich hlavním cílem je zlepšit komunikaci mezi zdravotnickým personálem intenzivních jednotek a rodinných příslušníků, pomáhat rodinám v případech, kdy je potřeba provést obtížná rozhodnutí. Studie má několik omezení. jedním z nich je, že byla provedena ve Francii, kde je vztah pacient–lékař vnímán jako více paternalistický než jinde (Lautrette a kolektiv 2007, s. 469). Tento paternalistický přístup popisují Pařízková a kolektiv i ve Švédsku, a to jako rozhodování lékařem bez vlivu dalších faktorů (Pařízková a kolektiv, 2006, s. 265). U rodin pacientů v terminálním stádiu a jejich blízkých se často objevují symptomy úzkosti, deprese a posttraumatické poruchy (Curtis a kolektiv, 2011, s. 348). Curtis a kolektiv popisují jen jednu studii, která byla zaměřena na komunikaci s rodinou a pacientem, kde došlo k dramatickému snížení psychických příznaků tři měsíce po smrti na jednotkách intenzivní péče. Ale nepopisuje, jak nejlépe implementovat tyto poznatky do praxe (Curtis a kolektiv, 2011, s. 348). Specialisti na paliativní péči jsou schopni zlepšit týmovou práci na jednotce

intenzivní péče, vytvářet rodinná setkání (k zapojení rodiny do koloběhu) a rozvíjet lepší způsoby, jak integrovat hodnoty a preference pacientů na závěrečnou péči (Nelson, 2012, s. 169). DeCato se zabývá některými studiemi, které naznačují zaměření se na proaktivní rodinné konference během hospitalizace na jednotce intenzivní péče, což by pomohlo snížit psychickou tíseň mezi členy rodiny a snížilo prodloužení umírání na jednotce (DeCato, 2013, s. 1410). Konfliktní situace je běžným jevem na jednotce intenzivní péče. Pracovníci v intenzivní péči a členové rodin musí interpretovat velké množství informací, činit obtížná rozhodnutí za nezpůsobilé pacienty s život ohrožujícími chorobami. Odborníci doporučují model “sdíleného rozhodování”, jehož cílem je dosáhnout shody mezi pacientem, rodinou a zdravotnickým týmem o cílech péče. Shody není vždy dosaženo, lékař může přijmout paternalistický model rozhodování, ale někteří členové rodiny nemusí tento názor ocenit, nebo akceptovat (Knickle, McNaughton a Downar, 2012, s. 16).

## **4.2. Komunikace s pacientem**

Kissane a kolektiv hovoří o efektivní komunikaci jako o centru setkání s pacientem. Pokud jsou dobře známy potřeby a zájmy pacienta, pak může nastat vzájemně dohodnuté plánování paliativní péče (Kissane a kolektiv, 2012, s. 1242). Bylo provedeno několik studií, které naznačují, že některé zásahy ke zlepšení komunikace mohou zefektivnit závěrečnou životní péči a redukovat pobyt na jednotce intenzivní péče před smrtí (Curtis a kolektiv, 2011, s. 348). Komunikace o konci života s pacienty byla označena jako jedna z nejtěžších a stresujících částí onkologie. Schopnost dobře komunikovat je důležitá pro správnou péči o pacienta a byla spojena s větší spokojeností pacientů, snížením úzkosti, lepším dodržováním léčby a zlepšením péče na konci života. Překážka efektivní komunikace o konci života byla zkoumána u některých specifických nemocí. Vyskytly se komunikační bariéry, které zahrnovaly nepohodlí při diskuzi o smrti, ohrožení pacientových nadějí, či nedostatek času na projednání otázek o smrti (Granek a kolektiv, 2013, s. 129). Konverzace v závěru života vnemocnici může být náročná. Pacienti jsou akutně nemocní a skoro 40 % z nich není schopno vlastního rozhodnutí. V případě paliativní konverzace musí lékař zhodnotit čtyři kritéria rozhodovací schopnosti pacienta:

- Pacient komunikuje jasně a setrvale, udržuje stejné rozhodnutí,
- Pacient rozumí informacím ohledně rozhodování, pro i proti,
- Pacient oceňuje důsledky svého rozhodnutí,

- Pacient dokáže vysvětlit své důvody, proč se takto rozhodl.

