

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

Andrea Slavíčková

**Paliativní sedace z pohledu všeobecných sester**

Diplomová práce

Vedoucí práce: doc. MUDr. Miroslav Kala, CSc.

Olomouc 2018

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

Olomouc datum 3. 7. 2018

.....

Podpis

Velmi děkuji panu doc. MUDr. Miroslavu Kalovi, CSc. za odborné vedení diplomové práce, za vstřícnost, trpělivou pomoc a cenné rady. Děkuji všem respondentkám za jejich ochotu zúčastnit se výzkumného šetření. Ráda bych také poděkovala paní Mgr. Kateřině Svobodové za pomoc při překladech odborné zahraniční literatury z anglického do českého jazyka.

## **Anotace**

**Typ závěrečné práce:** Diplomová práce

**Téma práce:** Terminální analgosedace

**Název práce:** Paliativní sedace z pohledu všeobecných sester

**Název práce v AJ:** Palliative Sedation from the Point of View of Nurses

**Datum zadání:** 2017-01-30

**Datum odevzdání:** 2018-07-03

**Vysoká škola, fakulta, ústav:** Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav ošetrovatelství

**Autor práce:** Slavičková Andrea

**Vedoucí práce:** doc. MUDr. Miroslav Kala, CSc.

**Oponent práce:**

**Abstrakt v ČJ:**

V diplomové práci jsou analyzovány názory všeobecných sester na metodu paliativní sedace, která může být prováděna u umírajících pacientů v rámci specializované paliativní péče. Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jak všeobecné sestry pracující v hospici vnímají metodu paliativní sedace u umírajících pacientů, jaké emoce se u nich objevují, je-li metoda prováděna. Zda spatřují v paliativní sedaci etický problém a jaký postoj zaujímají k eutanazii. Teoretická část diplomové práce předkládá dohledané publikované poznatky týkající se metody paliativní sedace, indikace, úskalí, provedení a role všeobecné sestry při paliativní sedaci. Výzkumná část diplomové práce se zaměřuje na analýzu údajů kvalitativního výzkumného šetření, při kterém byl metodou polostrukturovaného rozhovoru u devíti všeobecných sester zjišťován jejich pohled na metodu paliativní sedace. Na základě sumarizace výsledků výzkumného šetření je zřejmé, že všeobecné sestry nevidí v paliativní sedaci etický problém. Tato metoda je z pohledu všeobecných sester bezpečná a prospěšná jak pro pacienty, tak i pro jejich příbuzné. Důležitá je ale komunikace zdravotníků s pacienty a jejich příbuznými. Paliativní sedace je prováděna jen v indikovaných případech a není zneužívána. Některé všeobecné sestry by souhlasily s eutanazií, kdyby byla v České republice

uzákoněna. Některé všeobecné sestry byly také zásadně proti eutanazii. Viděly důležitost v rozvoji paliativní péče, která výrazně přispívá ke zmírnění utrpení umírajících pacientů.

#### **Abstrakt v AJ:**

In this thesis, there are analyzed the opinions of nurses on the method of palliative sedation, which can be performed on dying patients in specialized palliative care. The aim of the research was to find out how hospice nurses perceive palliative sedation in dying patients. What emotions do they experience? Whether they see an ethical problem in the palliative sedation and what is the nurses' attitude to euthanasia. The theoretical part of the dissertation sums up the published findings concerning the method of palliative sedation, indications, pitfalls, the execution and the role of nurses in palliative sedation. The research part of this thesis focuses on the analysis of the data of the qualitative research survey, which has been conducted as a semi-structured interview with 9 nurses investigating their attitude to the method of palliative sedation. The results of the research show that nurses do not perceive palliative sedation as an ethical problem. From the nurses' point of view, this method is beneficial to both patients and their relatives. It is safe, but it is important to communicate with patients and their relatives. It is only performed in indicated cases and it is not misused. Some nurses would agree to euthanasia, if it was legalized in the Czech Republic. Some nurses have been also fundamentally opposed to euthanasia. They have seen importance of the development of palliative care, which greatly contributes to alleviating the suffering of dying patients.

#### **Klíčová slova v ČJ:**

terminální analgosedace, paliativní sedace, paliativní ošetrovatelská péče, ošetrovatelská péče v závěru života, umírající pacienti, postoj sester, eutanazie

#### **Klíčová slova v AJ:**

terminal sedation, palliative sedation, palliative nursing care, end of life nursing care, dying patients, nurse's attitude, euthanasia

**Rozsah:** 107 stran/ 8 příloh / 158 018 znaků bez mezer

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	8
<b>1. POPIS REŠERŠNÍ ČINNOSTI</b> .....	10
<b>2. SMRT A UMÍRÁNÍ</b> .....	12
<b>3. PALIATIVNÍ PÉČE</b> .....	14
3.1 Aplikace léků v paliativní péči.....	15
3.2 Hydratace a výživa v paliativní péči .....	16
<b>4. PALIATIVNÍ SEDACE</b> .....	17
4.1 Indikace paliativní sedace .....	18
4.2 Refrakterní příznaky.....	19
4.2.1 Bolest.....	19
4.2.2 Delirium .....	20
4.2.3 Dušnost.....	21
4.2.4 Nefyzické utrpení .....	22
4.3 Medikace při paliativní sedaci.....	23
4.4 Urgentní paliativní sedace .....	24
4.5 Monitoring pacienta během paliativní sedace .....	25
4.6 Úskalí paliativní sedace .....	26
<b>5. EUTANAZIE</b> .....	30
<b>6. ÚLOHA VŠEOBECNÉ SESTRY PŘI PALIATIVNÍ SEDACI</b> .....	31
6.1 Názory, postoje a emoční prožívání všeobecných sester při zavedené paliativní sedaci.....	34
6.2 Vzdělávání v oblasti paliativní péče.....	35
<b>7. SHRUTÍ TEORETICKÝCH VÝCHODISEK</b> .....	36
<b>8. VÝZKUMNÁ ČÁST – POHLED VŠEOBECNÝCH SESTER NA METODU PALIATIVNÍ SEDACE A POSTOJ K EUTANAZII</b> .....	38
8.1 Cíl výzkumného šetření a výzkumné otázky.....	38
8.2 Charakteristika souboru.....	39
8.3 Metoda sběru dat .....	39
8.4 Realizace výzkumného šetření .....	40
8.5 Metody zpracování dat .....	41
<b>9. VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ</b> .....	43
<b>10. DISKUZE</b> .....	62
<b>ZÁVĚR</b> .....	68
Referenční seznam.....	70

Seznam zkratek.....	80
Seznam příloh.....	82
Seznam tabulek.....	83

## ÚVOD

V závěru života může docházet u malé části nemocných k nahromadění a zhoršení symptomů, které se i přes veškerou snahu lékařů nedaří obvyklými léčebnými postupy zvládnout. V této situaci lze vzít v úvahu použití metody paliativní sedace (Závadová, 2014). S touto metodou by však mělo být nakládáno velice uvážlivě a její indikaci důsledně zvažovat (Kala, 2014, s. 266). O paliativní sedaci by neměl nikdy rozhodovat pouze jediný člověk. Vždy by se mělo jednat o týmovou spolupráci. Na místě by měla být včasná a vhodná komunikace s pacientem a jeho rodinou. Velmi důležitým se pak stává důkladný rozhovor o této metodě, kdy o metodě vůbec uvažovat, o způsobu jejího provedení a o postupu sledování pacienta v jejím průběhu. Součástí rozhovoru by měl být také rozsah poskytované péče: péče o dutinu ústní, polohu nemocného, podávání umělé výživy a tekutin, podávání jiných léků (Závadová, 2014). Důležitou oblastí dialogu by měla být také otázka eventuální kardiopulmonální resuscitace, umělé plicní ventilace, pokračování nebo zadržení jiných druhů léčby, které mohou prodlužovat život umírajícího jako je například dialýza, trvalá nebo dočasná kardiostimulace (KNMG Guideline for Palliative Sedation, 2009, s. 32).

Metoda, byť může být pro pacienty velice prospěšná, má svá úskalí a kontroverze, o kterých jsou neustále vedeny diskuze. Paliativní sedace může být chápána jako skrytá podoba eutanazie. Materstvedt a Kaasa 2002 tvrdí, že paliativní sedace není eutanazie, neboť smrt není požadovaná ani zamýšlená, ale také uznávají možnost zneužití této léčebné metody (Materstvedt, 2002). Paliativní sedace se stala mezinárodně akceptovanou formou léčby v rámci specializované paliativní péče (Claessens et al, 2007). „*Záměrem paliativní sedace je zmírnění závažných příznaků. Cílem není urychlit smrt, ale smrt může být nepředvídaným vedlejším účinkem*“ (Gran et al, 2008, s. 536). V roce 2011 byla vydána Evropskou asociací paliativní medicíny rámcová doporučení pro paliativní sedaci, jejichž cílem bylo podpořit vznik doporučených postupů. Dodržováním těchto postupů by nemělo docházet k poškození pacienta (Závadová, 2014).

Péče o umírající pacienty může být velice náročná jak pro pečující rodinné příslušníky, tak pro zdravotnické profesionály. Nedílnou součástí zdravotnického týmu jsou všeobecné sestry, které tráví s pacienty nejvíce času. U všeobecných sester je požadována vysoká odbornost, profesionální zralost a mistrovství v komunikaci. Pacient může být mnohdy apatický nebo v kómatu, někdy podrážděný či agresivní. Po všeobecné sestře je vyžadováno, aby byla stále laskavá, obětavá, trpělivá, psychicky a fyzicky zdatná (Kelnarová, 2009, s. 36). Je-li vědomí pacienta snižené a není-li schopen slovně ani jinou formou vyjádřit své potíže,



může být pro všeobecné sestry těžší posoudit jeho komfort a potřeby. Všeobecné sestry musí dbát, aby byla zachována důstojnost pacienta i v posledních dnech života. Mnohdy mohou být svědky lidských utrpení. To může ovlivňovat jejich citovou, fyzickou, sociální a duševní pohodu, celkovou spokojenost, ale také kvalitu poskytované péče (Gran et al, 2008, s. 533). Proto je velmi důležité zabývat se názorem všeobecných sester (dále jen VS, v překladech z cizojazyčné literatury jen sestry) na metodu paliativní sedace. V Evropě byly provedeny studie zabývající se prožíváním sester při aplikaci metody paliativní sedace. V norské studii odborníci zjišťovali, zda sestry vidí v metodě paliativní sedace etické problémy (Gran et al, 2008). Byly také provedeny studie v Americe, Japonsku, Itálii, Belgii, Holandsku a v Anglii. I přes důkladně provedenou rešeršní činnost nebyly nalezeny studie, které by se zabývaly názory, postoji a emočním prožíváním všeobecných sester při aplikaci metody paliativní sedace v České republice.

#### **Vstupní literatura:**

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2000. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén. ISBN 80-726-2034-7.

KALA, Miroslav, 2014. *Etické a komunikační aspekty terminální analgosedace*. Medicína pro praxi. **11**(6), s. 266-268.

KALA, Miroslav, 2011. *Urgentní stavy v paliativní hospicové péči*. Paliativna medicína a liečba bolesti. Solen, **4**(3), s. 114-115.

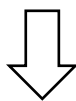
MUNZAROVÁ, Marta, 2005. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* Praha: Grada. ISBN 80-247-1025-0.

SKÁLA, Bohumil, Ondřej SLÁMA, Jiří VORLÍČEK a Ladislav KABELKA, 2011. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře 2011: [novelizace 2011]*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře. Doporučené postupy pro praktické lékaře. ISBN 978-80-86998-51-0.

SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK, 2011. *Paliativní medicína pro praxi*. 2., nezměn. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-849-0.

# 1. POPIS REŠERŠNÍ ČINNOSTI

## ALGORITMUS REŠERŠNÍ ČINNOSTI



### VYHLEDÁVACÍ KRITÉRIA

**Klíčová slova v ČJ:** terminální analgosedace, paliativní sedace, paliativní ošetrovatelská péče, ošetrovatelská péče na konci života, umírající pacienti, postoj sester, eutanazie

**Klíčová slova v AJ:** terminal sedation, palliative sedation, palliative nursing care, end of life nursing care, dying patients, nurse's attitude, euthanasia

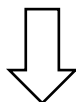
**Jazyk:** český, slovenský, anglický

**Vyhledávací období:** 2002–2017

**Další vyhledávací kritéria:**

- abstrakt v anglickém jazyce
- odborná periodika
- články týkající se dané problematiky

**Databáze:** CINAHL, Medvik, Medline, Google Scholar, Theses, Google



Nalezeno 129 článků. Vyřazeno 50 článků

- databáze CINAHL 17 článků
- databáze Medvik 54 článků
- databáze Medline 47 článků
- databáze Google Scholar 10 článků
- databáze Theses 1 diplomová práce

**Vyřazovací kritéria:**

- duplicitní články
- články zaměřené úzce medicínsky
- články s odlišnou tematikou
- plný text v jiném než anglickém jazyce

## SUMARIZACE VYUŽITÝCH DATABÁZÍ A DOHLEDANÝCH DOKUMENTŮ

- databáze CINAHL 11 článků
- databáze Medvik 19 článků
- databáze Medline 40 článků
- databáze Google Scholar 9 článků

## SUMARIZACE DOHLEDANÝCH PERIODIK A DOKUMENTŮ

### **Česká a slovenská periodika a doporučené postupy:**

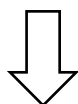
Časopis lékařů českých (1), Diagnóza v ošetrovatelství (1), Interní medicína pro praxi (1), Medicína pro praxi (1), Medicína po promoci (2), Neurologie pro praxi (1), Onkologie (1), Ošetrovatelství a porodní asistence (1), Paliativna medicína a liečba bolesti (2), Postgraduální medicína (1), Prague Onco News (1), Sanquis (1).

Doporučený postup paliativní péče v MOÚ (1), Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře (1), Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě (1), Standardy paliativní péče (1).

### **Zahraníční periodika a doporučené postupy:**

AANA (American Association of Nurse Anesthetists) Journal (1), Academic Medicine (1), American Journal of Health-System Pharmacy (1), American Nurse Today Digital Journal (1), Annals of Oncology (1), BMC Medical Ethics (1), BMC Palliative Care (2), Canadian Oncology Nursing Journal (1), Clinical Journal of Oncology Nursing (2), International Journal of Nursing (2), International Journal of Palliative Nursing (3), Journal of Advanced Nursing (1), JAMA-Journal of American Medical Association (1), Supportive Care in Cancer (1), Journal of Clinical Oncology (2), Journal of Gerontological nursing (1), Journal of Hospice and Palliative Nursing (2), Journal of Pain and Symptom Management (3), Journal of Palliative Care (1), Journal of Palliative Medicine (2), Pain Symptom Manage (3), Palliative and Supportive Care (1), Palliative Medicine (4).

Guideline for Palliative Sedation (1).



Pro tvorbu teoretických východisek bylo použito 79 dohledaných článků a 12 knih.

## 2. SMRT A UMÍRÁNÍ

Je možné přesně určit, co považujeme u nemocného za závěr života? Mohou to být vteřiny, minuty, hodiny? Může to být poslední den, poslední měsíc, dva, tři nebo snad poslední rok života (Sláma et al., 2008, s. 8)? Umírání lze označit jako nepřesně ohraničený proces, který vede ke smrti. Z klinického hlediska je tato poslední fáze umírání označována jako terminální stav, který je vyznačován postupným nezvratným selháváním životně důležitých funkcí (Kelnarová, 2009, s. 10). Smrt může někdy přijít náhle bez jakéhokoli varování. Nelze se na ni připravit.

Existují však závažná onemocnění, z nichž jsou mnohá nevléčitelná a dlouhodobě neslučitelná se životem. Někdy je možné setkat se s tím, že lidé umírají dříve psychicky než fyzicky. Mohou žít v naprosté sociální izolaci, zcela opuštěni, nikdo z blízkých je nepotřebuje, ztratili smysl dalšího života. Takzvaná sociální smrt bývá vždy špatnou vizitkou rodiny příslušného člověka a vlastně i společnosti jako takové (Sláma et al., 2008, s. 8). Nemocní mohou v závěru života pociťovat úzkost, vlastní bezmocnost, svou ohroženost a uvědomovat si omezenost svého bytí. Mohou být fyzicky a psychicky vyčerpaní a mít strach z nových nebo opakovaných vyšetřovacích procedur, z vedlejších účinků léčby, z nesnesitelných bolestí. Často se u nich může objevit také strach z umírání a ze smrti. Nemocní mohou trpět různými obtížemi: bolestí, nevolností, zvracením, slabostí, dušností, depresí aj. Tyto symptomy mohou být velice obtěžující a je nutné na ně ihned reagovat a maximálně možným způsobem je utlumit nebo jim předcházet. Je žádoucí zajistit co možná nejpříjemnější kvalitu zbytku života a zabezpečit přímo nebo zprostředkovaně odbornou lékařskou a ošetrovatelskou péči (Sláma et al., 2008, s. 11-12).

Jak vyplývá z různých opakovaných průzkumů v České republice, většina obyvatel by si nepřála zemřít v nemocnici či v jiné instituci. Praxe však ukazuje opačnou situaci. Většina lidí umírá v nemocnicích, na lůžkách akutní a následné péče a v domovech pro seniory (asi 75-80 %). Jen velmi malá část nevléčitelně nemocných a starých lidí (asi 1-3 %) zemře na hospicovém lůžku se zajištěnou kvalitní specializovanou paliativní péčí (Youngová, 2010). Samotné prostředí však automaticky nevytváří podmínky pro dobrou péči o terminálně nemocné. Domov se může stát nejlepším, ale někdy i nejhorším místem pro umírání (Homolová, 2009, s. 321). Velmi důležitým faktorem je, aby byl nemocnému nablízku někdo, kdo může zabezpečit základní péči a odstranit obtěžující příznaky bolesti a utrpení (Dobříková, 2005).

Terminální stav by měl být včas rozpoznán a tato skutečnost by měla být sdělena velice citlivým způsobem pacientovi a jeho blízkým. Měla by být neprodleně zahájena péče zaměřená na mírnění diskomfortu při umírání. Léčebné postupy, které mohou vést k oddálení smrti, ve skutečnosti pouze uměle prodlužují proces umírání a zvyšují tím utrpení pacienta, ale i jeho rodiny (Sláma et al, 2013, s. 15). Pravdivá komunikace o perspektivách umožňuje nemocnému i jeho blízkým plně využít čas, který mají před sebou (Marková, 2012, s.13).

Při dnešní snaze lékařů zachránit každého nemocného všemi možnými prostředky, někdy z obav z případného trestního stíhání ze strany rodinných příslušníků, se mnohdy dostáváme do extrému, a to k dystanázii (Dobříková, 2011). *„Dystanázia neboli zadržovaná smrt, znamená, že se nemocnému v dané chvíli nesmyslně aplikují léky nebo různé medicínské techniky, které se snaží oddálit (mnohdy jen na velmi krátký čas) prokazatelně přicházející smrt při velmi nepříznivém zdravotním stavu nemocného“* (Dobříková, 2011). Nejčastějším důvodem dystanázie může být stále do popředí vystupující tzv. vítězná medicína, která si nechce přiznat svoje limity. Současná medicína prodlužuje život pacientů vždy, takže s přirozenou smrtí se můžeme setkat jen ojediněle. Přirozenou smrt lze chápat jako, že konkrétní člověk zemře tehdy, kdy má, ani později, ani dříve, smrt není nijak urychlována, ani oddalována (Matějek, 2013). Učinit však rozhodnutí o zahájení paliativního léčebného postupu bývá někdy pokládáno za příliš předčasné a poráženecké. Odstoupení od intenzivní léčby a indikování paliativní péče je ve všech terminálních fázích nemoci zcela na místě a nemá nic společného s eutanazií (Kala, Dorková, 2015, s. 150).

### 3. PALIATIVNÍ PÉČE

*„Paliativní péče je aktivní péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stadiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání a udržet co nejvyšší kvalitu života“* (Vorlíček, 2011, s. 67). Paliativní péče se snaží o prodloužení a zachování života, který bude svou kvalitou pro pacienta přijatelný. Paliativní péčí chráníme důstojnost nemocných a umírajících. Vychází se z přání a potřeb pacientů, které jsou respektovány. Vytvářejí se podmínky, aby pacient mohl poslední období svého života prožít ve společnosti svých blízkých, v důstojném a vlídném prostředí. Umírání a smrt jsou brány jako nevyhnutelná součást života. Každý člověk je jedinečný. Na každého jedince musí být nahlíženo jako na biopsychosociální a spirituální bytost. Podpora a pomoc je také nabízena příbuzným a přátelům umírajících. Cílem je pomoci jim zvládat jejich zármutek i po smrti blízkého člověka (Vorlíček, 2011). Snahou paliativní péče není smrt ani uspíšit ani oddálit (Radbruch, 2010, s. 23).

Je rozeznávána obecná a specializovaná paliativní péče. Obecná paliativní péče zahrnuje farmakologická a nefarmakologická opatření pro tlumení příznaků, komunikaci s pacientem a jeho rodinou a dalšími zdravotníky, rozhodování a stanovování cílů péče v souladu s principy paliativní péče. Obecnou paliativní péčí lze integrovat i do prostředí, které není na paliativní péči specializované:

- standardní nemocniční oddělení,
- zařízení dlouhodobé ošetrovatelské péče,
- regionální pečovatelské služby,
- ordinace praktických lékařů (Radbruch, 2010, s. 42).

Specializovaná paliativní péče je poskytována v nemocnicích na jednotkách paliativní péče, v lůžkových, denních nebo mobilních hospicích. Specializovanou paliativní péčí také mohou poskytovat týmy, jako jsou nemocniční podpůrné týmy paliativní péče, týmy domácí paliativní péče, komunitní hospicové týmy (Radbruch, 2010, s. 42).

Délka paliativní péče se může lišit podle onemocnění či celkového stavu pacienta a je poskytována pacientům:

- s nádorovým onemocněním,
- v pokročilém a konečném stádiu chronického onemocnění (srdeční selhání, CHOPN, jaterní cirhóza, onemocnění ledvin),
- s neurologickým onemocněním (demence, roztroušená skleróza, amyotrofická laterální skleróza, imobilizační syndrom po prodělané CMP),

- v konečném stádiu AIDS,
- v permanentním vegetativním stavu,
- polymorbidním křehkým geriatrickým pacientům (Sláma et al, 2011, s. 6).

Hospic je zařízení, ve kterém je poskytována specializovaná paliativní péče. Nejedná se již o léčbu ve vlastním slova smyslu, nemoc již nelze vyléčit, jde o laskavou péči, tišení bolesti, doprovázení umírajícího, jeho nejbližších příbuzných a přátel (Kelnarová, 2009, s. 50).

### 3.1 Aplikace léků v paliativní péči

V paliativní péči se využívají invazivní postupy co nejméně, aby nebyli pacienti příliš zatěžováni. K efektivnímu zvládnání urgentních stavů v paliativní hospicové péči není nutné nákladné technické vybavení, kterými jsou zařízeny jednotky intenzivní péče jiných lékařských specializací, např. přístroje k zajištění řízené ventilace. V paliativní péči není běžně prováděna intubace nebo kanylace centrálních žil (Kala, 2011, s. 115).

Nitrožilním podáním lze nepochybně docílit rychlého nástupu účinku léčiva, ale existují také některá úskalí, hlavně v kontextu s paliativní péčí. Zajištění žilního vstupu a jeho udržení může být někdy velmi obtížné. Periferní žilní řečiště bývá často vlivem předchozí onkologické léčby změněné. Běžnou praxí jsou opakované rekanylace (Sláma, 2008, s. 64). V poslední době narůstá počet onkologických pacientů, kteří mají z dřívější doby zaveden venózní port nebo jiný dlouhodobý intravenózní přístup, například z periferie zavedený centrální žilní katetr (PICC), kdy do něj dostávali chemoterapii. Tyto vstupy lze s výhodou využívat i v paliativní péči. Může to však vyžadovat další vzdělávání zdravotnických pracovníků v péči o tyto vstupy (Thomas, 2015).

V paliativní péči je běžnou praxí subkutánní podávání léků. Při častých aplikacích a při opakovaném podávání infuzí je možné zavést jehlu s křídélky do podkoží na přední straně hrudníku, na břicho, na paži nebo na stehně (Sláma, 2008, s.64). Příležitostně může být jehla umístěna i do oblasti lopatky. Při zavádění jehly je vhodné vyhnout se edematózním končetinám, kožním záhybům, ozařované pokožce, prsní tkáni a u kachektických pacientů oblastem s kostními výčnělky (Lawton et al, 2009, s. 7). Jehlu s krátkou spojovací hadičkou lze fixovat náplastí podobně jako periferní žilní katetr. Krátká spojovací hadička může posloužit k aplikaci infuze i bolusové dávky léku. Jehlu lze ponechat na jednom místě 5–7 dní. V případě lokální kožní iritace je nutné jehlu vyjmout a zavést na místo jiné. V posledních letech jsou využívány zejména tenké teflonové podkožní kanyly, které mohou

být pro pacienty příjemnější než kovové jehly. Vlastní aplikace léků a infuzí je tak jednoduchá a bezpečná. Jsou-li pacienti schopní, mohou si léky aplikovat sami, nebo to mohou provádět jejich edukovaní příbuzní (Sláma, 2008, s. 64).

Nevýhodou při používání kovových jehel může být riziko poranění personálu. Riziko poranění hrotem jehly hrozí zejména u kachektických a neklidných pacientů, kdy může dojít k propíchnutí kůže a hrot jehly tak vyčnívá nad její úroveň. Naopak při použití kanyl zase hrozí riziko jejich deformace tzv. kinking a tím může dojít ke zpomalení nebo úplnému zastavení aplikace roztoku (Kala, 2013, s. 36).

Subkutánní aplikační cesta ve většině případů zcela vyhovuje při podávání léků k paliativní sedaci. Individuálně ji lze kombinovat s jinými aplikačními metodami.

### **3.2 Hydratace a výživa v paliativní péči**

Nedostatečný perorální příjem tekutin a stravy u pacientů v terminálních fázích chronických chorob je velice častý a je způsoben celkovým stavem pacienta, anorexií, nevolností nebo polykacími obtížemi. V těchto případech je otázkou indikace parenterální hydratace a umělé výživy u terminálně nemocných. Tato kontroverzní otázka je předmětem řady diskuzí mezi specialisty z oboru paliativní medicíny a lékařské etiky (Sláma, 2008, s. 65). Někteří odborníci tvrdí, že neexistují jasné důkazy, že parenterální hydratace a nutriční terapie prodlužuje život u umírajících pacientů, jiní naopak vyslovili obavu, že přerušeni výživy a hydratace může vést urychlení smrti (Olsen et al, 2010, s. 951, de Graeff, 2007). Hydratace je jednoznačně indikována v případech, kdy pacient trpí symptomy, které přímo souvisejí s dehydratací (například pocit žízně, zmatenost). Důraz by měl být kladen hlavně na přání pacienta a respekt k přání jeho rodiny (Sláma, 2008, s. 65).

Nepříjemný pocit sucha v ústech, který je často způsoben užíváním opioidů, tricyklických antidepresiv, neuroleptik či xerostomií po radioterapii, nelze odstranit parenterální hydratací, nýbrž pravidelným čištěním a zvlhčováním ústních sliznic (Sláma, 2008, s. 65). K hydrataci prováděné subkutánně lze podat fyziologický roztok, poloviční fyziologický roztok, kombinované roztoky NaCl a glukózy a 5 % roztok glukózy. Rychlost podání infuze je individuální. Obvykle se začíná rychlostí 50 ml/h a podle tolerance, zda dochází k resorpci tekutiny z podkoží, lze rychlost zvýšit až na 150 ml/h. Subkutánní aplikační cesta představuje jednoduchou, bezpečnou, účinnou a levnou možnost parenterální aplikace tekutin, elektrolytů a léků (Sláma, 2008, s. 65).



## 4. PALIATIVNÍ SEDACE

Od konce 90. let je předmětem značného zájmu paliativní péče. Během posledních několika let došlo k rozšíření odborností a dovedností v této oblasti a začíná se hovořit o terminální nebo jak se nyní obecně používá o paliativní sedaci (KNMG Guideline for Palliative Sedation, 2009, s. 12). V Nizozemí byla paliativní sedace poprvé představena jako běžná lékařská praxe zavedením národní lékařské směrnice, která byla poprvé publikována v roce 2005 a aktualizována v roce 2009 (Arevalo et al, 2013, s. 614).

Jedna z definic belgických autorů označuje paliativní sedaci jako: „*Vyvolání úplné ztráty vědomí terminálně nemocného pacienta prostřednictvím přerušovaného nebo nepřetržitého užívání léků na žádost pacienta, protože neexistoval jiný způsob, jak získat kontrolu nad jedním nebo více refrakterními příznaky*“ (Claessens et al 2007, s. 103). Ne vždy však bývá pacient uveden zcela do bezvědomí. K porovnání je zde uvedena definice z české literatury: „*Paliativní sedace je stav, kdy se pomocí intravenózně podávaných léků snižuje vědomí pacienta od mírného stupně, kdy je pacient schopen reagovat na slovní a fyzické podněty, až do stavu úplného bezvědomí*“ (Heřmanová, 2012, s.186). Léky nejsou podávány výhradně intravenózně, naopak převažuje subkutánní aplikace. Medikace k sedaci pacienta může být aplikována také perorálně, nasálně či rektálně. Velkou výhodou je také transdermální podávání analgetik.

