



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Paliativní péče v přednemocniční neodkladné péči

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

Specializace ve zdravotnictví

Autor: Štěpán Doboš

Vedoucí práce: Mgr. Barbora Němcová

České Budějovice 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou/diplomovou práci s názvem „*Paliativní péče v přednemocniční neodkladné péči*“ jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské/diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 6. 5. 2022

Poděkování

Touto cestou bych chtěl poděkovat vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Barboře Němcové za vstřícný přístup, poskytování rad a čas, který mi věnovala při psaní mé bakalářské práce.

Dále bych chtěl poděkovat rodině za podporu během studia a informantům za jejich čas a ochotu během poskytování rozhovorů k praktické části mé práce.

Paliativní péče v přednemocniční neodkladné péči

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá tématem paliativní péče v kontextu zdravotnické záchranné služby. Základem paliativní péče je zkvalitnění péče o pacienty, u kterých již byla kurativní léčba vyměněna za léčbu paliativní. Téma je aktuální, neboť zdravotničtí záchranáři dnes stále častěji vyjíždějí k paliativním pacientům.

Hlavním cílem práce je zjistit, jak zdravotničtí záchranáři rozeznávají potřeby paliativních pacientů. V práci se dále porovnává znalost záchranářů ohledně možností poskytování paliativní péče a je zjišťováno, zda se cítí být psychicky připraveni na výjezdy k paliativním pacientům. Výzkumné otázky jsou: „Jaké pracovníci zdravotnické záchranné služby rozeznávají potřeby paliativních pacientů?“, „Jaké pracovníci zdravotnické záchranné služby znají možnosti poskytování paliativní péče?“ a „Jak se pracovníci zdravotnické záchranné služby cítí být psychicky připraveni na výjezdy k paliativním pacientům?“ Práce obsahuje teoretickou a empirickou část. Teoretická část definuje paliativní péči a rozděluje potřeby paliativních pacientů i druhy poskytování paliativní péče. Rozebírá možnosti poskytování paliativní péče v Jihočeském kraji a otázky konfrontace zdravotnické záchranné služby s paliativní medicínou. V empirické části je předloženo kvalitativní výzkumné šetření za využití polostrukturovaných rozhovorů s vybranými zdravotnickými záchranáři.

Odpovědi na výzkumné otázky vycházejí ze zkušeností zdravotnických záchranářů s problematikou a reflektují jejich pohled na ni. Paliativní péče je jimi vnímána jako složité téma, které by mělo být lépe řešeno. Z hlediska srovnání s odbornou literaturou o fenoménu paliativní péče projevují zdravotničtí záchranáři dobrou znalost o možnostech jejího poskytování i o potřebách paliativních pacientů. Vypovídají, že po psychické stránce jsou připraveni na výjezdy k těmto pacientům, i když náročnějšími jsou výjezdy k pacientům dětským nebo mladším.

Klíčová slova:

Paliativní péče; zdravotnický záchranář; přednemocniční neodkladná péče; etika; potřeby

Paliative care in pre-hospital emergency care

Abstract

This bachelor thesis is concerned with the topic of palliative care in the context of paramedic services. The basic feature of palliative care is the amelioration of care for patients whose curative treatment has been replaced by palliative treatment. The topic is actual because today paramedics visit palliative patients more often.

The main goal of the thesis is to learn how paramedics discern the needs of palliative patients. In the thesis, paramedics' knowledge about possibilities of delivering palliative care is researched, as well as their psychical readiness for visits of palliative patients. Research questions are: "What needs of palliative patients employees of paramedic services discern?", "What possibilities of delivering palliative care these employees know?", "How do employees of paramedic services feel about their psychical readiness for visits of palliative patients?" The thesis contains theoretical and empirical parts. The theoretical one defines palliative care and differentiate among palliative patients' needs, and among kinds of delivering palliative care. It analyses possibilities of palliative care delivering in the South Bohemian Region and questions of the confrontation of paramedic services with palliative medicine. The empirical part provides a qualitative research analysis that uses semi-structured interviews with chosen paramedics.

Answers to the research questions result from experience of paramedics with the chosen topic and reflect their views on it. Palliative care is perceived as a difficult subject by them that better needs to be dealt with. In light of the confrontation with scholarly literature about the phenomenon of palliative care, chosen paramedics have good knowledge of possibilities of delivering palliative care, as well as of palliative patients' needs. In addition, they declare that they are psychically ready for visits of these patients, yet some more demanding visits happen in the case of infant and younger patients.

Key words:

paliative care; paramedic; pre-hospital emergency care; ethics; needs

Obsah

Úvod.....	9
1 Současný stav.....	10
1.1 Paliativní péče.....	10
1.2 Rozdělení potřeb pacientů	11
1.2.1 Biologické potřeby	11
1.2.2 Sociální potřeby	12
1.2.3 Psychologické potřeby	12
1.2.4 Spirituální potřeby.....	12
1.3 Dělení paliativní péče	13
1.4 Paliativní péče v České republice	14
1.4.1 Paliativní péče v Jihočeském kraji	14
1.4.2 Specializovaná ambulantní péče	14
1.4.3 Lůžková péče	14
1.4.4 Hospicová péče	15
1.5 Smrt a umírání.....	16
1.6 Přednemocniční neodkladná péče	16
1.6.1 Etika přednemocniční neodkladné péče	17
1.6.2 Dříve vyslovené přání	18
1.6.3 Do not resuscitate.....	19
1.6.4 Psychická zátěž.....	20
2 Cíle práce a výzkumné otázky	22
2.1 Cíle práce	22
2.2 Výzkumné otázky.....	22
3 Metodika.....	23
3.1 Metodika výzkumu.....	23

3.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	23
4	Výsledky	26
4.1	Kategorie Vnímání.....	26
4.2	Kategorie Potřeby.....	26
4.3	Kategorie Možnosti a poskytování.....	28
4.4	Kategorie Výjezd	30
4.5	Kategorie Psychická náročnost.....	35
5	Diskuse.....	37
6	Závěr.....	41
7	Použité zdroje.....	42
8	Seznam příloh.....	46
9	Seznam zkratk	49

Úvod

Paliativní péče je v dnešní době již obecně známý pojem, který je často spojován s onkologickými onemocněními, se starými lidmi a hospici, ale ne vždy tomu tak bývá. Paliativní péče může být poskytována v nemocnici, hospici, ale i doma. Také paliativní pacienti nemusí být vůbec staří lidé v důchodovém věku, ale pacienti všech věkových skupin. V této práci se budeme zabývat problematikou, která spojuje paliativní péči a přednemocniční neodkladnou péči, protože často nastává situace, kdy je zavolána zdravotnická záchranná služba k pacientovi, který je ve stádiu onemocnění, kdy mu již není možné poskytnout efektivní léčbu a může nastat etická a morální problematika umělého prodlužování života. Toto téma je plné etických problémů umírání, péče o umírající, paliativní péče a problematiky propojení tohoto tématu s přednemocniční neodkladnou péčí.

Tato dvě témata se v dnešní době stávají stále více propojena a nezdají se být patřičně vyřešena, jelikož paliativní pacienti se dostávají do prostředí intenzivních oddělení, která nejsou schopná poskytnout odpovídající péči. V souvislosti se současnou medicínou vznikají otázky: Měl by být uměle prodlužovaný život pacienta? Kdy je vhodné nechat pacienta odejít? Jak daleko až můžeme s dnešní velmi pokročilou medicínou dojít? Pokrok současné medicíny má za následek prodlužování lidského života. Ovšem v těchto ne úplně ojedinělých případech je zapotřebí se zamyslet nad tím, jakou kvalitu života bude mít pacient nadále.

Skladba posádek zdravotnické záchranné služby v Jihočeském kraji je převážně zdravotnický záchranář a řidič (záchranář). V případě, že není k dispozici lékař, je zdravotnický záchranář často postaven před dilema, které zpravidla nemůže adekvátně řešit, jelikož je nucen i zjevně paliativního pacienta odvést do zdravotnického zařízení. Možnost, kterou v daném případě má je buď nechat pacienta podepsat negativní reverz, čehož pacient nemusí být schopen nebo druhou možností je, si dovolat lékaře na místo zásahu, nebo situaci s lékařem telefonicky konzultovat, zda může zdravotnický záchranář zanechat pacienta v domácím prostředí. Je možné tyto případy označit za "zátěž" pro zdravotnickou záchrannou službu, jelikož její koncept je zasahovat u akutních život ohrožujících případů a kvůli její vyčerpání, kupříkladu i tímto druhem výjezdů, by pak nemusela mít kapacity u některých akutních případů zasahovat.

1 Současný stav

Paliativní péči je věnováno stále více pozornosti nejen u nás, ale i ve světě. Světová zdravotnická organizace (WHO) staví paliativní medicínu jako jednu z priorit při poskytování péče ve vyspělých státech. Prozatím nejsou výsledky tohoto snažení příliš úspěšné a v České republice stále schází lůžka hospicové péče. Z tohoto důvodu roste počet pacientů nacházející se v domácí péči, kde při zhoršení stavu pacienta rodina často aktivuje složky Zdravotnické záchranné služby. Paliativní pacienti se tak dostávají na akutní nemocniční lůžka, kde nejsou a ani nemohou být plně uspokojeny potřeby paliativní péče.

1.1 Paliativní péče

Paliativní péče se zaměřuje na zkvalitnění života pacientů, kteří čelí život ohrožující nemoci. Tento druh péče je poskytován jak pacientům samotným tak i jejich rodinám během průběhu nevléčitelného onemocnění (Brighton a Bristowe, 2016). Bužgová (2015) označuje paliativní péči jako novější obor s krátkou historií, rovněž zmiňuje, že paliativní medicína začala dělat pokroky až v druhé polovině 20. století. Kupka (2014) ale tvrdí, že o paliativní péči by se dalo mluvit jako o jedné z nejstarších zdravotnických disciplín. Toto lze přisoudit tomu, že již v minulosti se v tomto ohledu dalo postupovat zejména za účelem zmírnění obtíží nemocného, ulevení od bolesti nebo uspokojování jiných potřeb pacienta. Současná medicína je na vyšší především technologické úrovni, používá komplikované přístrojové vybavení a komplexní vyšetřovací metody. Jediným cílem se tedy stává uzdravení nemocného a jakákoliv jiná alternativa je často brána jako selhání. V současné medicíně je zvykem bojovat o každý lidský život. Důsledkem tohoto přesvědčení je, že současná úroveň zdravotnické péče zdánlivě dokáže pomoci úplně každému. Kvůli těmto podmínkám se v současné medicíně stává smrt nepatřičným a neakceptovatelným výsledkem jakýchkoliv snah zdravotnického personálu (Kupka, 2014).