V praxi ale lékař nesprávně zhodnotí schopnosti pacienta až u 25 % případů. Pokud lékař určí, že pacient nesplňuje tuto normu pro rozhodovací schopnosti, je komunikace vedena s rodinným příslušníkem, či blízkou osobou, která je pověřena rozhodovací pravomocí. Diskuze se zástupcem z rodiny však může být obtížnější, může zpozdit důležité lékařské rozhodnutí a stát se tak stresující pro rodinu (Zaros a kolektiv, 2013, s. 335). Granek upozorňuje na čtyři hlavní překážky v komunikaci na konci života s pacientem, které zahrnují témata vztahující se k pacientům, systému zdravotní péče, poskytovatelům zdravotní péče a povaze dialogu (Granek a kolektiv, 2013, s. 129).

### **4.3 Komunikace ve zdravotnickém týmu**

Curtis v rozhovoru s Nelson diskutuje o výhodách dobré mezioborové spolupráce a komunikace mezi lékaři a sestrami na jednotkách intenzivní péče. Tato spolupráce umožňuje sestrám více se zapojovat do komunikace s terminálním pacientem i jeho rodinou, což se pozitivně odráží na kvalitě jejich vzájemné komunikace (Nelson, 2012, s. 171). Nicméně Curtis k tomu dodává zjištění o možnosti nesprávně vedené komunikaci v týmu. Tento tým nejenže ztrácí schopnost dobré spolupráce, ale i rodiny mohou mít pocit nekonzistentnosti podávaných zpráv jednotlivými členy týmu. To je jedna z nejvíce nepříjemných věcí, která rodinné příslušníky a pacienty zasáhne (Nelson, 2012, s. 171). Ševčík se přiklání k názoru o týmovém rozhodování při nerozšiřování nebo ukončování intenzivní léčby. Je důležité zahrnout všechny osoby v týmu, které se podílí na léčbě a péči (Ševčík, 2012, s. 532). Zatím co zdravotnické školy běžně učí obecné komunikační dovednosti, (jako je neverbální chování), které podporují dialog a dovednosti v dotazování, naslouchání, posuzování narážek a vyhnouti se překážkám pro efektivní komunikaci, tak odborník tréninkového a výukového programu využívá komunikačních dovedností a komplexní specifikace nemoci. Základní vzdělávací program ukazuje, jak citlivě sdělovat špatné zprávy a diskutovat o prognóze, nežádoucích účincích, plánování paliativní péče, diskutovat o smrti a umírání, včetně pokročilého plánování, a umožnit tak přirozenou smrt (Kissane a kolektiv, 2012, s. 1246).

## 5 VZDĚLÁVÁNÍ V PALIATIVNÍ PÉČI

Machová, Sedláková a Tóthová ve svém článku uvádí postupný přerod nedostatečné terminální péče ve standard pokojného konce, který byl tvořen sestrami. Sloužil jako spojující logický krok mezi teorií a praxí. Jednotlivé části standardu jsou úzce spojeny s ošetrovatelským procesem-anamnéza, stanovení cílů, plánování, realizace a hodnocení (Machová, Sedláková a Tóthová, 2009, s. 336). Koncept teorie pokojného života nemusí být vhodný pro všechny kultury, vychází z norského prostředí (Machová, Sedláková a Tóthová, 2009, s. 338). V roce 2005 Francie schválila zákon, který uvádí, že paliativní péče je prioritou. Od této doby jsou odborníci stále školeni v paliativní péči, ale to pouze v oblasti onkologických a hematologických odděleních. Lékaři z intenzivních oborů jsou školeni, aby se stali “specialisty života”, ale jsou stále i “specialisty na konečnou fázi života”, tento názor v rozhovoru s Nelson uvádí Azoulay (Nelson, 2012, s.169). Institut of Medicine doporučil posílení znalostí v oblasti péče v závěru života na jednotkách intenzivních pracovišť. Nicméně výzkum na způsoby jak změnit intenzivní péči s cílem usnadnit závěrečnou fázi života jeomezen (Beckstrand, Callister a Kirchhoff, 2006, s. 40). Mnoho studií dokládá regionální a mezi nemocniční variabilitu v intenzitě léčby na konci života, ale variabilita rodinných posuzování, hodnocení všeobecných sester a specifické ukazatele kvality pro paliativní adoživotní péči na jednotce intenzivní medicíny nebyla tak důkladně zkoumána (De Cato a kolektiv, 2013, s. 1406). Beckstrand, Callister a Kirchhoff zmiňují, že všichni členové zdravotnického týmu by měli získat vzdělání v péči na závěru života, byla popsána také potřeba vzdělávat a podat vysvětlení rodinám pacientů o tom, co poskytovatel zdravotní péče může reálně udělat pro umírajícího pacienta. Učit, že smrt je součástí života, zlepšit vzdělání veřejnosti v souladu se skutečností, že moderní medicína nedokáže vždy spravit, co je rozbité. Popisují smrt jako nejpřirozenější akt, který se může přihodit na jednotce intenzivní péče. Dochází k patové situaci mezi technologií a realitou (Beckstrand, Callister a Kirchhoff, 2006, s. 42).