Pro výzkumnou část diplomové práce byla vybrána tato definice paliativní sedace: „*Paliativní sedaci označujeme farmakologické utlumení pacienta s cílem zmírnit refrakterní symptomy a dosáhnout komfort umírajícího pacienta. Hloubka sedace je vždy individuální a závisí na intenzitě symptomů a celkovém klinickém kontextu. U některých pacientů je třeba pacienta utlumit až do hloubky soporu-kómatu*“ (Sláma et al, 2016, s. 16). Mimo uvedené termíny terminální nebo paliativní sedace je ještě možné setkat se v literatuře s výrazy jako kontinuální, řízená, přerušovaná, sedace pro refrakterní příznaky nebo hluboká sedace. K hluboké kontinuální sedaci je přístupováno jen zřídka. Intermitentní paliativní sedace bývá zpravidla používána během noci, bývá zahájena, když pacient usne a je zastavena přibližně 30 minut až 1 hodinu před požadovaným časem probuzení. Vhodným lékem je zde midazolam (KNMG Guideline for Palliative Sedation, 2009, s. 10).

Při paliativní sedaci (dále jen PS) lze rozlišit tři úrovně útlumu:

- mírný (ospalost),
- střední (pacient spí, ale může být probuzen),
- hluboký (koma, pacient je v bezvědomí) (Davis, 2009, s. 875).

## 4.1 Indikace paliativní sedace

Paliativní sedaci je třeba indikovat velmi uvážlivě. Neměla by se stát snadným řešením nekompetentních frustrovaných zdravotníků. Indikaci je třeba zvážit vždy kolektivně a je velmi žádoucí, aby se na rozhodnutí podílel sám pacient a jeho rodina (Sláma, 2006, s. 233). Se zahájením paliativní sedace musejí souhlasit všichni členové multidisciplinárního týmu: lékař, psycholog, sociální pracovník a pastorační asistent či duchovní (Kala, 2014, s. 266). K rozhodnutí použít PS bývá přistupováno až po zvážení míry utrpení, kterou nemocnému v závěru života jeho zdravotní stav přináší.

Paliativní sedaci je možné zahájit po splnění několika základních podmínek. Mezi nejdůležitější patří vyčerpání všech dostupných léčebných postupů, které by mohly přinést úlevu, aniž bychom záměrně snížili úroveň vědomí. Paliativní sedace vede ke zmírnění utrpení nemocného, ale současně snižuje jeho mobilitu, omezuje jeho schopnost komunikovat, zvyšuje únavnost a celkový útlum. Zahájení PS by mělo být s pacientem a jeho rodinou vždy v předstihu prokonzultováno. Nemocný i jeho příbuzní by měli být upozorněni, že se pacient bude cítit unavený, někdy spavý. Bude ale pociťovat výraznou úlevu od bolestí, dušnosti a nepříjemných psychických stavů. Může se stát, že pacient již nebude schopen používat mobilní telefon, sledovat televizi a bude natolik slabý, že nebude chtít sám jíst ani pít. Verbální kontakt pacienta může být omezen pouze na jednoslovné odpovědi (Kala, 2014, s. 266).

Další podmínkou, aby bylo možno přistoupit k zahájení PS je informovaný a dobrovolný souhlas. Tento souhlas s paliativní sedací může podle doporučení Evropské asociace paliativní péče dát sám pacient nebo zákonný zástupce. Pokud není možné tento souhlas od pacienta získat, pacient nezanechal dříve vyslovené přání a zákonný zástupce rovněž nebyl stanoven, pak se stává paliativní sedace vedoucí ke zmírnění refrakterních příznaků standardním postupem (Kala, 2014, s. 267). Dříve vyslovené přání je v České republice definováno zákonem 372/2011, § 36. „*Pacient může pro případ, kdy by se dostal do takového zdravotního stavu, ve kterém nebude schopen vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb a způsobem jejich poskytnutí, tento souhlas nebo nesouhlas předem vyslovit. Dříve vyslovené přání musí mít písemnou formu a musí být opatřeno úředně ověřeným podpisem pacienta*“ (Česko, 2012). Dříve vyslovené přání nám nabízí novou cestu, která bude ovšem vyžadovat, aby lékaři, pacienti a jejich rodinní příslušníci byli ochotni vést otevřený rozhovor na téma nevléčitelných stavů, nepříjemných symptomů, bolesti, umírání

a smrti. Jsou to témata, kterým se v současné době mnozí laici, ale i zdravotníci vyhýbají. Dříve vyslovené přání se stává vhodným nástrojem k rozhovoru o tom, co je marná a neúčelná léčba, co znamená vysazení či nezahájení marné léčby, jaké životní hodnoty jsou pro pacienta důležité a jak podpořit autonomní rozhodování pacientů a ošetřovatelského týmu (Heřmanová 2012, s. 194.)

Nejčastější indikací PS jsou refrakterní potíže fyzického rázu: dušnost, úzkost, agitované delirium, nevolnost nebo bolest. Prevalence provádění PS ve specializovaných zařízeních se pohybuje od 5 % do 50 % (Davis, 2009, s. 875). Bolest lze ve většině případů účinně zmírnit bez výrazného ovlivnění stavu vědomí (Sláma et al, 2016).

## **4.2 Refrakterní příznaky**

Mezi příznaky, které způsobují na konci života značné utrpení, patří agitované delirium, dušnost, bolest, nevolnost, krvácení, zvracení, křeče, úzkost, deprese a jiné. Na všechny symptomy je nutné vždy reagovat včas a snažit se je zmírnit co nejdříve použitím farmakoterapie. U některých pacientů se mohou objevit refrakterní příznaky, kdy jsou symptomy natolik intenzivní, že léková terapie je nedostatečně účinná a utrpení nemocných se tak stává neúnosným (Ghafoor et al, 2011, s. 523).

V praxi je možné se setkat s refrakterními příznaky fyzického i psychického rázu. Mezi převládající psychické příznaky lze zařadit refrakterní úzkost, nespavost, strach ze smrti, ale také psychoexistenční problémy jako je pocit bezvýznamnosti, izolace, beznaděje. Jedinec může pociťovat, že se stává pro okolí a svou rodinu přítěží (Wolf, 2013, s. 114). Maltoni a kolektiv 2012 uvádějí hlavní refrakterní příznaky vyžadující paliativní sedaci u 774 sedovaných pacientů z 10 studií, kdy byla paliativní sedace prováděna v 30 % případů pro delirantní stav, v 19 % případů pro psychoexistenční utrpení, v 14 % případů pro dušnost. Dalšími symptomy, pro které byli pacienti sedováni, byla bolest, zvracení, krvácení, svědění a jiné (Maltoni et al, 2012, s. 1381).

### **4.2.1 Bolest**

V ČR určitá část pacientů trpí v posledních dnech a hodinách života nedostatečně mírněnou bolestí. Jedním z hlavních důvodů, proč k tomuto stavu dochází, může být

nedostatek znalostí a praktických dovedností na straně lékařů (Sláma, 2006, s. 231). Existují faktory, které mohou vést ke zhoršení intenzity bolesti:

- progresse nádoru, které vede k dalšímu tkáňovému poškození,
- metabolické poruchy: např. hyperkalcémie, hyperglykémie,
- komplikace imobility: muskuloskeletální bolest při svalových kontrakturách, dekubity,
- nepravidelné užívání analgetik, např. při polykacích potížích a zvracení,
- úzkost a strach z umírání a blížící se smrti,
- delirium,
- hyperalgezie navozená dlouhodobým užíváním silných opioidů (Sláma, 2006, s. 232).

Optimální opioidní analgezie vyžaduje, aby každý pacient dostal správný lék, ve správné dávce, správnou cestou, ve správném intervalu. Nežádoucím účinkům, jako je zácpa, nevolnost a útlum vědomí by se mělo účinně předcházet (Ferrell et al, 2008). Mezi obvyklé příčiny zhoršení bolesti na konci života, a to i při zavedené analgetické terapii, patří také retence moči a impaktovaná stolice. Neklid může být často spíše známkou opioidní toxicity než zhoršené bolesti. V této situaci je užitečným lékem midazolam (Lawton et al 2009, s. 8).

#### **4.2.2 Delirium**

Problematika deliria je v paliativní péči velmi významná. D'Arcy 2012 uvádí, že se delirium objevuje u 32 % až 45 % pacientů hlavně během posledního týdne před úmrtím. Při delirantním stavu náhle vzniká porucha vědomí, pozornosti, kognice a vnímání. Tato situace se může během dne měnit (D'Arcy, 2012).

Delirium lze rozdělit na hyperaktivní, hypoaktivní a smíšené (D'Arcy, 2012). Delirantní pacienti ztrácí schopnost monitorovat vlastní prožívání. Pro hyperaktivní delirium je typický neklid, agitace, halucinace, bludy, zvýšená bdělost a pro hypoaktivní typ deliria psychomotorický útlum, letargie a snížené vnímání okolí. Prevalence deliria u hospitalizovaných pacientů s tumory je v rozmezí 10–30 % a roste až k 85 % u terminálních stavů (Sláma et al, 2016, s. 12).

Mezi nejčastější příčiny deliria terminálně nemocných onkologických pacientů řadíme:

- léky (například opioidy, benzodiazepiny, kortikoidy, antikonvulsiva),
- dehydrataci, urémii, kumulaci aktivních metabolitů psychotropních látek,
- metabolické poruchy například hyperkalcémie, hyponatrémie,
- abstinční syndrom,

- mozkovou hypoxii při závažném poškození plic a hypotenzi,
- postižení CNS nádorem,
- infekci, sepsi (Sláma, 2006, s. 233).

Léčba deliria zahrnuje nejen odstranění vyvolávající příčiny, ale také prevenci vzniku deliria a nefarmakologické a farmakologické postupy. Cílem léčby je obnovení výchozího psychického stavu pacienta. Nezbytnou součástí léčby pacientů s refrakterním neklidem bývá výrazná celková sedace (Sláma et al, 2016, s. 12). Součástí prevence a nefarmakologických postupů při řešení deliria je kontrola:

- medikace pro vyloučení polypragmzie,
- bolesti,
- výživy,
- hydratace,
- funkce gastrointestinálního a močového traktu,
- sensorických deficitů.

Důležité je také zlepšení spánkových návyků a spánková hygiena. Velmi žádoucí je vyhnout se imobilizaci nemocného a vyloučit také omezovací prostředky. Vliv na psychiku nemocného má i kontakt s rodinou a příjemné prostředí (Sláma et al, 2016, s. 13).

#### **4.2.3 Dušnost**

Dušnost se mnohdy stává v závěru života nejhorším refrakterním symptomem. Výrazně tak snižuje kvalitu života terminálně nemocného. Posouzení pacienta nám pomáhá identifikovat základní příčinu dušnosti a určit vhodnou léčbu. Dušnost se může objevit jak u pacientů s onemocněním plic, tak i bez něj. V terminální fázi života se dyspnoe vyskytuje přibližně u 75 % pacientů se srdečním selháním, u 20 % až 70 % pacientů s tumory a u 56 % až 94 % pacientů s respiračním onemocněním (D'Arcy, 2012). Důležitost důkladného a důsledného hodnocení dyspnoe nesmí být podceňována. Existuje mnoho standardizovaných a ověřených nástrojů pro měření intenzity a závažnosti dyspnoe. Sestry by měly zjistit, který nástroj je v současné době dostupný v rámci jejich agentury a používat jej (Lowey et al, 2013, s. 50).

Kyslíková terapie, pokud není dušnost způsobena hypoxií, tento stav většinou nezmírní (D'Arcy, 2012). Podávání kyslíku zde má pro pacienta i jeho rodinu spíše symbolický význam. Pacienti často udávají úlevu, přestože se jejich ventilační parametry ani saturace O<sub>2</sub> nemění (Sláma et al, 2016, s. 16). Účinnou léčbou dušnosti může být podávání opioidů

zejména u onkologických pacientů. Forma podání morfinu může být perorální, intravenózní nebo subkutánní, popřípadě kontinuální infúzí. Inhalační forma se nedoporučuje pro nedostatečné účinky (D'Arcy, 2012).

#### 4.2.4 Nefyzické utrpení

Je méně kontroverzní používat paliativní sedaci k potlačení neustupujících fyzických symptomů než těch emocionálních, psychologických nebo existenciálních, přestože beznaděj, úzkost, závislost na ostatních, osamělost a ztráta významu a funkce mohou způsobovat velké utrpení (Gran et al, 2008, s. 532). Několik studií uvádí použití paliativní sedace pro únavu a malátnost, nicméně, zda tyto symptomy představují existenciální nebo fyzické utrpení, je diskutabilní (Claessens et al, 2008).

Několik dalších studií se přímo zabývalo použitím paliativní sedace pro existenciální nebo psychické utrpení (Morita et al, 2005). Psychické utrpení musí být včas rozpoznáno, ale může představovat náročný diagnostický a terapeutický problém. Pacienti, kteří vyžadují PS pro psychoexistenciální utrpení, představují jen malou podskupinu případů a použití paliativní sedace v těchto případech zůstává nadále kontroverzní (Olsen et al, 2010, s. 950). Při posuzování existenčního utrpení jsou nutné kromě lékařských zkušeností i odborné znalosti v oblasti psychosociální a duchovní problematiky. Je-li zavedena paliativní sedace u pacientů s tímto druhem utrpením, očekává se u nich většinou smrt během jednoho nebo dvou týdnů. Jinými slovy, problémem zde není nikdy jen samo existenční utrpení, pacient je vždy v terminální fázi života (KNMG Guideline for Palliative Sedation, 2009, s. 6).

Analýza provedená v Německu ukázala, že v případech existenčního utrpení byla paliativní sedace poskytnuta pouze pacientům, kteří byli považováni za osoby v terminální fázi onemocnění. Převládajícími zaznamenanými neduhy byla úzkost a refrakterní nespavost. Bolest u všech těchto pacientů byla dobře kontrolována opioidy (Wolf, 2013, s. 115). Studie, která kriticky analyzovala sedmileté zkušenosti s aplikací PS v závěrečné fázi života na jednotce paliativní péče, uváděla použití paliativní sedace pro psychoexistenční problémy, kdy pacienti popsali pocity bezvýznamnosti, že zatěžovali ostatní, pociťovali úzkost ze smrti, panický strach, vyslovili přání ovládat smrt, cítili se být izolovaní a to, že jsou hospodářskou zátěží (Muller-Busch et al, 2003). Je třeba poznamenat, že všichni účastníci této studie trpěli také karcinomem v konečném stadiu, ale neměli žádné stížnosti na fyzickou bolest (Muller-Busch et al, 2003, Wolf, 2013, s. 115).

### 4.3 Medikace při paliativní sedaci

Při paliativní sedaci je vědomě ovlivňována kvantitativní úroveň vědomí s cílem mírnit diskomfort při umírání. Je podávána kombinace silných opioidů a krátkodobě působících benzodiazepinů, obvykle ve formě kontinuální subkutánní nebo intravenózní infuze (Sláma, 2006, s. 233). Léky doporučené pro sedaci jsou benzodiazepiny (obvykle midazolam nebo lorazepam), fenothiaziny, jako je chlorpromazin nebo methotrimeprazin, butyrofenon, haloperidol, fenobarbital nebo propofol (Davis, 2009, s. 875) a z analgetik nejčastěji morfin (Maltoni et al, 2012, s. 1380). Opiáty nejsou primárně používány pro účely sedace, ale pro zmírnění bolesti (Olsen et al, 2010, s. 949). Většina paliativních center používá midazolam jako lék první volby kvůli jeho krátkému poločas, poměrně benigním nežádoucím účinkům, snadnému intravenóznímu nebo subkutánnímu podání a dobré účinnosti. U pacientů, jejichž stav bývá refrakterní vůči opiátům a midazolamu, je doporučeno použití např. ketaminu nebo propofolu (Olsen et al, 2010, s. 949).

Sedativa a analgetika mohou podávat lékaři, všeobecné sestry nebo primární ošetřující osoba pacienta, je-li pacient v domácí péči (Lo, 2005). Dávku analgetických a sedativních léků lze podávat bolusově. Zpočátku je podávána co možná nejnižší dávka těchto léčiv (O'Connor, 2005, s. 55). Trvalého efektu zmírnění obtíží lze dosáhnout kontinuální podkožní aplikací obou preparátů pomocí dávkovačů, kdy je každý z léků aplikován odděleně, tak aby bylo možno jejich dávky nezávisle měnit (Kala, 2011 s. 115). Dávky jsou zcela individuální. Jsou stanoveny podle hmotnosti pacienta, renálních funkcí a funkcí jater, stavu hydratace pacienta a interakce se současně užívanými léky. Infuze se zahajuje a titruje až do doby, kdy pacient hlásí úlevu. Pokud není schopen komunikovat, probíhá titrace dávky do doby, kdy se pacient jeví, že je již v pohodlí a refrakterní příznaky ustoupily. Jakmile je pacient sedován a je v klidu, dávky léků se obvykle nezvyšují, pokud nedojde k obnovení refrakterních příznaků (Bruce et al, 2006).

Je důležité poznamenat, že změny respiračních parametrů, stejně jako snížení saturace kyslíkem, jsou považovány za normální změny na konci života a nastávají i bez ohledu na to, zda pacient přijímá PS. Není vhodné titrovat nebo přerušit paliativní sedaci podle těchto parametrů (Robinson, 2015, s. 9).

Jak je výše uvedeno, mimo sedativ jsou podávána také analgetika, nejčastěji morfinového typu. Některé studie však zjišťují, že užívání opioidů v paliativní péči je nedostatečné a mnoho pacientů na konci života nemá adekvátně léčenou bolest (Gardiner et al, 2012, s. 206). Gardiner a kolektiv 2012 dále uváděli, že mnoho lékařů má obavy týkající se

předepisování opioidů u pacientů v terminální fázi. Vědomostní deficity a postoje brání v podávání opiátů při refrakterní bolesti a utrpení. Odborníci uznali, že opioidy jsou také účinnou léčbou dušnosti, často však nebyly podávány kvůli mylným pocitům mezi kliniky, že by mohly urychlit smrt (Gardiner et al, 2012, s. 207).

#### **4.4 Urgentní paliativní sedace**

Pokud jsou na konci života očekávány stavy jako je např. masivní krvácení vedoucí k exsanguinacím nebo obstrukce dýchacích cest vedoucí k zadušení, může být použita naléhavá paliativní sedace (Lawson, 2011, s. 590). U některých diagnóz lze určité konkrétní komplikace předpokládat (např. krvácení u konečného stádia cirhózy jater, dušnost u tumorů plic). V těchto případech by měly být možné komplikace předem projednány jak s pacientem, jeho rodinou tak i s ošetřujícím personálem. Jasně informace o riziku, že se určité komplikace mohou objevit a opatření, která budou provedena, nastane-li daná situace, mohou mít uklidňující účinek na pacienta i jeho blízké (KNMG Guideline for Palliative Sedation, 2009, s. 33). Je nutné je ujistit, že jsme připraveni zmírnit utrpení a vysvětlit jim, jaké léky a za jakým účelem budou podávány a že chceme hlavně dosáhnout důstojného a klidného umírání (Kala, 2011, s. 115). Pacient může předem udělit souhlas s intervencí a jmenovat zákonného zástupce. Všechny zainteresované osoby musejí dostat přiměřené pokyny, aby věděly, co mají dělat, pokud nastane akutní situace a lékař není přítomen. Paliativní sedace může být použita i v podmínkách domácího prostředí. Léky, které je třeba podat v této jasně definované situaci, by měly být připraveny k použití. Je samozřejmé, že tyto intervence musejí být co nejdříve podepřeny a prozkoumány lékařem a všechny relevantní informace zapsané do dokumentace (KNMG Guideline for Palliative Sedation, 2009, s. 33).

Například dramaticky probíhající krvácení či opakovaný vomitus může působit šokujícím dojmem pro blízké pacienta. Pro tuto situaci je vhodné lůžko povléct pestrobarevným ložním prádlem. Někdy je však nástup potíží tak rychlý a překvapivý, že i léčebný zásah musí být rychlý a hlavně minimálně invazivní. Vhodné je podat sedativní léky rektálně nebo nasálně (Kala, 2011 s. 115).

Nemá-li rodina dostatek informací o situacích, které mohou nastat, je ve většině případů okolnostmi akutní sedace šokována. Je důležité jasně vysvětlit, co se stalo, a nabídnout odpovídající podporu (KNMG Guideline for Palliative Sedation, 2009, s. 33).

Pokud pacient přežije tuto akutní událost, obvykle se přechází z akutní sedace na kontinuální sedaci. Pacienta většinou nebudíme z obav, že znovu zažije totéž. Na základě



vhodných indikací a předpokladů lze přechod z akutní sedace na kontinuální sedaci považovat za správnou lékařskou praxi. V případě závažných problémů nebo pokud může být utrpení zmírněno jiným způsobem, měl by lékař sedaci ukončit (KNMG Guideline for Palliative Sedation, 2009, s. 33). Jednou zahájená paliativní sedace bývá obvykle ve většině případů podávána až do okamžiku úmrtí nemocného (Kala, 2014, s. 266-267).

#### **4.5 Monitoring pacienta během paliativní sedace**

Během fáze, kdy je pacient v sedativním spánku, je pod pečlivým lékařským a sesterským dohledem. Mimořádně důležité je monitorovat a hlásit případné změny ve zdravotním stavu. Lékařská a ošetrovatelská péče může být proaktivně přizpůsobena očekávaným potřebám pacienta. Pacientovi může být zaveden katetr do močového měchýře, může mu být poskytnuta antidekubitní matrace a může být upraven režim změny polohy. (Claessens et al 2007, s. 105). Důkladné posouzení pacienta zahrnuje stanovení závažnosti utrpení, úrovně vědomí, nežádoucích účinků léčby, průchodnosti dýchacích cest a individuálních parametrů podle stavu konkrétního pacienta: například rychlost dýchání, průchodnost tracheostomické kanyly, saturaci kyslíkem a plnost močového měchýře (Robinson, 2015, s. 9). Napojení pacienta na monitor a kontinuální sledování srdeční aktivity není doporučováno, protože tak může být zvyšován stres zejména rodinných příslušníků (Olsen, 2010, s. 949). Frekvence posouzení se liší v závislosti na místě, kde pacient přijímá paliativní léčbu (domácí versus hospitalizační zařízení). Optimální je, pokud sestra posuzuje pacienta nepřetržitě během zahájení léčby. Poté méně často, je-li sedace dostatečná (Bruce et al, 2006). Pokud se požadovaný efekt nedostaví (refrakterní příznaky neustupují), dávka je pozvolna navyšována, dokud nedojde ke stabilizaci stavu pacienta. Po několika hodinách se dávka léků může snížit, abychom mohli zhodnotit efekt léčby a je-li to možné, prodiskutovat s pacientem další postup. (O'Connor, 2005, s. 55).

V České republice monitoring nemocného zajišťuje řádně poučená všeobecná sestra. Do dokumentace pacienta je zaznamenáván vývoj zdravotního stavu, druh a množství podávané medikace, přesné časové údaje. Běžně používané dekurzy nejsou zcela vyhovující. Je tedy vhodné používat speciální přílohy do dekurzu, které se svou formou podobají dobře známým formulářům již mnoho let označovaných jako „Šokový záznam“ či „Akutní karta“ (Kala, 2011 s. 115). V dokumentaci by měl být také zaznamenán důvod PS, průběh rozhodovacího procesu, cíl útlumu, plánovaná délka a hloubka sedace, ale také rozsah informací týkajících se PS poskytnutých pacientovi a jeho rodině (Cherny, 2009, s. 585).

## 4.6 Úskalí paliativní sedace

Přestože je podávání paliativní sedace obecně považováno za legálně přípustné, diskuze o jejím použití stále přetrvávají. Následující otázky v oblasti paliativní sedace mohou být eticky kontroverzní:

- autonomie pacienta,
- rozlišení paliativní sedace od asistované sebevraždy a eutanazie,
- otázky týkající se umělé výživy a hydratace.

Autonomie pacienta je jednou z hlavních etických zásad zvážení léčby. Respektování autonomie uznává právo jednotlivce rozhodovat o problémech podle jeho vlastního přesvědčení, hodnot a plánu života. Autonomie by měla být ústředním bodem péče o umírající pacienty, protože je založena na morálním myšlení, kulturní praxi a právním precedentu (Wolf, 2013, s. 114).

Etická otázka týkající se autonomie pacienta spočívá v tom, že paliativní sedace může odstranit schopnost pacienta měnit svá rozhodnutí po zahájení léčby. Dilema, které vyvstává, spočívá v tom, že pacienti nemohou činit taková rozhodnutí o péči na konci života, pokud nejsou plně schopni porozumět možným důsledkům. Otázka týkající se autonomie pacienta může být řešena vytvořením nebo použitím již vyvinutého paliativního sedativního protokolu, který zahrnuje informovaný souhlas. Použitím zavedeného protokolu, který řídí paliativní sedaci v reakci na příznaky pacienta, může poskytovatel podpořit autonomii i komfort pacienta (Wolf, 2013, s. 114). Použití metody paliativní sedace u terminálně nemocných pacientů s psychickým utrpením, které je zároveň spojeno i s fyzickým utrpením, se jeví jako přípustné. Zatímco léčit pouze samotné psychické utrpení pomocí PS se zdá být velice diskutabilní zejména z etického pohledu (Wolf, 2013, s. 114). Jeden z účastníků studie, která se zabývala metodou paliativní sedace u existenciálního utrpení, položil otázku, která stojí za zamyšlení: „*Může být ztráta smysluplného života léčena spánkem?*“ (Blondeau et al, 2005).

Důležitý význam mají také definice paliativní sedace v literatuře. V literatuře se často setkáváme s termínem terminální analgosedace. Broeckaert a Nunez Olarte 2002 to naznačují: „*Sedace, pokud je považována za terminální akt, zvyšuje se riziko přirovnání PS k eutanazii, protože se sedace považuje spíše za ukončení života než zmírnění refrakterních příznaků*“ (Broeckaert, 2002). Pro zabránění tomuto nedorozumění navrhli někteří autoři použití výrazů jako paliativní sedace a paliativní sedační terapie, spíše než terminální sedace (Broeckaert, 2002, Morita et al, 2002). Pojem paliativní sedace tak naznačuje aktivní snahu zmírnit

příznaky a utrpení a může vyvolávat méně negativní konotace než terminální sedace (Broeckaert, 2002).

Na farmakologickou sedaci u nemocných v pokročilých stádiích nevyléčitelných chorob není laiky ani lékaři nahlíženo jednotně. Otázkou zásadního významu je odlišení kontinuální hluboké sedace od takzvané pomalé eutanazie. Použití PS u nemocných s krátkou životní prognózou má nulový či minimální vliv na délku života. V těchto případech nelze paliativní sedaci pokládat za eutanazii. Ovšem při zavedení paliativní sedace u pacienta s delší životní prognózou, kdy v některých případech nelze zcela vyloučit možnost urychlení smrti, by bylo někdy možné se setkat s postojem, že by tento postup mohl být kvalifikován jako ekvivalent eutanazie (Kala, 2014, s. 266).

V ČR je žádost o provedení asistované sebevraždy či eutanazie ze strany nemocného nebo jeho rodiny krajně výjimečným jevem. I v těchto zcela ojedinělých případech se jedná spíše o určitý povzdech než naléhavé volání po násilném ukončení života. Kvalitně poskytovaná paliativní péče, která tiší utrpení těžce nemocného a podporuje jeho blízké, je prevencí proti podobným úvahám (Kala, 2014, s. 266). Hlavní kontrasty mezi kontinuální hlubokou sedací (CDS-continuous deep sedation) a eutanazií jsou velice jasně popsány v tabulce 10 v příloze 6 (KNMG Guideline for Palliative Sedation, 2009, s. 69). Někteří odborníci však argumentují, že je paliativní sedace zastřenou formou asistované sebevraždy nebo eutanazie, zejména v případě refrakterních symptomů týkajících se existenčního utrpení. Tito pacienti tvoří jen malou podskupinu pacientů vyžadující paliativní sedaci (Olsen et al, 2010, s 949). Anquinet a kolektiv 2012, zjistili, že většina respondentů považovala kontinuální hlubokou sedaci a eutanazii za zcela rozdílné praktiky. Někteří respondenti však uvedli, že jasné rozlišení mezi kontinuální hlubokou sedací a eutanazií se sníží nebo úplně vymizí, když je medikace nepřiměřeně zvyšována nebo když je kontinuální hluboká sedace indikována příliš brzy (Anquinet et al, 2012, s. 559). Pogodová 2017 přirovnává paliativní sedaci k tzv. technické eutanazii. Uvádí, že problémem je celkové tlumení pacienta, namísto lokálního řešení bolesti. U pacienta nastupuje stav bezvědomí. U celkové paliativní sedace dochází k vypuštění podávání výživy a hydratace organismu a následkem dehydratace dochází k úmrtí pacienta (Pogodová, 2017, s. 28). Rietjens a kolektiv 2008 zjistili, že u většiny pacientů byla paliativní sedace zahájena v poslední den před smrtí s průměrnou délkou trvání 19 hodin. Relativně krátká doba sedace v těchto studiích naznačuje, že útlum neurychlil smrt dehydratací či hladem (Rietjens et al, 2008). Maltoni a kolektiv 2012 uvádějí, že bylo v několika posledních letech napsáno mnoho článků obsahujících tvrzení, že tyto

praktiky jsou rozdílné, a že paliativní sedace nemůže sklouznout k eutanazii (Maltoni et al, 2012).