Meffert et al. (2016) uvádějí, že v dřívějších dobách se paliativní péče aplikovala pouze u pokročilých stádií karcinomů. Dnes se paliativní péče kromě terminálních stádií karcinomů využívá i pro jiné nevléčitelné onemocnění, které omezuje pacientovu kvalitu života. Paliativní péče má být aplikována nejen v době, kdy je pacientovi zjištěna nevléčitelná nemoc, ale i v jejím průběhu a v neposlední řadě na konci pacientova života.

Kupka (2014) uvádí, že definic a charakteristik paliativní péče je v současné době mnoho. Definice kladou důraz na aspekty lékařské i nelékařské zdravotnické péče, péče o rodinu nemocného a dbají na uspokojení celé škály pacientových potřeb. Paliativní péče by rovněž měla fungovat podle holistického přístupu k pacientovi a zohledňovat jeho celistvost. Zvláště velký důraz je kladen na multidisciplinární přístup k pacientovi, ať už se jedná o kteroukoliv formu paliativní péče. Definice se zpravidla nezmiňují o terminální péči nebo péči o umírající. V roce 1990 označila Světová zdravotnická organizace paliativní péči jako celkovou péči o pacienta, jehož onemocnění nereaguje na kurativní léčbu a jako nejdůležitější aspekt vnímá léčbu bolesti, stejně jako řešení psychologických, sociálních a spirituálních problémů pacientů (Vorlíček et al., 2004). Tato definice se stala velice přínosnou zejména kvůli označení nejdůležitějšího cíle, kterým je kvalita života pacienta, na což do té doby nebyl brán velký ohled. V roce 2002 vznikla novější definice, která klade důraz na zmírňování celkového utrpení pacienta stejně jako zmírnění ostatních potíží (Bužgová, 2015).

1.2 Rozdělení potřeb pacientů

Z hlediska potřeb je důležité přistupovat k pacientovi jako celku. Člověk je biologická, psychologická, sociální a v neposlední řadě spirituální bytost. K člověku by proto mělo být přistupováno v celé této celistvé rovině (Jankovský, 2018). Burda a Šolcová (2015) kladou důraz, že ošetrovatelská péče by neměla být generalizovaná pro každého pacienta a mělo by být ke každému pacientovi přistupováno individuálně. Bužgová (2015) zmiňuje, že by mělo dojít k diskuzi ohledně rozsahu potřeb pacienta v paliativní péči, což je podmínkou k dosažení co nejkvalitnější péče o umírajícího pacienta. Proto v průběhu péče o pacienty s nevléčitelným onemocněním dochází k prolínání kurativních a paliativních postupů.

1.2.1 Biologické potřeby

Tato potřeba zahrnuje celkovou péči o tělo umírajícího pacienta. Je nutné zahrnout pestrou, vyváženou a upravenou stravu pacienta a dbát ve zvýšené míře na jeho hydrataci (Svatošová, 2012). Haškovcová (2007) zdůrazňuje, že s tím souvisí další biologická potřeba - potřeba vyprazdňování. Při této potřebě by mělo být respektováno pacientovo soukromí a snažit se o to, aby pacientovo vyprazdňování bylo dosaženo co nejpřirozenější cestou. Je rovněž důležité zajistit pacientovi klidný odpočinek a spánek, jehož potřeba se liší. Trachtová (2013) dále uvádí, že velice důležitou součástí

biologických potřeb je hygiena. Míra hygieny je u pacientů vždy individuální a je ovlivňována zejména kulturními, rodinnými nebo sociálními faktory. Značně může tuto potřebu ovlivnit zdravotní nebo psychický stav pacienta.

1.2.2 Sociální potřeby

Nemocný jedinec čelí sociálním změnám, zejména identity a prostoru, ve kterém se pohybuje. Pacient ve zdravotnickém zařízení čelí změně jeho sociální role a změně celkového prostředí, ve kterém se vyskytuje. Pro předcházení pocitu osamění je nutné, aby pacient měl kolem sebe přítomnou sociální podporu, kterou mohou poskytovat rodinní příslušníci, pacientovi přátelé, ale v neposlední řadě by tuto roli měl zastávat zdravotnický personál. Všichni zmínění by měli být s pacientem v kontaktu a umět mu naslouchat (Bužgová, 2015).

1.2.3 Psychologické potřeby

Nevyléčitelné onemocnění má zásadní dopad na lidskou psychiku. Pacient je nucen vyrovnat se s mnohými změnami ve svém životě a třeba přijmout i fakt, že již není schopen se o sebe postarat. Pacient rovněž čelí omezení svých aktivit, z čehož plyne ztráta realizace, životních cílů nebo ztráta zájmů. Proto u člověka často převládají emoce hněvu, úzkosti, strachu, smutku až deprese (Sláma et al., 2011). Hlavním psychologickým jevem, kterému by měla být dáována zvláštní priorita, je strach. V souvislosti s paliativní péčí zejména strach ze smrti. Umírající pociťují strach z neznámého, z bolesti, ze ztráty samostatnosti nebo opuštění. Dále může převládat strach o svou rodinu z důvodu obav o jeho zastoupení v péči o rodinu. Strach ze smrti se snižuje u seniorů a v této skupině spíše převládá strach z bolestivého umírání. Strach může zcela pochopitelně u některých pacientů přecházet až ve stavy úzkostí nebo depresí (Bužgová, 2015).

1.2.4 Spirituální potřeby

Navzdory holistickému pojetí jedince je spirituální péče v České republice poněkud opomíjena. Důvodem k tomu může být špatná nebo nedostatečná komunikace s pacientem a nezkušenost zdravotnického personálu s tímto druhem potřeb (Malíková, 2020). Svatošová (2012) se k tomuto názoru přidává a doplňuje, že zdravotnický personál často nedostatečně komunikuje s pacientem a je podle ní nutné umírajícího pacienta vždy pečlivě vyslechnout, aby mohla být odhalena spirituální potřeba pacienta

a mohla být řádně naplněna, ať už zdravotnickým personálem nebo kupříkladu kaplanem, který z tohoto důvodu do zdravotnických zařízení často dochází.

1.3 Dělení paliativní péče

Paliativní péči podle druhu poskytnutí péče můžeme dělit na obecnou a specializovanou. Obecná paliativní péče je poskytována jednotlivými zdravotníky v rámci jejich vlastních odborností. Specializovaná paliativní péče je poskytována týmem odborníků, kteří jsou v tomto odvětví odborně vzděláni. Zpravidla se specializovaná paliativní péče využívá u pacientů, kde dynamika a intenzita pacientových obtíží převyšuje možnosti poskytování obecné paliativní péče. Mezi specializovanou paliativní péči lze řadit: mobilní paliativní péči, ambulantní paliativní péči a lůžkovou paliativní péči (Bužgová, 2015).

Do mobilní paliativní péče lze zahrnout mobilní hospic, který zajišťuje paliativní péči v domácím prostředí formou návštěv lékaře a dalších zdravotnických pracovníků. Tato forma by měla zahrnovat péči nejen o nemocného, ale i o jeho rodinu a blízké, kteří se často nachází v tíživé situaci. Důvodem je, že většina péče o pacienta je právě na členech jeho rodiny (Brychtová et al., 2016).

Mezi ambulantní paliativní péči lze zařadit hospicový stacionář nebo kupříkladu ambulanci paliativní péče přímo v nemocničním zařízení. Tento typ paliativní péče je možný u pacientů, u kterých není nutná hospitalizace. Nevýhodou je, že paliativní tým pak není k dispozici pro hospitalizované pacienty a tento typ paliativní péče nelze uplatnit v terminálním stádiu onemocnění (Bužgová, 2015).

Lůžková paliativní péče zahrnuje lůžkový hospic a specializované nemocniční oddělení paliativní péče. Lůžkové hospice se specializují vedle zdravotnické péče na individuální potřeby každého pacienta a vytvoření prostředí, ve kterém by pacient mohl do konce života zůstat v úzkých vztazích se svými blízkými (Tomeš et al., 2015). Lůžkové oddělení paliativní péče ve zdravotnickém zařízení by mělo být schopné poskytnout domácí atmosféru s co největším soukromím pro pacienty a možností návštěv pacientových blízkých (Sláma et al., 2011). Milligan et al. (2012) doplňují, že nemocniční zdravotnické zařízení nemusí být pro umírající pacienty v mnoha ohledech optimální. Z důvodu jejich vysokého počtu mohou být odsunuti na jiné oddělení, kde

svůj život dožijí. Při jejich vysoké koncentraci nemusí dojít k naplnění jejich potřeb, zejména pak sociálních, které jsou spojeny s možností návštěv jejich blízkých.

1.4 Paliativní péče v České republice

Paliativní péče v České republice se jako specializovaná péče o nevléčitelně nemocné začala vyvíjet kolem roku 1989. V roce 1993 vzniklo občanské sdružení pro podporu domácí péče a hospicové hnutí jménem *Ecce homo*. V roce 1995 vznikl v České republice první samostatný lůžkový hospic Anežky České v Červeném Kostelci. Roku 2013 bylo registrováno 16 lůžkových hospiců (Bužgová, 2015).

1.4.1 Paliativní péče v Jihočeském kraji

Jihočeský kraj je rozlohou druhý největší kraj v České republice. Následná a dlouhodobá péče je poskytována v rámci každého ze sedmi okresů. Jediné zařízení hospicového typu je v Jihočeském kraji zajišťováno Hospicem sv. Jana N. Neumanna, o.p.s. v Prachaticích, využívaný obyvateli celého kraje. Vzhledem k velikosti kraje je hůře dostupný zejména pro obyvatele z východní a severovýchodní části kraje (2018, Koncepce paliativní péče v Jihočeském kraji na období do roku 2023).

1.4.2 Specializovaná ambulantní péče

Specializovaná ambulantní paliativní péče je určena pacientům, kteří pobývají převážně v domácím prostředí a do ambulancí pravidelně dochází. Rysem ambulance paliativní medicíny je formulování "Plánu paliativní péče." Ten společně s pacientem vzniká i s řadou dalších poskytovatelů péče, jenž se účastní péče o pacienta. Součástí tohoto plánu je i dříve vyslovené přání. (2018, Koncepce paliativní péče v Jihočeském kraji na období do roku 2023). Aktuálně je poskytovatelů specializované ambulantní péče v rámci Jihočeského kraje 6, z čehož jsou 4 ambulance v rámci nemocnic (Nováková, © 2021).

1.4.3 Lůžková péče

Obecná lůžková paliativní péče je poskytována řadou nemocnic v rámci Jihočeského kraje. Jedná se o oddělení následné a dlouhodobé péče, které poskytují tento druh péče v rámci nemocnic. Specializovaná paliativní lůžka v nemocničním zařízení jsou od roku 2017 zřízena pouze v Nemocnici Jindřichův Hradec a. s. v kapacitě dvou lůžek. Nemocnice zde disponuje stálým specializovaným týmem, který zastupují lékaři

specializovaní v paliativní medicíně, konzultanti v oboru psychologie a onkologie. Dále tím zdravotních sester a celé řady dalších odborníků dle potřeb pacienta. Takto uzpůsobené pokoje jsou nadstandardně vybavené s možností návštěv po dobu 24 hodin denně a s možností přespání rodiny nebo blízkých. Denní režim je zde volný se snahou o přizpůsobení dennímu režimu pacienta (2018, Koncepce paliativní péče v Jihočeském kraji na období do roku 2023).