## 5.1 Vzdělávací programy

Péče o umírajícího člověka, může přinést ponaučení a zkušenosti, a to studováním literatury v oblasti paliativní péče, či návštěvou seminářů a workshopů zabývajících se tematikou umírajících (Pfefferová a Pistulková, 2011, s. 9). Pfefferová a Pistulková doporučují zamyslet se nad touto životní etapou a nevytěšňovat ji. Setkání s umírajícími a jejich rodinou integruje získané teoretické vědomosti do praxe. Použit Chartu práv umírajícího. Nebát se času stráveného s umírajícím a jeho rodinou a řídit se zásadami paliativní péče (Pfefferová a Pistulková, 2011, s. 9) Mulkerin v rozhovoru s Nelson hovoří o nemocnici, kde se používá komunikačního modelu, který zahrnuje poradce paliativní péče do každodenní rutiny na jednotce intenzivní péče. Poradci usnadňují rodinná setkání a rozhovory o konci života. Poskytují i vzdělávání v oblasti paliativní péče pro sestry a lékaře, což se jeví jako nedocenitelné (Nelson 2012, s. 171). Azoulay k tomu v rozhovoru dodává, že většina Evropských nemocnic nemá mobilní týmy odborníků na paliativní péči. Také nemají mnoho odborníků, kteří by poskytovali paliativní péči uvnitř jednotky intenzivní péče, takže se zdravotnický personál spoléhá na své zkušenosti (Nelson, 2012, s. 169). Azoulay vysvětluje stanovisko o dostupnosti literatury, která se týká úmrtí na jednotce intenzivní péče. Jednou z věcí, která je přesvědčivá a efektivní, je vzdělávání založené na dlouhodobém sledování rodiny a blízkých, protože potom víme, že naše možnosti péče poskytly to, co rodina potřebuje (Nelson, 2012, s. 173). The Center to advance palliative Care (CAPC-Centrum pro podporu paliativní péče) na jednotce intenzivní péče poskytuje zdravotnickým pracovníkům nástroje, školení a technickou pomoc při vývoji moderního programu paliativní péče v nemocnicích. CAPC zahájila Integrating Palliative Care in the ICU (IPAL-ICU Project-Projekt na integraci paliativní péče na intenzivních pracovištích) novou iniciativu, která se zaměřuje zejména na zlepšení paliativní péče na jednotce intenzivní péče. Sdílí zdroje, včetně odborných důkazů a nástrojů, které pomáhají napříč oborům k integraci úspěšné intenzivní a paliativní péče. Tento tým odborníků zahrnuje silné ošetrovatelské zastoupení, spolupracuje na množství monografií a prezentací k řešení klíčových otázek v rámci úsilí pro zlepšení paliativní péče v podmínkách intenzivní medicíny. Materiály v tomto portfoliu jsou originální a odborně přezkoumány. IPAL-ICU také pravidelně aktualizuje příruční knihovnu literatury vztahující se k různým aspektům paliativní péče na jednotce intenzivní péče (Nelson, 2011, s. 93). Higginson a kolektiv poukazují na Psychosocial Assessment and Communication Evaluation (PACE-Psychosociální a komunikační vyhodnocení) jako na přijatelný a proveditelný nástroj, který má zlepšit péči

o pacienty a jejich rodiny na jednotce intenzivní medicíny. PACE obsahuje výukový program a záznam v klinických poznámkách, jak je dále popsáno.

PACE – školící program:

- Jeden týden výuky a tréninku před poskytnutím péče na jednotce intenzivních pracovišť v paliativní léčbě s cílem umožnit všem zaměstnancům příležitost k účasti a zlepšení komunikačních schopností,
- Samostatná místnost na jednotce s letáky, plakáty a příslušnými materiály PACE,
- Členové paliativního týmu a výzkumní pracovníci by měli být přítomni po dobu 3 až 4 hodin denně, aby představili program PACE a dokázali odpovědět na otázky, čímž posílí spolupráci mezi jednotkou intenzivní péče a paliativním týmem.