V roce 2011 byla vydána Evropskou asociací paliativní medicíny (EAPC) doporučení pro paliativní sedaci, jejichž cílem bylo podpořit vznik doporučených postupů. Tento desetibodový dokument popisuje jednotlivé kroky, které by měli zdravotníci dodržovat, aby nedošlo k poškození nemocného (Závadová, 2014). Vzhledem k tomu, že způsobení nebo urychlení smrti není záměrem paliativní sedace, nemůže být považována za lékařem asistovanou sebevraždu (PAS physician-assisted suicide) ani eutanazii (Lo, 2005). Jak je výše uvedeno, hlavní kontrasty mezi hlubokou kontinuální sedací a eutanazií jsou popsány v tabulce 10 v příloze 6 a měly by tyto dvě rozdílné praktiky od sebe jasně odlišit, jak záměrem, tak postupem nebo výsledkem (KNMG Guideline for Palliative Sedation, 2009, s. 69).

Jedním z bodů této tabulky je také možné zkrácení života pacienta. Je zde uvedeno, že hluboká kontinuální sedace život pacienta nezkracuje. Podobný názor zastávají i odborníci Maltoni a kolektiv 2009, Deschepper a kolektiv 2014 nebo Sadler 2012, kteří tvrdí, že paliativní sedace neurychluje proces umírání z hlediska doby přežití (Deschepper et al, 2014, s. 666, Maltoni et al 2009, Sadler 2012). Maltoni a kolektiv 2012 uvádějí, že paliativní sedace, je-li náležitě indikována a správně používána k ulehčení nesnesitelného utrpení, nemá žádný škodlivý vliv na přežití pacientů s terminálním karcinomem. V této situaci je paliativní sedace lékařským zákrokem, který musí být považován za součást paliativní péče (Maltoni et al, 2012, s. 1378). Naopak jiní autoři možné zkrácení života připouštějí. Smrt může někdy nastat ihned po zahájení sedace, ale je často nejasné, zda ji způsobilo konečné onemocnění nebo sedativní léky (Lo, 2005). Některé studie potvrzují, že jen u velmi malé části sedovaných pacientů se mohou objevit život ohrožující nežádoucí účinky, jako je aspirace nebo respirační tíseň (Olsen et al, 2010). Je však potřeba zdůraznit, že u umírajícího nemocného s refrakterními symptomy může být toto riziko v porovnání s mírou utrpení zanedbatelné (Závadová, 2014). Názory na možné zkrácení života sedovaných pacientů jsou dosud nejednotné.

Paliativní sedace je také eticky kontroverzní, protože ne vždy jsou do procesu rozhodování zapojeni sami pacienti (Deschepper et al, 2014, s. 665). Další otázka může znít: *„Vyvoláme-li bezvědomí u nemocných, neodřízneme je tak od sebe samých a jejich světa? Není to forma sociální smrti?“* (Sadler 2012, s. 197). Paliativní sedace se považuje za poslední možnost, jak ulehčit umírajícímu od utrpení (Sadler, 2012, s. 198.)

Podobně jako u mnoha jiných lékařských intervencí nesouvisí kontroverzní ráz paliativní sedace s otázkou ano či ne, ale spíše s otázkou, kdy a jak (Bruera, 2012). Tradiční ospravedlnění PS je součástí doktríny „*dvojitého efektu*“, která morálně rozlišuje záměr osoby a to, co je předpokládaný, ale nezamýšlený vedlejší důsledek (Ghafoor et al, 2011, s. 523). Princip „*dvojitého efektu*“ byl vyvinut římsko-katolickými teology středověku, kteří považovali život za boží dar. Zdá se, že se na tento koncept vztahuje fráze „*menší ze dvou zel*“. Musí být splněny čtyři klíčové podmínky, aby byla zásada dvojitého účinku přijatelná. První se týká povahy činu, v tomto případě zmírnění utrpení a kontroly bolesti, který musí být považován za dobrý. Druhým zájmem je zájem činitele, úmyslem je dobrý, nikoliv negativní efekt. Cílem je pohodlí pacienta, nikoli útlum dýchání. Třetí podmínkou je rozdíl mezi prostředkem a účinkem. Negativní důsledek nebo smrt nesmí být prostředkem k dosažení pohodlí nebo úlevy utrpení. Čtvrtou podmínkou je přiměřenost mezi pozitivními a negativními účinky. To je možná nejtěžší k posouzení, protože člověk musí být přesvědčen, že pozitivní účinek, tedy úleva od utrpení, musí převážit nad negativním účinkem nebo nad rizikem smrti. Tento koncept, doktrína „*dvojitého efektu*“, se jeví odborníkům jako nejtěžší k ohodnocení, protože rozlišení mezi lékařem asistovanou sebevraždou, eutanazií a paliativní sedací může být nejasné. Ti, kteří poskytují paliativní sedaci, mohou být uklidněni faktem, že po přezkoumání 134 článků a zpráv o konkrétních případech paliativní sedace, Claessens a kolektiv 2007 dospěli k závěru, že paliativní sedace neuspíší smrt pacientů ve srovnání s pacienty, kteří nejsou léčeni (Claessens et al, 2007, Wolf, 2013, s. 114).

Spineli a kolektiv 2015 zjistili, že nejčastější bariérou, proč není PS prováděna, i když je její indikace na místě, je negativní postoj rodin vůči PS. Tyto negace jsou způsobeny hlavně nedostatečnými informacemi, obavami, že by sedace zkrátila život jejich blízkého a vírou v existenci jiných možností léčby, která by pomohla ulevit pacientovi od refrakterních symptomů (Spineli et al, 2015, s. 1297). Dalšími důvody, proč paliativní sedace nebyla prováděna, byly názory zdravotnických odborníků, právní aspekty a morální nebo náboženské rozpory (Spineli et al, 2015, s. 1296).

## 5. EUTANAZIE

Vzhledem k mnoha nejasnostem a nepřesnostem při používání termínu eutanazie je v současnosti v Holandsku obsah tohoto pojmu vymezen takto: „*Jedná se o úmyslné ukončení života osoby na její explicitní žádost někým jiným než osobou samotnou*“ (Munzarová, 2005, s. 35).

Tato definice zahrnuje tři důležité body:

- eutanazie je skutek, čin, nezahrnuje tedy ustoupení od aktivity,
- eutanazie je definována jako chtěná, vyžádaná ze strany nemocného, nelze tedy pod tento pojem zahrnovat takové aktivity, jako je ukončování života novorozenců a pacientů v kómatu,
- eutanazie je záměrné ukončení života, pojem se tedy nevztahuje na nezamýšlené ukončení života, např. při tlumení bolesti opiáty, kdy se z mravního hlediska může uplatnit princip dvojího efektu (Munzarová, 2006).

Munzarová (1996) udává, že si je dobře vědoma toho, že existují velmi bolestná a těžká umírání. Proti nim je však nutné bojovat úplně jiným způsobem a tím je dobrá paliativní péče a rozvoj hospicového hnutí (Munzarová, 1996).

## 6. ÚLOHA VŠEOBECNÉ SESTRY PŘI PALIATIVNÍ SEDACI

Nedílnou součástí týmu v hospici jsou lékaři, všeobecné sestry, ošetrovatelky, nutriční terapeuti, fyzioterapeuti, sociální pracovníci, nemocniční kaplani a případně dobrovolníci. Všeobecné sestry se snaží hlavně o podporu fyzické pohody a uspokojení duševních, sociálních a spirituálních potřeb (Adam et al, 2004). Péče o umírající bývá zařazována mezi nejobtížnější činnosti v práci VS. Vyžaduje citlivý přístup, schopnost objektivně hodnotit účinnost či neúčinnost prováděných ošetrovatelských zásahů a v neposlední řadě také schopnost dostatečně rychle reagovat na aktuální změny ve zdravotním stavu (Vorlíček et al, 2006).

Před zahájením paliativní sedace může sestra s pacientem a jeho rodinou ověřit, zda existují nějaké finanční, notářské nebo jiné praktické problémy, které potřebují zařídit. Zda existují ještě nesplněná poslední přání, která lze uskutečnit: „*Chtěl by si pacient zatelefonovat, rozloučit se? Chtěl by ještě vidět určité osoby, jako jsou rodina, přátelé, lékaři, psycholog, duchovní, sociální pracovník nebo notář? Existuje nějaký rituál, který by chtěl pacient vykonat? Chtěl by pacient učinit určitá opatření týkající se jeho pohřbu?*“ (Claessens et al 2007, s. 104). Jakmile je přijato rozhodnutí zahájit paliativní sedaci, pacient často zažívá určitý pocit klidu (Claessens et al 2007, s. 104). VS kontroluje, zda pacient leží klidně, pohodlně a bezpečně. Pravidelně provádí péči o dutinu ústní. Někdy se tato činnost může částečně nebo úplně přenechat rodině, což často vede k pocitu, že jejich přítomnost je užitečná. Přitom se ústa zvlhčí a na rty se aplikuje vhodná mast. Pokud má pacient otevřené oči, je vhodné použít oční kapky nebo mast, které zabrání lokálnímu poškození. Při ošetřování a manipulaci s pacientem VS pečlivě pozoruje jeho reakce: „*Jaký je výraz jeho tváře? Oči pacienta jsou neustále otevřené nebo zavřené? Pacient spí, je probuditelný? Reaguje na vnější podněty, jako je zvuk, dotyk nebo polohování? Objevují se u něj chrčivé zvuky nebo sténání? Je neklidný?*“ (Claessens et al 2007, s. 105). VS zajišťuje a pečuje o podkožní nebo cévní vstup, ošetřuje jiné invazivní vstupy např. TSK, PEG, stomie, zajišťuje jejich funkčnost a průchodnost.

VS by měla pozorně sledovat úroveň vědomí, hodnotit intenzitu bolesti, míru dušnosti, úzkosti a deliria. V programech paliativní péče se po celém světě používají různé měřicí nástroje pro hodnocení úrovně sedace (Robinson, 2015, s. 9). Brinkkemper a kolektiv 2012 se snažili dohledat validizovaný měřicí nástroj k posouzení komfortu sedovaného pacienta. Autoři dohledali celkem 264 článků v anglickém, německém nebo holandském jazyce, z nichž 30 bylo považováno za relevantní. Většina studií se zaměřila na monitorování

refrakterních příznaků jako je bolest, únava nebo delirium a úroveň vědomí. Byly používány tyto měřicí nástroje: Numeric Pain Rating Scale, Visual Analogue Scale, Memorial Delirium Assessment Scale, Communication Capacity Scale and Agitation Distress Scale. Pouze Communication Capacity Scale byl částečně validizován pro použití u sedovaných pacientů. Autoři doporučili další výzkum k vytvoření validizovaného nástroje pro potřeby v oblasti paliativní sedace (Brinkkemper et al, 2012, s. 54). Arevalo a kolektiv 2012 zkoumali reliabilitu a validitu těchto měřících nástrojů u 54 pacientů s kontinuální nebo přerušovanou PS: Minnesota Sedation Assessment Tool (MSAT), Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS), Vancouver Interaction and Calmness Scale (VICS) a sedační skóre navržené v pokynech pro paliativní sedaci v Nizozemí – Guideline for Palliative Sedation of the Royal Dutch Medical Association KNMG (Arevalo et al, 2012, s. 704). Jako nejspolehlivější byly vyhodnoceny RASS a sedační skóre KNMG (Arevalo et al, 2012, s. 713). RASS skóre bylo původně validizováno pro potřeby pacientů jednotek intenzivní péče (JIP). Cíle sedace na JIP jsou ale odlišné od cílů PS. Bush a kolektiv 2014 ve své studii zjišťovali platnost verze RASS modifikované pro pacienty v paliativní péči (RASS-PAL). Tato kanadská studie předkládá předběžné důkazy o platnosti skóre RASS-PAL při používání na jednotce paliativní péče, konkrétně pro hodnocení útlumu a agitovanosti u PS. Je třeba hledat další důkazy o platnosti, zejména v souvislosti s hodnocením deliria (Bush et al, 2014, s. 1).

V České republice je pro potřeby analgosedace v intenzivní péči dostupný hodnotící nástroj RASS spolu s jinými měřícími nástroji. Na rozdíl od původního skóre RASS nevyžaduje RASS-PAL příloha 7 vyvolání odpovědi pacienta pomocí bolestivých nebo stimulačních podnětů v souladu s cílem terapie paliativní sedace. Platnost verze RASS-PAL v ČR pro použití v oblasti paliativní sedace není zatím ověřena. Pokud jsou pacienti v bezvědomí nebo z jiných důvodů nejsou schopni podat informace o subjektivních problémech, VS musí posoudit, zda jsou pacienti v pohodlí pomocí dostupných škál (RASS, FLACC, GCS aj.). Dávkování léků by mělo být zvýšeno, pokud pacient vypadá neklidně, grimasuje nebo se rozvíjí hypertenze, tachykardie, tachypnoe nebo jakékoliv jiné zjištění, které by mohlo být interpretováno jako utrpení. Tyto parametry jsou podobné těm, které používají anesteziologové ke zvýšení úrovně anestezie během chirurgických zákroků nebo sestry v intenzivní péči k hodnocení nepohodlí sedovaných, intubovaných a kriticky nemocných pacientů (Lo, 2005, s. 1813).

Tým českých odborníků se zabýval problematikou potřeb pacientů a jejich rodin v oblasti paliativní péče a pracoval na vyvinutí české verze dotazníku pro hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči: PNAP-Patients Needs Assessment in Palliative Care a české verze



dotazníku pro hodnocení potřeb rodiny: FIN-Family Inventory Needs (Bužgová et al, 2013).

V průběhu paliativní sedace musí VS podporovat také rodinu sedovaného pacienta, umožnit jí kontakt s nemocným, ale také zajistit klidné prostředí na pokoji a eliminovat rušivé prvky. Rodina se může, pokud si to přeje, zapojit do péče o pacienta (Claessens et al 2007, s. 105). Členové rodiny mohou být pro VS důležitým zdrojem informací o blahu pacienta. Rodinné příslušníky je také třeba podpořit a ujistit je, že jejich rozhodnutí a souhlas s paliativní sedací bylo správné. Rodina může zažívat pochybnosti, pocity viny, strachu, smutku, ale mohou také pociťovat úlevu, že utrpení jejich milovaného člověka skončilo. Kontakt s rodinou pacienta umožňuje poskytovatelům zdravotní péče sledovat příznaky stresu či vyhoření v rodině a povzbuzovat je, aby dbali o svůj dostatečný odpočinek (Robinson, 2015, s. 11).

Sestry plní zásadní roli i v rozhodovacím procesu, který zahrnuje také prevenci PS. Vzhledem k tomu, že je paliativní sedace výjimečné opatření, které je vhodné pouze v případech, kdy je utrpení v refrakterní formě, je prvním a nejdůležitějším bodem paliativní péče prevence paliativní sedace. Sestry musí včas rozpoznat potřeby a problémy pacienta (fyzické, sociální, psychologické a duchovní) a sdělit je ihned lékaři nebo psychologovi, fyzioterapeutovi, kaplanovi. Tím může být zajištěn včasný zásah a utrpení pacienta může být ihned zmírněno (Claessens et al, 2007, s. 103). Tuto zajímavou zkušenost popisují Claessens s kolektivem 2007, kteří svým pozorováním zjistili, že pokud je během poskytování paliativní péče reagováno na nežádoucí symptomy včas, pak se často podaří zabránit jejich přechodu do refrakterní podoby a lze je nezdědku udržet pod kontrolou, aniž by bylo nutno přistupovat k provádění paliativní sedace.

Sestry by měly být schopny zajistit pacientovi nezbytné pohodlí a zachovat pacientovu důstojnost v závěrečné fázi života. I po jeho smrti je se zemřelým zacházeno s úctou a důstojností (Claessens et al 2007, s. 106). Role sestry tedy zahrnuje rozpoznávání refrakterních příznaků, oznamování těchto symptomů poskytovatelům zdravotní péče, poskytování psychosociální podpory a vzdělávání pacientů a rodin a identifikaci kulturně specifických potřeb souvisejících s umíráním a smrtí. Sestra provádí důkladné hodnocení, aby zjistila individuální potřeby pacienta. Pečlivě sleduje pohodlí pacienta, výskyt nežádoucích stavů, jako je například zvýšená agitovanost. Zásadní je také dokumentace všech zjištěných symptomů, jejich reakce nebo nedostatečná reakce na léčbu (Fabbro et al., 2007, Lawson, 2011, s. 590).

## 6.1 Názory, postoje a emoční prožívání všeobecných sester při zavedené paliativní sedaci

Sestry mohou často při používání PS u terminálně nemocných pacientů vykazovat pocity úzkosti, pociťovat duchovní a etickou zátěž. Navzdory rostoucímu množství literatury pojednávající o péči na konci života (EOL-end of life) také existuje i nedostatek výzkumů postojů sester k PS. Ve skutečnosti bylo identifikováno pouze sedm publikací, které se zabývaly touto otázkou: dvě ze Severní Ameriky, jedna z Japonska a čtyři z Evropy. Zahájení kontinuální hluboké sedace může být pro sestry obtížné, mohou prožívat úzkost. VS mohou být vystaveny i jiným silným emocím, jako je strach a bezmocnost, které cítí při pohledu na trpícího pacienta. Tyto emoce pak mohou ovlivnit jejich postoj k indikaci paliativní sedace (Sadler, 2012, s. 198). VS respektují autonomii jedinců a dbají na jejich důstojnost, proto je pro ně důležité udržet bdělost pacientů. VS mohou pociťovat, že PS komplikuje jejich roli, když jsou pacienti v bezvědomí a nemohou sdělit, zda trpí či ne (Gran et al, 2008, s. 537). Existují však velice bolestná umírání, která mohou být nesnesitelná nejen pro pacienty, ale i pro jejich rodiny. Paliativní sedace má zásadní roli při zajištění kvalitního konce života zejména u pacientů, u kterých nelze dosáhnout zmírnění utrpení jinou léčebnou metodou (Lawson, 2011, s. 590).

Otázka, která se často objevuje, když sestry diskutují o paliativní sedaci, zní: „*Představuje paliativní sedace dobrou ošetrovatelskou péči? Zapadá tato léčba do dobré ošetrovatelské péče, konkrétněji: do dobré paliativní ošetrovatelské péče?*“ (Claessens et al 2007, s. 101). Názory mezi sestrami v paliativní péči se mohou velmi lišit. Tyto rozdíly jsou způsobeny především důsledkem mnoha nedorozumění, která stále existují v oblasti paliativní sedace, více viz kapitola 4.6 Úskalí paliativní sedace (Claessens et al 2007, s. 101). Etické obavy související s podáváním paliativní sedace zahrnují také ztrátu schopnosti pacientů k interakci, urychlení očekávané smrti, vysazení tekutin a výživy (Lawson, 2011). Pokud se PS provádí správně, tak je v souladu s rolí ošetrovatelství obhajovat zájmy pacienta, chránit důstojnost umírajících pacientů a mírnit utrpení poskytováním profesionální a empatické péče. Má-li VS z morálních či jiných důvodů výhrady k PS, měla by to upřímně říci a požádat o přeřazení k jiné skupině pacientů (Heřmanová, 2012, s. 188).

## 6.2 Vzdělávání v oblasti paliativní péče

Patel a kolektiv 2011 ve své studii usilovali o získání pohledu sester na metodu PS, zabývali se znalostmi sester a dovednostmi potřebnými k administraci PS. Zajímalo je také názor sester na vzdělávání pacientů, rodinných příslušníků, ostatních sester a lékařů v oblasti paliativní péče. Jedna z respondentek studie uvedla: „*Nemyslím si, že existuje nějaké formální vzdělání o tom, co je paliativní péče...*“ „*Pokud sestry samy nerozumějí této metodě, jak to mohou vysvětlit svým pacientům?*“ (Patel et al, 2011, s. 433).

Paliativní péče je v ČR pojmem relativně mladým. VS se v klinické praxi setkávají s nevléčitelně nemocnými běžně a smrt se týká každého z nás. Dosud neexistuje specializační vzdělávání v oboru pro všeobecné sestry. Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP pořádá akreditované specializační kurzy v nástavbovém oboru Paliativní medicína pro lékaře. Kurzy jsou určeny i lékařům, kteří nechtějí atestovat v tomto oboru, ale kteří se ve své každodenní praxi setkávají s nevléčitelně nemocnými pacienty a chtějí si prohloubit své znalosti a dovednosti v oblasti paliativní medicíny. Kurzy probíhají v Rajhradu u Brna, v Brně a v Praze (Atestace, 2018). Akreditované kurzy, workshopy, stáže nebo kurzy na klíč v paliativní péči pro nelékařské zdravotnické pracovníky, pracovníky v sociálních službách, sociální pracovníce a fyzioterapeuty jsou pořádány v Rajhradu u Brna (Akreditované kurzy, 2018). V rámci specializace Ošetrovatelské péče v interních oborech je paliativní péči věnována jen malá část výuky.

Nedostatek znalostí a také nevhodný výběr personálu může znamenat, že VS nadměrnou zátěž nezvládnou a mohou zvolit přístup, který nemocného poškozuje (Hosáková, 2010, s. 330). Všeobecné sestry spolu s dalšími poskytovateli péče hrají zásadní roli, protože jsou jako jediné z multidisciplinárního týmu s pacientem a jeho rodinou 24 hodin denně (Claessens et al 2007, s. 103). VS by měly mít možnost více se zapojit do procesu rozhodování o rozsahu a povaze lékařské péče poskytované na konci života. Je ale důležité, aby uměly svým pacientům a jejich blízkým naslouchat, znaly dobře jejich zdravotní stav a včas rozpoznaly známky fyzického a psychického utrpení (Heřmanová 2012, s. 194).

## 7. SHRNUÍ TEORETICKÝCH VÝCHODISEK

„Paliativní sedaci označujeme farmakologické utlumení pacienta s cílem zmírnit refrakterní symptomy a dosáhnout komfortu umírajícího pacienta. Hloubka sedace je vždy individuální a závisí na intenzitě symptomů a celkovém klinickém kontextu. U některých pacientů je třeba pacienta utlumit až do hloubky soporu-kómatu“ (Sláma, 2016, s. 16). Rozhodnutí o zahájení PS musí být schváleno všemi členy multidisciplinárního týmu (Claessens et al, 2007, s. 104). Evropská asociace pro paliativní péči (EAPC) považuje paliativní sedaci za důležitou a nezbytnou praxi, která je součástí terapie umírajících pacientů s refrakterními potížemi (Cherny, 2009, s. 581).

Kontroverzní ráz této metody vyvolává řadu otázek. Diskutovaná je zejména autonomie pacienta, interakce, komunikace pacienta, možné urychlení smrti při analgosedaci s vynecháním výživy a hydratace (Lawson, 2011). Etické obavy také vznikají, je-li PS nesprávně indikovaná. PS může být srovnávána se skrytou formou eutanazie.

Hlavní zásady pro paliativní sedaci jsou (Deschepper et al, 2014, s. 664):

- indikace (refrakterní symptomy vedoucí k nesnesitelnému utrpení jako je bolest, dušnost, delirium, aj.),
- druhy PS (mírná, střední a hluboká a dle kontinuity přerušovaná a kontinuální),
- etické principy (PS je legální specializovaný lékařský postup a musí být zřetelně odlišen od úmyslného ukončení života. PS může uspíšit smrt, ale není to jejím záměrem.),
- přiměřenost PS (stupeň sedace podle závažnosti utrpení),
- podávání léků (titrace léků se provádí tak, aby úroveň vědomí byla snížena minimálně a nezbytně k tomu, aby byly symptomy pro pacienta únosné. „Midazolam je lékem první volby.“),
- monitorování pacientů (sledujeme zmírnění utrpení, úroveň vědomí, nežádoucí účinek sedativ),
- četnost monitorování (každých 20 minut, dokud nedojde k přiměřené sedaci a zmírnění refrakterních příznaků).

VS by měly hrát klíčovou úlohu v rozhodovacím procesu, který zahrnuje prevenci, objasnění indikace PS, pomoc při odhadu prognózy pacienta, stanovení intenzity bolesti a jiných závažných symptomů, míru utrpení jeho rodiny, výběr farmakologických terapií a způsob podání a vyhodnocení reakce na léčebné plány. Odpovídají za provádění

a sledování plánu péče, interakci a komunikaci s pacienty a rodinami a udržování důvěryhodného vztahu mezi pacientem a týmem zdravotní péče (Patel et al, 2011, s. 433).

Zahájení kontinuální hluboké sedace může být pro sestry velice obtížné. Sestry mohou být vystaveny silným emocím, jako je úzkost, strach a bezmocnost, které cítí při pohledu na trpícího pacienta. Tyto emoce pak mohou ovlivnit jejich postoj k indikaci paliativní sedace (Sadler, 2012, s. 198). Existuje jen málo ošetrovatelských vědeckých prací týkajících se metody paliativní sedace (Bruce, 2011).

Po prostudování teoretických východisek se nabízejí tyto oblasti, na které lze zaměřit výzkumné šetření:

- Pohled všeobecných sester na metodu paliativní sedace.
- Postoj všeobecných sester k eutanazii

## **8. VÝZKUMNÁ ČÁST – POHLED VŠEOBECNÝCH SESTER NA METODU PALIATIVNÍ SEDACE A POSTOJ K EUTANAZII**

Pro výzkumnou část této práce byla zvolena kvalitativní metoda prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru. V ošetrovatelských výzkumech se výzkumníci zabývají řadou problémů, jako jsou bolest, strach, beznaděj, víra, úzkost, motivace či uvědomování si konce života. Tyto problémy se kvantitativně obtížně zkoumají, proto bývá upřednostňován kvalitativní výzkum, zejména má-li být šetření zaměřeno na prožívání, vnímání a pochopení pocitů (Kutnohorská, 2009, s. 9). Cílem kvalitativního výzkumu je porozumět perspektivám a zkušenostem jednotlivců nebo skupin. Kvalitativní výzkum bývá v literatuře lékařského a ošetrovatelského rázu stále častější a velmi ceněný. Kvalitu tohoto výzkumu však lze obtížně vyhodnotit. Existují standardy pro podávání zpráv a vyhodnocení výsledků pro mnohé typy kvantitativního výzkumu, ale dlouhou dobu neexistoval žádný pro široké spektrum kvalitativního výzkumu. O’Brein a kolektiv 2014 vytvořili standard SRQR (Standard for Reporting Qualitative Research) s 21 položkami (viz příloha 8), které považovali za nezbytné pro úplné a transparentní hlášení výsledků kvalitativního výzkumu (O’Brien et al, 2014, s. 1245–1246).

### **8.1 Cíl výzkumného šetření a výzkumné otázky**

Výzkumné šetření bylo zaměřeno na všeobecné sestry, které pracují v hospici a denně pečují o pacienty v terminální fázi života. Cílem této práce bylo zjistit:

- Pohled všeobecných sester na metodu paliativní sedace.
- Postoj všeobecných sester k eutanazii.

Výzkumné otázky byly formulovány v souladu s cílem výzkumu:

- Jak všeobecné sestry pracující v hospici nahlíží na metodu paliativní sedace u umírajících pacientů?
- Jaký postoj zaujímají všeobecné sestry pracující v hospici k eutanazii?

Dílčím cílem bylo zjistit:

- Jaké emoce všeobecné sestry prožívají, je-li metoda paliativní sedace prováděna u umírajícího pacienta?

## 8.2 Charakteristika souboru

Respondentky byly vybrány účelově, to znamená, že byl výběr proveden za určitým účelem, na podkladě badatelova posouzení (Kutnohorská, 2009, s. 25). V tomto případě byla kritéria předem známa a byla nezávislá na výsledcích výzkumu. Za určitých okolností by bylo možné provést i totální výběr, je-li počet objektů malý, a provést rozhovor se všemi pracovníky zkoumané instituce (Hendl, 2016, s. 153). Pro naše výzkumné šetření bylo získáno celkem dvanáct všeobecných sester pracujících v hospici. Všechny respondentky byly ženy. Byla stanovena následující kritéria výběru respondentů:

- všeobecná sestra,
- praxe v hospici minimálně 1 rok,
- zkušenost s paliativní péčí,
- podepsaný informovaný souhlas s rozhovorem a nahráváním na diktafon.