1.4.4 Hospicová péče

Jedná se o samostatné lůžkové zařízení poskytující péči pacientům v poslední fázi života. Kladen je důraz na individuální potřeby a přání každého pacienta. Cílem je vytvoření prostředí, ve kterém bude pacientovi poskytována náležitá zdravotnická péče a zároveň bude v úzkém kontaktu se svými blízkými. Komplexní hospicová péče je poskytována nejen pacientům ale i jejich blízkým. Primárně je hospic určen pro pacienty, kteří v závěrečné fázi života nemohou zůstat v domácím prostředí z důvodu jejich zdravotního stavu, který potřebuje stálou odbornou péči (2018, Koncepce paliativní péče v Jihočeském kraji na období do roku 2023).

Jediný samostatný lůžkový hospic působící na území Jihočeského kraje je Hospic sv. Jana N. Neumanna, o.p.s. v Prachaticích. Kapacita tohoto hospice je 30 lůžek (2018, Koncepce paliativní péče v Jihočeském kraji na období do roku 2023).

Hospic je určen pro osoby s vyšším stupněm závislosti, kteří potřebují každodenní pomoc či dohled. Dále pak dospělým trpícím chronickým onemocněním, díky němuž nejsou plně soběstační a pak osobám se zdravotním postižením, které nejsou schopny bez pomoci druhé osoby zajistit základní životní potřeby. Naopak hospic nepřijímá pacienty, jejichž zdravotní stav je natolik vážný, že vyžaduje léčebnou intervenci zdravotnického zařízení, osoby trpící infekční chorobou nebo osoby závislé na návykových látkách. Hospic nepřijímá rovněž pacienty s duševním onemocněním jako například Alzheimerova choroba. Důvodem je, že hospic nemá zaveden zvláštní režim pro péči o tyto pacienty (Hospic sv. Jana N. Neumanna o. p. s. Prachatice).

Domácí specializovaná paliativní péče funguje v domácím prostředí pacienta. Určená je nevyčísitelně nemocným pacientům, u kterých již byla ukončena kurativní léčba usilující o jejich plné vyléčení. V roce 2018 jsou v Jihočeském kraji celkem 4

poskytovatelé domácí hospicové péče (2018, Koncepce paliativní péče v Jihočeském kraji na období do roku 2023).

1.5 Smrt a umírání

Moderní medicína usiluje o to, aby byla co nejvíce oddálena smrt, což možná zabraňuje tomu, aby bylo lidem umožněno důstojně zemřít (Kutnohorská, 2007). Haškovcová (2007) doplňuje, že v minulosti byla u lidí častější tzv. přirozená smrt, protože byla bez oddalovacích zásahů lékaře. Jankovský (2018) na toto téma dodává, že smrt jako bezpochyby poslední fáze lidského života, by měla proběhnout co nejvíce důstojně a bez zbytečného protahování moderní medicíny.

Pod pojmem umírání si lze představit různě dlouhé časové období, které končí terminálním stavem pacienta a jeho smrtí. Proces umírání se z praktického hlediska dělí do tří časových období. Jsou to pre finem, in finem a post finem (Kupka, 2014). Většinu lidského života člověk na možnost svého konce nemyslí, snaží se ho vytěsnit a dalo by se říct, že si ho ni neuvědomuje. Pohledů na smrt může být celá řada. Zpravidla znamená definitivní konec nebo začátek něčeho nového. (Jankovský, 2018).

Každý člověk by se měl během svého života se smrtí smířit, jelikož je s životem neodmyslitelně spjata jako jeho závěr a konec (Dastur, 2017). Kutnohorská (2007) však tvrdí, že na smrt jako na akt konce života se připravit nelze, jelikož nikdo nemůže přesně vědět, kdy a jak jeho smrt nastane.

Fyziologicky je smrt nezvratné zastavení všech funkcí v daném organismu. Toto zastavení může nastat jako následek neočekávaného zásahu, který postupně organismus ireverzibilně poškodí, anebo jako následek biologických zákonitostí. Poté dochází k přerušení všech projevů života, což se projeví jistými známkami smrti (Špatenková et al., c2014).

1.6 Přednemocniční neodkladná péče

Přednemocniční neodkladná péče je v České republice zajišťována zdravotnickou záchrannou službou, která na základě tísňové výzvy tento druh zdravotní péče poskytuje (Remeš a Trnovská, 2013). Záchranná služba je povinna pacienta zajistit a dle pracovní diagnózy směřovat do zdravotnického zařízení, které je schopné poskytnout zdravotní péči adekvátní jeho stavu (Šeblová a Knor, 2018).

Každý občan České republiky je povinen neprodleně poskytnout první pomoc každému v bezprostředním ohrožení života, pokud tím bezprostředně neohrozí sebe nebo druhé. Zdravotnický pracovník podle zákona č. 372/2011 Sb. *"je povinen neprodleně poskytnout odbornou první pomoc každému, jestliže by bez této pomoci byl ohrožen jeho život nebo vážně ohroženo zdraví a není-li pomoc včas dosažitelná obvyklým způsobem, a zajistit mu podle potřeby poskytnutí zdravotnických služeb."* Poskytování první pomoci je v dnešní době legislativně a společensky zakořeněno, ale je úkolem etiky, aby nebyly slepě opakovány postupy, které byly přijatelné dříve, ale v současnosti již přijatelné nejsou (Málek a Knor, 2019).

Bullard et al. (2018) uvádějí, že poskytovatelé urgentní medicíny mohou být často v konfliktu s principy paliativní péče a často je pro ně velice náročné paliativní péči oddělit a efektivně jí poskytovat.

1.6.1 Etika přednemocniční neodkladné péče

Paliativní péče má neodmyslitelný etický rozměr, který má čtyři základní principy. Jde o princip beneficence, princip nonmaleficence, princip spravedlnosti a princip autonomie, který by se rovněž nechal označit za hlavní z nich, zejména i co se paliativní péče týká (Jonsen et al. 2019).

Princip beneficence spočívá v konání pouze takových kroků ve zdravotnictví, které budou konány v nejlepším zájmu pacientů a budou jim přinášet dočasný nebo trvalý prospěch. (Šimek, 2015).

Princip nonmaleficence zakazuje používání takových ošetřovatelských a medicínských postupů, u kterých by mohl být pacientův stav zhoršen. Důležité ovšem zůstává zohlednit účinnost těchto postupů. Úkolem zdravotnických pracovníků je tady najít správný poměr mezi benefitem pro pacienta a stupně náročnosti léčby pro, aby v konečném důsledku nebyl pacient náročnou léčbou spíše poškozen (Jonsen et al., 2019).

Princip spravedlnosti spočívá v tom, že každému by měla být poskytnuta stejná co nejkvalitnější péče bez rozdílu pohlaví, etnické příslušnosti nebo majetkové příslušnosti (Šimek, 2015).

Ptáček a Bartůněk (2011) uvádějí, že princip autonomie znamená respektovat přání pacienta, jeho osobní zásady, přesvědčení a hodnoty týkající se jeho zdravotního stavu.

Respekt k autonomii je v dnešní medicíně vyjádřen informovaným souhlasem, jehož podpisem pacient dává svolení k popsáním medicínským výkonům. Ptáček et al., (2017) dodávají, že tento princip vychází ze svobody a svědomí jako mravní hodnoty. Eticky je pacient za svůj zdravotní stav absolutně zodpovědný a upřesňuje, že mravní hodnota nevychází z vnějšku, ale je dána samotným člověkem a plně tak oddána jeho svobodnému rozhodnutí. Tento princip má rovněž podmínku, že pacient musí být plně orientován vlastní osobou, časem a prostorem. U pacientů v kritických stavech, jako je například porucha vědomí, nemůže být respektován princip autonomie a zaniká platnost z důvodu, že pacient v danou chvíli není schopen o svém zdravotním stavu plně rozhodovat (Ptáček a Bartůněk, c2011).

Informovaný souhlas používaný v lůžkové péči je často zcela nemožné získat v podmínkách záchranné služby. Proto se zde za platný informovaný souhlas považuje verbální odpověď nebo gesto pacienta (Šeblová a Knor, 2018). V případě nutnosti okamžitého zákroku za účelem zachování zdraví pacienta se nutnost informovaného souhlasu ztrácí úplně (Ptáček a Bartůněk, c2011)

1.6.2 Dříve vyslovené přání

Za dříve vyslovené přání neboli advance directives jsou označovány dokumenty, kterými pacient vyslovuje přání ohledně léčby ve specifické situaci za předpokladu, že rozhodnutí nebude moci učinit sám (Heřmanová, 2012).

V zákoně č. 372/2011 Sb. je také nová úprava týkající se tzv. dříve vysloveného přání, ve které pacient může předem vyslovit nesouhlas s poskytnutím zdravotnické péče za předpokládaného zhoršení jeho stavu. V § 36 tohoto zákona je uvedeno, že *"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 (dále jen "dříve vyslovené přání"). Poskytovatel bude brát zřetel na dříve vyslovené přání pacienta má-li ho k dispozici, a to za podmínky, že v době poskytování zdravotnických služeb nastala předvídatelná situace, k níž se dříve vyslovené přání vztahuje, a pacient je v takovém zdravotním stavu, kdy není schopen vyslovit nový souhlas nebo nesouhlas. Bude respektováno jen takové dříve vyslovené přání, které bylo učiněno na základě písemného poučení pacienta o důsledcích jeho rozhodnutí, a to lékařem v oboru všeobecné praktické lékařství, u něhož je pacient registrován, nebo jiným ošetřujícím*

lékařem v oboru zdravotní péče, s níž dříve vyslovené přání souvisí. Dříve vyslovené přání musí mít písemnou formu a musí být opatřeno úředně ověřeným podpisem pacienta. Součástí dříve vysloveného přání je písemné poučení."

Remeš a Trnovská (2013) označují tento paragraf za převratný, jelikož poněkud zásadně mění pohled na poskytování zejména neodkladné resuscitace. Jelikož pokud je dříve vyslovené přání na místě zásahu dostupné a nemůže být zpochybněna jeho platnost, přivolání zdravotníci jsou povinni toto přání plně respektovat a v tomto případě nezahajovat neodkladnou resuscitaci. V případě však, že pacient je ve zdravotním stavu, ve kterém může projevit nesouhlas s dříve vysloveným přáním, má toto rozhodnutí jednoznačnou prioritu nad dříve vysloveným přáním.