PACE záznam je stručný, na dvou stranách listu, požaduje posouzení pěti aspektu pacienta do dvaceti čtyř hodin od přijetí na jednotku intenzivní péče-rodinné detaily, sociální detaily, pacientovy preference, komunikace a informace a jakékoliv další problémy, které pociťují jako důležité (Higginson a kolektiv, 2013, s. 1741). Curtis a kolektiv doporučuje ke zlepšení vlastní účinnosti v pěti složkách, a to:

- Vzdělávání zdravotníka v paliativní péči na jednotce intenzivní péče s použitím různých vzdělávacích postupů (workshop, videoprezentace),
- Školení zdravotníků jednotek intenzivní péče od klinických odborníků na paliativní péči,
- Popisovat specifické překážky ke zlepšení paliativní péče na intenzivních pracovištích a dané návrhy představit vedoucímu lékaři jednotky,
- Zpětná vazba jednotlivých specifických úkonů na jednotce intenzivní péče, včetně spokojenosti rodiny,
- Zavedení systému podporujícího paliativní péči pomocí formulářů (Curtis a kolektiv, 2011, s. 350).

## 6 SHRNUTÍ TEORETICKÝCH VÝCHODISEK A JEJICH VÝZNAM

Prvním cílem bakalářské práce bylo předložit publikované poznatky o paliativní péči na intenzivních pracovištích. V dohledaných článcích autoři popisují paliativní péči jako ošetrovatelskou péči orientovanou na ulehčení a prevenci utrpení pacienta s komplexními potřebami, potřebami rodin, zahrnujícími psychické, emocionální, komunikační, sociální a spirituální aspekty péče (Higginson a kolektiv, 2013; Černá-Pařízková, 2011). Řada autorů se shoduje na tom, že podporou životních funkcí, se změnila intenzivní a resuscitační péče v průběhu terminálního stavu (Drábková, 2004; Nelson, 2012; Mosenthal a kolektiv, 2012). Higginson a kolektiv zastávají názor, že na rozdíl od většiny nemocniční péče je paliativní péče proměnlivá ve všech stádiích nemoci, a to ve fázi léčení i konce života (Higginson a kolektiv, 2013). Poskytování důstojné péče na konci života se stala hlavním zájmem sester a veřejnosti (Beckstrand, Callister a Kirchhoff, 2006). Většina autorů se shoduje, že sestra pečuje empaticky, s úctou a respektuje přání pacienta a rodiny (Machová, Sedláková a Tóthová, 2009; Nelson, 2012; Pfeifferová a Pistulková, 2011). Část autorů zastává názor, že mnozí pacienti na jednotkách intenzivní péče trpí fyzickými, psychickými problémy a projevy bezmocnosti (Nelson, 2012; Machová, Sedláková a Tóthová, 2009; Higginson a kolektiv, 2013). Curtis a kolektiv uvádí, že mnoho pacientů umírá se střední nebo těžkou bolestí a lékaři si často neuvědomují preference pacientů na konci životní fáze (Curtis a kolektiv, 2011). Terminální stav je podle etických potřeb zajištěn hlubokou analgosedací (Drábková, 2004). Tento názor doplňuje Pařízková a kolektiv o diskutovanou oblast, kterou je vysazování analgosedace. Na prvním místě je kladen důraz na komfort pacienta, hlavním cílem je eliminace bolesti (Pařízková a kolektiv, 2006). Velká část autorů se přiklání k názoru, že pokud je intenzivní léčba neadekvátní, je nutno stanovit, jak se bude tato léčba měnit nebo korigovat (Ševčík, 2012; Kisvetrová, 2011; Curtis a kolektiv, 2011).

Druhým cílem bylo předložit dohledané poznatky o důstojném umírání a living will na jednotce intenzivní péče. Autoři upozorňují na nejkritičtější místo nemoci, kterým je smrt. Naučit se smrti zacházet s úctou a respektem, který si zaslouží. (Beckstrand, Callister a Kirchhoff, 2006). Často diskutované je riziko nerespektování důstojnosti umírajících pacientů. Podstata důstojnosti vychází z etického kodexu a Práv pacientů (Kisvetrová, 2013). Nordenfelt považuje obecný koncept důstojnosti jako pozici na stupnici hodnot (Nordenfelt,