## 8.3 Metoda sběru dat

Sběr dat byl proveden formou polostrukturovaného rozhovoru na téma metody terminální analgosedace. Bylo vytvořeno schéma rozhovoru, které bylo pro tazatelku závazné. Výhodou tohoto typu rozhovoru byla jeho kreativita. Významnou roli hrálo i prostředí, v němž rozhovor probíhal, délka rozhovoru aj. (Kutnohorská, 2009, s. 40). Většina rozhovorů se uskutečnila v Hospici na Svatém Kopečku v klidném prostředí zimní zahrady, které bylo velice příjemné, bez rušivých prvků a bez přítomnosti jiných osob (Gavora, 2000, s. 111). Čas potřebný pro uskutečnění rozhovoru byl asi 20 minut. Rozhovory byly realizovány až po schválení Etickou komisí FZV UP (viz příloha 1). Byl osloven management hospice a získán tak souhlas ředitele hospice a vrchní sestry (viz příloha 2). Možným limitem této práce by mohl být fakt, že by bylo výzkumné šetření prováděno pouze v jednom zařízení. Aby byl tento limit odstraněn, byly osloveny všeobecné sestry i z jiných pracovišť. S účastí ve výzkumném šetření souhlasily tedy další dvě respondentky, jedna všeobecná sestra pracující v mobilním hospici Vysočina a druhá v hospici v Rajhradu u Brna. Devět rozhovorů bylo realizováno v hospici, tři v domácím prostředí respondentek. Na účastnice šetření nebyl vyvíjen žádný nátlak, jejich účast byla zcela dobrovolná. Do výzkumného šetření byly zařazeny jen respondentky, které podepsaly informovaný souhlas. Pro respondentky z účasti v šetření nevyplývala žádná možná rizika či zátěž.

## 8.4 Realizace výzkumného šetření

Předvýzkum byl proveden formou pilotních rozhovorů. Byly provedeny celkem tři rozhovory a uskutečnily se v Hospici na Svatém Kopečku v jeden den. Otázky byly vytvořeny na základě rešeršní strategie a ze studií zabývajících se danou problematikou. Na rozhovor se tazatelka důkladně připravila a nacvičila provedení. Příprava na rozhovor proběhla dle zásad Hendla 2016:

- účel výzkumného šetření určil celý proces rozhovoru,
- bylo vytvořeno schéma k rozhovoru, respondentky se mohly vyjadřovat pomocí vlastních termínů a svým osobitým stylem,
- bylo zajištěno klidné prostředí, provedeno uvítání a vstupní rozhovor k navázání vztahu vzájemné důvěry,
- otázky, které byly kladeny, nebyly totožné s výzkumnými a byly formulovány jasně, tak aby jim respondentky porozuměly,
- byla pokládána vždy jen jedna otázka, bylo-li třeba, byla doplněna sondážními podotázkami,
- tazatelka se snažila pečlivě naslouchat a nechala respondentkám dostatek času na odpověď,
- byl udržován neutrální postoj k obsahu sdělených dat, respondentky nebyly posuzovány,
- tazatelka také monitorovala sama sebe a všímala si, jak byly respondentky rozhovorem ovlivněny,
- po rozhovoru byly záznamy zkompletovány a zkontrolovány, byla zjištěna jejich kvalita a úplnost záznamů (Hendl, 2016, s. 176).

Tři pilotní rozhovory byly uskutečněny za účasti vedoucího diplomové práce a byly nahrány se souhlasem všech účastnic na diktafon. Po jejich uskutečnění byly záznamy analyzovány. Do dvou dnů od rozhovoru byly provedeny doslovné přepisy a tyto výsledky vyhodnoceny. Byly provedeny drobné úpravy v otázkách, kdy došlo k jejich přeformulování. Pilotními rozhovory bylo ověřeno, zda byly otázky pro respondentky srozumitelné a zda tazatelka nepoužívá sugestivní otázky. Poté byla naplánována realizace samotného výzkumného šetření.

Vlastní výzkumné šetření probíhalo v časovém období od listopadu 2017 do března 2018 a týkalo se devíti všeobecných sester. Všechny rozhovory byly individuální.



## **8.5 Metody zpracování dat**

Rozhovory byly doslovně přepisovány z audiozáznamu pomocí procesoru Microsoft Word, a to vždy hned po uskutečnění rozhovoru, aby nedocházelo k delší časové prodlevě. Pro zajištění anonymity byly jména všeobecných sester v přepisech nahrazeny velkými písmeny abecedy (Sestra A – Sestra I). Respondentky mohly prezentovat myšlenky svými vlastními slovy, mnohdy i slangově. Při analýze získaných dat bylo pracováno s elektronickou i papírovou verzí přepisů rozhovorů. Pro lepší a rychlejší orientaci v textech přepisů byla použita metoda barvení textu. Každému výroku, který byl v rozhovoru sledován, byla přiřazena jedna barva (Mioviský, 2006, s. 211). Pro roztrídění a následnou analýzu textu byla vybrána metoda trsů. Trsováním bylo umožněno seskupení výroků do skupin. Tyto skupiny vznikaly na základě podobnosti. Hlavním znakem trsu byla možná tematická, prostorová a časová podobnost (Mioviský, 2006, s. 221). Na základě tohoto třídění byly vytvořeny oblasti a kategorie, které vycházely z jednotlivých výzkumných problémů. Další metodou, která byla použita, byla metoda jednoduchého výpočtu, jejímž cílem bylo vyjádřit frekvenci a intenzitu výskytu určitého jevu (Mioviský, 2006, s. 223).

### **Techniky ke zvýšení důvěryhodnosti průzkumu**

Pro zajištění kvality výzkumného šetření a zvýšení důvěryhodnosti našich výsledků byla provedena komunikativní validizace výsledků (předběžné výsledky a konečná zpráva byly předloženy účastníkům výzkumného šetření) a důsledné vyhledávání negativních příkladů nebo protipříkladů k našim závěrům (Hendl, 2016, s. 150).

### **Oblasti a kategorie výzkumného šetření**

Výzkumného šetření se účastnilo celkem 12 všeobecných sester. Tři všeobecné sestry z tohoto počtu byly účastnice pouze pilotních rozhovorů a jejich informace a zkušenosti byly pro nás velmi cenné. Samotného výzkumného šetření se zúčastnilo devět všeobecných sester. Všechny respondentky byly ženy, všeobecné sestry pracující nejméně jeden rok v hospici. Jejich celková délka praxe se pohybovala od 2 do 40 let, z toho praxe v hospici byla od jednoho roku do 15 let. Všechny respondentky vystudovaly obor všeobecná sestra (dále jen VS), pouze jedna, původně dětská sestra, získala praxi v domově se zvláštním režimem, na obvodě, následně v hospici a specializaci v oboru komunitní sestra. Další dvě VS uvedly, že

získaly specializaci v oboru geriatry a intenzivní péče. Vysokoškolské vzdělání uvedly pouze dvě VS, a to bakalářské a magisterské. Po úvodním uvítání a opakovaném ujištění, že bude zachována anonymita, bylo přistoupeno k samotnému rozhovoru. Všechny respondentky udělily a podepsaly informovaný souhlas s výzkumným šetřením (viz příloha 3) a neměly námítky vůči nahrávání rozhovorů na diktafon. Nahrávka bude uchována do doby obhajoby diplomové práce, poté budou záznamy smazány. Pro zachování anonymity byly VS v prepisech označeny velkými písmeny abecedy (Sestra A – Sestra I). Charakteristiky jednotlivých respondentek, včetně délky a místa rozhovoru jsou uvedeny v tabulkách v příloze 5.

Vstupně byla respondentkám sdělena definice paliativní sedace: „*Jako paliativní sedaci označujeme farmakologické utlumení pacienta s cílem zmírnit refrakterní symptomy a dosáhnout komfortu umírajícího pacienta. Hloubka sedace je vždy individuální a závisí na intenzitě symptomů a celkovém klinickém kontextu. U některých pacientů je třeba pacienta utlumit až do hloubky soporu-kómatu*“ (Sláma et al, 2016, s. 16). Všechny respondentky shodně potvrdily, že se s metodou PS v praxi setkaly.

Po zpracování a analýze dat z rozhovorů byly stanoveny oblasti a kategorie výzkumného šetření:

1. Oblast zkušenosti všeobecných sester s paliativní sedací
  - a. kategorie kazuistika
  - b. kategorie refrakterní příznaky
  - c. kategorie trvání paliativní sedace
  - d. kategorie schopnost komunikace sedovaného pacienta
2. Oblast paliativní sedace
  - e. kategorie klady paliativní sedace z pohledu všeobecných sester
  - f. kategorie zápory paliativní sedace z pohledu všeobecných sester
  - g. kategorie etický problém paliativní sedace
  - h. kategorie možnost všeobecných sester vyjádřit se k indikaci paliativní sedace
  - i. kategorie komunikace v týmu
3. Oblast prožívání všeobecných sester při aplikaci metody paliativní sedace
  - j. kategorie emoční prožívání všeobecných sester při zavedené paliativní sedaci
  - k. kategorie předání péče o sedovaného pacienta
4. Oblast eutanazie
  - l. kategorie postoj všeobecných sester k eutanazii
  - m. kategorie podávání opiátů a sedativ

## 9. VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

### 1. Oblast zkušenosti všeobecných sester s paliativní sedací

#### a. kategorie kazuistika

Respondentky byly dotázány, zda si vzpomenu na konkrétní případ pacienta, kdy byla metoda paliativní sedace použita.

Sestra A:

*„Měli jsme třeba pacientku a ta, když umírala, měla gram morfinu za hodinu<sup>1</sup>, k tomu ještě marcaín. To jí kapalo nepřetržitě v infúzi. Ona v tomto případě měla tak šílené bolesti a psychicky na tom nebyla dobře, že jsme ji takto pomocí paliativní sedace pomohli. Byla schopna komunikace, byla v podstatě jen trochu uspaná. Analgosedace zde byla nastavena, protože to tento stav prostě vyžadoval.“*

Sestra B:

*„Konkrétní případ nevím. Máme na oddělení 25 pacientů a u všech je onkologická diagnóza a u některých se občas provádí analgosedace.“*

Sestra C:

*„Za tu mou krátkou praxi si teď hned někoho nevybavím.“*

Sestra D:

*„Ano. Byl to karcinom jater u docela mladé ženy. Byly tam přítomny metastázy nejenom do dutiny břišní, ale také do mozku. A spousta dalších komplikací k tomu přidaných. Byly přítomny výrazné bolesti v oblasti dutiny břišní. Zde jsme nějakým způsobem řešili navýšení analgosedace pro výrazné bolesti. Pacientka nebyla zcela sedována, že by se šlo až do kómatu.“*

---

<sup>1</sup> Po analýze rozhovoru a zjištění, že uvedená dávka morfinu je velice vysoká byla s respondentkou tato informace ověřena. „Pro upřesnění, jednalo se o pacientku s epidermolysis bulosa congenita. Ordinace byla takováto: 12 amp. 1 % morfinu 10 mg+2 amp. midazolamu 10 ml ad 50 ml FR rychlostí 2-4 ml/hod. a k tomu 3-4 ml bolusy (max. 4x denně) této směsi na epizodickou bolest a na průlomovou bolest ještě lunaldin 600 mikrogramů 1-3x/den. Pak byla změna medikace: směs morfinu a midazolamu se nedotahovala do 50 ml FR - tedy 12 ml morfinu+ 20 ml midazolamu - s.c. rychlostí 2-3 ml/hod. s bolusy 2-3 ml dle stavu max.4x/den.“ Dávkování tedy vychází: 4,8- 9,6 mg morfinu za hodinu (i s bolusy za 24 h 268,8 mg) a při neředěné směsi 7,5-11,25 mg/h (s bolusy 303,75 mg/24h). Maximální denní dávka byla 0,304 gramu morfinu.

Sestra E:

*„Konkrétně teď tady byl pán K. než jsem odešla na dovolenou. To ho jsme doprovázeli a u něj byla použita analgesedace. Měl karcinom konečníku s metastázemi do plic, kostí. Posléze i do mozku. I když to už se nedovyšetřuje, ale předpokládalo se to. Nejdřív byla použita tabletová forma. Poté tabletky a kapky. Poté morfin injekční formou. Poté kombinace analgetik a sedativ a dospělo to vlastně až do takového hlubokého útlumu. U něj se to dalo dobře vypořádat, přišel ještě v poměrně dobrém stavu, kdy stačila tabletová forma. Postupně se to ale zhoršovalo.“*

Sestra F:

*„Vzpomínám si na pána, který měl karcinom pankreatu. Hlavním jeho problémem byly bolesti.“*

Sestra G:

*„Uhm, tak jeden pán s rakovinou tlustého střeva měl bolesti a bál se smrti. Takže trpěl bolestí a strachem. U něj byla sedace s efektem použita.“*

Sestra H:

*„Momentálně se mi nikdo nevybavuje. Máme tu pacienta, který má analgetizaci pro výrazné bolesti nohou. Jezdí tu i na vozíku. Není sedován. Ani při analgetizaci utlumen.“*

Sestra I:

*„Vzpomenu. To bylo před dvěma roky, co jsem tady nastoupila. Byl to pán, který, což mi holky říkaly, protože jsem tady ještě nebyla, a to jsem nevěděla. Byl normálně chodící a potom personál napadl. Já už jsem tedy přišla a pán už byl úplně ležící. Vůbec nekomunikoval. Byl již v té sedaci. V podstatě se jenom udržoval, měl spoustu léků od bolesti. Měl snad největší dávku, co jsem zde viděla, natahovali jsme ji co 12 hodin. 20 ml je nejvíc. Byl to pán, co měl asi hodně silné srdce a vydržel hodně dlouho. Na toho si tedy pamatuji úplně nejvíc. Možná to bylo tím, že jsem zrovna nastoupila a byl pro mě první, co jsem tak viděla. Teď už mi to možná ani nepřijde.“*

#### **kategorie a. kazuistika – vyhodnocení**

Respondentky vzpomínaly na onkologické pacienty s karcinomy hlavně v oblasti břicha s metastatickým procesem, kteří trpěli bolestí (6)<sup>2</sup>. Některé respondentky si na žádného konkrétního pacienta nevzpomněly (3). Pokud si konkrétního pacienta nevybavily, nebyly nuceny k odpovědi. Žádný z aktuálně hospitalizovaných pacientů nebyl sedován. Ke kazuistice se vázaly i následující kategorie refrakterní příznaky, trvání paliativní sedace

---

<sup>2</sup> V závorkách je uvedena frekvence výskytu určitého jevu.

a schopnost pacienta komunikovat při podávání sedace. Pokud si VS konkrétního pacienta nevybavily, odpovídaly obecně.

#### **b. kategorie refrakterní příznaky**

Pro jaké refrakterní příznaky byla paliativní sedace prováděna? Respondentkám před položením této otázky byla sdělena tato definice refrakterních příznaků: „*Někteří pacienti mají symptomy natolik intenzivní, že léková terapie je nedostatečně účinná a utrpení nemocných je tak neúnosné*“ (Ghafoor, 2011, s. 523).

Sestra A:

*„Jako třeba masivní krvácení. Kdy pacient chrlí krev nebo z nádoru na krku. Většinou u toho krvácení, kdy je to hodně psychicky náročné, jak pro toho nemocného, tak pro tu rodinu. To potom nemocného opravdu přispíváme.“*

Sestra B:

*„Bolest, strach, někdy až děs. Delirium, dušnost taky. Takové to jejich psycho, že oni jsou takoví neklidní, že s tou čistou hlavou se toto onemocnění dá jen těžko zvládnout. Oni potřebují něco na uklidnění.“*

Sestra C:

*„Onkologičtí pacienti nejčastěji s bolestí.“*

Sestra D:

*„V konkrétním případě byly přítomny výrazné bolesti v oblasti dutiny břišní.“*

Sestra E:

*„Bolest, delirantní stavy.“*

Sestra F:

*„Bolesti.“*

Sestra G:

*„Bolest, strach“.*

Sestra H:

*„Diagnóza je určitě onkologická, nejčastěji jsou sedováni pro delirantní stav, někdy i agresí.“*

Sestra I:

*„No, já si myslím, že k nám jezdí klienti v různých stavech. Občas jsou chodící, komunikují s námi a postupně vidíme, jak odcházejí. Většinou jsou tady s onkologickou*

*diagnózou a v průběhu toho umírání tady vidíme spoustu různých příznaků jako neklid. Klienti mají strach, bojí se, jsou dušní. “*

### **kategorie b. refrakterní příznaky – vyhodnocení**

Respondentky udávaly, že hlavním symptomem, pro který bývá pacient sedován, je bolest (6). Nelze opomenout ani psychiku, kdy se u pacientů objevoval neklid (2), delirantní stavy (2), někdy agrese (1). Významnou roli u umírajících pacientů hrál i strach ze smrti (3). Mnohdy byli pacienti vyděšení (1). Dalším zmiňovaným symptomem byla dušnost (2) a krvácení (1).

### **c. kategorie trvání paliativní sedace**

Jak dlouho byla nebo je sedace podávána?

Sestra A:

*„Takže opravdu to je jen na ty poslední hodiny, dny maximálně. Jinak taky závisí, kdy se lidé ozvou. Čím dříve, tím lépe. My pacienta se vším seznámíme, získá k nám důvěru a my mu můžeme léčbu nastavit. Ano. Horší je to v těch případech, kdy se nám člověk ozve, že umírá. Tedy rodina se ozve a my máme přes noc nastavovat nějakou terapii. Takže je to těžší v těchto případech. Opravdu je sedace na tu nezbytně nutnou dobu. “*

Sestra B:

*„Metoda je u nás prováděna někdy od přijetí až do úmrtí pacienta. Délka je různá, někdo zemře ještě v ten den, kdy přijel, někdo za pár dní, po týdnu, po měsíci. “*

Sestra C:

*„Jak dlouho? To je zcela individuální. Nedá se to takhle jednoznačně říci. “*

Sestra D:

*„Medikace byla nastavena ode dne, kdy k nám paní přišla. Postupně se dle stavu dávka upravovala. Jak dlouho vše trvalo, si přesně nevzpomenu. Přístup u nás je zcela individuální. I ta sedace je prostě pro každého individualita. Né každý dostane stejné dávky, né u každého se postupuje tím předepsaným postupem. První den taková dávka, druhý den taková dávka, né prostě tak ne. Zcela individuálně. Podle toho, jak reagují. Pokud je potřeba a taky jsme se setkali s paní, měla tabletkové opioidy a měla nepřiměřenou reakci, bych řekla. A ta dávka se naopak snižovala a nemáme s tím problém, když to nefunguje, snížit ji. A potom, když došlo ke zhoršení zdravotního stavu, se začalo opět navyšovat. Je to fakt individuální. Není to, že tady pacienta uložíme na lůžko a uspíme ho. To určitě ne. “*

Sestra E:

*„To už si přesně nevzpomenu, ale pán zde byl dlouho. Je vždycky lepší, když k nám klienti přijdou dřív, ne až na poslední chvíli. Na ty 2–3 dny, ale je to lepší déle. Dá se s nimi pracovat a dá se to krásně odsledovat a nastavit léčba šitá na míru pacientovi. Dále se podle stavu konzultuje s lékařem množství léků, dávka, zda je dostačující a pacient netrpí.“*

Sestra F:

*„Nedokáži přesně říct, ale zřejmě tak čtrnáct dnů.“*

Sestra G:

*„Konkrétně u mého vzpomínaného pacienta tak 14 dnů.“*

Sestra H:

*„Bývá prováděna od výrazného stavu zhoršení až po ten konec. Já to řeknu lidově: Pacienti jsou v pohodě a pak prostě přijdou průlomové bolesti, takové to zhoršení a pak vlastně nastoupí tady tato metoda.“*

Sestra I:

*„No, dlouho. Snad čtvrt roku. Pacient měl zajištěny dýchací cesty tracheostomickou kanylou, výživu přes PEG. Takže tyto okolnosti, že byl dobře vyživován, měl průchodné dýchací cesty, umožnily, že byl pacient sedován tak dlouho. Samozřejmě se dávky postupně navyšovaly.“*

### **kategorie c. trvání paliativní sedace – vyhodnocení**

Respondentky uváděly, že délka a hloubka sedace bývá individuální a výrazně se liší podle konkrétního případu (2). Byly situace, kdy byl pacient sedován jen několik hodin před smrtí až při výrazném zhoršení stavu (3). Mnohdy se pacient do hospice dostal velice pozdě na zmiňovaných pár hodin (2). Respondentka také zmiňovala případ, kdy byl pacient sedován tři měsíce (1). PS je metodou, která bývá v hospici používána, ale neznamená to, že každý, pacient, který do hospice přijde, je ihned uspaný a je mu naordinován morfin (1). Délka sedace 14 dnů byla uvedena u dvou konkrétních případů. Sedace byla prováděna až při výrazném zhoršení stavu na nezbytně nutnou dobu, od několika hodin až po 3 měsíce v jednom případě.

#### **d. kategorie schopnost komunikace sedovaného pacienta**

Mohl Váš pacient komunikovat? Jaká byla hloubka sedace?

Sestra A:

*„Pacientka byla schopna komunikovat, byla v podstatě trochu uspaná. Jinak je to různé. Je to podle konkrétního stavu, protože my ke každému přistupujeme individuálně. A je to každopádně v tom konečném stádiu, protože my se vlastně snažíme, aby ten klient měl co nejlepší kvalitu života až do konce. A to že by byl neustále uspaný, to o kvalitě nevyovídá. To prostě není kvalita života. Takže je to opravdu na ty poslední hodiny.“*

Sestra B:

*„U každého pacienta je jiná hladina sedace a opiátů, takže někdo s Vámi komunikuje, jiný odpoví na jednu otázku z deseti a jiný nekomunikuje vůbec.“*

Sestra C:

*„To je zcela individuální. Nedá se to takhle jednoznačně říci.“*

Sestra D:

*„Pacientka nebyla zcela utlumená, mohla komunikovat, i když po domluvě s lékařem pro výrazné bolesti docházelo postupně k navyšování analgosedace.“*

Sestra E:

*„Pacient na začátku samozřejmě komunikoval a dlouho komunikoval. Dokázal si říct, co ho trápí. To je výhodou u pacientů, co jsem přijdou dřív. U pacientů, co jsou zde krátkou dobu, někdy i den, tak se terapie špatně nastavuje.“*

Sestra F:

*„Z počátku, když byly ty dávky nižší, tak pacient komunikoval. S navyšováním dávek a progresí stavu byl postupně utlumený.“*

Sestra G:

*„Pacient mohl komunikovat. Měl výkyvy, kdy byl spavější a kdy byl víc bdělý.“*

Sestra H:

*„Jsou pacienti, kteří mají vědomí jen mírně zastřeno a můžou vnímat své okolí, jsou schopni komunikovat. Podává se jim třeba lexaurin, aby se pacient zklidnil. Postupně se zhoršujícím stavem se může dávka navyšovat. Když se blíží konec, je možné sedativum přidat do infúze, kdy už není pacient schopen třeba polykat. Opiáty kapou kontinuálně. Pokud je bolest stále nesnesitelná, je možno dávku analgetika i sedativa navýšit. Pacienti v klidu usnou. Stane se někdy, že převládá motorický neklid, může se přidat diazepam. Aby to tak nevnímali a v klidu odešli.“*



Sestra I:

*„Pacient měl TSK, verbální komunikace nebyla možná. Nonverbální nejdřív ano, jak se stav zhoršoval, už jen spal.“*

#### **kategorie d. schopnost komunikace sedovaného pacienta-vyhodnocení**

Respondentky uváděly, že pacienti byli jen mírně sedovaní, vnímali své okolí a mohli komunikovat (7). Postupně se zhoršujícím stavem se zhoršovala i jejich schopnost komunikovat (7). Schopnost komunikace u pacientů byla zcela individuální dle jejich zdravotního stavu (2). Někteří pacienti odpovídali na jednu otázku z deseti, jiní nekomunikovali vůbec (1).

## **2. Oblast paliativní sedace**

### **e. kategorie klady paliativní sedace z pohledu všeobecných sester**

Spatřujete nějaká negativa, pozitiva při aplikaci této metody, pro pacienta, pro rodiny, pro Vás?

Sestra A:

*„Většinou k té sedaci přistupujeme v případě, kdy je stav neřešitelný. Pacient podepisuje informovaný souhlas na začátku péče, v podstatě sestavujeme i krizový plán péče. Tam se pacient může vyjádřit, co dělat nebo nedělat, když se stane to nebo ono. Když je analgosedace na místě, tak bych se ji nebála použít, protože ten člověk potom netrpí. Analgosedace je regulérní paliativní postup. Je lege artis.“*

Sestra B:

*„Můj osobní názor je k této metodě velmi kladný, už několik let se denně setkávám s pacienty, kteří přijíždí do hospice pozdě, a to ve smyslu toho, že již mají ukrutné bolesti, kvůli kterým si jsou i schopni překousnout jazyk jen proto, aby jejich blízcí neslyšeli křik, který kvůli bolesti nejde ovládnout. Pro pacienty vidím tuto metodu jako velké pozitivum. Na konci života, který prožili, si nezaslouží trpět, zaslouží si zbytek života prožít maximálně důstojně. Pro nás jako pro pečující personál je to také pozitivní. Denně vidíme umírat matky či otce od rodin, děti rodičů. Lépe se Vám pracuje a pečuje o pacienta, který má vyřešenou bolest a má analgosedaci, aby mu bylo dobře než o pacienta, který Vám sténá před očima a vy se ho nemůžete ani dotknout anebo o pacienta, který si například díky metastázám do mozku ubližuje sám a zklidnit zkrátka potřebuje.“*

Sestra C:

*„Pro nevléčitelně nemocného pacienta je to přínosné. Netrápí se. A myslím si, že i pro tu rodinu. Někdy i sama rodina, když vidí, jak se pacient trápí, tak nás prosí, aby se mu něco naordinovalo.“*

Sestra D:

*„Myslím si že právě díky tomu, že budeme mít dobrou paliativní léčbu tak není důvod volat po eutanazii. Pokud uvidíme, že zvládáme bolesti, které u onkologických diagnóz často bývají a jsou provázeny neklidem. A díky této kombinaci analgetika a sedace je možné tyto negativní věci mírnit. I pro tu rodinu, pokud se jim to vysvětlí dobře. Je potřeba komunikovat. Tak si myslím, že to není problém, že ve většině případů to přijímají pozitivně. Nesetkáváme se s extra negativními reakcemi.“*

Sestra E:

*„Rozhodně pozitivní, rozhodně převládá. Pozitiva jsou, že ten klient umírá bez bolesti. Je to komfortní odcházení za přítomnosti personálu, a hlavně bez bolesti.“*

Sestra F:

*„Určitě je to pozitivní pro pacienta, protože ti lidé se soustředí už jen na základní potřeby, aby neměli bolest, netrpěli.“*

Sestra G:

*„Já jsem pro, protože to pomáhá tomu člověku uvolnit napětí, bolest. I pro tu rodinu je to někdy lepší, když vidí, že se pacient tak netrápí. Já to třeba vítám. Zlepšuje to komfort tomu člověku. Za těch sedmnáct let praxe jsem měla možnost vidět řadu umírajících pacientů, řadu utrpení, které nikdo neřešil. A tady opravdu pacient odchází smířený, uvolněný, klidný a netrpí. Je to strašný rozdíl oproti umírání v nemocnici, co se týče komfortu a kvality života umírajícího.“*

Sestra H:

*„Člověk netrpí, v klidu odejde.“*

Sestra I:

*„Pro toho klienta je to lepší, než aby trpěl bolestí.“*

#### **kategorie e. klady paliativní sedace z pohledu všeobecných sester – vyhodnocení**

Respondentky vnímaly klady paliativní sedace v tom, že pacient netrpí fyzickými potížemi, hlavně bolestí (8). Sedací bylo také zmírněno psychické utrpení pacienta. Pacient byl klidný, smířený, uvolněný (2). Při zavedené PS je zbytek života vážně nemocného důstojný a je zbaven utrpení (1). Někdy i sama rodina pocítuje úlevu, je-li PS prováděna a vidí svého blízkého v klidu bez utrpení (3). Paliativní sedace je regulérní paliativní postup

(1). Díky kombinaci analgetika a sedativa je možné mírnit bolest i neklid (1). Péče v závěru života by měla být zaměřena hlavně na komfort, na to, aby pacient netrpěl fyzicky ani psychicky a neumíral sám (1). Některé respondentky také zmiňovaly své zkušenosti, kdy byly svědky bolestných a strastiplných umírání pacientů například v nemocnici, kde nebylo dostatečně reagováno na bolest, dušnost nebo psychické utrpení (2).

#### **f. kategorie záporny paliativní sedace z pohledu všeobecných sester**

Spatřujete nějaká negativa, pozitiva při aplikaci této metody, pro pacienta, pro rodiny, pro Vás?