Tomešová (2016) uvádí, že Zákon o zdravotních službách v § 36 odst. 4 upravuje dříve vyslovené přání ve zdravotnickém zařízení, kde pacient během celé své hospitalizace může vyjádřit dříve vyslovené a tento druh dříve vysloveného přání musí být uveden ve zdravotnické dokumentaci společně s podpisem pacienta, podpisem zdravotníka, podpisem svědka. Tato situace nevyžaduje úředně ověřené podpisy. Takto dříve vyslovené přání zaniká s překladem pacienta do jiného zdravotnického zařízení, či jeho propuštěním. Za určitých okolností nelze dříve vyslovené přání akceptovat. Je to v případě nabádání k usmrcení pacienta, v případě nezletilých osob nebo osob zbavených svéprávnosti (s výjimkou, že dříve vyslovené přání bylo sepsáno ještě před pozbytím svéprávnosti).

1.6.3 Do not resuscitate

Kardiopulmonální resuscitace (KPR) je nutné u pacientů, u kterých se vyskytne náhlá zástava oběhu. Náhlá zástava oběhu bez snah o jeho obnovení neodvratitelně vede ke smrti člověka (Málek a Knor, 2019). Může však dojít k situaci, kdy je v zájmu samotného pacienta aby se úsilí k obnovení jeho krevního oběhu už nevyvíjelo. Zpravidla se tak děje když jsou ostatní části pacientova těla natolik vyčerpané, že po obnovení krevního oběhu není zřejmý návrat pacienta k důstojnému životu (Šimek, 2015). Příkaz neresuscitovat jinak též do not resuscitate (DNR) je jednou z kontraindikací KPR. Pravomocný je oficiálně ověřený dokument, že si pacient zahájení kardiopulmonální resuscitace nepřeje a to pouze z uvedené příčiny (Jonsen et al., 2019). Ostatní kontraindikace jsou jisté známky smrti, zjevná ztráta velkého krevního objemu,

devastující poranění hlavy nebo hrudníku. V neposlední řadě je kontraindikací situace, která by při poskytnutí KPR vedla k ohrožení záchránců (Remeš a Trnovská, 2013).

Konflikt nastává, když u pacienta, u kterého jsou podnikány kroky v paliativní léčbě, je vyžadováno zahájení agresivní život zachraňující léčby. Tato léčba je totiž poškozující a ve výsledku neetická (Šeblová a Knor, 2018). Primárním cílem by mělo být uvažování nad tím, kdy je léčba účelná, a kdy bude mít pozitivní výsledek pro pacienta v tom ohledu, aby se nejednalo pouze o prodloužení pacientova utrpení (Bartůněk et al., 2016).

Důležitou otázkou určitě také je, kdo má o DNR rozhodovat. Na prvním místě by zde měl být pacient, který toto přání již v minulosti vyslovil formou dříve vysloveného přání. Pokud takto neučinil pacient, mělo by být rozhodnutí na lékaři. Toto rozhodnutí ale zpravidla není nikdy lehké a přináší velkou odpovědnost (Post et al., 2007).

1.6.4 Psychická zátěž

Jedním ze základních požadavků na zdravotnického záchranáře, který je předurčen k tomu pracovat v přednemocniční neodkladné péči, je vysoká odolnost vůči stresu (Dingová Šliková et al., 2018). Zdravotnický záchranář by měl být schopen zvládat velkou psychickou zátěž a zvládat velice náročné situace ohrožení lidského života a být svědkem životních tragédií. Nastupující záchranáři rovněž očekávají, že těmito událostem budou čelit velice často. Opak bývá často pravdou a zdravotnický záchranář se ve své praxi často setkává s neakutními stavy, které mnohdy převyšují ty opravdu akutní. (Andršová, 2012).

Vliv stresu na zdravotníky může vyústit v celou řadu problémů. V první řadě jde o fyzickou zátěž, jež je zejména u zdravotnických záchranářů obzvláště vysoká. Fyzická zátěž může být spojena s přetížením organismu nebo nepříznivými pracovními podmínkami. Psychická zátěž může být spojena s vysokým pracovním tempem, nebo prací pod tlakem (Zacharová et al., 2007).

Problematika stresové zátěže může vyústit až v syndrom vyhoření, jehož nejčastější oběti jsou právě lidé pracující v pomáhajících profesích (Štětina, 2014). Syndrom vyhoření lze charakterizovat jako emoční únavu nebo stav citové vyčerpanosti. Způsoben může být právě chronickým stresem, kterému zdravotnický záchranář denně musí čelit. (Andršová, 2012). Velice náchylní na syndrom vyhoření jsou jedinci vysoce

zaujati profesí s velkými ideály a očekáváním (Štětina, 2014). Venglářová (2011) uvádí příznaky syndromu vyhoření a rozděluje je na tělesné, psychické a emocionální. Tělesné se mohou projevovat chronickou únavou nebo svalovými bolestmi. Psychické se mohou projevovat negativními postoji k sobě ale i k jiným osobám. Emocionální se projevuje citovou prázdnotou, kdy vyhořelý člověk ztrácí zájem o kontakt s druhými osobami.

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Zjistit, jaké potřeby paliativních pacientů pracovníci zdravotnické záchranné služby rozeznávají.

Zjistit, jaká je znalost pracovníků zdravotnické záchranné služby o možnostech poskytování paliativní péče.

Zjistit, jaká je psychická připravenost pracovníků zdravotnické záchranné služby na pomoc paliativním pacientům.

2.2 Výzkumné otázky

Jaké pracovníci zdravotnické záchranné služby rozeznávají potřeby paliativních pacientů?

Jaké pracovníci zdravotnické záchranné služby znají možnosti poskytování paliativní péče?

Jak se pracovníci zdravotnické záchranné služby cítí být psychicky připraveni na výjezdy k paliativním pacientům?

3 Metodika

3.1 Metodika výzkumu

Ve výzkumné části bakalářské práce byla použita metoda polostrukturovaného rozhovoru, který byl prováděn se zaměstnanci zdravotnické záchranné služby na vybraných operačních střediscích Jihočeského kraje. V první fázi výzkumu byly rozeslány žádosti o povolení možnosti provádět výzkum na daných pracovištích. Žádosti byly rozeslány vedoucím pracovníkům na daných pracovištích. Po schválení možnosti provádět výzkum jsme obdrželi kontakt na náhodně vybraného pracovníka zdravotní záchranné služby.

Po kontaktování byli informanti seznámeni s tématem bakalářské práce, byli informováni o nahrávání poskytovaného rozhovoru za účelem výzkumného šetření a byla jim slíbena anonymita veškerých získaných dat. Po souhlasu informantů a uskutečnění rozhovorů byly rozhovory přepsány. Přepsané rozhovory byly dohromady zanalyzovány. Na základě kvalitativní obsahové analýzy a poznatků z odborné literatury uvedené v teoretické části bylo identifikováno pět kategorií témat důležitých pro rozhovory. U třech témat byly rovněž identifikovány podkategorie. Výstupem jsou tabulky a popisy kategorií, které jsou podrobněji rozebrány v následující kapitole.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

K provedení rozhovorů bylo osloveno několik zaměstnanců Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje.

Všechny rozhovory probíhaly na základnách zdravotní záchranné služby, obvykle v pracovní době informantů. Někdy docházelo k situacím, kdy bylo potřeba rozhovor přerušit, jelikož člen posádky obdržel výzvu na výjezd. Rozhovory byly uskutečněny zpravidla po předchozí telefonické domluvě. Oslovení a vybírání následných informantů probíhalo díky snow-ball metodě (Miovský, 2003). Výzkum byl prováděn v březnu roku 2022. Oslovili jsme celkem šest zdravotnických záchranářů, kteří jsou pro zachování anonymity a přehlednost označeni Z1 až Z6. Zdravotničtí záchranáři jsou délkou praxe v rozmezí třech až devatenácti let. V následující tabulce jsou identifikační údaje jednotlivých informantů.

Tabulka 1 - identifikační údaje informantů

Informant	Pozice na ZZS	Délka praxe
Z1	Zdravotnický záchranář	3 roky
Z2	Zdravotnický záchranář	6 let
Z3	Zdravotnický záchranář	14 let
Z4	Zdravotnický záchranář	5 let
Z5	Zdravotnický záchranář	13 let
Z6	Zdravotnický záchranář	19 let

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 2 - Vytvořené kategorie a podkategorie

	Kategorie	Podkategorie
Kategorie 1	Vnímání	
Kategorie 2	Potřeby	Biologické potřeby Psychosociální potřeby Spirituální potřeby
Kategorie 3	Možnosti a poskytování	Domácí Ambulantní Lůžková
Kategorie 4	Výjezd	Indikace Transport a nezbytnost Resuscitace DNR a dříve vyslovená přání Nárůst
Kategorie 5	Psychická náročnost	

Zdroj: Vlastní výzkum

4 Výsledky

V následujících kapitolách budou interpretovány výsledky získané z výzkumného šetření pomocí kategorizace. Kategorie a podkategorie byly zvoleny pro lepší interpretování a shrnutí výsledků získaných z rozhovorů. Podkategorie byly vytvořeny na základě přímých odpovědí informantů a na základě použité literatury.

4.1 Kategorie Vnímání

Tato kategorie zohledňuje celkové vnímání informantů dané problematiky paliativní péče v podmínkách přednemocniční neodkladné péče. Kategorie zahrnuje subjektivní názor informantů na danou problematiku a vnímání problémů, které toto téma přináší.

Pět ze šesti informantů hodnotí paliativní péči jako málo rozvinutou. Z3 uvádí: *"Velice zatěžující, jelikož si myslím, že pro tyto pacienty by neměla jezdit záchranná služba."* Obdobně se vyjadřuje i Z4, který otázku paliativní péče označuje jako obtížnou a odpovídá: *"Obtížnou z důvodu, že by to mohlo zatěžovat systém záchranné služby na úkor jiných výjezdů."* Z6 zohledňuje i paliativní péči poskytovanou v nemocnicích: *"Problematiku paliativní péče nehodnotím příliš kladně. Mam pocit, že i v nemocničním prostředí je paliativní péče nekvalitní."*

Naopak Z2 hodnotí: *"Paliativní péče i zájem o ní je v současnosti na velkém vzestupu."*

Z1 a Z5 se shodují, že často záleží na lékaři, který na výjezd dorazí. Z5 udává: *"Tomuto tématu by se mělo více věnovat. Téma je hodně o lékaři, který přijede."* Z1 udává: *"Záleží, jaký přijede lékař. Někteří lékaři se s touto problematikou moc neseznamují a pacienta například při nějakém dramatickém zhoršení stavu hned odvázejí. Někteří lékaři umí situaci pěkně vysvětlit a samotné rodině dát na vybranou."*

4.2 Kategorie Potřeby

Do této kategorie spadají odpovědi informantů na to, jak rozlišují potřeby paliativních pacientů. Kategorie byla rozčleněna na tři podkategorie podle druhů potřeb paliativních pacientů: Podkategorie jsou: Biologické potřeby, Psychosociální potřeby a Spirituální potřeby.