2004). Všichni autoři se shodují na dobré kvalitní péči na konci života, která musí být k dispozici pro všechny, kteří ji potřebují, bez ohledu na jejich věk nebo kritický zdravotní stav (Dobson, 2005; Cook a Rucker, 2014; Kisvetrová, 2013; Nebot a kolektiv, 2010; Sizzo a kolektiv, 2013; Blechman a kolektiv, 2013). Závěrečná fáze života se tak do velké míry svěřila do rukou rozhodnutí pacienta (Drábková, 2004). Ševčík poukazuje na “Koncept dříve vysloveného přání”, který je v České republice poměrně nový (Ševčík, 2012). Autoři se přiklání k názoru, že Living will byl zpočátku málo přijatelný a k jejich specializaci vzdálený (Kisvetrová, 2011; Ševčík, 2012; Černá-Pařízková, 2011; Cvachovec a kolektiv, 2009). Nedávné studie uvádí, že přibližně 70% Američanů, u kterých bylo rozhodnuto o závěru života, měli s sebou směrnici o předem plánované paliativní péči (Curtis a kolektiv, 2012). Někteří autoři poukazují na směrnice Advance, které jsou chápány jako projekce informovaného souhlasu a právo na sebeurčení při stanovení doby konce života (Curtis a kolektiv, 2012; Nebot a kolektiv, 2010; Zaros a kolektiv, 2013). Oponuje tomu vyjádření Kranidiotise, který interpretuje, že zapojení blízkých příbuzných do rozhodování je neobvyklé a vytvoření směrnic je vzácností (Kranidiotis a kolektiv, 2010).

Třetím cílem bylo předložit dohledané poznatky o komunikaci v závěrečné fázi života na specializovaných jednotkách. Autoři popisují specifické potřeby rodinných příslušníků v komunikaci u umírajících pacientů na jednotce intenzivní péče. Jejich hlavním cílem je zlepšit komunikaci mezi zdravotnickým personálem intenzivních jednotek a rodinných příslušníků (Lautrette a kolektiv, 2007; DeCato, 2013; Nebot a kolektiv, 2011; Nelson, 2012). U rodinných příslušníků pacientů jsou pozorovány projevy úzkosti, deprese a posttraumatické poruchy (Curtis a kolektiv, 2011). Komunikace o konci života s pacienty byla označena jako jedna z nejtěžších a stresujících částí procesu umírání (Granek a kolektiv, 2013; Zaros a kolektiv, 2013). Existuje dobrá mezioborová spolupráce a komunikace mezi lékaři a sestrami na jednotkách intenzivní péče. Nicméně Curtis k tomu dodává zjištění o nesprávně vedené komunikaci v týmu. Tým ztratí schopnost dobré spolupráce, a rodiny mohou mít pocit, že slyší odlišné zprávy (Nelson, 2012).

Čtvrtým cílem bylo předložit dohledané poznatky o vzdělávání sester v paliativní péči na jednotkách intenzivní medicíny. Autoři se domnívají, že všichni členové zdravotnického týmu by měli získat vzdělání v péči na závěru života. Byla popsána také potřeba vzdělávat a podat vysvětlení rodinám pacientů o tom, co poskytovatel zdravotní péče může reálně udělat pro umírajícího pacienta (Beckstrand, Callister a Kirchhoff, 2006). Další tři autoři popisují, jak péče o umírajícího člověka, může přinést ponaučení a zkušenosti, a to studováním literatury v oblasti paliativní péče, návštěvou seminářů a workshopů zabývajících se tematikou

umírajících (Pfefferová a Pistulková, 2011; Nelson, 2012; Curtis a kolektiv, 2011). The Center to advance palliative Care (CAPC-Centrum pro podporu paliativní péče) poskytuje zdravotnickým pracovníkům nástroje, školení a technickou pomoc při vývoji programu paliativní péče v nemocnicích. CAPC zahájila Integrating Palliative Care in the ICU (IPAL-ICU Project-Projekt na integraci paliativní péče na intenzivních pracovištích) novou iniciativu, která se zaměřuje zejména na zlepšení paliativní péče na jednotce intenzivní péče (Nelson, 2011).

Dostupné literární zdroje a výsledky studií uvedených v této práci, mohou být přínosem pro edukaci nejen odborníků ve zdravotnictví, ale i rodinných příslušníků.