Sestra A:

*„Kvalita života úplně sedovaného pacienta je sporná.“*

Sestra B:

*„V souvislosti s rodinou je to někdy těžké, záleží na rodině, některá je nakloněna a nechce, aby dotyčný trpěl, jiní nedokáží pochopit, že je sedace pro dobro jejich rodinného příslušníka a nechtějí si mnozí připustit, že je konec a stále chtějí, aby pacient bojoval, i když už má před sebou například jen pár hodin života.“*

Sestra C záporny nevedla.

Sestra D:

*„Pro rodinu je vůbec problém se smířit. Navíc nálepku opiátů, berou všichni, že je to jenom morfin, že má spousty vedlejších účinků. Takže na to ta rodina nereaguje vždy pozitivně. Ale většinou co k nám přicházejí pacienti, jdou přes onkologii, vědí o své diagnóze, o své prognóze. Né každý se s tím dovede smířit a prochází těmi fázemi jinak. Přidávají se další komplikace. Psychické neklidy. Máme třeba pacienty, kteří přijdou z domácího prostředí a jsou zvyklí na náplastovou formu, což je u nás málo. A mají problém s tím, že přejdou na ty morfinové pumpy. Snažíme se s nimi o tom mluvit, vysvětlovat. A když zjistí, že jim to zajišťuje komfort, tak jsou s tím potom spokojení. Pumpa jim zajišťuje 24 hodinové podání léků bez výkyvů.“*

Sestra E:

*„Negativa jsou taky. Když je někdy hluboká sedace, kdy se musí pacient více utlumit. Když to zase vezmu ve vztahu k bolesti, tak je lepší volit útlum. Je to vždy se souhlasem pacienta i rodiny. Myslím si, že i rodiny jsou s tím nakonec spokojeny. Jejich blízký neumírá v bolestech, ale v klidu a v pohodě. Jestli to tak můžu říct. Možná hloupě.“*

Sestra F:

*„Musí se na to připravit rodina. Někdy by nemocný sám chtěl tuto metodu podstoupit, ale rodina se tomu brání.“*

Sestra G záporny neuvedla.

Sestra H:

*„Většinou rodina se s tím nedokáže smířit. Někdo řekne, že před 14 dny jezdil klient ještě na kole a teď to má vše skončit. Jen tak.“*

Sestra I:

*„No, záporny bych možná řekla, akorát tak, třeba pro rodinu. Když přijdou na návštěvu, jsou zvyklí, že s nima maminka, tatínek komunikují. A potom, jak se dostanou do tohoto stádia, potom jsou překvapení, že už s nimi nemluví. Třeba nejí, nepijí. To bych řekla, že je to těžší pro tu rodinu. I když je utlumený a třeba s námi nekomunikuje, ten člověk je pořád tady a pro tu rodinu to může být nadějí nebo prostě něco. U eutanazie je to v podstatě hned, konec.“*

#### **kategorie f. záporny paliativní sedace z pohledu všeobecných sester – vyhodnocení**

Některé respondentky neuvedly žádné záporny paliativní sedace (2). Některé VS viděly negativa v celkovém útlumu pacienta při použití hluboké kontinuální sedace (2). Podle jedné z nich může být kvalita života takto „uspaného“ pacienta sporná. Podle druhé VS je vhodnější zvolit tento celkový útlum, než aby pacient trpěl. Kontinuální hluboká sedace může vyvolat u všeobecných sester smíšené emoční prožívání. VS spatřovaly negativa v tom, že se jedná o těžkou situaci hlavně pro rodiny sedovaného pacienta (6). Ti se často nedokáží smířit s tím, že jejich blízký odchází, nekomunikuje, někdy již nepřijímá stravu ani tekutiny. Mnozí si nepřipouštějí, že může přijít konec, chtějí, aby jejich blízký ještě bojoval, i když se jedná již jen o hodiny života.

#### **g. kategorie etický problém paliativní sedace**

Spatřujete v paliativní sedaci nějaký etický problém? Pokud ano, v čem konkrétně ho vidíte?

Sestra A:

*„Myslím si, že v tom není etický problém. Jestli to je dobře nastavené a ten pacient o všem ví. Jestliže si pro případ nějakých stavů určí zastupující osobu, která vyplní jeho přání a jestliže je kvalifikovaný a odborně vzdělaný a zkušený tým, který je schopný nastavit to tak, aby to bylo v pořádku pro toho pacienta. Tak není žádný důvod hledat etický problém.“*

Sestra B:

*„Nepovažuji paliativní sedaci za etický problém.“*

Sestra C:

*„Já myslím, že to není etický problém.“*

Sestra D:

*„Nevidím v tom etický problém.“*

Sestra E:

*„Ne.“*

Sestra F:

*„Nemyslím si, prostě to patří k léčbě, je to součástí léčby u těch pokročilých stavů, neléčitelných.“*

Sestra G:

*„Etický problém může být se vším. Může dojít k potížím vzhledem k rodině, která možná s tím nemusí zas tak souhlasit. Nemůže s tím nemocným pak už mluvit. Rozloučit se slovně. Nebo snad i špatná komunikace lékař pacient, lékař rodina, ale já v tom osobně etický problém nevidím.“*

Sestra H:

*„Rozhodně ne.“*

Sestra I:

*„Myslím, že ne.“*

#### **kategorie g. etický problém paliativní sedace – vyhodnocení**

Téměř všechny respondentky neviděly v PS žádný etický problém (8). Vše je v pořádku, pokud má pacient podepsaný informovaný souhlas nebo určeného zákonného zástupce a je to jeho přáním (1). Jedna respondentka udávala, že problémem by mohla být rodina, která nemusí s tímto léčebným postupem souhlasit (1). Proto je důležitá komunikace zdravotníků s pacienty a jejich rodinami. PS je součástí léčby pacientů v terminální fázi života, je poskytována kvalifikovaným, odborně vzdělaným a zkušeným týmem a je individuálně nastavena v indikovaných případech.

#### **h. kategorie možnost všeobecných sester vyjádřit se k indikaci paliativní sedace**

Máte možnost jako členka týmu vyjádřit svůj názor k indikaci paliativní sedace?

Sestra A:

*„Mám.“*

Sestra B:

*„Mám možnost se jako členka týmu vyjádřit k indikaci paliativní sedace, protože jsem s pacienty v kontaktu nejvíce, umožňuje mi to moje pracovní pozice, oproti lékařům.“*

Sestra C:

*„Určitě. Určitě. Lékaři chodí, ptají se nás, jak se pacient cítí, jestli má bolesti, jestli potřebuje navýšit dávku. Samozřejmě se na to hned reaguje.“*

Sestry D a E shodně uvedly pouze:

*„Ano.“*

Sestra F:

*„Ano, běžně. Komunikujeme s lékařem o tom.“*

Sestra G:

*„Ano. Určitě ano.“*

Sestra H:

*„Ano, když je nedostačující, řekneme lékařem, že je dávka nedostačující, že klient trpí.“*

Sestra I:

*„No, já si myslím, že ano. Jezdí k nám klienti v různých stavech. Občas jsou chodící, komunikují s námi a postupně vidíme, jak odcházejí. Většinou jsou tady s onkologickou diagnózou a v průběhu toho umírání tady vidíme spoustu různých příznaků jako neklid. Klienti mají strach, bojí se, jsou dušní. Zde už vlastně záleží už na lékařem, co jim naordinují, abychom to všechno zvládli.“*

#### **kategorie h. možnost všeobecných sester vyjádřit se k indikaci paliativní sedace – vyhodnocení**

VS shodně uvedly, že se mohou vyjadřovat k indikaci PS (9). Informují také lékaře, pokud je paliativní sedace nedostatečná a pacient nadále trpí (4). Na tato sdělení lékaři reagují, bývá obvykle upravena dávka sedace.

#### **i. kategorie komunikace v týmu**

Hovoříte o této metodě s kolegy, s lékařem otevřeně?

Sestra A:

*„Hovoříme, není v tom žádný problém. My stavy pacientů i těch rodin, hlavně rodin, protože někdy je to těžší s rodinou. Myslím komunikaci, řešíme i na supervizích, když je tam nějaký problém, tak to můžu říct a společně to vyřešíme.“*

Sestra B:

*„O paliativní sedaci hovořím otevřeně se všemi členy týmu.“*

Sestry C, D, E, F, G, H shodně odpověděly pouze:

*„Ano.“*

Sestra I:

*„Určitě tady ano.“*

### **kategorie i. komunikace v týmu – vyhodnocení**

Všechny respondentky shodně uvedly, že v týmu otevřeně hovoří o metodě paliativní sedace (9). V jednom ze zařízení jsou pořádány supervize, kde řeší vzniklé problémy, zejména pak komunikaci s rodinami pacientů (1).

## **3. Oblast prožívání všeobecných sester při aplikaci metody paliativní sedace**

### **j. kategorie emoční prožívání všeobecných sester při zavedené paliativní sedaci**

Objevují se u Vás negativní emoce, pokud je metoda paliativní sedace u pacienta prováděna?

Sestra A:

*„Ne, ne. Nemám s tím problém, když je to pro pacienta prospěšné. A vím, že to dělám dobře.“*

Sestra B:

*„Při provádění metody se u mě negativní emoce a pocity neprojevují a troufla bych si tvrdit, že u nikoho, kdo na našem oddělení pracuje. Je smutné, když je člověk v terminální fázi, zvláště pak mladý člověk, ale když už je to tak, je krásné, když člověku můžete ten konec zpříjemnit a zajistit mu poslední přání a pocit být bez bolesti.“*

Sestra C:

*„Jen pozitivní. Já to vnímám tak, že tomu člověku pomáháme. Zklidní se. Nemá bolesti. Usne. Vypadá spokojeně.“*

Sestra D:

*„Ne. Já si myslím, že hezčí pohled je na klienta, který je bez bolesti a v klidu spí než na klienta, který nařiká nebo to nemůže sdělit a musíte to vydedukovat.“*

Sestra E:

*„Pokud je to správně prováděno a indikované, tak je to v pohodě. Je to plus. Pokud jsou tam problémy. Vždy to záleží na lékaři a já musím respektovat jeho rozhodnutí. Ale můžu mu přispět, aby to napravil.“*

Sestra F:

*„Ne.“*

Sestra G:

*„Nemám žádné negativní emoce, jsem pro metodu analgosedace.“*

Sestra H:

*„Žádné negativní emoce nemám. Spíš mně vadí, když to ten člověk naopak vše vnímá. Je při vědomí, má v očích strach a děs. Bojí se toho, co přijde. To na mě spíš působí negativně. Takže jsem pro sedaci, aby to ten člověk v klidu prožil, bez všech děsů.“*

Sestra I:

*„Myslíte moje pocity? Nemám negativní emoce.“*

### **kategorie j. emoční prožívání všeobecných sester při zavedené paliativní sedaci – vyhodnocení**

Respondentky nevnímaly negativní emoce, je-li metoda PS u pacienta prováděna (9). Respondentky naopak uváděly, že se u nich objevují negativní emoce, je-li pacient zcela při vědomí a vnímá své utrpení, je-li vyděšený a bojí se (2). Je-li metoda správně indikována a prováděna, nevznikají žádné negativní emoce (1). Respondentky prožívaly jen kladné emoce ve smyslu, že pomáhaly pacientům zmírnit jejich bolest a utrpení v závěru života (5).

### **k. kategorie předání péče o sedovaného pacienta**

Pokud byste s metodou paliativní sedace vnitřně nesouhlasila, máte možnost vyjádřit svůj nesouhlas a předat eventuálně péči o paliativně sedovaného pacienta kolegyni/kolegovi?

Sestra A:

*„Nesetkala jsem se s takovou situací. Kdo pracuje v hospici, se musí naučit žít i se smrtí. Je to součást života.“*

Sestra B:

*„Nesetkala jsem se tou skutečností.“*

Sestra C zaskočena otázkou:

*„Proč?“*

Sestra D:

*„Nesetkala jsem se s tím.“*

Sestra E:

*„Nesetkala jsem se s tím, že by mě někdo požadoval, že se nechce starat o sedovaného pacienta, respektive mu podat tuto medikaci.“*



Sestra F:

*„Nemám s tímto problém.“*

Sestra G zaskočena otázkou:

*„Proč bych měla předat pacienta kolegyni. Součástí péče v paliativní oblasti je i péče o takového to pacienta.“*

Sestra H:

*„Nevidím v tom etický problém, proto nemusím předávat péči kolegyni. Pokud vidím, že je zde pro člověka ještě stále kvalitní život, tak samozřejmě pacienti sedováni nejsou. Když už vidím, že je to pro člověka jen utrpení, tak nejsem proti.“*

Sestra I:

*„Ještě se to nestalo, holky jsou tady hodně zkušené. Mě nikdo o toto nepožádal a já také ne.“*

#### **kategorie k. předání péče o sedovaného pacienta-vyhodnocení**

Některým respondentkám připadala tato otázka velice zvláštní, součástí ošetrovatelské praxe je i péče o sedovaného pacienta a neviděly důvod o něco takového žádat (2). Ostatní VS se také s takovou situací, aby byly požádány nebo aby samy žádaly o to, aby péči o pacienta převzal někdo jiný, protože by PS byla metodou, která je proti jejich vnitřnímu přesvědčení, nesetkaly (7). Vzhledem k tomu, že většina z dotazovaných VS nepovažovala PS za etický problém, nikdy nevyužily možnosti předat pacienta kolegyni.

### **4. Oblast eutanazie**

#### **1. kategorie postoj všeobecných sester k eutanazii**

Před položením otázky byla respondentkám sdělena tato definice eutanazie: *„Jedná se o úmyslné ukončení života osoby na její explicitní (výslovnou) žádost někým jiným než osobou samotnou“* (Munzarová, 1996). Patříte mezi odpůrce či zastánce eutanazie?

Sestra A:

*„No, já jsem odpůrce. Někdy se nám stává, že lidé, když k nim přijdeme, tak řeknou: „Zastřelte mě! Ukončete můj život!“ Většinou toto přání pramení z toho, že člověk nemá dobře nastavenou léčbu bolesti, nejsou nasazeny antidepresiva. A když se to pak nastaví, tak to člověka pak ani nenapadne, protože je schopný s těmi léky žít i umírat. Já nejsem zastáncem eutanazie a jsem ráda, že to tady není uzákoněno, protože je zde velice tenký led na to to zneužívat. Kolikrát je o to i o tom zdravotníkovi, jak vydrží ten stav toho pacienta, jestli*

*je s tím smířený, že ho nevyléčí. A to mají hodně doktoři v nemocnici, že nejsou smířeni se smrtí.“*

Sestra B:

*„Pokud funguje dobře paliativní péče, myslím, že eutanazie není potřebná. V dnešní době však není jednoduché najít kvalitního lékaře, který se věnuje správnému oboru. Pokud vidím pacienta, který není zamedikován a bolest je u něj znatelná, když to řeknu laicky, tak pokud vidím pacienta, který je ležící, na všech místech svého těla má proleženiny, do toho otevřené nádory či metastázy, je velmi bolestivý, několik dní terminální a, jak se říká, nejde mu umřít, tak bych kolikrát i pro eutanazii byla. Takže já jsem pro i proti. V některých případech pro, ale kvůli zneužívání proti. Paliativní sedace nechá pacienta v klidu a bez bolesti odejít z tohoto světa přirozeně. Eutanazie by sice někdy zbavila pacienta utrpení, ale okamžitě, bez závěru života přirozeného, který může pacient prožít s rodinou a bez bolesti.“*

Sestra C:

*„Jsem spíše zastáncem eutanazie, protože někdy když jsou lidé nevyléčitelně nemocní, trápí se. Trápí se i rodina. To je škoda, že to u nás není povoleno.“*

Sestra D:

*„Rozhodně eutanazii ne! Protože si myslím, že právě proto tady máme tu paliativu a máme ty možnosti. Je to o informovanosti veřejnosti.“*

Sestra E:

*„Já bych byla zastáncem. Po té zkušenosti, kterou tady mám, je to sice krátká doba, co tady sloužím, ale rozhodně jsem zastáncem. Muselo by se to maximálně právně ošetřit a rozhodně bych byla pro. Když se na to podíváte z toho hlediska jak odborného, tak toho lidského, když vidíte, v jakém stavu lidé umírají při těch nádorových onemocněních. Pokud má někdo praxi, dlouhodobou praxi a je schopen posoudit, v jakém stavu jsou ta nádorová onemocnění. Nemoc se vám nezastaví a pokračuje. Jestliže máte člověka, kterému se rozpadá, nemá tvář nebo se mu rozpadá břicho, končetiny, všechno, cokoli. Tak v tomto případě jsem pro.“*

Sestra F:

*„Patřím mezi odpůrce, protože v dnešní době je možno lidem pomoci od bolesti a utrpení. Existují prostředky, jak jim lze pomoci. A měla bych obavu ze zneužívání.“*

Sestra G:

*„Asi nejsem pro eutanazii. Vlastně jsem o tom zas tak moc nepřemýšlela, ale myslím si, že jsem pro metodu analgosedace. Ani nevím, snad na žádost toho pacienta bych s tím možná*

*souhlasila. Je to takové, když má bolesti tak určitě nechce žít a trápí ho to. Když je potom bez bolesti, tak by si o to ani neřekl. Ne nejsem pro eutanazii.“*

Sestra H:

*„Je jasné, že by se to dalo zneužít. Já jsem vcelku pro. Hlavně v určitých případech.“*

Sestra I:

*„No, já bych s eutanazií souhlasila, kdyby tady byla povolena, ale pouze s tím, kdyby s tím souhlasil pouze člověk samotný, kterého se to týká. Nesměla by o tom rozhodovat rodina nebo nejbližší, ale aby si o tom mohl rozhodnout on sám. Jiné by to bylo u jiných diagnóz. Máme tady glioblastomy, ti lidé kolikrát nejsou schopni sami rozhodovat. U toho by to bylo takové sporné. Jinak bych byla určitě pro eutanazii. U paliativní sedace je člověk utlumený a třeba s námi nekomunikuje. Ten člověk je pořád tady a pro tu rodinu to může být nadějí.... U eutanazie je to v podstatě konec hned.“*

### **kategorie I. postoj všeobecných sester k eutanazii – vyhodnocení**

Respondentky (4), které byly pro eutanazii, pokud by byla u nás uzákoněna, uvedly: ... „že by takovéto rozhodnutí musel udělit jen samotný pacient...“ (2), což bylo VS vysvětleno hned před položením otázky definicí eutanazie autorky Munzarové. VS by byly pro eutanazii v mimořádných situacích (3), jako je neúnosný stav pacienta např. existují situace, kdy je pacient například s tumorem v obličeji, znetvořen. VS také vnímaly možnost zneužití eutanazie (5). Jedna respondentka váhala, byla by pro, ale kvůli možnosti zneužití této praxe je proti. Respondentky (4), které byly zásadně proti eutanazii, se domnívaly, že není nutné v dnešní době volat po eutanazii, pokud existuje dobrá paliativní péče, součástí které je i metoda paliativní sedace (4). Pokud bývá u pacientů dobře zaléčená bolest i psychika, pak se u nich neobjevují myšlenky na ukončení života touto formou.

### **m. kategorie podávání opiátů a sedativ**

Existují důkazy, že PS život nemocného nezkracuje, ale může dojít ke snížení dechové frekvence nebo aspiraci, což může smrt nemocného urychlit (Závadová, 2014). Názory odborníků na možné zkrácení života při PS jsou dosud nejednotné. Cílem bylo zjistit, zda VS nevnímají podávání opiátů a sedativ jako skrytou formu eutanazie. Může podávání opiátů v kombinaci se sedací pacientovi zkrátit život? Co si myslíte Vy? Jaká je Vaše zkušenost?

Sestra A:

*„Záleží na tom, jak se terapie nastaví. Závisí hodně na zkušenosti lékaře, na jeho odbornosti. I sestra, která je schopna vypořádat, co je potřeba.“*

Sestra B:

*„Ani nevím, svým způsobem? Je to strašně individuální. Někdo Vám zemře po první slabé dávce morfia a nemusí to s morfinem souviset, jiný s nejvyššími dávkami žije další čtyři měsíce. Nelze to určit. Opravdu záleží na každém konkrétním nemocném, diagnóze, zdravotním stavu, na všem.“*

Sestra C:

*„V podstatě ty opiáty pomáhají od utrpení od bolesti.“*

Sestra D:

*„Rozhodně ne. I v předchozím zaměstnání jsem se s tím setkávala a je to strašně individuální. Každý člověk reaguje jinak. U někoho je rychlý nástup účinku opioidů a u někoho zase je to takové, že je opravdu dlouhodobě na opiátech a nemá s tím žádné problémy. Máme tu spoustu pacientů, kteří jsou na opiátech a není tam vidět žádný útlum dechového centra, ta dávka je optimální pro každého pacienta, tak že je to neohrožuje na životě. Máme tady pána s morfinovou pumpou, který se zde volně pohybuje na vozíčku i s cigaretou v ruce.“*

Sestra E:

*„Tohle bych nechala odborníkovi, tohle já nedokáži posoudit, ale když vidím, u jakých stavů my to používáme. Když se najde stav, který to vyžaduje, tak rozhodně ano. Jsem pro opiáty v indikovaných případech. Ne je zneužívat.“*

Sestra F:

*„Je to v podstatě o tom, že lékař musí hovořit nejen s tím klientem, ale taky s tou rodinou. Vysvětlit pozitivní stránku tady té sedace.“*

Sestra G:

*„Já si myslím, že ne. Nikdy se nedává hned maximální dávka, která by mohla pacientovi uškodit. Začíná se na nejnižších a postupně se navyšuje. A hlavně tam není ten úmysl někoho zabít. Jde o tišení kruté bolesti nebo někdy i dušnosti, která může být pro pacienta ještě horší než bolest. Není nic horšího než když člověk lape po dechu. Jak už jsem řekla, není to, tak. Pacienti mohou jíst i pít, když jsou při vědomí, které je jen lehce sníženo.“*

Sestra H:

*„Já rozhodně nejsem proti paliativní sedaci, protože si myslím, jaký by mělo smysl prodlužování života v krutých bolestech.“*

Sestra I:

*„Asi, jo.“*

### **kategorie m. kategorie podávání opiátů a sedativ – vyhodnocení**

Jedna respondentka si myslela, že opiáty a sedativa mají potenciál zkrátit život pacienta. Jedna VS tuto skutečnost sama nedokázala posoudit. U někoho může dojít k úmrtí po první slabé dávce, ale nemusí to mít souvislost s léčbou morfinem, jiný může mít maximální dávky a může žít další čtyři měsíce (1). Respondentky se domnívaly, že opiáty a sedativa život nezkracují a jsou podávány v opodstatněných případech (2). Jedna respondentka uváděla, že záleží i na zkušenosti lékaře a VS. Dávkování opiátů je zcela individuální záležitostí (3). Klinicky významný útlum dechového centra nebyl pozorován, dávka byla optimální stavu, pro který byla podávána (1). Úvodní dávky jsou nízké a jsou postupně navyšovány (1). Opiáty a sedativa nejsou podávány s úmyslem někoho zabít (1). Jsou podávány s cílem tišit kruté bolesti a někdy i dušnost (2). Pacienti s „*morfinovou pumpou*“ jsou schopni se volně pohybovat po oddělení. Dokonce jeden klient i s cigaretou v ruce (1). Pacienti jsou schopni jíst i pít. Někdy může být vědomí jen lehce sníženo (1).

## 10. DISKUZE

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jak všeobecné sestry nahlíží na metodu paliativní sedace a jaký postoj zauímají k eutanazii. Šetření se týkalo celkem devíti všeobecných sester pracujících v hospici, které měly zkušenosti s metodou paliativní sedace v praxi. Byla vybrána definice paliativní sedace z české literatury a sdělena respondentkám v úvodu rozhovoru (příloha 4 Přepis rozhovoru). Beel a kolektiv 2006 uváděli ve své studii, že většina sester měla potíže s definováním metody paliativní sedace (Beel et al, 2006, s. 515). Situace byla takto respondentkám v našem šetření ulehčena. Definice v literatuře nejsou zcela jednotné a mohou tak vyvstávat možná nedorozumění. PS může být někdy přirovnávána ke skryté formě eutanazie. Proto byla respondentkám sdělena i definice eutanazie (příloha 4 Přepis rozhovoru).

Respondentky byly dotázány, zda si vzpomenou na konkrétní případ pacienta, u kterého byla metoda PS používána, pro jaké příznaky, jak dlouho byla používána a byl-li pacient schopen komunikace. Respondentky v našem šetření vzpomínaly pouze na onkologické pacienty s karcinomy v oblasti břicha s metastatickým procesem, jejichž hlavním symptomem, který nereagoval na léčbu, byla bolest. Dalšími zmiňovanými fyzickými symptomy byla dušnost a krvácení. U onkologických pacientů se také objevil neklid, delirantní stavy a agrese. Pacienti byli mnohdy vyděšení a báli se smrti. Dle respondentek se délka a hloubka sedace výrazně lišila dle konkrétního případu. Nastaly situace, kdy byl pacient sedován jen několik hodin před smrtí. Mnohdy se do hospice dostal velice pozdě na zmiňovaných pár hodin. Jedna respondentka se setkala i s případem, kdy byl pacient sedován tři měsíce. Sedace byla prováděna až při výrazném zhoršení stavu na nezbytně nutnou dobu. Schopnost komunikace u pacientů byla také zcela individuální. Někteří pacienti byli jen lehce somnolentní, vnímání bylo do jisté míry zachováno. Někteří pacienti odpověděli na jednu otázku z deseti, jiní nebyli schopni odpovědi vůbec. Se zhoršujícím se stavem pacienta se zhoršila i schopnost komunikovat. Ve studii Rietjens a kolektivu 2006 zmiňovalo dvanáct sester v osmi případech onkologické pacienty. Další dva případy sedace se týkaly pacientů s ALS (amyotrofickou laterální sklerózou), jeden více nespecifikovaného chronického onemocnění a jeden případ se týkal pacienta, pro něhož bylo jeho utrpení v závěru života natolik neúnosné, že se sám nejdříve pokusil svůj závažný zdravotní stav se špatnou prognózou vyřešit pokusem o sebevraždu. Důvod neúspěšného suicida a diagnóza pacienta nebyla přesně specifikována. Délka sedace se pohybovala od jedné hodiny až po více jak 14 dnů. Pacienti byli sedováni pro fyzické utrpení (bolest, dušnost, zvracení), nefyzické utrpení

(neklid, agitovanost, úzkost, strach), z důvodu obav rodiny, že jejich blízký trpí a také proto, že nemocný vyslovil přání, že chce být sedován (Rietjens et al, 2006, s. 645).

Raus a kolektiv 2014 uvádějí, že mnoho respondentů poukázalo na rozdíl mezi paliativní sedací a eutanazií. Zatímco eutanazie byla označena jako úmyslná činnost zaměřená na ukončení života pacienta, u paliativní sedace může být potencionální zkrácení života považováno za vedlejší účinek. Nejzajímavější příklad pocházel od holandské sestry, která na otázku, zda existuje podle vašeho názoru velký rozdíl mezi paliativní sedací a eutanazií, odpověděla: „*Ano ... myslím, že eutanazie je opravdu jasná ... ano, jasně si někoho odvede pryč. Smrt. A sedací odvedete vědomí člověka, ale nikoliv život toho člověka. Přirozený proces tak může pokračovat i přes útlum*“ ... (Raus et al, 2014, s. 6).

Podobně se vyjádřily i naše respondentky. Sestra I: „*U paliativní sedace je člověk utlučený a třeba s námi nekomunikuje. Ten člověk je pořád tady a pro tu rodinu to může být nadějí.... U eutanazie je to v podstatě konec, hned.*“ Sestra B: „*Paliativní sedace nechá pacienta v klidu a bez bolesti odejít z tohoto světa, přirozeně. Eutanazie by sice někdy zbavila pacienta utrpení, ale okamžitě, bez přirozeného závěru života, který může pacient prožít s rodinou a bez bolesti.*“

Ve studii Rietjens a kolektivu 2006 sestry, které zastávaly názor, že paliativní sedace někdy hraničí s praxí eutanazie, byly většinou sestry, které měly málo zkušeností s paliativní sedací (Rietjens et al, 2006, s. 647). Anquinet a kolektiv, zjistili, že většina respondentů považovala kontinuální sedací a eutanazii za rozdílné praktiky. Někteří však uvedli, že jasné rozlišení mezi hlubokou kontinuální sedací a eutanazií se sníží nebo může úplně vymizet, když se medikace zvyšuje nepřiměřeně nebo když je sedace indikována příliš brzy (Anquinet et al, 2012, s. 559). V brazilské studii došli autoři k závěrům, že všichni respondenti věřili, že existují hluboké etické rozdíly mezi paliativní sedací a eutanazií. Integrací paliativní sedace do prostředí paliativní péče lze říci, že dochází k procesu humanizace smrti, se zmírněním symptomů pomocí prostředků vhodných pro léčbu (Spineli et al, 2014, s. 1296).

