



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Úmrtí a paliativní péče v přednemocniční péči

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: [SPECIALIZACE VE ZDRAVOTNICTVÍ](#)

Autor: Jan Novotný

Vedoucí práce: MUDr. Lenka Berková

České Budějovice 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „Úmrtí a paliativní péče v přednemocniční péči“ jsem vypracoval 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 práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich 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 kvalifikační 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 8. 8. 2022

.....

Jan Novotný

Poděkování

V první řadě bych chtěl velice poděkovat své vedoucí práce paní MUDr. Lence Berkové za její ochotu, drahocenný čas a cenné rady. Dále děkuji respondentům za poskytnutí rozhovorů a zejména své rodině za podporu.

Úmrtí a paliativní péče v přednemocniční péči

Abstrakt

Bakalářská práce s názvem Úmrtí a paliativní péče v přednemocniční péči referuje o interakci smrti a úmrtí pacientů se zdravotnickými záchranáři. Dále tato práce seznamuje s lékařským oborem paliativní péče, který slouží jako významný faktor v péči o pacienty v poslední fázi jejich bytí. Tématika smrti je nadčasové téma, které je neustále aktuální.

V souladu s tématem práce byly vymezeny čtyři výzkumné cíle, zjistit postoj zdravotnického záchranáře k umírání pacientů v přednemocniční péči, zjistit jaké možnosti využívá zdravotnický záchranář k vyrovnání se s úmrtím pacientů v přednemocniční péči, zjistit jaké komunikační techniky používají záchranáři s umírajícím a jejich příbuznými, či pouze s kolemjdoucím v přednemocniční péči. Poslední výzkumný cíl byl zjistit jakými znalostmi disponuje zdravotnický záchranář v oblasti paliativní péče během přednemocniční péče.

Tato práce je rozdělena do dvou na sebe navazujících částí. První, teoretická část reflektuje vnímání smrti z dob středověku až po přítomnost, vědní obor Thanatologii a jeho podskupiny. Kapitolou se dotkne eutanázie a popisuje komunikaci, paliativní péči a její specifika. Druhá, praktická část využila kvalitativní výzkumné šetření provedením polostrukturovaného rozhovoru k získání dat. Rozhovor probíhal se záchranáři z oblastního střediska Jindřichův Hradec. Za pomoci otevřeného kódování a následné kategorizace byla tato data analyzována a interpretována technikou tzv. „vyložených karet“.

Z odpovědí respondentů vyplynul jasný závěr. Dle analýzy všichni záchranáři vnímají smrt jako nevyhnutelnou, přirozenou skutečnost, kdy tuto skupinu rozdělil fakt vyrovnání se v průběhu praxe. Další zjištění promítlo účelnost debriefingu ve službě jako vhodného činitele po psychicky náročném výjezdu. Stran komunikace si záchranáři nebyli jisti v užití vhodných metod, které by mohli použít, což pramení z absence dotyčných seminářů. Povědomí o termínu paliativní péče bylo z obecného hlediska dostačující, avšak nedostačující pro následné upřesnění terapie. Problém nastal ve spolupráci s mobilní hospicovou péčí, či ambulancí bolesti, která není oficiálně vymezena a funguje na bázi doporučení.

Klíčová slova

Smrt; eutanázie; přednemocniční péče; komunikace; paliativní medicína; hospic

Death and paliative care in pre-hospital care

Abstract

The bachelor thesis entitled Death and Palliative Care in Pre-hospital Care reports on the interaction of death per se, but also deaths of patients in the care of paramedics. Furthermore, the thesis intersects the medical field called palliative care, which serves as an important agent in the care of patients in the terminal phase of their existence. The subject of death is a entirely timeless topic that has been, is, and always will be with us.

Four research objectives were defined: namely to find out the attitude of the paramedic towards the dying of patients in pre-hospital care, to find out how paramedics cope with deaths of patients in pre-hospital care, to find out what communication techniques are used by paramedics with dying patients and their relatives or with bystanders in pre-hospital care and the last research objective was to find out what knowledge paramedics have in palliative care during pre-hospital care.

The first, theoretical part deals with the perception of death from the Middle Ages to the present, the discipline of Thanatology and its subgroups. The chapter touches on euthanasia and describes communication, palliative care and its specifics. The second, practical part used qualitative research by conducting semi-structured interviews to gather in-depth data. The interview was conducted with paramedics belonging to the regional centre of Jindřichův Hradec. With the help of open coding and subsequent categorization, the data was analyzed and interpreted using the "show one's cards" technique.