## ZÁVĚR

Práce je shrnutím dosavadních nejnovějších poznatků nejen z oblasti paliativní péče na pracovištích intenzivní medicíny, ale také se dotýká tématu důstojného umírání, komunikace v poslední fázi života a vzdělávání sester v paliativní péči. Hlavním cílem intenzivní péče je snížit úmrtnost, zachovat život a zdraví. Nejde-li naplnit tento cíl, dochází k přesunu na péči paliativní, která ulehčí od bolesti, zajistí komfort a uspokojí komplexní potřeby pacienta. Propojení těchto dvou oborů je v posledních letech velmi uznáváno. Řada zahraničních výzkumů poukazuje na důležitost paliativní péče v prostředí intenzivní medicíny. Pro 95 % Američanů je paliativní péče prioritou. Kvalitní paliativní péči může poskytnout pouze kompetentní tým odborníků. Bylo popsáno několik zásadních překážek při poskytování kvalitní paliativní péče. Jednou z těchto překážek je nedostatek sester. Sestry jsou hlavními lidry při poskytování paliativní péče, umí v závěrečné fázi života naslouchat a empaticky podpořit umírajícího. Důkazy o problémech s kvalitou péče na konci života jsou spojeny také s nerespektováním důstojnosti umírajících pacientů. Předem plánovaná paliativní péče může zefektivnit léčbu a napomoci důstojnému umírání. Směrnice Advance, které zastřešují předem plánovanou paliativní péči, jsou více známé ve Spojených státech, než v Evropských zemích. Komunikace v závěru života patří k nejnáročnějším oblastem paliativní péče. Dobře vedená komunikace se podílí na optimálním nastavení péče v terminálním stadiu se zaměřením na hodnoty a priority pacienta a jeho rodiny.

Centrum pro podporu paliativní péče (CAPC) se zaměřuje na zlepšení paliativní péče na specializovaných jednotkách. Pomocí tohoto centra došlo k zahájení integrace paliativní péče do prostředí intenzivní medicíny. Poskytuje originální odborné materiály, aktualizuje literaturu týkající se poznatků ke zlepšení poskytování paliativní péče na intenzivních pracovištích. V České republice je vzdělávání podporováno návštěvou seminářů, workshopů a studiem odborné literatury.

## POUŽITÉ BIBLIOGRAFICKÉ A ELEKTRONICKÉ ZDROJE:

ANGUS, Derek C. et al. 2004. Use of intensive care at the end of life in the United States: an epidemiologic study. *Critical care medicine* [online]. 2004, **32**(3), 638-43. [cit. 2015-04-20]. ISSN 1530-0293. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15090940>

BECKSTRAND, Renea L., Lynn Clark CALLISTER a Karin T. KIRCHHOFF. 2006. Providing a "good death": critical care nurses' suggestions for improving end-of-life care. *American journal of critical care : an official publication, American Association of Critical-Care Nurses*. 2006, **15**(1), 38-45. [cit. 2015-02-08]. ISSN 1937-710X. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Providing+a+%22good+death%22%3A+critical+care+nurses'+suggestions+for+improving+end-of-life+care>

BLECHMAN, Jennifer A. et al. 2013. Unmet Quality Indicators for Metastatic Cancer Patients Admitted to Intensive Care Unit in the Last Two Weeks of Life. *Journal of palliative medicine*. [online]. 2013, **16**(10), 1285-9. [cit. 2015-02-25]. ISSN 1557-7740. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3791052/>

COOK, Deborah a Graeme ROCKER. 2014. Dying with dignity in the intensive care unit. *The New England journal of medicine* [online]. 2014, **26**(26), 2506-14. [cit. 2015-04-07]. ISSN 1533-4406. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24963569>

CURTIS, J.Randall et al. 2011. Effect of a quality-improvement intervention on end-of-life care in the intensive care unit: a randomized trial. *American journal of respiratory and critical care medicine*. [online]. 2011, **1**; 183(3), 348-55. [cit. 2015-02-08]. ISSN 1535-4970. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20833820>

CURTIS, J.Randall et al. 2012. End-of-life care in the intensive care unit: can we simultaneously increase quality and reduce costs? *American journal of respiratory and critical care medicine*. [online]. 2012, **1**; 186 (7), 587-92. [cit. 2015-02-08]. ISSN 1535-4970. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22859524>

CVACHOVEC, Karel et al. 2009. Konsenzuální stanovisko poskytování paliativní péče u nemocných s nezvratným orgánovým selháním. *Anesteziologie & intenzivní medicína*, 2009, **20**(4), 218-221. ISSN 1214-2158.

