

25. Shimoyama, N., Shimoyama, M. Nebulized furosemide as a novel treatment for dyspnea in terminal cancer patients. *J. Pain. Symptom. Manage.*, 2002, 23, 1, p. 73–76.
26. Kohara, H., Ueoka, H., Aoe, K. et al. Effect of nebulized furosemide in terminally ill cancer patients with dyspnea. *J. Pain. Symptom. Manage.*, 2003, 26, 4, p. 962–967.
27. Wilcock, A., Walton, A., Manderson, C. et al. Randomised, placebo controlled trial of nebulised furosemide for breathlessness in patients with cancer. *Thorax*, 2008, 63, 10, p. 872–875.

Práce je původní a nebyla publikována ani není zaslána k recenznímu řízení do jiného média.

Autor prohlašuje, že nemá střet zájmů v souvislosti s tématem práce.

Do redakce došlo dne 21. 1. 2016.

Do tisku přijato dne 12. 11. 2016.

Adresa pro korespondenci:

MUDr. Roman Škulec, Ph.D.

e-mail: skulec@email.cz

ZAJÍMAVOSTI Z LITERATURY

MÁ NÁBOŽENSKÁ VÍRA VZTAH K NAŠIM MEDICÍNSKÝM ROZHODOVÁNÍM?

EDGREN EL: *What has religion got to do with* *Critical Care Medicine* 2016, 44; 11: 2109–2110. 2 citace, www.ccmjournal.org, DOI: 10.1097/CCM.0000000000001920

Rozhodování o životě pacienta má nejen klinickou, ale i etickou a morální složku, má právní i ekonomický dosah. Nelze je založit pouze na osobním medicínském názoru lékaře-intenzivisty.

Studie (PUTMAN et al. – *CCM* 2016, 44: 1996–2002) se v USA věnovala dotazníkovou formou výzkumu postojů lékařů-intenzivistů různého zaměření.

Z počtu 1 878 oslovených lékařů bylo možno posoudit 1 156 odpovědí (62 %). Základem dotazníku bylo rozhodnutí o komplikované kazuistice 47letého pacienta – nabídka umožňovala až 32 různých kroků v komunikaci, v posuzování a rozhodnutí o další léčbě a péči.

V první části parametrů byly začleněny osobní údaje a dotazy na životní filozofii pacienta; další hodnocení si žádalo posouzení kvality života v rozmezí 1–100. V třetí kategorii měli respondenti navrhnout další postup u kazuistiky konkrétního pacienta, akutně hospitalizovaného pro těžkou aspirační pneumonii se selháním dýchání, který

není aktuálně schopen kontaktu a nemá zformulována svá přání pro dobu budoucí. V tomto ohledu byla možnost volit mezi paliativní péčí a plnou terapií.

V zemích, kde jsou víra a náboženství podstatné pro majoritní část populace, rozhoduje, zda se v tomto směru jedná o poměrně uniformní většinový moment nebo zda převládá značná diverzifikace náboženství a vír.

V převážně ateistických zemích je situace odlišná. Rozdíly je nutno vnímat, což se týká nejen pacientů, ale i osobního profilu rozhodujících lékařů.

Věřící lékaři věnovali kvalitě života pacientů vyšší významovou příčku, častěji se rozhodli pro plnou terapii. Nerozhodovalo přitom jejich aktuální vyznání mezi křesťanstvím, islámem, hindu nebo židovským. Menší význam měl u lékařů jejich věk, pohlaví a odborná specializace.

Na konečném rozhodnutí se u lékařů podílely především medicínské aspekty: mentální funkce a kognice pacienta, stav jeho výživy, míra soběstačnosti, pravděpodobnost rekondice alespoň k předchozímu stavu.

Pro rozhodování o komunikaci s pacienty i s jejich rodinami bude třeba lékařům přiblížit potřebu širšího pochopení jejich osobností, představ a vztahů.

Připravila doc. MUDr. Jarmila Drábková, CSc., e-mail: jarmiladrabkova@gmail.com