According to the analysis, all paramedics perceived death as an inevitable, natural fact, with this group divided by the fact of armouring themselves over their practice. Another finding projected the validity of debriefing as an appropriate factor after a mentally challenging ambulance despatch. Regarding communication, paramedics were not sure about the suitability of the methods used, which stems from the absence of the seminars in question. Awareness of the term palliative care was generally sufficient, but insufficient for the subsequent specification of the therapy. There has been an inconvenience in working with mobile hospice care, or pain alleviation, which is not officially defined and operates on a referral basis.

Key words

Death; euthanasia; pre-hospital care; communication; palliative medicine; hospice

Obsah

Úvod	9
1 Současný stav	10
1.1 Thanatologie	10
1.1.1 Thanatopsychologie.....	10
1.1.2 Thanatosociologie.....	11
1.1.3 Thanatohistorie	11
1.1.4 Církevní vnímání smrti.....	12
1.2 Vymezení pojmů	13
1.2.1 Model Kübler – Rossové	13
1.3 Smrt.....	14
1.3.1 Smrt klinická, mozková.....	15
1.3.2 Konstatování smrti.....	16
1.3.3 Znamky smrti.....	16
1.4 Eutanázie.....	16
1.4.1 Aktivní a pasivní eutanázie	17
1.5 Umírání v přednemocniční neodkladné péči	18
1.5.1 Patofyziologie srdeční zástavy	18
1.5.2 Neodkladná resuscitace	18
1.5.3 Dříve vyslovená přání a do not resuscitate order	19
1.6 Komunikace	19
1.6.1 Neverbální a efektivní komunikace.....	20
1.6.2 Komunikace s umírajícím.....	21
1.6.3 Komunikace v přednemocniční péči	21
1.7 Paliativní medicína	22
1.7.1 Nejčastější obtíže.....	23
1.7.2 Paliativní péče v pediatrii	25
1.8 Hospic	25
1.8.1 Hospic v ČR	26
Cíle práce a výzkumné otázky	28
2.1 Výzkumné cíle	28
2.2 Výzkumné otázky	28
2 Metodika výzkumu	29
3.1 Výzkum.....	29
3.2 Rozhovor.....	29
3.3 Technika zpracování dat	30
3 Výsledky šetření	32
4.1 Kategorie vnímání.....	32
4.2 Kategorie rozhovor	35
4.3 Paliativní péče.....	37
4 Diskuse	43
5 Závěr	47
6 Seznam literatury a použitých zdrojů	49
7 Seznam příloh	53
8.1 Otázky z polostrukturovaného rozhovoru.....	54
8.2 Kategorie s přiřazenými kódy.....	55
8.3 Mapa domácích hospiců	58

Úvod

Fenomén smrti, ať evokuje ve spektru populace různý vjem, prošel významnou proměnou stran vnímání, tak i možností tento nezvratný děj odvrátit na kratší, či delší dobu. Pohled na smrt prošel od dob středověku významnou reformou. Na smrt, vlivem teorie evoluce a upadajícím zastoupení víry v populaci, už není nahlíženo jako na cestu do nebes či cestu směřující k reinkarnaci. Začátkem 18. století, vlivem nastupujícího romantismu, převládá myšlenka užívat života naplno a nepřipravovat svůj život pouze k jedinému, a to k úmrtí. Obrovský pokrok v posledních staletích zaznamenala medicína a její příbuzné obory, které obyvatelům vyspělých zemí nabízejí dříve nepředstavitelnou možnost přežít nezvratné tělesné organické děje.

Tento vývoj medicíny a přístrojové techniky umožňuje polymorbidním pacientům dožití vysokého věku, avšak mnohdy na úkor kvalitního života. V mnohých případech dochází k upoutání leckdy prázdných tělesných schránek na dlouhé roky k nemocničnímu lůžku.

S postupem staletí se dostává do popředí tzv. medikalizace smrti, která přivádí jedince trpícího nevyhnutelným osudem do nemocničního zařízení na úkor nepřítomnosti rodiny a domova. Tuto skutečnost se snaží řešit paliativní medicína prostřednictvím mobilní hospicové péče, která zaopatřuje péči ve vlastních domovech jedinců a doprovází je na jejich poslední cestě. Problém medikalizace smrti a nejistoty rodiny vytváří potřebu přivolání zdravotní záchranné služby. Avšak zdravotní záchranná služba není garantem paliativní péče. Nicméně smrt jako taková do života zdravotníků neodmyslitelně patří.

Tuto bakalářskou práci provází čtyři stanové výzkumné cíle, jež se soustředí na interakci mezi umírajícím pacientem a zdravotnickým záchranářem, jejich vlastní pohled a vyrovnání se s úmrtím. Poslední cíl prověřuje záchranářovo povědomí o paliativní péči.