Podkategorie biologické potřeby

Pět ze šesti informantů uvádí, že mezi biologické potřeby pacienta patří celodenní ošetrovatelská péče. Z1 a Z2 doplňují, že mezi biologické potřeby pacientů by mělo spadat tišení bolesti. Z1 udává: *"Pacientovi by měla být poskytnuta dostatečná analgezie, kterou by měla obstarávat rodina."* Z4 zmiňuje další aspekt biologických potřeb pacienta: *"Pacientovi by měla být zajištěna zejména dostatečná výživa a hydratace."* Z6 se dále zmiňuje: *"Pacientovi by mělo být obstaráno kvalitní lůžko a měly by se mu obstarat věci na jedno použití."*

Z1 a Z3 se shodují na tom, že na léčbě bolesti by se více měli podílet praktičtí lékaři. Z3 uvádí: *"Kdyby měli paliativní pacienti dostatečnou medikaci od svého praktika a jejich praktik by je kupříkladu jednou za týden zkontroloval, záchranná služba by k nim nemusela tak často vyjíždět."*

Podkategorie psychosociální potřeby

Všichni informanti se shodují na tom, že mezi psychosociální potřeby pacientů patří zejména kontakt se svými blízkými. Z5 udává: *"Psychická pohoda pacientů na sklonku života by měla být zajištěna i v domácím prostředí, jelikož umírat v nemocničním prostředí snad nikdo nechce."* Z4 se přidává s tvrzením, že: *"Potřeby a zejména ty psychické jsou více naplňovány v domácím prostředí, než v tom nemocničním. I když existují oddělení jako například v Jindřichově Hradci pro tento druh pacientů, které je rozhodně super. Pořád větší komfort pacient najde doma."* Z6 ohledně konce života dodává: *"Na konci života by se nemělo pacientovi tvrdit, že po životě již nic není."* Informant Z5 doplňuje ohledně psychiky pacientů: *"Lidem by měla být zajištěna psychická pohoda, mělo by jim být umožněno vyřešit si věci, které považují za důležité, aby zde nezanechali nic nedořešeného a poté, aby mohli s klidným svědomím odejít. To si, myslím dost přispěje jejich klidu."*

Ohledně medikace Z1 doplňuje: *"Pacient může na konci svého života upadat až do depresivních stavů, které by měly být také nějak řešeny, pravděpodobně také pomocí léků."* Z5 se přidává: *"Lidé by mohli potřebovat i například psychiatrickou pomoc, jelikož taková péče bývá hodně psychické náročná jak pro rodiny, tak pro samotné pacienty."*

Podkategorie spirituální potřeby

Informanti Z1 a Z2 uvádí, že ohledně spirituálních potřeb by na každého pacienta mělo být nahlíženo obzvláště individuálně. Z1: *"Spirituální potřeby jako například návštěvu kněze, si myslím, nebudou chtít všichni. Třeba důchodce, který byl celý život komunista, rozhodně nebude potřebovat na konci života vidět kněze."* Z5 doplňuje: *"Myslím, že obecně, když člověk pozná, že se jeho život blíží ke konci, bude u něj růst zájem o duchovno a tím i nějaké potřeby v této oblasti."*

4.3 Kategorie Možnosti a poskytování

Kategorie možnosti a poskytování se zaměřuje na znalost informantů ohledně možností poskytování paliativní péče, jak v obecné rovině, tak v rámci Jihočeského kraje. Do této kategorie rovněž spadá, jak informanti vnímají jednotlivá odvětví poskytování paliativní péče a zda podle jejich názorů tato odvětví fungují, případně, co by se na těchto odvětvích dalo zlepšit, aby došlo k lepšímu fungování. Kategorie byla rozdělena na tři podkategorie podle jednotlivých odvětví poskytování paliativní péče. Podkategorie jsou: domácí péče, ambulantní péče a lůžková péče.

Podkategorie domácí péče

Čtyři ze šesti informantů mají zkušenost s domácí hospicovou péčí a hodnotí, že v rámci Jihočeského kraje funguje velice dobře. Z2 zmiňuje: *"Systém domácí péče a celkově systém domácích pečovatelských služeb je docela široká síť, která v Jihočeském kraji funguje. Podmínky ke splnění kritérií, aby člověk na tuto péči dosáhl, jsou poměrně tolerantní a benevolentní. Myslím si, že kdo chce a má o to zájem, má možnost dobře na to dosáhnout."* Naopak Z4 a Z5 hovoří o mírných nedostatcích: Z4: *"Domácí péče funguje dobře, ale byl jsem svědkem, že nás kupříkladu volají k pacientovi s dehydratací, kterou by mohli vyřešit sami podáním kupříkladu infuzních roztoků."* Z5 souhlasí: *"Domácí péče je určitě skvělá, pokud na péči sama stačí a pokud ne, pacient by měl být hospitalizován. To se ale často neděje a pacienti, kteří by už měli být ve zdravotnickém zařízení, se tam dostávají až velice pozdě."*

Ohledně konkrétních poskytovatelů Z2 udává: *"Domácí hospic sv. Veroniky, který působí zejména v Českých Budějovicích. Tento domácí hospic si myslím, že zajišťuje dobrou péči o pacienty a osobně s ním mám dobrou zkušenost."* Z5 dodává: *"Tady v*

Třeboni funguje hospic sv. Kleofáše, který péči o své pacienty zvládá pečovat relativně dobře. Jsou zde ale určité rezervy."

Tři ze šesti informantů se přímo zmiňují ohledně toho, jak je domácí paliativní péče poskytována. Z1 charakterizuje: *"Domácí paliativní péči by měl poskytovat obvodní lékař, což se dost často neděje. Praktik by měl být schopen za paliativním pacientem dojet alespoň jednou týdně a kupříkladu nastavit jeho medikaci. V případě, že by pacient potřeboval stálejší dohled, měly by nastoupit domácí hospice, které by měly k pacientovi dojíždět několikrát týdně společně s jejich lékařem."* Z6 vysvětluje: *"Domácí paliativní péče by měla být poskytována domácími hospici a za pacientem by tento hospic měl dojíždět k němu domů. Pacienta by měl kontrolovat čas od času i lékař, ať už obvodní nebo pracující pro hospicovou péči."*

Podkategorie ambulanti péče

Čtyři informanti udávají, že ambulanti paliativní péče jsou ambulance bolesti v rámci nemocnic. Z1 popisuje: *"Ambulanti paliativní péče funguje v rámci nemocnic nejčastěji formou ambulancí bolesti, kam pacient dochází a jsou mu podány léky na zmírnění bolesti. Tato forma může fungovat v rámci soběstačných pacientů"* Z5 označuje: *"Ambulanti péče je poskytována v rámci různých ambulancí."*

Z6 rozšiřuje: *"V tomto ohledu se jedná o ambulance bolesti nebo různé stacionáře, které fungují pokud tam pacient ještě může docházet. Občas fungují i obvodní lékaři."* Z2 uvádí: *"V Jihočeském kraji jsou rozšířené ambulance bolesti, které jsou snad při každé nemocnici. Zde je pacientovi podávána medikace na tišení bolesti nebo další obtíže. Úskalí u těchto ambulancí je, že nejsou příliš využitelné, když už pacient nemůže kupříkladu chodit nebo ztratí soběstačnost."*

Podkategorie lůžková péče

Ohledně lůžkové péče pět informantů zmiňuje Prachatický hospic jako poskytovatel lůžkové paliativní péče v rámci Jihočeského kraje. Z4 udává: *"V Prachatickém hospici jsem byl a funguje, si myslím dobře, jelikož je zde poskytována celodenní péče a pacienti mohou kupříkladu i s postelí být vyvezeni ven a trávit tak čas i venku, což si myslím, že je pro pacienty super."* Z6 ohledně otázky lůžkové péče uvádí: *"Lůžková péče je v rámci našeho kraje poskytována snad pouze v Prachaticích, kde je pacientům poskytována celodenní péče se vším všudy a myslím si, že je to dobrá cesta pro*

pacienty, o které se kupříkladu nemá kdo starat." Z5 reprodukuje: "V Prachatickém hospici péče funguje velice dobře a je na vysoké úrovni. Pacientům je zde poskytována veškerá péče, kterou mohou potřebovat."

Jediný informant uvádí i jiné fungování lůžkové paliativní péče v rámci Jihočeského kraje. Z4 zmiňuje: *"V Jindřichově Hradci existuje paliativní oddělení. Jsou tam, tuším, dvě lůžka a fungují tam velice dobře i v rámci nemocnice."*

4.4 Kategorie Výjezd

Tato kategorie se zaměřuje na osobní zkušenost zdravotnických záchranářů s výjezdy k paliativním pacientům a jejich postoj k těmto výjezdům. Tato kategorie má celkem pět podkategorií a tedy se jedná o kategorii s největším množstvím.

Všichni informanti se již s výjezdy k paliativním pacientům setkali. V následující tabulce je zaznamenáno, jak často se každý informant s tímto druhem výjezdů setkal.

Tabulka 3 - výjezdy k paliativním pacientům

Informant	Odpověď
Z1	Několikrát
Z2	Často
Z3	Mnohokrát
Z4	Vícekrát
Z5	Vícekrát
Z6	Několikrát

Zdroj: Vlastní výzkum

Podkategorie indikace

Informanti Z1, Z3, Z5 a Z6 zmiňují jako nejčastější indikaci k takovým výjezdům celkové zhoršení stavu. Z3 uvádí: *"Co si vybavím nejčastěji, je to zhoršení stavu. Jelikož rodina není řádně poučena co dělat, stav pacienta se rychle zhorší, rodina zpanikaří a zavolá si záchrannou službu. Občas se chce rodina pacienta pouze poradit, jak postupovat."* Z6 udává: *"Setkal jsem se s výjezdem, který byl dispečinkem chybně vyhodnocen jako CMP. Na místě byl pacient, který byl již patrně v terminálním stádiu dlouhodobého onemocnění."*

Ohledně indikací Z2 označuje: *"Často se jedná o sociální problémy, kdy rodina nezvládá péči o pacienta. Dále se jedná o bolest, horečku, zvracení a celou řadu těchto problémů."* Z4 souhlasí: *"V mé praxi to byly nejčastěji problémy spojené s bolestí a nechutenstvím."* Z1 rozšiřuje svou odpověď: *"Setkal jsem se i s bezvědomím, kdy pacient byl už v posledním tažení a již nevnímal."*

Podkategorie transport a nezbytnost

Všichni informanti se shodují na tom, že již byli okolnostmi nuceni transportovat pacienta do zdravotnického zařízení. Ohledně otázky zda to bylo nezbytné, odpovídají Z1, Z2, Z3 a Z6, že to v jejich případech převážně nezbytné nebylo. Z1 uvádí: *"Byl jsem nucen transportovat hned několikrát, nezbytné to v mých případech rozhodně nebylo."* Z6 udává: *"Byl jsem nucen například transportovat pacienta z domu s pečovatelskou službou, kdy to chtěli samotní zdravotníci, nezbytné to určitě nebylo."* Z4 a Z5 odpovídají, že v převážném množství případů, se kterými se setkali, transport nezbytný byl. Z4 vysvětluje: *"Bohužel ano, z důvodu rodiny, která se o pacienta nedokázala postarat, což bylo spojené s jídlem a hydratací. Nezbytné to v mých případech převážně bylo."* Z5 popisuje další případ: *"Byl jsem nucen kvůli dramatickému zhoršení zdravotního stavu a následnému pádu. Myslím, že v mém případě to bylo nezbytné."*

Podkategorie resuscitace

Podkategorie zaměřující, se jestli informant byl někdy okolnostmi nucen započít resuscitaci paliativního pacienta, o kterém to buď bylo známo rovnou nebo to vyplynulo až později.