ČERNÁ-PAŘÍZKOVÁ, Renata. 2011. Paliativní léčba v intenzivní medicíně. *Inervační a akutní kardiologie*, 2011, 10, B15-B17. ISSN 1213-807X.

DECATO, Thomas W. et al. 2013. Hospital variation and temporal trends in palliative and end-of-life care in the ICU. *Critical care medicine*. [online]. 2013, **41**(6), 1405-11 [cit. 2015-02-08]. ISSN 1530-0293. Dostupné z:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=hospital+variation+and+temporal+trends+in+palliative+and+end+-+of+life+care+in+the+icu>

DOBSON, Roger. 2005. Age discrimination denies elderly people a “dignified death” *British medical journal / British Medical Association*. [online]. 2005, **4**; 330(7503) 1288. [cit. 2015-02-22]. ISSN 1756-1833. Dostupné z:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC558233/>

DRÁBKOVÁ, Jarmila. Jak se mění přístup k terminálním stavům v intenzivní péči. *Ročenka intenzivní medicíny*. Galén, 2004, 235-238. ISBN 80-7262-274-9.

GRANEK, Leeat et al. 2013. Oncologists' strategies and barriers to effective communication about the end of life. *Journal of oncology practice / American Society of Clinical Oncology*.. [online]. 2013, **9**(4), 129-35. [cit. 2015-02-08]. ISSN 1935-469X. Dostupné z:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Oncologists%27+Strategies+and+Barriers+to+Effective+Communication+About+the+End+of+Life>

HEROLD, Ivan. Hodnocení bolesti a kvality analgezie u kritických nemocných na JIP. *Anesteziologie & intenzivní medicína*. 2013, **24**(6), 430-433. ISSN 1214-2158.

HIGGINSON, Irene J. et al. 2013. Development and evaluation of the feasibility and effects on staff, patients, and families of a new tool, the Psychosocial Assessment and Communication Evaluation (PACE), to improve communication and palliative care in

intensive care and during clinical uncertainty. *BMC medicine [electronic resource]* [online]. 2013, **1**(11), 213. [cit. 2015-02-24]. ISSN 1741-7015. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3850793/>

KISSANE, David W. et al. 2012. Communication skills training for oncology professionals. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*. [online]. 2012, **10**;30(11), 1242-7. [cit. 2015-02-25]. ISSN 1527-7755. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3341141/>

KISVETROVÁ, Helena. 2013. Důstojnost pacienta jako součást NIC intervence Duchovní podpora. *Kontakt* [online]. 2012, **15**(3), 252–259. [cit. 2015-02-08]. ISSN 1212-4117. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/3~2013/1065-dustojnost-pacienta-jako-soucast-nic-intervence-duchovni-podpora>

KISVETROVÁ, Helena. Umírání a smrt v prostředí intenzivní medicíny. In: Čáp, J., Žiaková, K.(eds). *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatelstve*, 2011, 1.vydání, Martin: Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta, 177-182. ISBN 978-80-89544-00-4.

KNICKLE, Kerry, Nancy MCNAUGHTON a James DOWNAR. 2012. Beyond winning: mediation, conflict resolution, and non-rational sources of conflict in the ICU. *Critical care : the official journal of the Critical Care Forum*. [online]. 2012, **19**;16(3), 308. [cit. 2015-02-08]. ISSN 1466-609X. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=beyond+winning+meditation+conflict+resolution+and+non+rational+sources+of+conflict+in+the+icu>

KRANIDIOTIS, Georgios et al. 2010. End-of-life decisions in Greek intensive care units: a multicenter cohort study. *Critical care : the official journal of the Critical Care Forum*. [online]. 2010, **14**(6), 228. [cit. 2015-02-08]. ISSN 1466-609X. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21172003>

LAUTRETTE, Alexandre et al. 2007. A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. *The New England journal of medicine*. [online]. 2007, **1**;356(5), 469-78. [cit. 2015-02-08]. ISSN 1533-4406. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17267907>

MACHOVÁ, Alena, Gabriela SEDLÁKOVÁ a Valérie TÓTHOVÁ. 2009. Využití teorie pokojného konce života v komunitní péči. *Kontakt*. [online]. 2009, **11**, 333–338. [cit. 2015-02-08]. ISSN 1212-4117. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/2~2009/525-vyuziti-teorie-pokojneho-konce-zivota-v-komunitni-peci>