V našem šetření jsme se respondentek ptali také na postoj k eutanazii. Čtyři respondentky se postavily radikálně proti eutanazii. Sestra B: ... „*Pokud funguje dobře paliativní péče, myslím, že eutanazie není potřebná.*“.... I u pacientů se jedná mnohdy jen o povzdech než o volání po eutanazii. Sestra A: ... „*Zastřelte mě! Ukončete můj život!*“ *Většinou toto přání pramení z toho, že člověk nemá dobře nastavenou léčbu bolesti, nejsou nasazeny antidepresiva. A když se to pak nastaví, tak to člověka pak ani nenapadne, protože je schopný s těmi léky žít i umírat.*“ ... Čtyři respondentky by byly pro eutanazii po splnění

určitých podmínek. Jedna respondentka váhala, a nakonec se rozhodla proti, kvůli možnosti zneužití.

Ve studii, která se zabývala každodenním morálním uvažováním lékařů, sester a rodinných příslušníků v oblasti PS ve Velké Británii, Holandsku a Belgii, respondenti vyjádřili obavu, že má metoda PS potenciál zkrátit lidský život. V Holandsku a v Belgii je eutanazie legalizována. Přijetí možnosti zkrácení života jako způsobu zmírnění utrpení v některých případech může částečně vysvětlit, proč belgičtí a nizozemští lékaři, sestry i příbuzní pacientů byli zdánlivě méně znepokojeni touto skutečností. Britští lékaři a sestry se naopak o tuto skutečnost zajímali více, stejně jako o to, aby v očích ostatních členů týmu nebo členů rodiny nevyvolávali dojem, že PS zkrátí život nemocného (Raus et al, 2014, s. 8).

Názory na to že metoda PS může zkrátit život, jsou nadále nejednotné a jsou předmětem řady diskuzí. Některé studie však zjišťují, že užívání opioidů v paliativní péči je nedostatečné a mnoho pacientů na konci života nemá adekvátně léčenou bolest (Gardiner et al, 2012, s. 206). Gardiner a kolektiv (2012) dále uváděli, že mnoho lékařů má obavy týkající se předepisování opioidů u pacientů v terminální fázi. Vědomostní deficity a postoje brání v podávání opiátů při refrakterní bolesti a utrpení. Odborníci uznali, že opioidy jsou účinnou léčbou dušnosti, často však nebyly podávány kvůli mylným pocitům mezi kliniky, že opioidy by mohly urychlit smrt (Gardiner et al, 2012, s. 207).

V našem šetření si jedna respondentka myslela, že opiáty a sedativa mají potenciál zkrátit život pacienta. Ostatní respondentky neměly výhrady k podávání opiátů a sedativních léků u terminálně nemocných. Jejich dávkování bylo zcela individuální záležitostí. Začíná se na nízkých dávkách, které se postupně dle stavu pacienta navyšují. Nepodávají se nemocným s úmyslem zabít. Sestra G: ... „*Jde o tišení kruté bolesti nebo někdy i dušnosti, která může být pro pacienta ještě horší než bolest. Není nic horšího než když člověk lape po dechu.*“ ... Někteří pacienti se mohou volně pohybovat i s „*morfinovou pumpou.*“ Pacienti mohou jíst i pít, někteří i kouřit. Někdy může být vědomí jen lehce sníženo. Sestra B: ... „*Někdo Vám zemře po první slabé dávce morfia a nemusí to s morfiem souviset, jiný s nejvyššími dávkami žije další čtyři měsíce.*“

Lo 2005 uvádí, že smrt může někdy nastat ihned po zahájení sedace, ale je často nejasné, zda ji způsobilo konečné onemocnění nebo sedativní léky. Vzhledem k tomu, že způsobení nebo urychlení smrti není záměrem paliativní sedace, nemůže být považována za eutanazii ani lékařem asistovanou sebevraždu (Lo, 2005).

Rietjens a kolektiv 2006 uváděli, že sestry viděly etické problémy v potenciální možnosti zkrácení života při PS. Některé si myslely, že nikdy neurychlily smrt, některé, že



pak smrt urychlit mohly, ale bylo to zdůvodněno tím, že neexistoval jiný způsob, jak zmírnit pacientovo utrpení. Nicméně, navzdory různým názorům, všechny sestry tvrdily, že paliativní sedace výrazně přispěla k „dobré smrti“ pacienta. (Rietjens et al, 2006, s. 647).

V našem šetření osm respondentek odpovědělo, že nevidí v PS etický problém. Jedna respondentka udávala, že problémem by mohla být rodina, která nemusí s tímto léčebným postupem souhlasit. Důležitá je komunikace zdravotníků s pacienty a jejich rodinami. Jestliže má pacient podepsaný informovaný souhlas nebo určeného zákonného zástupce a je to jeho přáním, neměla by být PS etickým problémem. PS je součástí léčby pacientů v terminální fázi života, je poskytována kvalifikovaným, odborně vzdělaným a zkušeným týmem, je individuálně nastavena a podávána v indikovaných případech. Dvě respondentky neuvedly žádná negativa PS. Dvě respondentky viděly možné zápory v celkovém útlumu pacienta, při použití hluboké sedace. Jedna respondentka udávala, že „celkové usnutí“ neboli hluboká sedace, kdy je pacient v kómatu, výrazně snižuje kvalitu jeho života. Zároveň ale připustila, že existují situace v závěru života, které celkové usnutí vyžadují, například masivní terminální krvácení. Podle druhé respondentky je lepší zvolit celkový útlum, než aby pacient trpěl.

Kontinuální hluboká sedace může vyvolat u všeobecných sester smíšené emoční prožívání. Je tedy otázkou, co je pro umírajícího, trpícího pacienta z pohledu VS v posledních chvílích života důležité a v dané situaci nejlepší. Prožít poslední dny, hodiny v krutých bolestech, lapat po dechu, mít strach nebo být v delirantním stavu imobilizován za pomoci omezovacích prostředků? Delirantní pacienti, ač jsou extrémně zesláblí, jsou i v terminální fázi života schopni opustit lůžko a způsobit si úraz (D'Arcy, 2012). I takové to situace mohou nastat. Nebo je pro umírajícího pacienta přínosnější v klidu pospávat? Co je tedy známkou kvality života umírajícího? Spánek? Použití PS pro fyzická utrpení nevyvolává tolik kontroverzí jako použití PS pro psychoexistenční utrpení. Jeden z účastníků studie, která se zabývala metodou paliativní sedace, položil otázku, která stojí za zamyšlení: „*Může být ztráta smysluplného života léčena spánkem?*“ (Blondeau et al, 2005). Další otázka může znít: „*Vyvoláme-li bezvědomí u nemocných, neodřízneme je tak od sebe samých a jejich světa? Není to forma sociální smrti?*“ (Sadler 2012, s. 197).

Pět respondentek v našem průzkumném šetření také spatřovalo negativa PS v tom, že se jedná o těžkou situaci hlavně pro rodiny pacienta. Ty se nedokáží smířit s tím, že jejich blízký odchází, nekomunikuje, někdy již nepřijímá stravu ani tekutiny. Mnozí si nepřipouštějí, že může přijít konec, chtějí, aby jejich blízký ještě bojoval, i když se jedná již jen o hodiny života.

Pozitiva paliativní sedace respondentky spatřovaly v tom, že pacient netrpí fyzickými potížemi, hlavně bolestí. Sedací je také zmírněno psychické utrpení pacienta. Pacient je klidný a uvolněný. Péče v závěru života je zaměřena hlavně na komfort, pacient neumírá sám, je přítomen personál. Někdy během zavedené PS zažívá úlevu i rodina, která vidí svého blízkého v klidu bez utrpení. Spineli a kolektiv 2015 zjistili, že nejčastější bariérou, proč není PS prováděna, i když je její indikace na místě, je negativní postoj rodin vůči PS. Tyto negace jsou způsobeny hlavně nedostatečnými informacemi, obavami, že by sedace zkrátila život jejich blízkého a vírou v existenci jiných možností léčby, která by pomohla ulevit pacientovi od refrakterních symptomů (Spineli et al, 2015, s. 1297). Rodina může zažívat pochybnosti, pocity viny, strachu, smutku, ale mohou také pociťovat úlevu, že utrpení jejich milovaného člověka skončilo (Robinson, 2015, s. 11).

V našem šetření respondentky shodně uváděly, že bariérou při provádění PS může být rodina, která nemá dostatek informací o metodě nebo se nemůže smířit s tím, že jejich blízký umírá. Sestra F: .... „*ale musí se na to připravit rodina. Někdy by nemocný sám chtěl tuto metodu podstoupit, ale rodina se tomu brání.*“

V našem šetření respondentky neprožívaly žádné negativní emoce. Naopak negativní emoce u nich vyvolávalo utrpení umírajících, které nebylo nijak řešeno. Některé VS také zmiňovaly své zkušenosti, kdy byly svědky bolestných a strastiplných umírání pacientů například v nemocnici, kde nebylo dostatečně reagováno na bolest, dušnost nebo psychické utrpení. Sestra B: ... „*Pro pacienty vidím tuto metodu jako velké pozitivum, už několik let se denně setkávám s pacienty, kteří přijíždí do hospice pozdě, a to ve smyslu toho, že již mají ukrutné bolesti, kvůli kterým si jsou i schopni překousnout jazyk jen proto, aby jejich blízcí neslyšeli křik, který kvůli bolesti nejde ovládnout.*“ Respondentky prožívaly jen pozitivní emoce, ve smyslu, že pomáhaly pacientům zmírnit jejich bolest a utrpení v závěru života.

Raus a kolektiv (2014) ve své studii zjistili, že negativní emoce v sestrách vyvolávala brzká smrt pacienta ihned po zahájení PS. Někdy byli respondenti přesvědčeni, že v konkrétním případě přínosy výrazně převažovaly nad újmou. Například jedna belgická sestra zdůraznila, že se cítí být velmi privilegovaná, že se mohla podílet na rozhodování, které výrazně přispělo ke snížení utrpení pacienta (Raus et al, 2014, s. 6).

Všeobecné sestry hrají zásadní roli při podávání PS, protože jsou jako jediné z multidisciplinárního týmu s pacientem a jeho rodinou 24 hodin denně (Claessens et al 2007, s. 103). Všeobecným sestrám by mělo být umožněno více se zapojit do procesu rozhodování o rozsahu a povaze lékařské péče poskytované na konci života (Heřmanová 2012, s. 194). Anquinet a kolektiv 2012 ve své studii zjistili, že sestry mají méně často možnost se vyjádřit

k indikaci PS než k eutanazii (Anquinet et al, 2012). To je v souladu se zjištěním v jiné belgické studii: Inghelbrecht a kolektiv 2011 zjistili, že mezi sestrou a lékařem neproběhla žádná komunikace o kontinuální hluboké sedaci v 17,6 % případů sedace (Inghelbrecht et al, 2011, Anquinet et al, 2012, s. 559).

V našem šetření byla respondentkám položena otázka, zda se mohou vyjádřit k indikaci PS, jestli v týmu o metodě PS hovoří otevřeně. Všechny respondentky shodně v obou otázkách odpověděly ano. Vyjadřují se k indikaci, monitorují utrpení pacienta, lékaři reagují na jejich hlášení. V týmu o metodě PS hovoří. Na jednom z pracovišť organizují i supervize, kde řeší možné problémy pacientů i jejich rodin.

Má-li všeobecná sestra z morálních či jiných důvodů výhrady k PS, měla by to upřímně říci a požádat o přeřazení k jiné skupině pacientů (Heřmanová, 2012, s. 188). Respondentkám byla položena otázka, zda mají možnost vyjádřit svůj nesouhlas a předat eventuálně péči o paliativně sedovaného pacienta kolegyni. Některým respondentkám připadala tato otázka zvláštní, součástí ošetrovatelské praxe je i péče o sedovaného pacienta. Ostatní respondentky nikdo nepožádal nebo ony samy nežádaly o to, aby převzal péči o pacienta někdo jiný, protože by PS byla metodou, která je proti jejich vnitřnímu přesvědčení. Vzhledem k tomu, že většina dotazovaných respondentek nepovažuje PS za etický problém nikdy nevyužily možnost předat pacienta kolegyni.

### **Limity**

Možný limit této práce byl spatřován v tom, že by bylo výzkumné šetření prováděno jen v jednom zařízení. Proto byly osloveny a získány pro naše šetření další dvě respondentky z jiných pracovišť. Závěry této práce nejsou zobecnitelné na všechny všeobecné sestry v oblasti paliativní péče. VS pracující v jiných zařízeních mohou mít odlišné zkušenosti a nahlížet na paliativní sedaci a eutanazii jinak. U tří respondentek byly rozhovory uskutečněny v domácím prostředí. Měly tedy odlišné podmínky. Ostatní rozhovory se uskutečnily v hospici v klidném nerušeném prostředí zimní zahrady. Byly získány pouze názory žen. Já, jako tazatelka, jsem se snažila zaujmout neutrální postoj ke všem názorům respondentek. Pracuji na jednotce intenzivní péče, kde se s analgosedací setkávám v rámci urgentní medicíny. Některé postupy uplatňované na naší JIP bych v kontextu s touto prací neváhala označit za dystanázii.

## ZÁVĚR

Metoda paliativní sedace je součástí specializované paliativní péče a je prováděna ve specializovaných zařízeních profesionálním týmem. Kontroverzní ráz této metody však vyvolává řadu diskuzí. Metoda bývá někdy přirovnávána ke skryté formě eutanazie. Cílem teoretické části bylo sumarizovat dohledané současné poznatky o této metodě. V oblasti ošetrovatelské péče bylo v této problematice zatím provedeno jen málo výzkumů. I přes důkladně provedenou rešeršní činnost nebyly nalezeny studie, které by se zabývaly názory, postoji a emočním prožíváním všeobecných sester při aplikaci metody paliativní sedace v České republice.

Na základě dohledaných výsledků byly stanoveny cíle pro výzkumnou část. Výzkumné šetření bylo zaměřeno na všeobecné sestry pracující v hospici a formou polostrukturovaného rozhovoru byl zjišťován jejich pohled na metodu paliativní sedace a postoj k eutanazii. Dílčím cílem bylo zjistit, jaké emoce všeobecné sestry prožívají při provádění metody paliativní sedace. Otázky rozhovoru byly sestaveny na základě rešeršní strategie a ze studií zabývajících se danou problematikou.

Z rozhovorů vyplývá, že všeobecné sestry vidí v paliativní sedaci hlavně pozitiva pro pacienty, a to v komfortu při umírání. Negativa se mohou objevovat, pokud jde o rodiny, některé jsou metodě nakloněny více, jiné méně. Důležitá je tedy komunikace jak s pacientem, tak s rodinami. Je nutné brát ohled na přání nemocného. Paliativní sedace u všeobecných sester v našem šetření nevyvolává žádné negativní emoce. Negativní emoce všeobecné sestry prožívají spíše v případech, vidí-li pacienta trpět. Paliativní sedace je u pacientů prováděna v indikovaných případech, a to na nezbytně dlouhou dobu. Délka sedace se liší, stejně tak i hloubka. Někdy je schopnost komunikace sedovaného pacienta zcela zachována, jindy ne. Pacient je vždy klidný, netrpí, pospává. Paliativní sedace tlumí nesnesitelné fyzické příznaky jako je bolest a dušnost a nefyzické příznaky, zejména neklid, úzkost a strach.

Některé ze všeobecných sester v našem šetření by souhlasily s eutanazií, kdyby u nás byla legalizována. Některé byly proti, protože vnímají možné zneužití, a hlavně s rozvojem paliativní péče a jiných dostupných možností zmírnit pacientovo utrpení není nutné volat po této praktice. VS spatřují v paliativní sedaci regulární léčebný postup. Výsledky výzkumného šetření byly srovnány s výsledky existujících studií, kdy byly zjištěny shody. Je možné konstatovat, že cíle byly splněny.

Mimo zjištěné shody byly také zjištěny rozdíly v oblasti komunikace ve zdravotnickém týmu. V našem šetření se o metodě paliativní sedace v týmu více hovoří. VS se mohou

vyjádřit k indikaci této metody u trpícího pacienta. Některé VS také k tématu dodaly i vlastní připomínky. Vidí důležitost dalšího vzdělávání VS i lékařů v oblasti paliativní péče a rozšíření paliativy i do nemocničních zařízení. Důležitá je také informovanost pacientů a jejich rodin, aby nevznikala zbytečná nedorozumění. Povědomí široké veřejnosti o hospici, paliativní sedaci a podávání opiátů a sedativ může být mylné.

Výsledky výzkumného šetření by mohly být použity jako výchozí materiál k realizaci dalších šetření v oblasti potřeb pacientů a rodinných příslušníků při paliativní sedaci. Jak VS samy navrhovaly, je vhodné se zaměřit na vzdělávání všeobecných sester a veřejnosti v oblasti paliativní péče. Žádoucí se jeví provést šetření zaměřené na komunikaci všeobecných sester s pacienty a rodinnými příslušníky při podávání PS. Větší pozornost by měla být také zaměřena na metodiku sledování komfortu pacienta v paliativní sedaci.

## Referenční seznam

- ADAM, Zdeněk, VORLÍČEK, Jiří a Yvona POSPÍŠILOVÁ, ed., 2004. *Paliativní medicína*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0279-7.
- AKREDITOVANÉ KURZY: Edukační centrum, 2018. *Oblastní charita Rajhrad* [online]. Rajhrad [cit. 2018-05-12]. Dostupné z: <http://www.vzdelavani.rajhrad.charita.cz/akreditovane-kurzy>
- AREVALO, Jimmy J., Judith A. RIETJENS, Siebe J. SWART, Roberto S.G.M. PEREZ a Agnes van der HEIDE, 2013. Day-to-Day Care in Palliative Sedation: Survey of Nurses' Experiences with Decision-Making and Performance. *International Journal of Nursing Studies* [online]. **50**(5), s. 613–621 [cit. 2017-08-30]. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.10.004>
- AREVALO, Jimmy J., Tijn BRINKKEMPER, Agnes VAN DER HEIDE, et al., 2012. Palliative Sedation: Reliability and Validity of Sedation Scales. *Journal of Pain and Symptom Management*. **44**(5), 704-714. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2011.11.010. ISSN 08853924.
- ATESTACE, 2018. In: *Česká společnost paliativní medicíny* [online]. Žlutý kopec, Brno: Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně [cit. 2018-05-12]. Dostupné z: <https://vzdelavani.paliativnimedicina.cz/atestace-z-oboru-paliativni-medicina/>
- ANQUINET, Livia, Kasper RAUS, Sigrid STERCKX, Tinne SMETS, Luc DELIENS a Judith AC RIETJENS, 2012. Similarities and Differences Between Continuous Sedation Until Death and Euthanasia – Professional Caregivers' Attitudes and Experiences: A Focus Group Study. *Palliative Medicine*. **27**(6), s. 553-561. DOI: 10.1177/0269216312462272.
- BEEL, Alexandra C., Pamela G. HAWRANIK, Susan MCCLEMENT a Paul DAENINCK, 2006. Palliative Sedation: Nurses' Perceptions. *International Journal of Palliative Nursing*. **12**(11), s. 510-518.
- BEST PRACTICE: Standardized Monitoring in Palliative Sedation Therapy, 2018. In: *Waterloo Wellington Interdisciplinary HPC Education Committee* [online]. Canada [cit. 2018-05-14]. Dostupné z: <http://hpcconnection.ca/best-practice-standardized-monitoring-in-palliative-sedation-therapy/>

BLONDEAU, D., Roy L. DUMONT, S. GODIN, G. a I. MARTINEAU. 2005. Physicians' and Pharmacists' Attitudes Toward the Use of Sedation at the EOL: Influence of Prognosis and Type of Suffering. *Journal of Palliative Care*. **21**(4), s. 238–245.

BROECKAERT, B. a Nunez OLARTE, JM, 2002. Sedation in Palliative Care: Facts and Concepts. *The Ethics of Palliative Care, European Perspectives*. Open University Press, Philadelphia: s. 166-180.

BRINKKEMPER, Tijn, Arjanne M., VAN NOREL, Karolina M., SZADEK, Stephan A., LOER, Wouter WA ZUURMOND a Roberto SGM PEREZ, 2012. The Use of Observational Scales to Monitor Symptom Control and Depth of Sedation in Patients Requiring Palliative Sedation: A Systematic Review. *Palliative Medicine*. **27**(1), s. 54-67. DOI: 10.1177/ 0269216311425421. ISSN 0269-2163. Dostupné také z: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0269216311425421>

BRUCE, Anne a Patricia BOSTON, 2011. Relieving Existential Suffering Through Palliative Sedation: Discussion of an Uneasy Practice. *Journal of Advanced Nursing*. **67**(12), s. 2732-2740. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2011.05711.x. ISSN 03092402. Dostupné také z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2648.2011.05711.x>

BRUCE, Susan D., Cristina C. HENDRIX a Jennifer H. GENTRY, 2006. Palliative Sedation in End-of-Life Care. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*. **8**(6), s. 320-327.

BRUERA, Eduardo, 2012. Paliativní sedace: kdy a jak? - editorial. *Journal of Clinical Oncology*. **4**(3), s. 148-149. DOI: 10.1200/JCO.2011.41.1223. ISSN 18038506. Dostupné také z: <http://www.tribune.cz/tituly/jco/archiv/505>

BUSH, Shirley H., Pamela A. GRASSAU, Michelle N. YARMO, Tinghua ZHANG, Samantha J. ZINKIE a José L. PEREIRA, 2014. The Richmond Agitation-Sedation Scale Modified for Palliative Care Inpatients (RASS-PAL): A Pilot Study Exploring Validity and Feasibility in Clinical Practice. *BMC Palliative Care*. **13**(1), s. 1-9. DOI: 10.1186/1472-684X-13-17. ISSN 1472- 684X.

BUŽGOVÁ, Radka, 2014. Dotazníky pro hodnocení potřeb pacientů a rodinných příslušníků v paliativní péči: *Manuál pro uživatele české verze dotazníku pro hodnocení potřeb pacientů (PNAP) a rodinných příslušníků (FIN)*. Ostravská univerzita, s. 1-31. ISBN 978-80-7464-678-2.

BUŽGOVÁ, Radka, Erika HAJNOVÁ, Lucie SIKOROVÁ a Radka KOZÁKOVÁ, 2013. Pilotní testování dotazníku PNAP „hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči“ na onkologickém oddělení. *Ošetrovatelství a porodní asistence*. **4**(3), s. 628-633. ISSN 1804-2740.

BUŽGOVÁ, Radka, Lucie SIKOROVÁ, Radka KOZÁKOVÁ a Darja JAROŠOVÁ, 2013. Hodnotící nástroje pro zjišťování potřeb pacientů v paliativní péči. *Onkologie*. **7**(6), s. 310-314.

CLAESSENS, Patricia, Ellen GENBRUGGE, Rita VANNUFFELEN, Bert BROECKAERT, Paul SCHOTSMANS a Johan MENTEN, 2007. Palliative Sedation and Nursing: The Place of Palliative Sedation Within Palliative Nursing Care. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*. **9**(2), s. 100–108.

CLAESSENS, Patricia., Johan MENTEN, Paul SCHOTSMANS a Bert BROECKAERT, 2008. Palliative Sedation: A Review of the Research Literature. *Pain Symptom Manage.* **36**(2008), s. 310–333.

CLARY, Patrick L. a Philip LAWSON, 2010. Terminální paliativní péče – zajímavosti farmakoterapie: Komentář: Ladislav Kabelka a Adriána Youngová. *Medicína po promoci*. **2**(2010), s. 44. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/17616-terminalni-paliativni-pece-zajimavosti-farmakoterapie>

ČESKO, 2012. *Práva a povinnosti pacienta a jiných osob: § 36, Dříve vyslovené přání*. In: Zákon č. 372/2011 Sb.: Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), Hlava II, Část čtvrtá. [cit. 2017-09-04], [online]. Dostupné také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372#cast4>

D'ARCY, Yvonne, 2012. Managing End-of-Life Symptoms. *American Nurse Today Digital Journal* [online]. **7**(7) [cit. 2018-05-05]. Dostupné z: <https://www.americannursetoday.com/managing-end-of-life-symptoms/>

DAVIS, Mellar P., 2009. Does Palliative Sedation Always Relieve Symptoms? *Journal of Palliative Medicine*. **12**(10), s. 875-877. DOI: 10.1089/jpm.2009.0148. ISSN 1096-6218. Dostupné také z: <http://www.liebertonline.com/doi/abs/10.1089/jpm.2009.0148>

DE GRAEFF, Alexander a Mervyn DEAN, 2007. Palliative Sedation Therapy in the Last Weeks of Life: A Literature Review and Recommendations for Standards. *Journal of palliative medicine*. **10**(2007) s. 67–85.



DESCHEPPER, R., J. BILSEN a S. LAUREYS, 2014. Assessment of Patient Comfort During Palliative Sedation: Is it Always Reliable? In: *Update in Intensive Care and Emergency Medicine 2014*. Cham: Springer International Publishing, s. 663-675. DOI: 10.1007/978-3-319-03746-2. ISBN 978-3-319-03745-5.

DOBRÍKOVÁ, Patricia, 2011. Eutanázia versus paliatívna starostlivosť. *Pravo-medicina.sk* [online]. [cit. 2017-09-10]. Dostupné z: <http://www.pravo-medicina.sk/aktuality/203/eutanazia-versus-paliativna-starostlivost>

DOBRÍKOVÁ, P., P. PORUBČANOVÁ a kol., 2005. *Nevyliečiteľne chorí v súčasnosti. Význam paliatívnej starostlivosti*. Trnava: SSV, 280 s. ISBN 80-7162-581-7.

EPPEL, Denise, 2018. Richmond Agitation-Sedation Scale – Palliative Version (RASS-PAL). In: *HPC Consultation Services* [online]. Waterloo Region Wellington County: Tip of the Month [cit. 2018-05-15]. Dostupné z: <http://hpcconnection.ca/best-practice-standardized-monitoring-in-palliative-sedation-therapy/>

FERRELL, Betty, Michael H. LEVY a Judith PAICE, 2008. Managing Pain From Advanced Cancer in The Palliative Care Setting. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. **12**(4), s. 575-581. DOI: 10.1188/08.CJON.575-581. ISSN 1092-1095. Dostupné také z: <http://cjon.ons.org/cjon/12/4/managing-pain-advanced-cancer-palliative-care-setting>

FORDE, R., U., KONGSGAARD a O., G., AASLAND, 2006. Lindrende sedering til doende. *Palliative Sedation to The Dying*. Tidsskr Nor Laegeforen 126, s. 471–476.

GARDINER, Clare, Merryn GOTT, Christine INGLETON, Philippa HUGHES, Michelle WINSLOW a Michael I. BENNETT, 2012. Attitudes of Health Care Professionals to Opioid Prescribing in End-of-Life Care: A Qualitative Focus Group Study. *Journal of Pain and Symptom Management*. **44**(2), s. 206-214. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2011.09.008. ISSN 08853924.

GAVORA, Peter, 2000. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-859-3179-6.

GHAFOOR, Virginia L. a Lauren S. SILUS, 2011. Developing Policy, Standard Orders, and Quality-assurance Monitoring for Palliative Sedation Therapy. *American Journal of Health-System Pharmacy*. **68**(6), s. 523-527. DOI: 10.2146/ajhp090177. ISSN 1079-2082. Dostupné také z: <http://www.ajhp.org/cgi/doi/10.2146/ajhp090177>

- GRAN, Siv Venke a Jean MILLER, 2008. Norwegian Nurses' Thoughts and Feelings Regarding the Ethics of Palliative Sedation. *International Journal of Palliative Nursing: Research*. **14**(11), s. 532-538.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2000. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén. ISBN 80-726-2034-7.
- HENDL, Jan, 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.
- HEŘMANOVÁ, Jana, 2012. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3469-9.
- HOMOLOVÁ, Mária, 2009. Zomieranie a kvalita zabezpečovania potrieb zomierajúcich. *Ošetrovatelství*. Kontakt **2**(2009), 320-327. ISSN 1212-4117.
- HOSÁKOVÁ, Jiřina, 2010. Ošetrovatelství v paliativní péči. In: *Cesta k profesionálnímu ošetrovatelství*. **5**(2010), s. 318-320. Dostupné také z: <http://www.slu.cz/fvp/cz/uo/konference-a-sympozia/archiv/sbornik-2010>
- CHERNY, Nathan I. a Lukas RADBRUCH, 2009. European Association for Palliative Care (EAPC) Recommended Framework for the Use of Sedation in Palliative Care. *Palliative Medicine*. **23**(7), s. 581-593. DOI: 10.1177/0269216309107024. ISSN 0269-2163. Dostupné také z: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0269216309107024>
- INGHELBRECHT, E., J., BILSEN, F., MORTIER et al, 2011. Continuous Deep Sedation Until Death in Belgium: a Survey Among Nurses. *Pain Symptom Manage*. **41**(2011), s. 870-879.
- KALA, Miroslav, 2014. Etické a komunikační aspekty terminální analgosedace. *Medicina pro praxi*. **11**(6), s. 266-268. ISSN 1214-8687. Dostupné také z: <http://www.medicina-propraxi.cz/>
- KALA, Miroslav, 2013. Komplikace podkožního podávání infuzí v paliativní péči a možnosti jejich řešení. *Interní medicína pro praxi*. **15**(1), s. 36-37.
- KALA, Miroslav, 2011. Urgentní stavy v paliativní hospicové péči. *Paliativna medicína a liečba bolesti*. **4**(3), s. 114-115.
- KALA, Miroslav a Zlatica DORKOVÁ, 2015. Indikace paliativní hospicové péče po cévní mozkové příhodě. *Neurologie pro praxi*. **16**(3), s. 149-151.