Tabulka 4 - resuscitace paliativních pacientů

Informant	Odpověď
Z1	Ano
Z2	Velice často
Z3	Ano
Z4	Ano
Z5	Nevybavuji si
Z6	Ano

Zdroj: Vlastní výzkum

Informanti Z1, Z2 a Z5 si myslí, že velkou úlohu v tom, zda začít nebo nezačít resuscitovat paliativního pacienta, hraje jeho rodina. Informant Z1 uvádí: *"Byl jsem nucen resuscitaci zahájit. Šlo o 95 letého polymorbidního pacienta, u kterého byla resuscitace vyžadována rodinou. Na místě byl i lékař a byla prováděna resuscitace "naoko" právě kvůli rodině a nebyla úspěšná. Celkově to byla hektická situace."* Z5 zmiňuje: *"Sám si nevybavuji, ale myslím, že dost často záleží na rodině pacienta. Informovanost rodiny zde hraje velkou roli."*

Informant Z4 poukazuje na další problematiku: *"Byl jsem u resuscitace paliativního pacienta. V prvním okamžiku se ale nevědělo, že je to paliativní pacient. Po příjezdu rodiny nám bylo oznámeno, že se jedná o paliativního pacienta. Bylo to volání z třetí ruky, při čemž volající nevěděl, že pacient je paliativní."*

Podkategorie DNR a dříve vyslovené přání

Žádný z informantů se s dříve vysloveným přáním za svou praxi na zdravotnické záchranné službě nikdy nesetkal. Z5 uvádí: *"Jednou jsem se setkal s případem, kdy nám rodina tvrdila, že pacient si nepřeje být dále resuscitován. Pro nás to nemělo příliš velkou váhu, protože to bylo pouze slovní. Pouze díky tomu, že jsme dojížděli i s lékařem, tak se nezhajovalo. Bylo to nějaké terminální stádium a tak rodina řekla, že chce, aby zemřel doma. Paní se lekla a zavolala. Lékařem bylo pěkně vysvětleno, že pacient umírá."* Z3 a Z4 udávají, že je velice obtížné dříve vyslovená přání v podmínkách záchranné služby dodržet. Z4: *"Pouze slovní přání pacienta nebo případně rodiny, kdy nechtěli, aby byl pacient resuscitován. Což těžko říct, jestli má nějakou*

právní hodnotu, spíše ne. Na místě zásahu navíc není možné ověřovat ani ten podepsaný dokument, může být zfalšovaný." Z3 zmiňuje: Respektování dříve vyslovených přání v podmínkách PNP, si myslím, že nelze z důvodu, že není čas u pacienta hledat, jestli se nejedná o padělek nebo jestli jsou všechny podpisy úředně ověřené." Ohledně respektování dříve vyslovených přání Z6 doplňuje: "Když jde o onkologického pacienta, tak se neresuscituje, když je tento stav terminální. Většinou máte sebou doktora, který o tomto rozhodne. Většinou, když je pacient hodně onkologicky nemocný, tak by se neměl resuscitovat."

Z1 a Z2 ohledně DNR specifikují. Z1: *"Je to složité. Pokud bych někam přijel a někdo mi dal papír do not resuscitate, tak bychom ho neresuscitovali. Zkušenost kolegů, manželka to tvrdila, ale papír o tom nebyl, byl to mladý člověk. Situace jsou často chaotické ohledně tohoto typu výjezdů, takže si myslím, že pokud bych někam přijel a bylo stoprocentně jasné, že to přání tam vyslovené je, bylo by to na papíře, tak si myslím, že by to bylo plně respektované úplně všemi. Myslím si, že někteří lékaři by se do toho možná pustili, ale ze záchranářů si myslím, že by to nezačínal nikdo. Ale chtělo by to mít ten papír, jelikož v té záchrance je to všechno na hraně zákona." Z2 oponuje: "To je ovlivněno legislativně. Ty jako střední zdravotnický personál, který přijede na místo a uvidí člověka bez oběhu, tak bez ohledu na nějaký papír nebo nepřání rodiny bychom legislativně měli začít resuscitaci, dokud nepřijede lékař a ten to KPR ukončí. Ale já kdybych viděl někde nějakou listinu, kterou někde někdo sepsal byt', s razítkem, tak bych stejně zahájil, tak aby byl, právně krytý, o to by mi šlo."*

Podkategorie nárůst

Tato podkategorie se věnuje názorům informantů, jestli počet výjezdů k paliativním pacientům v posledních letech roste, a co je podle nich tou příčinou. Pro přehlednost byla vytvořena tabulka, která shrnuje odpovědi na otázku nárůstu.

Tabulka 5 - nárůst výjezdů k paliativním pacientům v posledních letech

Informant	Odpověď
Z1	Určitě roste
Z2	Spíše snižuje
Z3	Stejně
Z4	Obrovský nárůst
Z5	Spíše zvyšuje
Z6	Určitě zvyšuje

Zdroj: Vlastní výzkum

Informanti Z1, Z4, Z5 a Z6 se shodují na nárůstu výjezdů k paliativním pacientům. Ohledně důvodu Z4 udává: *"Dostupnost zdravotnického materiálu, což má za důsledek, že o pacienty je více pečováno doma."* Z5 doplňuje: *"Důvod je, že věk populace roste. Přibývají civilizační choroby. Dneska i člověk v padesáti má dost často metrový seznam léků, které bere, tak si myslím, že přibývání chorob je ten důvod."* Z6 uvádí: *"Lidé se v dnešní době dožívají daleko vyššího věku a to má za následek, že se o sebe dost často už nedokážou sami postarat."* Z1 charakterizuje: *"Stárnutí populace a civilizační choroby přibývají. Málo poučená veřejnost o tom, co by měl dělat například praktický lékař. Populace neví o těchto možnostech a to je důvod, proč počet těchto výjezdů roste."*

Z3 udává, že počet výjezdů k paliativním pacientům je podle něj stejný. Jako důvod zmiňuje: *"Pořád se staví více domů s pečovatelskou službou, kde je díky tomu stále víc lidí. Což si myslím jde, tak nějak ruku v ruce, se stárnutím populace a do takových "pečovateláků" se podle mého názoru tolik nejezdí."*

Informant Z2 tvrdí, že podle jeho názoru se počet výjezdů v posledních letech snižuje. Z2 vysvětluje: *"Jelikož se pohybují i v tom druhém kruhu, tak si myslím, že se k paliativním pacientům záchrankou až tolik nejezdí. Opravdu k těm, kteří mají zajištěnou paliativní péči, tak jak má být, a tak jak to dnešní zdravotnictví nabízí, tak k těm se nejezdí. Jezdí se k těm, co se o sebe nestarají a ten stav nechávají plynout, nemají zajištěnou medikaci, nedochází do ambulance bolesti. Rodina se o ně nezajímá, tak k těm se jezdí."*

4.5 Kategorie Psychická náročnost

Kategorie psychická náročnost hodnotí po psychické stránce náročnost výjezdů k paliativním pacientům. Jestli zdravotničtí záchranáři vnímají kontakt s paliativními pacienty na výjezdech jako psychicky náročné, a v tomto ohledu pro ně nepříjemné.

Tabulka 6 - náročnost výjezdů k paliativním pacientům

Informant	Odpověď
Z1	Vůbec ne
Z2	Je to vypjaté
Z3	Spíše ne
Z4	Určitě ano
Z5	Úplně ne
Z6	Určitě ano

Zdroj: Vlastní výzkum

Informanti Z1, Z3 a Z5 označují výjezdy k paliativním pacientům jako méně náročné z hlediska psychiky. Z1 udává: *“Za mne tento typ výjezdů není vůbec psychicky náročný. Jde spíše o to, umět jednat s rodinou pacienta, nechovat se prudce a vyčítavě a být spíše taktní a empatický. Rodiny často neví, co se děje, jelikož pacient jednoho dne s nimi mluví a druhý den toho není schopen.”* Z3 doplňuje: *“Neoznačil bych to za příliš náročný výjezd, ale zbytečný, jelikož se nejedná o výjezd pro záchrannou službu.”*

Z2 označuje výjezdy z hlediska psychické náročnosti za vypjaté: *“Určitě je to vypjaté. Záleží na věku pacienta, jelikož to může být i dětský pacient, to je určitě náročnější typ výjezdů. Pro mne konkrétně je to výjezd jako každý jiný, možná, že by na mě u toho měl vliv ten věk pacienta, kdybych jel k dítěti tak to by mne asi vzalo, ale u starších pacientů tohoto typu nemam vůbec problém.”* Ohledně výjezdů k mladším paliativním pacientům se zmiňují ještě Z5 a Z6. Z5 charakterizuje: *“Těžké asi úplně ne. Záleželo by, kdyby se jednalo o třeba dětského pacienta. Což jsem zažil jednou, kdy se jednalo o 8 letého kluka, kterému před dvěma lety zemřela maminka. Bylo to dost psychicky náročné pozorovat ten smutný osud. Člověk se nad tím více zamyslí, než když se jedná o staršího pacienta. U dětí to možná psychicky náročnější je.”* Z6 dodává: *“Určitě bych je označila*

za těžší, když se to týká zejména mladých lidí. Je to někdy děsivé, když vidíte třicetiletého člověka umírat na onkologickou chorobu."