MOSENTHAL, Anna C. et al. 2012. Integrating palliative care in the surgical and trauma intensive care unit: a report from the Improving Palliative Care in the Intensive Care Unit (IPAL-ICU) Project Advisory Board and the Center to Advance Palliative Care. *Critical care medicine*. [online]. 2012, **40**(4), 1199-206. [cit. 2015-02-25]. ISSN 1530-0293. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3307874/>

NEBOT, Cristina, Blas ORTEGA, José Joaquín MIRA a Lidia ORTIZ. 2010. Dying with dignity. A study of living wills *Gaceta sanitaria / S.E.S.P.A.S.* [online]. 2010, **24**(6), 437-45. [cit. 2015-02-08]. ISSN 1578-1283. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21051116>

NELSON, Judith E. et al. 2012. Palliative care in the ICU. *Journal of palliative medicine*. [online]. 2012, **15**(2), 168-74. [cit. 2015-02-08]. ISSN 1557-7740. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22280492>

NELSON, Judith E. et al. 2011. Integrating Palliative Care in the ICU: The Nurse in a Leading Role. *Journal of hospice and palliative nursing : JHPN : the official journal of the Hospice and Palliative Nurses Association*. [online]. 2011, **13**(2), 89-94. [cit. 2015-02-08]. ISSN 1539-0705. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21874122>

NELSON, Judith E. et al. 2006. Improving comfort and communication in the ICU: a practical new tool for palliative care performance measurement and feedback. *Quality & safety in health care*. [online]. 2006, **15**(4), 264–271. [cit. 2015-02-22]. ISSN 1475-3901. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2564022/?report=classic>

NORDENFELT, Lennart. 2004. The Varieties of Dignity. *Health care analysis : HCA : journal of health philosophy and policy*. [online]. 2004, **12**(2), 69-81. [cit. 2015-02-08]. ISSN

1573-3394. Dostupné z:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=nordenfelt+the+varietes+of+dignity>

PAŘÍZKOVÁ, Renata et al. 2006. Omezení léčby u nemocných na pracovišti typu ARO/JIP-jednodenní národní studie. *Anesteziologie & intenzivní medicína*, 2006, **17**(5), 261-265. ISSN 1214-2158.

PERIYAKOIL, Vyjeyanti S., Arthur M. NODA a Helena Chmura KRAEMER. 2010.

Assessment of factors influencing preservation of dignity at life's end: creation and the cross-cultural validation of the preservation of dignity card-sort tool. *Journal of palliative medicine*. [online]. 2010, **13**(5), 495-500. [cit. 2015-02-25]. ISSN 1557-7740. Dostupné

z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Assessment+of+factors+influencing+preservation+of+dignity+at+life%27s+end%3A+creation+and+the+cross-cultural+validation+of+the+preservation+of+dignity+card-sort+tool>.

PFEFFEROVÁ, Eva a Alena PISTULKOVÁ. 2011. Smrt a umírání na ARO. *Florence*, 2011, **7**(5), 9-11. ISSN 1801-464X.

SIZOO, Eefje M. et al. 2013. The end-of-life phase of high-grade glioma patients: dying with dignity? *The oncologist*. [online]. 2013, **18**(2), 198-203. [cit. 2015-02-08]. ISSN 1549-490X. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23335620>

ŠEVČÍK, Pavel. 2012. Etické problémy rozhodování o způsobu léčby v prostředí intenzivní medicíny. *Postgradualní medicína*. 2012, **14**(5), 532-536. ISSN 1212-4184.

WHITE, Douglas B. et al 2013. Is dying in an ICU a sign of poor quality end-of-life care? [online]. *American journal of critical care : an official publication, American Association of Critical-Care Nurses.*, 2013, **22**(3), 263-6 [cit. 2015-04-15]. ISSN 1937-710X.

Dostupné

z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=is+dying+in+an+ICU+a+sign+of+poor+quality+end-of-life+care%3F>

ZAROS, Mark C. et al. 2013. Opportunity lost: end-of-life discussions in cancer patients who die in the hospital. *Journal of hospital medicine*. [online]. 2013, **8**(6), 334-40. [cit. 2015-02-

22]. ISSN 1553-5606. Dostupné

z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Opportunity+Lost%3A+End-of-Life+Discussions+in+Cancer+Patients+Who+Die+in+the+Hospital>

## **SEZNAM ZKRATEK**

|          |                                                      |
|----------|------------------------------------------------------|
| CAPC     | The Center to advance palliative Care                |
| IPAL-ICU | Integrating Palliative Care in the ICU               |
| PACE     | Psychosocial Assessment and Communication Evaluation |