KELNAROVÁ, Jarmila, 2007. *Tanatologie v ošetrovatelství*. Brno: Littera. ISBN 978-80-85763-36-2.

KNMG, 2009. *Guideline for Palliative Sedation* [online]. Utrecht, The Netherlands: Royal Dutch Medical Association (KNMG), s. 1-78. [cit. 2018-05-12]. Dostupné z: [https://www.bing.com/search?q=Guideline+for+Palliative+Sedation+of+the+Royal+Dutch+Medical+Association&form=PRHPR1&src=IE11TR&pc=EUPP\\_HRTS](https://www.bing.com/search?q=Guideline+for+Palliative+Sedation+of+the+Royal+Dutch+Medical+Association&form=PRHPR1&src=IE11TR&pc=EUPP_HRTS)

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2713-4.

LAWLOR, Peter G. a Shirley H. BUSH, 2014. *Delirium Diagnosis, Screening and Management*. **8**(3), s. 286-295. Dostupné také z: <http://www.supportiveandpalliativecare.com>

LAWSON, Mary, 2011. Palliative Sedation. *Clinical Journal of Oncology Nursing, Supportive Care*. **15**(6), s. 589-590. DOI: 10.1188/11.CJON589-590.

LAWTON, Sally, Gordon LINKLATE, Margaret DENHOLM a Lisa MACAULAY, 2009. Care of The Dying: Advice for Primary Care Nurses. *Journal of Community Nursing*. **23**(2), s. 4-8.

LO, Bernard a Gordon RUBENFELD, 2005. Palliative Sedation in Dying Patients “We Turn to It When Everything Else Hasn’t Worked”: Clinician’s Corner Perspectives on Care at The Close of Life. *JAMA*. **294**(14), s. 1810-1816.

LOWEY, Susan E., Bethel Ann POWERS a Ying XUE, 2013. Short of Breath and Dying. State of the Science on Opioid Agents for the Palliation of Refractory Dyspnea in Older Adult. *Journal of Gerontological nursing*. **39**(2), s. 43-52.

MALTONI, M., C. PITTURERI, E., SCARPI, L., PICCININI, F., MARTINI, P., TURCI, P., et al., 2009. Palliative Sedation Therapy Does Not Hasten Death: Results from a Prospective Multicenter Study. *Annals of Oncology*. **20**(7), s. 1163–1169.

MALTONI, Marco, Emanuela SCARPI, Marta ROSATI, Stefania DERNI, Laura FABBRI, Francesca MARTINI, Dino AMADORI a Oriana NANNI, 2012. Palliative Sedation in End-of-Life Care and Survival: A Systematic Review. *Journal of Clinical Oncology*. **30**(12), s. 1378-1383. DOI: 10.1200/JCO.2011.37.3795. ISSN 0732- 183X. Dostupné také z: <http://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.2011.37.3795>

- MALTONI, Marco, Guido MICCINESI, Piero MORINO, et al., 2012. Prospective Observational Italian Study on Palliative Sedation in Two Hospice Settings: Differences in Casemixes and Clinical Care. *Supportive Care in Cancer*. **20**(11), s. 2829-2836. DOI: 10.1007/s00520-012-1407-x. ISSN 0941-4355. Dostupné také z: <http://link.springer.com/10.1007/s00520-012-1407-x>
- MARKOVÁ, Alžběta, 2012. *Podpora rodiny, komunikace*. NCONZO Brno, s. 1-42.
- MATERSTVEDT, L., J. a S. KAASA, 2002. Euthanasia and Physician Assisted Suicide in Scandinavia – With a Conceptual Suggestion Regarding International Research in Relation to The Phenomena. *Palliative Medicine*. **16**(1), s. 17–32.
- MATĚJEK, Jaromír, 2013. Dystanázie jako opomíjený problém diskuse o eutanázii. *Postgraduální medicína* [online]. **4**(2013), s. 106-108 [cit. 2018-05-04]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/dystanazie-jako-opomijeny-problem-diskuse-o-eutanazii-470186>
- MIOVSKÝ, Michal, 2006. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Vyd. 1. Praha: Grada, s. 332. ISBN 80-247-1362-4.
- MORITA, T., S. TSUNETO a Y. SHIMA, 2002. Definition of Sedation for Symptom Relief: A Systemic Literature Review and A Proposal of Operational Criteria. *Pain Symptom Manage*. **24**(2002), s. 447-453.
- MULLER-BUSCH, H Christof, Inge ANDRES a Thomas JEHSER, 2003. Sedation in Palliative Care – a Critical Analysis of 7 Years Experience. *BMC Palliative Care*. **2**(2). DOI: 10.1186/1472-684X-2-2.
- MUNZAROVÁ, Marta, 2005. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* Praha: Grada. ISBN 80-247-1025-0.
- MUNZAROVÁ, Marta, 2006. Eutanazie nebo paliativní péče? *Diagnóza v ošetrovatelství*. **2**(3), s. 113-114. ISSN 18011349.
- MUNZAROVÁ, Marta, 1996. *Zamyšlení nad euthanasií* [online]. [cit. 2017-07-19]. Dostupné z: [http://www.zdrav.cz/web/mpz/mpz2604\\_\\_vi\\_\\_munzarova\\_m\\_\\_euth.htm](http://www.zdrav.cz/web/mpz/mpz2604__vi__munzarova_m__euth.htm)
- O'CONNOR, Margaret a Sanchia ARANDA, 2005. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Vyd. 1. české. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1295-4.

O'BRIEN, Bridget C., Ilene B. HARRIS, Thomas J. BECKHAM, Darcy A. REED a David A. COOK, 2014. Standards for Reportings Qualitative Research: A Synthesis of Recommendation. *Academic Medicine*. **89**(9), s. 1245-1251. DOI: 10.1097/ACM000000000000000388.

OLSEN, Molly L., Keith M. SWETZ a Paul S. MUELLER, 2010. Ethical Decision Making With End-of-Life Care: Palliative Sedation and Withholding or Withdrawing Life-Sustaining Treatments. *Mayo Clinic Proceedings*. **85**(10), s. 949-954. DOI: 10.4065/mcp.2010.0201. ISSN 00256196. Dostupné také z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0025619611602371>

PATEL, Bansari, Rita GORAWARA-BHAT, Stacie LEVINE a Joseph W. SHEGA, 2011. Nurses' Attitudes and Experiences Surrounding Palliative Sedation: Components for Developing Policy for Nursing Professionals. *Section of Geriatrics and Palliative Medicine: University of Chicago, Chicago, Illinois*. 16.11.2011, s. 432-437.

POGODOVÁ, Eva, 2017. Paliativní a hospicová péče. In: *Doc.Player* [online]. [cit. 2018-03-13]. Dostupné z: <http://docplayer.cz/18610108-Hospicovaa-paliativnipece-mgr-eva-pogodova.html>

RADBRUCH, Lucas, Sheila PAYNE a kolektiv, 2010. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě: Doporučení Evropské asociace pro paliativní péči* [online]. Cesta domů a Česká společnost paliativní medicíny [cit. 2017-09-10]. Dostupné z: <https://www.paliativnimedicina.cz/paliativni-medicina/standardy-a-normy-hospicove-a-paliativni-pece-v-evrope/>

RAUS, Kasper, Jayne BROWN, Clive SEALE, et al., 2014. Continuous Sedation Until Death: The Everyday Moral Reasoning of Physicians, Nurses and Family Caregivers in The UK, The Netherlands and Belgium. *BMC Medical Ethics*. **15**(1). DOI: 10.1186/1472-6939-15-14. ISSN 1472-6939.

RIETJENS, J., A., C., et al, 2008. Palliative Sedation in a Specialized Unit for Acute Palliative Care in a Cancer Hospital: Comparing Patients Dying With and Without Palliative Sedation. *Journal of Pain & Symptom Management*. **36**(3), s. 228–234.

ROBINSON, Deborah a Cathy JOY, 2015. The Waterloo Wellington Palliative Sedation Protocol. *Waterloo Wellington Interdisciplinary HPC Education Committee; PST Task Force*.

Canada, s. 1-15. Dostupné také z: [http://hpcconnection.ca/wp-content/uploads/2016/10/22916\\_palliativesedation\\_protocol\\_w.pdf](http://hpcconnection.ca/wp-content/uploads/2016/10/22916_palliativesedation_protocol_w.pdf)

SADLER, Kim, 2012. Palliative Sedation to Alleviate Existential Suffering at End-of-Life: Insight Into a Controversial Practice. *Canadian Oncology Nursing Journal*. **22**(3), s. 195-199. DOI: 10.5737/1181912x223195199. Dostupné také z: <http://canadianoncologynursingjournal.com/index.php/conj/article/view/125>

SKÁLA, Bohumil, 2011. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře 2011: [novelizace 2011]*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře. Doporučené postupy pro praktické lékaře. ISBN 978-80-86998-51-0.

SLÁMA, Ondřej, 2008. Podkožní aplikace léků a tekutin v paliativní medicíně. *Paliativní medicína a léčba bolesti*. **1**(2), s. 64-66. ISSN 13376896. Dostupné také z: [http://www.solen.sk/index.php?page=pdf\\_view&pdf\\_id=3287&magazine\\_id=13](http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=3287&magazine_id=13)

SLÁMA, Ondřej, 2006. *Bolest v terminální fázi onkologického onemocnění*. Bolest. **6**(4), s. 231–234.

SLÁMA, Ondřej, Lukáš POCHOP, Monika NÁLEŽÍNSKÁ a Radka ALEXANDROVÁ, 2016. *Doporučený postup paliativní péče v MOÚ*. Žlutý kopec, Brno: Masarykův onkologický ústav, s. 1-16.

SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Martin LOUČKA, 2016. Paliativní péče v ČR v roce 2016. *Časopis lékařů českých*. **155**(8), s. 445-450. ISSN 0008-7335. Dostupné také z: <http://www.prolekare.cz/casopis-lekaru-ceskych-clanek/paliativni-pece-v-cr-v-roce-2016-60048>

SLÁMA, Ondřej, Martina ŠPINKOVÁ a Ladislav KABELKA, 2013. Standardy paliativní péče 2013. *Česká společnost paliativní medicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně* [online]. s. 1-18. [cit. 2017-09-10]. Dostupné z: <https://www.paliativnimedicina.cz/paliativni-medicina/standardy-paliativni-pece/>

SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK, 2011. *Paliativní medicína pro praxi*. 2., nezměn. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-849-0.

SLÁMA, Ondřej, Josef DRBAL a Ludmila PLÁTOVÁ, 2008. *Umřít doma: příručka pro laické pečující*. Brno: Moravskoslezský kruh. Laická péče. ISBN 978-80-254-2788-0.

- SPINELI, Vivian Marina Calixto Damasceno, Andrea Yamaguchi KURASHIMA a Maria Gaby Rivero DE GUTIÉRREZ, 2015. The Process of Palliative Sedation as Viewed By Physicians and Nurses Working in Palliative Care in Brazil. *Palliative and Supportive Care*. **13**(05), s. 1293-1299. DOI: 10.1017/S1478951514001278. ISSN 1478-9515. Dostupné také z: [http://www.journals.cambridge.org/abstract\\_S1478951514001278](http://www.journals.cambridge.org/abstract_S1478951514001278)
- THOMAS, Tabitha a Stephen BARCLAY, 2015. Continuous Subcutaneous Infusion in Palliative Care: A Review of Current Practice. *International Journal of Palliative Nursing*. **21**(2), s. 60-64.
- VORLÍČEK, Jiří a Ondřej SLÁMA, 2011. Základní principy paliativní péče. *Sanquis*. **11**(94), s. 67-71. ISSN 1212-6535. Dostupné také z: <http://www.sanquis.cz/>
- VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ, 2006. *Klinická onkologie pro sestry*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1716-6.
- WOLF, Michael T., 2013. Palliative Sedation in Nursing Anesthesia. *AANA Journal*. **81**(2), s. 113-117.
- YOUNGOVÁ, Adriana, 2010. Terminální paliativní péče – zajímavosti farmakoterapie: Komentář k Terminální paliativní péče – zajímavosti farmakoterapie [online]. *Medical Tribune: Medicína po promoci*. **2**(10). [cit. 2018-03-13]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/17616-terminalni-paliativni-pece-zajimavosti-farmakoterapie>
- ZÁVADOVÁ, Irena, 2014. Paliativní sedace – indikace, úskalí, provedení. *Prague Onco News*. **4**(1), s. 23-24. ISSN: 1804-8579.

## Seznam zkratek

AANA	American Association of Nurse Anesthetists
aj.	a jiné
amp.	ampulka
ARO	anesteziologickoresuscitační oddělení
CDS	continuous deep sedation
CMP	cévní mozková příhoda
CNS	centrální nervová soustava
CHOPN	chronická obstrukční plicní nemoc
ČLS JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
ČR	Česká republika
DS	dětská sestra
EAPC	Evropská asociace pro paliativní péči
EOL	end of life
FIN	Family Inventory Needs
FLACC	Face, Legs, Activity, Cry, Consolability Scale
FR	fyzilogický roztok
FZV UP	Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci
GCS	Glasgow Coma Scale
JIP	jednotka intenzivní péče
KNMG	Guideline for Palliative Sedation of the Royal Dutch Medical Association
MSAT	Minnesota Sedation Assessment Tool
např.	například
NaCl	chlorid sodný
NLZP	nelékařští zdravotničtí pracovníci
PNAP	Patients Needs Assessment in Palliative Care
PAS	physician-assisted suicide
PEG	perkutánní endoskopická gastrostomie
PICC	z periferie zavedený centrální žilní katetr
PS	paliativní sedace
RASS	Richmond Agitation-Sedation Scale
RASS – PAL	Richmond Agitation-Sedation Scale modifikovaná pro paliativní péči



s. c.	subkutánní
SRQR	Standard for Reporting Qualitative Research
TSK	tracheostomická kanyla
tzv.	takzvaná
VICS	Vancouver Interaction and Calmness Scale
VS	všeobecná sestra

## **Seznam příloh**

Příloha 1 Souhlas Etické komise

Příloha 2 Souhlas s výzkumným šetřením v hospici

Příloha 3 Informovaný souhlas s výzkumným šetřením

Příloha 4 Přepis rozhovoru

Příloha 5 Charakteristika výzkumného souboru

Příloha 6 Rozdíl mezi kontinuální hlubokou sedací (CDS) a eutanazií

Příloha 7 RASS – PAL anglická verze

Příloha 8 SRQR – Standard for Reporting Qualitative Research

## Seznam tabulek

Tabulka 1 Přepis rozhovoru.....	93
Tabulka 2 Sestra A .....	94
Tabulka 3 Sestra B.....	95
Tabulka 4 Sestra C.....	96
Tabulka 5 Sestra D .....	97
Tabulka 6 Sestra E.....	98
Tabulka 7 Sestra F.....	99
Tabulka 8 Sestra G .....	100
Tabulka 9 Sestra H .....	101
Tabulka 10 Sestra I.....	102
Tabulka 11 Differences between CDS and euthanasia.....	103
Tabulka 12 Rozdíly mezi CDS a eutanazií (český překlad).....	104

## Příloha 1 Souhlas Etické komise



Fakulta  
zdravotnických věd

Vážená paní  
**Bc. Andrea Slavíčková**

UPOL-84396/1040-2017


2017-06-28

Vyjádření Etické komise FZV UP

Vážená paní bakalářko,

na základě Vaší Žádosti o stanovisko Etické komise FZV UP byla Vaše výzkumná část diplomové práce posouzena a po vyhodnocení všech zaslaných dokumentů Vám sdělujeme, že diplomové práci s názvem „**Informovanost a zkušenosti nelékařských zdravotnických pracovníků s terminální sedací v paliativní péči**“, jehož jste hlavní řešitelkou, bylo uděleno

**souhlasné stanovisko Etické komise FZV UP.**

  
Mgr. Petra Bastlová, Ph.D.  
předsedkyně  
Etická komise FZV UP

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI  
Fakulta zdravotnických věd  
Etická komise  
Hněvotínská 3, 775 15 Olomouc

## Příloha 2 Souhlas s výzkumným šetřením v hospici

V Prostějově dne 8. 9. 2017

### Žádost o provedení výzkumného šetření v hospici na Svatém Kopečku

Vážený pane řediteli,

dovoluji si Vás touto cestou požádat o umožnění výzkumného šetření ve Vašem zařízení v oblasti terminální analgosedace. Jsem studentkou II. ročníku magisterského navazujícího studia Fakulty zdravotnických věd UPOL v Olomouci, obor Ošetrovatelská péče v interních oborech. Vedoucí diplomové práce je doc. MUDr. Kala Miroslav, CSc. Šetření bude probíhat formou polostrukturovaného rozhovoru na výše uvedené téma. Ráda bych oslovila celkem 3 respondenty z řad nelékařských zdravotnických pracovníků.

Prohlašuji, že šetření bude probíhat dle zásad etiky výzkumu. Datum zahájení šetření 18. 9. 2017 a datum ukončení šetření 31. 12. 2017. Předem děkuji za Vaše vyjádření k žádosti.

Jméno, příjmení a podpis vedoucího závěrečné práce: doc. MUDr. Miroslav Kala, CSc.

Jméno, příjmení a podpis řešitelky výzkumného šetření: Bc. Andrea Slavičková

Vyjádření vedení hospice na Svatém Kopečku

S provedením výzkumného šetření:

- Souhlasím bez výhrad
- Souhlasím po doplnění
- Nesouhlasím

Datum: 8. 9. 2017

Podpis:

## Příloha 3 Informovaný souhlas s výzkumným šetřením



Fakulta  
zdravotnických věd

Genius I.c

### Informovaný souhlas

Pro výzkumný projekt: Paliativní sedace z pohledu všeobecných sester

Období realizace: srpen 2017 až březen 2018

Řešitelé projektu: Bc. Andrea Slavičková

doc. MUDr. Miloslav Kala, CSc. (vedoucí diplomové práce)

Vážená paní, vážený pane,

obracíme se na Vás se žádostí o spolupráci na výzkumném projektu, jehož cílem je zjistit praktické zkušenosti nelékařských zdravotnických pracovníků s péčí o terminálně sedovaného pacienta, informovanost o metodě terminální analgosedace formou polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovor bude trvat přibližně 20 minut. Budete odpovídat autorce na předem připravené otázky. S Vaším souhlasem bude vytvořen hlasový záznam na diktafon, který bude po zpracování záznamu a obhajobě diplomové práce smazán, z důvodu zajištění anonymity. Z účasti na projektu pro Vás nevyplývají žádné výhody či rizika. Pokud s účastí na projektu souhlasíte, připojte podpis, kterým vyslovujete souhlas s níže uvedeným prohlášením.

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném projektu. Řešitelka projektu mne informovala o podstatě výzkumu a seznámila mne s cíli a metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, podobně jako s výhodami a riziky, které pro mne z účasti na projektu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou anonymně zpracovány, použity jen pro účely výzkumu a že výsledky výzkumu mohou být anonymně publikovány.

Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci  
Hněvotínská 3 | 775 15 Olomouc | T: 585 632 880  
[www.fzv.upol.cz](http://www.fzv.upol.cz)

Měl/a jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měl/a jsem možnost se řešitelky zeptat na vše, co jsem považoval/a za pro mne podstatné a potřebné vědět. Na tyto mé dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď. Jsem informován/a , že mám možnost kdykoliv od spolupráce na projektu odstoupit, a to i bez udání důvodu.

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, každý s platností originálu, z nichž jeden obdrží moje osoba (nebo zákonný zástupce) a druhý řešitel projektu.

Jméno, příjmení a podpis řešitele projektu: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ V \_\_\_\_\_ dne: \_\_\_\_\_

Jméno, příjmení a podpis účastníka v projektu (zákonného zástupce): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ V \_\_\_\_\_ dne: \_\_\_\_\_

## Příloha 4 Přepis rozhovoru

Sestra A

<p>Dobrý den,</p> <p>nejprve bych Vám chtěla velice poděkovat za ochotu ke spolupráci a vyjádřený souhlas s nahráváním našeho rozhovoru. Tento rozhovor se bude týkat metody paliativní sedace, umírání a nesnesitelných symptomů, které mohou umírající pacienti v závěru života pociťovat. Ráda bych znala Váš názor na indikaci a používání této metody u nevyлéčitelně nemocných. Tento rozhovor bude trvat asi 20 minut a bude anonymní. Výsledky výzkumu budou zdrojem pro zpracování diplomové práce.</p>	
Tazatelka	<i>Sestra A</i>
Na jakém oddělení nebo v jakém zařízení pracujete?	<i>„V hospici v .....“</i>
Jaké je Vaše kvalifikační vzdělání a celková délka Vaší praxe?	<i>„Kvalifikaci, mám specializaci v interních oborech. Praxi mám 22 let.“</i>
Jak dlouho pracujete na současném pracovišti?	<i>„Konkrétně v hospici devět let.“</i>
Nyní Vám sdělím definici paliativní sedace: <i>„Jako paliativní sedaci označujeme farmakologické utlumení pacienta s cílem zmírnit refrakterní symptomy a dosáhnout komfortu umírajícího pacienta. Hloubka sedace je vždy individuální a závisí na intenzitě symptomů a celkovém klinickém kontextu. U některých pacientů je třeba pacienta utlumit až do hloubky soporokómatu“</i> (Sláma et al, 2016, s. 16). Jako sestra trávíte s pacientem nejvíce času. Monitorujete jeho potřeby. Vnímáte jeho utrpení. Setkal/a jste se někdy s metodou paliativní sedace v praxi?	<i>„Určitě.“</i>
Máte možnost, jako člen/ka týmu vyjádřit svůj názor k indikaci paliativní sedace?	<i>„Mám.“</i>



Tazatelka	Sestra A
<p>Spatřujete nějaká negativa, pozitiva při aplikaci této metody, pro pacienta, pro rodiny, pro Vás?</p>	<p><i>„Ono se většinou k tý sedaci přistupuje v případě, kdy jako je ten stav neřešitelný. Jako třeba masivní krvácení. Kdy pak ten člověk třeba chrlí krev, nebo z nádoru na krku. Jo u těch nádorů, většinou u toho krvácení, kdy je to hodně psychicky náročné, jak pro toho nemocného, tak pro tu rodinu. To pak toho nemocného fakt přispíváme, protože i kdyby přijela záchranka, tak toho nemocného nezachrání. A když si pacient přeje zůstat do konce doma, tak tohleto pro něj uděláme.“</i></p>
<p>Podepisuje pacient předtím nějaký souhlas?</p>	<p><i>„Podepisuje přímo informovanéj souhlas hnedka na začátku tý péče. Podepisuje informovanéj souhlas, součástí je, že ví, co je domácí hospicová péče, jestli si přeje být nebo nepřeje být informovanéj. V podstatě sestavujeme i krizový plán tý péče. Tam se může vyjádřit co dělat nebo nedělat, když se stane to nebo ono. Jsou určitý choroby, u kterých jako víme dopředu, že může nastat tahleto situace s krvácením. Nebo náka taková ta situace, kdy bude potřeba řešit ji tímhle tím způsobem, jo. Takže když v tom informovaném souhlasu, kdy ten člověk vlastně určuje jednu osobu z rodiny, většinou to bývá z rodiny, která pro tu chvíli, kdy ten člověk není schopnej sám o sobě rozhodovat, ta osoba rozhodne s tím předem vysloveným přáním toho pacienta. Takže takhle to máme ošetřený.“</i></p>

Tazatelka	Sestra A
<p>Nyní Vám sdělím ještě tuto definici refrakterních příznaků: „Někteří pacienti mají symptomy natolik intenzivní, že léková terapie je nedostatečně účinná a utrpení nemocných je tak neúnosné“ (Ghafoor, 2011, s. 523). V podstatě jste mi již odpověděla i na mé další dvě otázky, a to pro jaké příznaky a u jakých diagnóz je metoda PS používána.</p>	<p>„Většinou fakt v tedle těch případech a na tu bolest, kdy fakt nic nepomáhá, jo anebo kombinace onemocnění. Měli jsme třeba pacientku a ona, když umírala, tak ona měla tak gram morfinu prostě na hodinu, jo a k tomu měla ještě marcaín. To ji kapalo nepřetržitě v infúzi. Ona v tomhle tom případě měla fakt tak šílený bolesti, a i psychicky na tom nebyla dobře, takže jsme ji takhle jako by pomohli. Ona byla jakoby schopna komunikovat, byla v podstatě trošku uspaná. Ta analgosedace tam byla nastavena, protože ten stav to prostě vyžadoval.“</p>
<p>Ano, ráda bych se ještě zeptala, jak dlouho byla sedace prováděna a jestli mohl pacient komunikovat nebo byl zcela v bezvědomí?</p>	<p>„Ano, je to různý. Je to podle toho konkrétního stavu, jo. Protože mi ke každému přistupujeme individuálně. A je to v podstatě, většinou každopádně v tom konečném stádiu, protože my se vlastně snažíme, aby ten klient měl co nejlepší kvalitu života až do konce. A to, že by byl neustále uspanej, to o kvalitě nevypovídá. To prostě není kvalita života. Takže opravdu to je na ty poslední hodiny. Dny maximálně. Jinak taky závisí, kdy se ti lidi ozvou. Čím dřív, tím jakoby líp. My ho se vším seznámíme, získají k nám důvěru a můžem tu léčbu tak nějak nastavit. Jo. Horší je to v těch případech, kdy se nám člověk ozve, že umírá, ta rodina se ozve a my tam máme přes noc něco nastavovat. Takže je to jakoby těžší v těchhle těch případech. Fakt je to jako na tu nezbytně nutnou dobu.“</p>

Tazatelka	Sestra A
<p>Nejen u laiků se někdy setkáváme s názorem, že podávání opiátu s kombinací se sedací můžeme pacientovi zkrátit život. Co si myslíte Vy? Jaká je Vaše zkušenost?</p>	<p><i>„Záleží právě na tom, jak se to tam nastaví, no. Závisí hodně na té zkušenosti toho lékaře. My třeba máme dva lékaře, kteří jsou zároveň v ambulanci léčby bolesti a jsou anesteziologové. Dělají na ARU a oni opravdu umí to nastavit. Že to je právě i výhoda. I ta odbornost lékaře v tom hraje samozřejmě důležitou roli. A i ta sestra, která je schopna vypozerovat, co je potřeba. My pořád toho doktora nemáme s sebou, že jo. Musíme to někdy sami a po telefonu to řešit.“</i></p>
<p>Pokud Vám teď sdělím tuto definici eutanazie: „Jedná se o úmyslné ukončení života osoby na její explicitní (výslovnou) žádost někým jiným než osobou samotnou“. (Munzarová, 1996). Patříte mezi odpůrce či zastánce eutanazie?</p>	<p><i>„No, já jsem odpůrce tohodle toho. No třeba se nám stává, že jako ti lidi, když k nim přijdeme tak oni řeknou: „Zastřelte mě! Ukončete můj život!“ Většinou tohle to přání pramení z toho, že ten člověk nemá dobře nastavenou léčbu bolesti, nejsou nasazeny antidepressiva, jo. A když se to pak nastaví, tak ten člověk pak, ani ho to nenapadne. Protože je schopnej s těma lékama žít i umírat. Já nejsem zastáncem eutanazie. A jsem ráda, že to tady není uzákoněno, protože tam je velice tenkej led na to jako to zneužívat. Kolikrát je to i o tom zdravotníkovi, jak to vydrží ten stav toho pacienta, jestli je s tím smířenej, že ho nevyлéčí. A to mají hodně doktoři v nemocnici, že nejsou smířeni se smrtí.“</i></p>