Z4 a Z6 uvádějí, že pociťují výjezdy k paliativním pacientům jako náročné z hlediska psychiky. Z4 udává: *"Umírá tam člověk, tak je to asi vždy náročnější, než běžné výjezdy typu hypertenze nebo bolest zad."*

Všichni informanti si myslí, že jsou po psychické stránce připraveni na výjezd k paliativním pacientům. Z6 vysvětluje: *"Určitě si myslím, že ano. Sám jsem to zažil u rodičů a myslím si, že je to příroda a je to normální. Stalo se mi to, že když vysvětlíte rodině, jak to s pacientem je, že je lepší, aby zemřeli doma. Musí se k tomu přistupovat ohleduplně. Každý na to nahlíží jinak, někdo je schopný se zúčastnit té smrti svých bližních a někdo příliš ne a psychicky ho to deptá."* Z5 udává: *"Ano u dospělých určitě, u dětí je to více náročné."*

5 Diskuse

Tato bakalářská práce se věnuje problematice paliativní péče v podmínkách přednemocniční neodkladné služby. V úvodu rozhovoru zdravotničtí záchranáři zodpověděli otázky týkající se identifikačních údajů. Z nich vyplývá, že informanti tvoří skupinu s délkou praxe od třech do devatenácti let. Vyjma informanta Z2 se ostatní shodovali, že je problematika paliativní péče málo rozvinutá a někteří dokonce hodnotí výjezdy k paliativním pacientům jako velice zatěžující. To podporuje tvrzení Knora a Šeblové (2018), kteří uváděli, že se zdravotničtí záchranáři často dostávají k těžko řešitelným situacím, které nejsou schopni adekvátně řešit ku prospěchu paliativního pacienta. Z tohoto důvodu převládá názor, že výjezd není určen pro záchrannou službu a je pro záchrannou službu tedy zatěžující. Informant Z2 se zmiňoval o rozvoji paliativní péče v rámci Jihočeského kraje, což má za důsledek velká podpora vedení Jihočeského kraje, který se v současné době snaží problematice paliativní péče věnovat a investovat do péče právě o paliativní pacienty (2018, Koncepce paliativní péče v Jihočeském kraji na období do roku 2023). Ohledně potřeb paliativních pacientů se informanti Z2, Z3, Z4, Z5 a Z6 shodují, že mezi biologické potřeby patří celodenní ošetrovatelská péče. Zde je bezesporu myšlena ošetrovatelská péče o již imobilního pacienta v terminálním stádiu onemocnění. Rovněž je zde zmíněno, že velice podstatná část biologických potřeb paliativního pacienta je léčba bolesti, což zmínili pouze informanti Z1 a Z2. Bužgová (2015) potvrzuje tyto výpovědi tvrzením, že léčba bolesti je klíčová u pacientů v terminálních stavech onemocnění, jelikož člověk na konci života by neměl bolest pociťovat. Podle Kupky (2014) může pocit odloučení od svých blízkých vést až k existenciální osamělosti, což vede k úzkosti a pocitu, že pacient už nikoho nezajímá a zůstal kvůli svému zdravotnímu stavu úplně sám, jelikož ho už nikdo nepotřebuje. S tímto tvrzením se ztotožňovali všichni informanti a uváděli, že je pro pacienta velice přínosné, aby byl v kontaktu se svou rodinou a blízkými. Myslíme si, že pacient by neměl nabýt dojmu odloučení od své rodiny a blízkých a i své poslední chvíle by měl trávit s nimi. Spirituální potřeby jsou u informantů opomíjené téma, jelikož se o nich okrajově zmiňovali pouze tři z nich. Sováriová Soósová (2022) udává, že na konci života se dost mění duchovní a spirituální vnímání. Mezi širokou veřejností by se toto téma dalo označit jako spíše opomíjené. Odpověď na výzkumnou otázku "*Jaké pracovníci zdravotnické záchranné služby rozeznávají potřeby paliativních pacientů?*", dotazovaní zdravotničtí záchranáři vnímali hlavně biologickou část potřeb paliativních

pacientů. V případě psychosociálních potřeb je informanty pocíťováno klíčové zabránění osamělosti pacienta. Spiritualita je v dnešní společnosti celkově hodně opomíjené téma a k tomu lze přisuzovat i opomenutí informantů se o tomto ohledu potřeb pacientů zmínit. V oblasti domácí paliativní péče se informanti Z4 a Z5 shodovali ohledně nedostatků v tomto sektoru ze strany poskytovatelů domácí paliativní péče, protože zdravotnickou záchrannou službu často oni sami volají ke svým pacientům. Důvodem tohoto počínání může být podle informantů rychle degradující zdravotní stav pacientů, který se může horšit například v rámci hodin a skutečnost, že řada agentur poskytující domácí hospicovou péči není schopná poskytovat péči po dobu 24 hodin, a nejsou tedy schopni řešit akutní problémy paliativních pacientů (Marková, 2010). Informanti byli erudovaní o poskytovatelích domácí paliativní péče v Jihočeském kraji. Důvodem toho je, že se informanti s poskytovateli sami setkávají během výkonu svého povolání. Podle Knora a Šeblové (2018) zdravotnický záchranář je často nucen pacienta transportovat do nemocnice, což mnohdy není pro paliativního pacienta prospěšné. Informanti Z1, Z2, Z5 a Z6 projevíli dobré znalosti ohledně fungování paliativní péče a označují ambulanci paliativní péči jako ambulanci bolesti, kam pacient dochází. Podle Konceptu paliativní péče v Jihočeském kraji na období do roku 2023 (2018) dochází k dobré spolupráci s praktickými lékaři, což si ale informant Z1 nemyslel a udával, že by měla existovat větší aktivita od praktických lékařů, s čímž se ztotožňuje Marková (2010) a označuje úroveň praktických lékařů v tomto ohledu za nepříliš dobrou. Informanti Z2, Z3, Z4, Z5 a Z6 mají přehled o fungování lůžkového hospicu v Prachaticích, což je aktuálně jediné zařízení hospicového typu na území Jihočeského kraje (2018, Konceptu paliativní péče v Jihočeském kraji na období do roku 2023) a podle dat vyplývajících z výzkumu je zkušenost všech informantů s tímto lůžkovým zařízením dobrá. Informant Z4 informoval, že i v rámci Jindřichohradecké nemocnice existuje oddělení paliativní medicíny, kde jsou stále dvě paliativní lůžka a k dispozici paliativní tým odborníků (2018, Konceptu paliativní péče v Jihočeském kraji na období do roku 2023). Zmínku pouze u jednoho informanta lze přisoudit tomu, že tato informace není v Jihočeském kraji příliš známá. U další výzkumné otázky "*Jaké pracovníci zdravotnické záchranné služby znají možnosti poskytování paliativní péče?*", informanti v rozhovorech správně popisovali jednotlivá odvětví paliativní péče. Žádný z informantů v rozhovorech nezmiňuje základní dělení paliativní péče na obecnou, poskytovanou kupříkladu praktickými lékaři nebo na standardních odděleních nemocnic, a specializovanou, poskytovanou mobilními nebo lůžkovými hospici,

způsobem, jakým ji rozděluje Bužgová (2015). Z toho lze usoudit, že toto rozdělení není mezi zdravotníky příliš známé, ale z výzkumu vyplývá, že informanti podle tohoto schématu druhy poskytování paliativní péče rozdělují. Ohledně výjezdů k paliativním pacientům informanti Z1, Z3, Z5 a Z6 jako nejčastější indikaci výjezdů k paliativním pacientům uváděli celkové zhoršení stavu. Z názoru informantů lze důvod přisoudit špatné informovanosti rodin pacientů, které by měly být poučeny, že k pacientovi, u kterého již probíhá paliativní léčba, by se měla o pomoc s péčí nebo tišením bolesti volat instituce poskytující paliativní péči (Knor a Šeblová, 2018). Všichni informanti byli vzhledem k okolnostem nuceni transportovat zjevně paliativního pacienta do zdravotnického zařízení. Informanti Z1, Z2, Z3 a Z6 se shodovali, že v jejich případech to nebylo nezbytné. Důvod je, že kroky k ponechání pacienta na místě by zdravotnický záchranář měl konzultovat s lékařem z důvodu vlastní ochrany. Často však zdravotničtí záchranáři s lékařem chtějí konzultovat pouze v případech nezbytně nutných. V případech informantů hrála velkou roli rodina a v případě, že rodina trvá na svém rozhodnutí pacienta transportovat do zdravotnického zařízení, tak zdravotnický záchranář bez lékaře na místě s tímto rozhodnutím nemůže dělat nic, než rodině problém objasnit (Frei, 2022). Vyjma informanta Z5 se všichni setkali s resuscitací paliativního pacienta, u kterého se vědělo, že je paliativní buď hned na místě nebo posléze. Jedná se o legislativní problém, jelikož pouze lékař podle svých kompetencí může ne zahájit resuscitaci u paliativního pacienta (Sláma a Špinka, 2004). Bartůněk et al., (2016) uvádějí, že konečné fáze nevy léčitelného onemocnění je kontraindikací k resuscitaci. Osobně si myslím, že se jedná o problém a spousta posádek bude čelit dilematu a v konečném důsledku většina posádek RZP u volané resuscitace resuscitaci zahájí. Nikdo z informantů se neseťkal se sepsaným dokumentem v podobě dříve vysloveného přání nebo s dokumentem, který by resuscitaci kontraindikoval. Tato problematika je v České republice málo rozšířená mezi veřejností navzdory tomu, že legislativní rámeček problematika dříve vysloveného přání řeší (Tomešová, 2016). Haškovcová (2007) popisuje, že vinu na tom může bezesporu mít, že umírajícím jako specifické skupině nemocných nebyla dlouhou dobu věnována pozornost. Tedy i vztah veřejnosti k této problematice není v současné době příliš rozsáhlý. Ohledně nárůstu výjezdů k paliativním pacientům se informanti Z1, Z4, Z5 a Z6 shodovali na nárůstu výjezdů k paliativním pacientům v posledních letech. Koncepce paliativní péče v Jihočeském kraji na období do roku 2023 (2018) uvádí, že problém je v tomto případě ve stále malé kapacitě institucí poskytujících paliativní péči a přibývání civilizačních

chorob. Psychickou náročnost výjezdů k paliativním pacientům informanti nehodnotili jednotně a jejich odpovědi se dělily na dvě poloviny. Polovina z informantů uvádí, že psychickou náročnost nepocítují. Druhá polovina pocítuje psychickou náročnost z důvodu, že se může jednat o mladšího umírajícího pacienta. Informanti Z5 a Z6 označovali, že psychicky náročnější jsou výjezdy k mladším nebo dětským paliativním pacientům. Andršová (2012) vysvětluje, že k stresorům ovlivňujícím zdravotnické záchranáře patří nadlimitní zážitky, se kterými se zdravotnický záchranář neseťkává každý den. Mezi tyto zážitky by se určitě dala řadit interakce s paliativním pacientem a o to víc setkání s paliativním dětským pacientem. Ohledně třetí výzkumné otázky "*Jak se pracovníci zdravotnické záchranné služby cítí být psychicky připraveni na výjezdy k paliativním pacientům?*", se všichni zdravotničtí záchranáři se cítili být po psychické stránce připraveni na výjezdy k paliativním pacientům. Nicméně z výzkumu vyplývá, že výjezdy k paliativním dětským pacientům nebo paliativním pacientům mladšího věku mohou být pro psychiku některých zdravotnických záchranářů daleko náročnější, než výjezdy k paliativním pacientům důchodového věku.

6 Závěr

Tato bakalářská práce se věnovala problematice paliativní péče v podmínkách přednemocniční neodkladné péče. Smyslem bylo z části objasnit problematiku paliativní péče v podmínkách zdravotnické záchranné služby.

Výzkum ukázal, že z hlediska potřeb paliativních pacientů mají zdravotničtí záchranáři nedostatky zejména ve spirituálních potřebách pacientů, jelikož si myslím, že tomuto tématu spirituality se v České republice veřejnost příliš nevěnuje. Zdravotničtí záchranáři mají znalosti týkající se poskytovatelů a možností poskytování paliativní péče v Jihočeském kraji. Chybí zde ale základní rozlišení druhů paliativní péče na obecnou a specializovanou nebo jakákoliv zmínka o těchto druzích paliativní péče. Oslovení zdravotničtí záchranáři se cítí být subjektivně po psychické stránce připraveni na výjezdy k paliativním pacientům. Zvláštní skupinu ale zde tvoří mladší nebo dětší pacienti, u kterých si zdravotničtí záchranáři nejsou svou připraveností příliš jistí z důvodu, že se s tímto typem pacientů nesetkávají příliš často.

Paliativní péče se v současné době stává rozšiřujícím se tématem, které stále více zasahuje a stále bude zasahovat do přednemocniční neodkladné péče. V rámci toho by zdravotnická záchranná služba neměla toto téma opomíjet a zaměřit se na edukaci zaměstnanců a rozvoj spolupráce s institucemi poskytující paliativní péči. Tato spolupráce může přinést benefit pro obě instituce, ale hlavně pro pacienty samotné.

7 Použité zdroje

1. ANDRŠOVÁ, A., 2012. *Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4119-2.
2. BARTŮNĚK, P., JURÁSKOVÁ, D., HECZKOVÁ, J., NALOS, D., ed., 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4343-1.
3. BRIGHTON, L. J., BRISTOWE, K., 2016. Communication in palliative care: talking about the end of life, before the end of life. *Postgraduate Medical Journal*. 92(1090), 466-470. doi:10.1136/postgradmedj-2015-133368.
4. BRYCHTOVÁ, P et al., 2016. Domácí hospicová péče základní informace. Hospicová péče sv. Kleofáše Třeboň. ISBN neuvedeno.
5. BULLARD, J. M., et al., 2018. *Palliative care in the emergency department: an educational investigation and intervention*. [databáze]. [cit. 2022-02-04]. doi: 10.1186/s12904-018-0293-5. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29514625/>
6. BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L., 2015. *Ošetrovatelská péče 1. díl: pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5333-1.
7. BUŽGOVÁ, R., 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5402-4.
8. DASTUR, F., 2017. *Smrt: esej o konečnosti*. Přeložil Martin POKORNÝ. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. Myšlení současnosti. ISBN 978-80-246-3664-1.
9. DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, M., VRABELOVÁ, L., LIDICKÁ, L., 2018. *Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských postupů pro zdravotnické záchranáře*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0717-9.
10. FREI, J., 2022. *Vybrané znalosti pro nelékaře: KPR 2021 a další témata intenzivní péče*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni. ISBN 978-80-261-0604-3.
11. JANKOVSKÝ, J., 2018. *Etika pro pomáhající profese. 2., aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Stanislav Juhaňák – Triton. ISBN 978-80-7553-414-9.

12. JONSEN, A. R., SIEGLER, M., WINSLADE, W. J., 2019. *Klinická etika: praktický přístup k etickým rozhodnutím v klinické medicíně*. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton. ISBN 978-80-7553-653-2.
13. HAŠKOVCOVÁ, H., c2007. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-471-3.
14. HEŘMANOVÁ, J., 2012. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3469-9.
15. Hospic sv. Jana N. Neumanna, © 2022. [online]. Hospic sv. Jana N Neumanna, o.p.s Prachatice [cit. 2022-3-5]. Dostupné z: <https://www.hospicpt.cz/prachatice>
16. *Koncepce paliativní péče v Jihočeském kraji na období do roku 2023*, Pracovní skupina ke Koncepci paliativní péče v Jihočeském kraji. [online]. [cit. 2021-11-27]. Dostupné z: https://www.kraj-jihocesky.cz/sites/default/files//ku_usneseni/Zastupitelstvo/2018-09-06/Navrhy/261-ZK_18__paliativni_pece_v_Jihoceskem_kraji_na_obdobi_do_roku_202.pdf?fbclid=IwAR15H9dbI8CZ9kSyeUo5ZI5XQviviwZmV9H8xY3RJ3wyHsGaMn0yq-eVn6U
17. KUPKA, M., 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4650-0.
18. KUTNOHORSKÁ, J., 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2069-2.
19. MÁLEK, J., KNOR, J., 2019. *Lékařská první pomoc v urgentních stavech*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0590-8.
20. MALÍKOVÁ, E., 2020. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2030-7.
21. MARKOVÁ, M., 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3171-1.
22. MEFFERT, C. et al., 2016. Identification of hospital patients in need of palliative care – a predictive score. *BMC Palliative Care*. 15(1). doi: 10.1186/s12904-016-0094-7.
23. MILLIGAN, S. B. et al. Optimising palliative and end of life care in hospital. *Nursing Standard*, 2012, vol. 26, issue 41, ISSN 0029-6570

24. MIOVSKÝ, M., ed., 2003. *Příručka k provádění výběru metodou sněhové koule: snowball sampling*. Praha: Úřad vlády České republiky. Metodika (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-08-0.
25. NOVÁKOVÁ, P., © 2021. Pacient a rodina [online]. Linkos [cit. 2022-2-10]. Dostupné z: https://www.linkos.cz/pacient-a-rodina/pece-o-pacienta/lecba-bolesti-1/mapa-pracovist-pro-lecbu-bolesti/?fbclid=IwAR3SWBiicJVPJYfGksKj1iQYCjJwYGtdukgdHPJeL28tNQtaqTqLbX31u8#search=1&place_pain_name=&place_pain_region=3&place_pain_guarantee=&p=1
26. POST, F. L. et al., 2007. *Handbook for Health Care Ethics Committees*. USA, John Hopkins University, ISBN 0-8018-8448-9.
27. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., c2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2.
28. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., MACH, J., 2017. *Informovaný souhlas: etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Praha: Galén. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-7492-334-0.
29. REMEŠ, R., TRNOVSKÁ, S., 2013. *Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4530-5.
30. SLÁMA, O., ŠPINKA, Š., c2004. *Koncepce paliativní péče v ČR: pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi*. Praha: Cesta domů. ISBN 80-239-4330-8.
31. SLÁMA, O. et al., 2011. *Paliativní medicína pro praxi*. 2. nezměn. vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-849-0.
32. SOVÁRIOVÁ SOÓSOVÁ, M., 2022. *Péče o duchovní potřeby nemocných v ošetrovatelské praxi*. Přeložil Ludmila MÍČOVÁ. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-3242-3.
33. SVATOŠOVÁ, M., 2012. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4107-9.
34. ŠEBLOVÁ, J., KNOR, J., 2018. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. Vyd. 2 Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0596-0.

35. ŠIMEK, J., 2015. *Lékařská etika*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5306-5.
36. ŠPATENKOVÁ, N. et al., c2014. *O posledních věcech člověka: vybrané kapitoly z thanatologie*. Praha: Galén, ISBN 978-80-7492-138-4.
37. ŠTĚTINA, J., 2014. *Zdravotnictví a integrovaný záchranný systém při hromadných neštěstích a katastrofách*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4578-7.
38. TOMEŠ, I., et al., 2015. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Charles University in Prague, Karolinum Press. ISBN 8024629710, 9788024629414.
39. TOMEŠOVÁ, J. Dříve vyslovené přání – předem vyslovený (ne)souhlas s poskytnutím léčby. *Právní prostor* [online]. 27. 7. 2016 [cit. 2022-02-24]. Dostupné z: <https://www.pravniprostor.cz/clanky/obcanske-pravo/drive-vyslovene-prani-predem-vysloveny-ne-souhlas-s-poskytnutim-lecby?fbclid=IwAR3YjOg86F4bPHM-dSpEb2rijY-EZeRTGuJIOZQbjOdvsmoBV6oCEGw8sk>
40. TRACHTOVÁ, E., TREJTNAROVÁ, G., MASTILIAKOVÁ, D., 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vyd. 3., nezměn. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-553-2.
41. VENGLÁŘOVÁ, M., 2011. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3174-2.
42. VORLÍČEK, J., Z. ADAM a Y. POSPÍŠILOVÁ, 2004. *Paliativní medicína*. Vyd. 2. Praha: Grada, ISBN 80-247-0279-7.
43. ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J., 2007. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2068-5.
44. Zákon č. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), 2020. [online]. *Zákony pro lidi*. © AION CS [cit. 2021-12-10]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

8 Seznam příloh

Příloha č. 1: Polostrukturovaný rozhovor

Příloha č. 1: Polostrukturovaný rozhovor

Otázky k polostrukturovanému rozhovoru.

Jaká je vaše pozice na ZS?

Jak dlouhá je vaše praxe na ZS?

1) Jak vnímáte problematiku paliativní péče v podmínkách PNP?

2) Jaké jsou podle vás potřeby paliativních pacientů?

3) Myslíte si, že v ČR funguje dobře systém paliativní péče?

3.1) Myslíte, že funguje dobře v rámci kraje?

4) Jaké jsou podle vás možnosti poskytování paliativní péče?

4.1) Jaké jsou podle vás možnosti poskytování v kraji?

5) Byl jste někdy na výjezdu, který byl pro zjevně paliativního pacienta?

5.1) Jaká byla indikace k takovému výjezdu?

6) Byl jste někdy okolnostmi nucen paliativního pacienta transportovat do zdravotnického zařízení kvůli zhoršení jeho stavu?

6.1) Myslíte, že to bylo nezbytné?

7) Byl jste někdy u resuscitace paliativního pacienta?

7.1) Dostal jste někdy do not resuscitate order v souvislosti s paliativním pacientem?

8) Setkal jste se někdy s dříve vysloveným přáním, kdy pacient dříve sepsal dokument, ve kterém si nepřál být resuscitován?

9) Označil byste výjezd k paliativnímu pacientovi jako těžký z hlediska psychiky?

10) Cítíte se být po psychické stránce připravený na tento typ výjezdů?

11) Myslíte si, že jsou v podmínkách PNP zohledňovány etické principy týkající se paliativní péče?

12) Do jaké míry jsou podle vás respektovány příkazy neresuscitovat a dříve vyslovená přání v podmínkách PNP?

13) Myslíte si, že počet výjezdů k paliativním pacientům v posledních letech roste?

13.1) Co si myslíte, že je tím důvodem?

9 Seznam zkratk

CMP - cévní mozková příhoda

DNR - do not resuscitate

KPR - kardiopulmonální resuscitace

PNP - přednemocniční neodkladná pomoc

RZP - rychlá zdravotnická pomoc

WHO - World Health Organization