Tazatelka	Sestra A
<p>V úvodu jsem Vám sdělila definici paliativní sedace, mohu ji nyní zopakovat. Jako <i>paliativní sedaci označujeme farmakologické utlumení pacienta s cílem zmírnit refrakterní symptomy a dosáhnout komfortu umírajícího pacienta. Hloubka sedace je vždy individuální a závisí na intenzitě symptomů a celkovém klinickém kontextu. U některých pacientů je třeba pacienta utlumit až do hloubky soporokómatu</i> (Sláma et al, 2016, s. 16). Spatřujete v paliativní sedaci nějaký etický problém? Pokud ano, jaký konkrétně?</p>	<p><i>„Myslím si, že ne. Že v tom není etický problém. Jestli to je dobře nastavený. Ten člověk o tom ví. Jestliže si pro případ nějakých stavů určí tu zastupující osobu, která vyplní jeho přání. A jestliže je kvalifikovaněj, odborně vzdělaněj a zkušeněj tím, kterej je schopnej to nastavit tak, aby to bylo v pořádku pro toho pacienta, tak není důvod obav z nějakého etického hlediska.“</i></p>
<p>Objevují se u Vás negativní emoce, pocity, pokud je metoda paliativní sedace u pacienta prováděna?</p>	<p><i>„Ne, ne. Nemám s tím problém, když je to pro pacienta prospěšné. A vím, že to dělám dobře.“</i></p>
<p>Hovoříte o této metodě s kolegy, s lékaři otevřeně?</p>	<p><i>„Hovoříme, není v tom žádný problém. My, když je třeba, i ty stavy těch pacientů, hlavně těch rodin, protože někdy je to těžší s tou rodinou jakoby ta komunikace. My to třeba řešíme i na supervizích, když je tam nějaký problém, tak to můžu říct a společně to vyřešíme.“</i></p>
<p>Pokud byste s metodou paliativní sedace vnitřně nesouhlasila, máte možnost vyjádřit svůj nesouhlas a předat eventuálně péči o sedovaného pacienta kolegyni/kolegovi?</p>	<p><i>„Nesetkala jsem se s takovou situací, že by byla nějaká taková situace. Kdo pracuje v hospici, se musí naučit žít se smrtí. Je to součást života.“</i></p>
<p>Chtěl/a byste k tomuto tématu něco dodat? Sdělít nějakou jinou vlastní zkušenost?</p>	<p><i>„No v podstatě, když ta analgosedace je na místě, tak bych se to nebála použít, protože ten člověk pak netrpí. Analgosedace je v podstatě regulérní paliativní postup. Je normálně lege artis.“</i></p>

Tazatelka	<i>Sestra A</i>
<p>Děkuji za spolupráci, za předání Vašich pro mě cenných zkušeností. Chtěla bych Vás znovu ujistit, že všechny informace, které budou použity v rámci mého výzkumného šetření v diplomové práci, zůstanou anonymní a Vaše osobní data nebudou nikde zveřejňována. Děkuji.</p>	<p><i>„Kdyby něco, tak se klidně ještě ozvěte.“</i></p>
<p>Nadále zůstaneme v kontaktu, kdybyste chtěla cokoli k tématu doplnit. Závěr z výzkumného šetření Vám poskytnu k nahlédnutí. Ještě jednou moc děkuji. Na shledanou.</p>	
<p>Po analýze tohoto rozhovoru a zjištění, že uváděná dávka morfinu v rozhovoru (gram za hodinu) je velice vysoká, byla tato informace ověřena. Dávkování bylo respondentkou dodatečně upřesněno a vychází takto: 4,8-9,6 mg morfinu za hodinu (i s bolusy za 24 hodin 268,8 mg) a při neředěné směsi 7,5-11,25 mg/h (s bolusy 303,75 mg/24 h). Nejvyšší dávka morfinu byla 0,304 gramu za 24 hodin.</p>	<p><i>„Pro upřesnění, jednalo se o pacientku s epidermolysis bulosa congenita. Ordinace byla takováto: 12 ampulí 1 % morfinu 10mg a 2 ampulky midazolamu 10ml naředěno do 50ml FR rychlostí 2-4 ml/hod., k tomu 3-4 ml bolusy maximálně 4x denně této směsi na epizodickou bolest a na průlomovou bolest ještě lunaldin 600 mikrogramů 1- 3krát za 24 hodin. Pak byla změna medikace. Směs morfinu a midazolamu se nedotahovala do 50ml FR – kapalo tedy 12 ml morfinu a 20ml midazolamu s.c. rychlostí 2-3 ml/hod. s bolusy 2-3 ml dle stavu maximálně 4x za den. Omlouvám se za nepřesnosti.“</i></p>

Tabulka 1 Přepis rozhovoru

## Příloha 5 Charakteristika výzkumného souboru

	<b>Sestra A</b>
<b>Celková délka praxe</b>	22 let
<b>Délka praxe v hospici</b>	9 let
<b>Kvalifikační vzdělání</b>	VS
<b>Specializační vzdělání</b>	Specializace v interních oborech
<b>Zkušenosti s PS</b>	<i>„Určitě.“</i>
<b>Datum, čas, místo rozhovoru</b>	12. 3. 2018 v 10:00, hospic
<b>Délka rozhovoru, záznam</b>	11 minut 48 sekund, diktafon
<b>Pohled na paliativní sedaci</b>	<i>„No v podstatě, když je ta analgosedace na místě tak bych se to nebála použít, protože ten člověk pak netrpí. Analgosedace je v podstatě regulérní paliativní postup. Je normálně lege artis.“</i>
<b>Postoj k eutanazii</b>	<i>Odpůrkyně ... „Já nejsem zastáncem eutanazie a jsem ráda, že to tady není uzákoněno, protože je zde velice tenký led na to to zneužívat.“ ...</i>
<b>Emoce při paliativní sedaci</b>	<i>„Nemám s tím problém, když je to pro pacienta prospěšné a vím, že to dělám dobře.“</i>

Tabulka 2 Sestra A

	<b>Sestra B</b>
<b>Celková délka praxe</b>	6 let
<b>Délka praxe v hospici</b>	6 let
<b>Kvalifikační vzdělání</b>	Dis, VS
<b>Specializační vzdělání</b>	Ne
<b>Zkušenost s PS</b>	<i>„Ano, setkala jsem se s metodou paliativní sedace v praxi, setkávám se s ní denně.“</i>
<b>Datum, čas, místo rozhovoru</b>	15. 3. 2018 13:00, domácí prostředí
<b>Délka rozhovoru, záznam</b>	12 minut 9 sekund, diktafon
<b>Pohled na paliativní sedaci</b>	<i>„Velmi kladný. Pro pacienty to vidím jako velké pozitivum na konci života, který prožili si nezaslouží trpět, zaslouží si zbytek života prožít maximálně důstojně. Pro rodinu je to někdy těžké, záleží na rodině, některá je nakloněna a nechce, aby dotyčný trpěl, jiní nedokáží pochopit, že je sedace pro dobro jejich rodinného příslušníka a nechtějí si mnozí připustit, že je konec a stále chtějí, aby pacient bojoval, i když už má před sebou například jen pár hodin života. Pro nás jako pro pečující personál je to také pozitivní. Lépe se Vám pracuje a pečuje o pacienta, který má vyřešenou bolest a má analgosedaci, aby mu bylo dobře než o pacienta, který Vám sténá před očima a vy se ho nemůžete ani dotknout anebo o pacienta, který si například díky metastázám do mozku ubližuje sám a zklidnit zkrátka potřebuje.“</i>
<b>Postoj k eutanazii</b>	<i>Pro i proti ... „Takže já jsem pro i proti. V některých případech pro, ale kvůli zneužívání proti.“ .....</i>
<b>Emoce při paliativní sedaci</b>	<i>„Při provádění metody se u mě negativní emoce a pocity neprojevují a troufla bych si tvrdit, že u nikoho, kdo na našem oddělení pracuje. Je smutné, když je člověk v terminální fázi, zvláště pak mladý člověk, ale když už je to tak, je krásné, když člověku můžete ten konec zpříjemnit a zajistit mu poslední přání a pocit být bez bolesti.“</i>

Tabulka 3 Sestra B

	<b>Sestra C</b>
<b>Celková délka praxe</b>	25 let
<b>Délka praxe v hospici</b>	1 rok
<b>Kvalifikační vzdělání</b>	VS
<b>Specializační vzdělání</b>	Ne
<b>Zkušenost s PS</b>	<i>„Samozřejmě. Každý den v podstatě.“</i>
<b>Datum, čas, místo rozhovoru</b>	12. 12. 2017 13:00, hospic
<b>Délka rozhovoru, záznam</b>	10 minut 10 sekund, diktafon
<b>Pohled na paliativní sedaci</b>	<i>„Pro nevléčitelně nemocného pacienta je to přínosné. Netrápí se. A myslím si že i pro tu rodinu. Někdy i sama rodina, když vidí, jak se pacient trápí, tak nás prosí, aby se mu něco naordinovalo.“</i>
<b>Postoj k eutanazii</b>	<i>Zastánkyně ... „Jsem spíše zastáncem eutanazie, protože někdy když jsou lidé nevléčitelně nemocní, trápí se. Trápí se i rodina. To je škoda, že to u nás není povoleno.“ ...</i>
<b>Emoce při paliativní sedaci</b>	<i>„Jen pozitivní. Já to vnímám tak, že tomu člověku pomáhám. Zklidní se. Nemá bolesti. Usnou. Vypadají spokojeně.“</i>

Tabulka 4 Sestra C



	<b>Sestra D</b>
<b>Celková délka praxe</b>	téměř 20 let
<b>Délka praxe v hospici</b>	1 rok
<b>Kvalifikační vzdělání</b>	DS
<b>Specializační vzdělání</b>	Komunitní péče
<b>Zkušenost s PS</b>	„Ano.“
<b>Datum, čas, místo rozhovoru</b>	11. 12. 2017 13:25, hospic
<b>Délka rozhovoru, záznam</b>	9 minut 52 sekund, diktafon
<b>Pohled na paliativní sedaci</b>	<i>„Pokud uvidíme, že zvládneme ty bolesti, které u onkologických diagnóz často jsou, a právě jsou provázeny neklidem. A díky této kombinaci analgetika a sedace je možné tyto negativní věci mírnit. A pro tu rodinu potom pokud se jim to vysvětlí dobře. Je potřeba komunikovat. Tak si myslím, že to není problém, že ve většině případů, to přijímají pozitivně. Nesetkáváme se s extra negativními reakcemi.“</i>
<b>Postoj k eutanazii</b>	Odpůrkyně ... <i>„Rozhodně eutanazii ne! Protože si myslím, že právě proto tady máme tu paliativu a máme ty možnosti. Je to o informovanosti veřejnosti.“ ...</i>
<b>Emoce při paliativní sedaci</b>	<i>„Ne. Já si myslím, že hezčí pohled je na klienta, který je bez bolesti a v klidu spí než na klienta, který nařiká nebo to nemůže sdělit a musíte to vydedukovat.“</i>

Tabulka 5 Sestra D

	<b>Sestra E</b>
<b>Celková délka praxe</b>	40 let
<b>Délka praxe v hospici</b>	3 roky
<b>Kvalifikační vzdělání</b>	VS
<b>Specializační vzdělání</b>	Ne
<b>Zkušenost s PS</b>	<i>„Ano, ano. Používáme to tady.“</i>
<b>Datum, čas, místo rozhovoru</b>	11. 12. 2017 13:00, hospic
<b>Délka rozhovoru, záznam</b>	10 minut 11 sekund, diktafon
<b>Pohled na paliativní sedaci</b>	<i>„Rozhodně pozitivní, rozhodně převládá. Negativa jsou taky, ale pozitiva jsou, že ten klient umírá bez bolesti. Je to komfortní odcházení za přítomnosti personálu a hlavně bez té bolesti. Akorát, když je někdy ta hluboká sedace, kdy se musí více utlumit, ale když to vezmu ve vztahu k té bolesti tak je lepší volit ten útlum. Je to vždy se souhlasem s rodinou. A myslím si, že i rodiny jsou s tím spokojeny. S tím, že jejich blízký neumírá v bolestech, ale v klidu a v pohodě.“</i>
<b>Postoj k eutanazii</b>	<i>Zastánkyně... „Já bych byla zastáncem. Po té zkušenosti, kterou tady mám, je to sice krátká doba, co tady sloužím, ale rozhodně jsem zastáncem.“ ...</i>
<b>Emoce při paliativní sedaci</b>	<i>„Pokud je to správně prováděno a indikované, tak je to v pohodě. Je to plus. Pokud jsou tam problémy. Vždy to záleží na lékaři a já musím respektovat, jeho rozhodnutí. Ale můžu mu přispět, aby to napravil.“</i>

Tabulka 6 Sestra E

	<b>Sestra F</b>
<b>Celková délka praxe</b>	22 let
<b>Délka praxe v hospici</b>	4 roky
<b>Kvalifikační vzdělání</b>	VS
<b>Specializační vzdělání</b>	V intenzivní péči
<b>Zkušenost s PS</b>	„Ano.“
<b>Datum, čas, místo rozhovoru</b>	7. 12. 2017 13:00, hospic
<b>Délka rozhovoru, záznam</b>	10 minut 51 sekund, diktafon
<b>Pohled na paliativní sedaci</b>	<i>„Určitě je to pozitivní pro pacienta, protože ti lidé se soustředí už jen na základní potřeby, aby neměli bolest, netrpěli, ale musí se na to připravit rodina. Někdy by nemocný sám chtěl tuto metodu podstoupit, ale rodina se tomu brání.“</i>
<b>Postoj k eutanazii</b>	<i>Odpůrkyně ... „Patřím mezi odpůrce, protože v dnešní době je možno lidem pomoci od bolesti a utrpení. Existují prostředky, jak jim lze pomoci. A měla bych obavu ze zneužívání.“ ...</i>
<b>Emoce při paliativní sedaci</b>	<i>„Nemám negativní emoce. Prostě to patří k léčbě, je to součástí léčby u těch pokročilých stavů, neléčitelných.“</i>

Tabulka 7 Sestra F

	<b>Sestra G</b>
<b>Celková délka praxe</b>	17 let
<b>Délka praxe v hospici</b>	1 rok
<b>Kvalifikační vzdělání</b>	Dis, Bc., VS
<b>Specializační vzdělání</b>	Ne
<b>Zkušenost s PS</b>	<i>„Ano. Setkala.“</i>
<b>Datum, čas, místo rozhovoru</b>	7. 12. 2017 15:00, domácí prostředí
<b>Délka rozhovoru, záznam</b>	12 minut 34 sekund, diktafon
<b>Pohled na paliativní sedaci</b>	<i>„Já jsem pro, protože to pomáhá tomu člověku uvolnit napětí, tu bolest. I pro tu rodinu je to třeba lepší, když vidí, že se pacient tak netrápí. Já to třeba vítám. Zlepšuje to komfort tomu člověku. Za těch sedmnáct let praxe jsem měla možnost vidět řadu umírajících pacientů, řadu utrpení, které nikdo neřešil. A tady opravdu pacient odchází smířený, uvolněný, klidný a netrpí. Je to strašný rozdíl oproti umírání v nemocnici, co se týče komfortu a kvality života umírajícího.“</i>
<b>Postoj k eutanazii</b>	Odpůrkyně ... <i>„nejsem pro eutanazii. Vlastně jsem o tom zas tak moc nepřemýšlela, ale myslím si, že jsem pro metodu analgosedace.“</i> ...
<b>Emoce při paliativní sedaci</b>	<i>„Nemám žádné negativní emoce.“</i>

Tabulka 8 Sestra G

	<b>Sestra H</b>
<b>Celková délka praxe</b>	Přes 30 let
<b>Délka praxe v hospici</b>	3 roky
<b>Kvalifikační vzdělání</b>	VS
<b>Specializační vzdělání</b>	Ne
<b>Zkušenost s PS</b>	<i>„Ano, ale málo. Když si na to lidé navykli, byli v tomto stavu i dlouhou dobu.“</i>
<b>Datum, čas, místo rozhovoru</b>	7. 12. 2017 16:15, hospic
<b>Délka rozhovoru, záznam</b>	9 minut 34 sekund, diktafon
<b>Pohled na paliativní sedaci</b>	<i>„Člověk netrpí, v klidu odejde. Většinou rodina se s tím nedokáže smířit. Někdo řekne, že před 14 dny jezdil klient ještě na kole a teď to má vše skončit. Jen tak.“</i>
<b>Postoj k eutanazii</b>	<i>Zastánkyně ... „Je jasné, že by se to dalo zneužít. Já jsem vcelku pro. Hlavně v určitých případech.“ ....</i>
<b>Emoce při paliativní sedaci</b>	<i>„Žádné negativní emoce nemám. Spíš mě vadí, když to ten člověk naopak vše vnímá. Je při vědomí, má v očích strach a děs. Bojí se toho, co přijde. To na mě spíš působí negativně. Takže jsem pro tu sedaci, aby to ten člověk v klidu prožil, bez všech děsů.“</i>

Tabulka 9 Sestra H

	<b>Sestra I</b>
<b>Celková délka praxe</b>	2 roky
<b>Délka praxe v hospici</b>	2 roky
<b>Kvalifikační vzdělání</b>	Bc., Mgr., VS
<b>Specializační vzdělání</b>	Geriatric
<b>Zkušenost s PS</b>	„Ano tady určitě.“
<b>Datum, čas, místo rozhovoru</b>	23. 11. 2017 13:05, hospic
<b>Délka rozhovoru, záznam</b>	11minut 11 sekund, diktafon
<b>Pohled na paliativní sedaci</b>	... „Zápory bych možná řekla, akorát tak, třeba pro tu rodinu. Kolikrát když přijdou na návštěvu, třeba jsou zvyklí, že s nima maminka, tatínek komunikují. A potom jak se dostanou do tohoto stádia, potom jsou oni překvapení že už s nima nemluví. Třeba nejí, nepijí. A jsou z toho špatní. To bych řekla, jakože pro tu rodinu, pro toho klienta je to lepší, než aby trpěl bolestí.“
<b>Postoj k eutanazii</b>	Zastánkyně ... „No, já bych s eutanazií souhlasila, kdyby tady byla povolena, ale pouze s tím, kdyby s tím souhlasil pouze člověk samotný, kterého se to týká.“ ...
<b>Emoce při paliativní sedaci</b>	„Nemám negativní emoce.“

Tabulka 10 Sestra I

## Příloha 6 Rozdíly mezi kontinuální hlubokou sedací (CDS) a eutanazií

	<b>Continuous, deep sedation until the moment of death</b>	<b>Euthanasia</b>
<b>Aim</b>	To relieve suffering	To end suffering
<b>Means</b>	Lowering consciousness	Terminating life
<b>Medical procedure</b>	Normal procedure	Exceptional medical procedure
<b>Indications</b>	Intractable (largely somatic) symptoms causing unbearable suffering	Unbearable suffering with no prospect of improvement
<b>Only in the final stage of life</b>	Yes, applicable in the case of a patient who is dying and who is expected to die within 1 or 2 weeks (precondition)	No
<b>Patient consent</b>	If possible	Invariably (well-considered request)
<b>Consultation with independent physician</b>	Not unless expertise lacking	Mandatory
<b>Decision-making</b>	If possible, consensus between patient, family and professional carers	Primarily patient and physician
<b>Medication</b>	Sedatives (esp. benzodiazepines)	Barbiturates and muscle relaxants
<b>Dosage</b>	Titrated to relieve suffering	Rapid overdosing
<b>Administration</b>	Physician and nurses	Physician
<b>In principle reversible</b>	Yes	No
<b>Shortens life</b>	No	Yes
<b>Death by natural causes</b>	Yes	No
<b>Statutory controls</b>	As for any other medical procedure	Separate legislation
<b>Notification and review procedure</b>	No	Mandatory

Tabulka 11 Differences between CDS and euthanasia

(KNMG Guideline for Palliative Sedation, 2009, s. 69)

	<b>Kontinuální hluboká sedace až do smrti</b>	<b>Eutanazie</b>
<b>Cíl</b>	Zmírnit utrpení	Ukončit utrpení
<b>Možnosti</b>	Snížení vědomí	Ukončení života
<b>Lékařská procedura</b>	Běžný postup	Výjimečná lékařská procedura
<b>Indikace</b>	Nezvladatelné (převážně somatické) symptomy, které způsobují nesnesitelné utrpení	Nesnesitelné utrpení bez možnosti zlepšení
<b>Pouze v závěrečné fázi života</b>	Ano, použitelné v případě pacienta, který umírá a u něhož se předpokládá úmrtí během 1 nebo 2 týdnů (předběžná podmínka)	Ne
<b>Souhlas pacienta</b>	Pokud je to možné	Vždy (dobře zvažovaný požadavek)
<b>Konzultace s nezávislým lékařem</b>	Není-li odbornost nedostatečná	Povinná
<b>Rozhodování</b>	Pokud je to možné, shoda mezi pacienty, rodinou a profesionálními pečovateli	Primárně pacient a lékař
<b>Léčiva</b>	Sedativa (zejména benzodiazepiny)	Barbituráty a svalová relaxancia
<b>Dávkování</b>	Titrované pro zmírnění utrpení	Rychlé předávkování
<b>Administrativa</b>	Lékař a sestra	Lékař
<b>V zásadě reverzibilní</b>	Ano	Ne
<b>Zkracuje život</b>	Ne	Ano
<b>Smrt z přirozených příčin</b>	Ano	Ne
<b>Statutární kontroly</b>	Stejně jako u jiných lékařských postupů	Oddělená legislativa
<b>Postup oznámení a přezkumu</b>	Ne	Povinné

Tabulka 12 Rozdíly mezi CDS a eutanazií (český překlad)



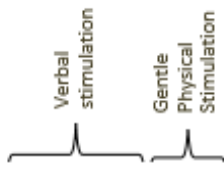


## Best Practice: Standardized Monitoring in Palliative Sedation Therapy

Use of a standardized tool to assess a patient's level of sedation improves clinician monitoring, communication and documentation in Palliative Sedation Therapy (PST).

### Richmond Agitation-Sedation Scale – Palliative Version (RASS-PAL)

Score	Term	Description
+4	Combative	Overtly combative, violent, immediate danger to staff (e.g. throwing items); +/- attempting to get out of bed or chair
+3	Very agitated	Pulls or removes lines (e.g. IV/SQ/Oxygen tubing) or catheter(s); aggressive, +/- attempting to get out of bed or chair
+2	Agitated	Frequent non-purposeful movement, +/- attempting to get out of bed or chair
+1	Restless	Occasional non-purposeful movement, but movements not aggressive or vigorous
0	Alert and calm	
-1	Drowsy	Not fully alert, but has sustained awakening (eye-opening/eye contact) to voice (10 seconds or longer)
-2	Light sedation	Briefly awakens with eye contact to voice (less than 10 seconds)
-3	Moderate sedation	Any movement (eye or body) or eye opening to voice (but no eye contact)
-4	Deep sedation	No response to voice, but any movement (eye or body) or eye opening to stimulation by light touch
-5	Not rousable	No response to voice or stimulation by light touch



#### Procedure for RASS-PAL

- Observe patient for 20 seconds.
  - Patient is alert, restless, or agitated for more than 10 seconds. **Note:** If patient is alert, restless, or agitated for less than 10 seconds and is otherwise drowsy, then score patient according to your assessment for the majority of the observation period.
  - If not alert, greet patient, call by name and say "open your eyes and look at me".
    - Patient awakens with sustained eye opening and eye contact (10 seconds or longer).
    - Patient awakens with eye opening and eye contact, but not sustained (less than 10 seconds).
    - Patient has any eye or body movement in response to voice but no eye contact.
      - When no response to verbal stimulation, physically stimulate patient by light touch e.g. gently shake shoulder.
      - Patient has any eye or body movement to gentle physical stimulation.
      - Patient has no response to any stimulation.

Score 0 to +4
Score -1 Score -2
Score -3
Score -4 Score -5

## Hospice Palliative Care Tip of the Month April 2018

- The Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS) is a simple observational instrument which was developed and validated for the intensive care setting.
- RASS is commonly used and recommended in palliative care settings to assess sedation and distress levels in palliative care patients with lowered consciousness.
- The RASS was adapted to the palliative care context in a recent study, which confirmed the validity and feasibility of the RASS-PAL.
- Unlike the original RASS, the RASS-PAL does not require eliciting a patient's response using painful or startling stimuli, in keeping with the aim of palliative sedation therapy: to administer the lightest sedation necessary for symptom relief.

**Sources:**

- Bush SH, Grassau PA, Yarmo MM, Zhang T, Zinkie SJ, Pereira JL: The Richmond Agitation-Sedation Scale modified for palliative care inpatients (RASS-PAL): a pilot study exploring validity and feasibility in clinical practice. *BMC Palliative Care* 2014, 13:17. [10.1186/1472-684X-13-17](https://doi.org/10.1186/1472-684X-13-17)
- Sessler CN, Gosnell MS, Grap MJ, Brophy GM, O'Neal PV, Keane KA, Tesoro EP, Emswick RK: The Richmond Agitation-Sedation Scale: validity and reliability in adult intensive care unit patients. *Am J Respir Crit Care Med*. 2002, 166: 1338-1344. [10.1164/rccm.2107138](https://doi.org/10.1164/rccm.2107138)
- Waterloo Wellington Interdisciplinary HPC Education Committee, PST Task Force (2015). The Waterloo Wellington Palliative Sedation Therapy Protocol. Canada: Author. Available at [http://hpcconnection.ca/wp-content/uploads/2016/10/22916\\_palliativesedation\\_protocol\\_w.pdf](http://hpcconnection.ca/wp-content/uploads/2016/10/22916_palliativesedation_protocol_w.pdf)

## Příloha 8 SRQR – Standard for Reporting Qualitative Research

Table 1  
Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR)<sup>a</sup>

No.	Topic	Item
<b>Title and abstract</b>		
S1	Title	Concise description of the nature and topic of the study Identifying the study as qualitative or indicating the approach (e.g., ethnography, grounded theory) or data collection methods (e.g., interview, focus group) is recommended
S2	Abstract	Summary of key elements of the study using the abstract format of the intended publication; typically includes background, purpose, methods, results, and conclusions
<b>Introduction</b>		
S3	Problem formulation	Description and significance of the problem/phenomenon studied; review of relevant theory and empirical work; problem statement
S4	Purpose or research question	Purpose of the study and specific objectives or questions
<b>Methods</b>		
S5	Qualitative approach and research paradigm	Qualitative approach (e.g., ethnography, grounded theory, case study, phenomenology, narrative research) and guiding theory if appropriate; identifying the research paradigm (e.g., postpositivist, constructivist/interpretivist) is also recommended; rationale <sup>b</sup>
S6	Researcher characteristics and reflexivity	Researchers' characteristics that may influence the research, including personal attributes, qualifications/experience, relationship with participants, assumptions, and/or presuppositions; potential or actual interaction between researchers' characteristics and the research questions, approach, methods, results, and/or transferability
S7	Context	Setting/site and salient contextual factors; rationale <sup>b</sup>
S8	Sampling strategy	How and why research participants, documents, or events were selected; criteria for deciding when no further sampling was necessary (e.g., sampling saturation); rationale <sup>b</sup>
S9	Ethical issues pertaining to human subjects	Documentation of approval by an appropriate ethics review board and participant consent, or explanation for lack thereof; other confidentiality and data security issues
S10	Data collection methods	Types of data collected; details of data collection procedures including (as appropriate) start and stop dates of data collection and analysis, iterative process, triangulation of sources/methods, and modification of procedures in response to evolving study findings; rationale <sup>b</sup>
S11	Data collection instruments and technologies	Description of instruments (e.g., interview guides, questionnaires) and devices (e.g., audio recorders) used for data collection; if/how the instrument(s) changed over the course of the study
S12	Units of study	Number and relevant characteristics of participants, documents, or events included in the study; level of participation (could be reported in results)
S13	Data processing	Methods for processing data prior to and during analysis, including transcription, data entry, data management and security, verification of data integrity, data coding, and anonymization/deidentification of excerpts
S14	Data analysis	Process by which inferences, themes, etc., were identified and developed, including the researchers involved in data analysis; usually references a specific paradigm or approach; rationale <sup>b</sup>
S15	Techniques to enhance trustworthiness	Techniques to enhance trustworthiness and credibility of data analysis (e.g., member checking, audit trail, triangulation); rationale <sup>b</sup>
<b>Results/findings</b>		
S16	Synthesis and interpretation	Main findings (e.g., interpretations, inferences, and themes); might include development of a theory or model, or integration with prior research or theory
S17	Links to empirical data	Evidence (e.g., quotes, field notes, text excerpts, photographs) to substantiate analytic findings
<b>Discussion</b>		
S18	Integration with prior work, implications, transferability, and contribution(s) to the field	Short summary of main findings; explanation of how findings and conclusions connect to, support, elaborate on, or challenge conclusions of earlier scholarship; discussion of scope of application/generalizability; identification of unique contribution(s) to scholarship in a discipline or field
S19	Limitations	Trustworthiness and limitations of findings

(Table continues)

Table 1  
(Continued)

No.	Topic	Item
<b>Other</b>		
S20	Conflicts of interest	Potential sources of influence or perceived influence on study conduct and conclusions; how these were managed
S21	Funding	Sources of funding and other support; role of funders in data collection, interpretation, and reporting

<sup>a</sup>The authors created the SRQR by searching the literature to identify guidelines, reporting standards, and critical appraisal criteria for qualitative research; reviewing the reference lists of retrieved sources; and contacting experts to gain feedback. The SRQR aims to improve the transparency of all aspects of qualitative research by providing clear standards for reporting qualitative research.

<sup>b</sup>The rationale should briefly discuss the justification for choosing that theory, approach, method, or technique rather than other options available, the assumptions and limitations implicit in those choices, and how those choices influence study conclusions and transferability. As appropriate, the rationale for several items might be discussed together.

(O'Brien, 2014, s. 1247-1248)