1 Současný stav

1.1 Thanatologie

„Umírání a smrt propojuje všechny vědní disciplíny, nejen ty humanitní, protože základním principem existence vesmíru, přírody i lidí je obnova. Tedy nekonečný cyklus: zrození – bytí – umírání – smrt – zrození...“ (Králová, In Špatenková, 2014, s. 19).

Všichni jsme smrtelníci a otázka co bude po smrti, napadla určitě každého. Všichni se nejspíše dostanou v průběhu života do situace, kdy umře někdo blízký, ale vlastní smrt je nevyhnutelná. V přítomné době je smrt brána především medicínsky, mluvíme o tzv. medikalizaci smrti a z lékařů se stávají páni nad životem a smrtí. Samotná Thanatologie se snaží vytvořit holistické vnímání a nahlížet na smrt ve všech ohledech (Špatenková et al., 2014).

Thanatologie je interdisciplinární vědní obor zabývající se smrtí jako takovou a vším okolo ní. Název této vědní disciplíny je řeckého původu a odvozen od jména řeckého mýtického boha smrti jménem Thanatos, který je vyobrazován jakožto mladý, spící, chladný muž ve společnosti s mrtvými, držící vyhaslou pochodně. Tento bůh smrti je starším bratrem Hypna, boha spánku, jenž doprovází zemřelé do podsvětí k bohu Hádovi (Steindl, 2017).

Smrt a umírání je široká vědní disciplína, která si vysloužila samostatné založení v druhé polovině 20. století ve Spojených státech amerických. Mezi základní pilíře vytvoření tohoto oboru patří nepochybně dvě osoby, a to Elisabeth Kübler – Rossová, která je obecně považována za průkopnici tohoto oboru, a sociolog a antropolog Robert Hertz, jenž napsal studii o smrti ve společnosti v rovině duchovní a sociologické (Haškovcová, 2007).

1.1.1 Thanatopsychologie

Thanatopsychologie je vědní disciplína spojující thanatologii a psychologii. Za zakladatele toho oboru se považuje Sigmund Freud. Všechny psychoanalytické, většina psychiatrických a mnoho sociologických a psychologických teorií se opírá o jeho dílo jménem *Truauer und Melancholie* (Truchlení a melancholie), které bylo vydáno roku 1917. Doménou tohoto oboru je vliv smrti na chování a prožívání člověka, přičemž se

tento obor zaměřuje na psychiku jedince a vyrovnání se s umíráním, truchlením a smrtí. Langenmayr (1999) rozdělil vnímání smrti do tří kategorií podle toho, jak je přistupováno k umírajícím a k truchlícím. První je otevřené povědomí, kdy mezi rodinou, umírajícím a zdravotnickým personálem se otevřeně hovoří. A všichni jsou plně informováni, jaký je stav a co je čeká. Druhou kategorií je smíšené povědomí, při které jsou všichni informováni o smrti jedince, ale i přesto o smrti mlčí a blízcí jej popírají. Poslední kategorií je tzv. ne-povědomí, u kterého dochází k utajování skutečnosti a informace se poskytuje až v případě smrti (Špatenková et al., 2014).

1.1.2 Thanatosociologie

Smrt a umírání má vždy společenský význam. Není to pouze fakt, ale sociální fenomén. Tato disciplína spojuje thanatologii a sociologii, a snaží se utvářet sociologické perspektivy fenoménu smrti. Pilířem thanatosociologie se stalo přijetí teze, že „*smrt je nejen nevyhnutelným, ale i nezměnitelným předpokladem pro rozvoj druhu a evoluci*“ (Ferber, In Špatenková, 2014, s. 23). Mezi další hlavní témata náleží rituály související se smrtí, kdy Elias (1998) tvrdí, že novodobé rituály, které by nepůsobily zastarale, chybí (Špatenková et al., 2014).

1.1.3 Thanatohistorie

Mezi největší průkopníky tohoto oboru patří Philippe Aries, který ve svém díle *Dějiny smrti (2004)* popsal historické vnímání umírání a smrti, a rozdělil je do pěti modelů. Tzv. *smrt ochočená* přetrvávala ve společnosti od 5. do 18. století. Smrt byla v této době na denním pořádku, lidé věděli, co obnáší a jak se chovat k umírajícím. V tomto období měli lidé ke smrti vztah možná i skrze svou víru v posmrtný život, protože byla vnímána jako odpočinek či spánek. Dalším modelem je *smrt sebe sama*, kdy lidé měli tendence tíhnout k životu více jak ke smrti. Tento příklon k individualismu Aries (2004) připisoval 11. až 17. století. V 17. století se začíná formovat další model jménem *smrt vzdálená i blízká*. Člověk 17. století začal pociťovat vůči své smrti odstup, ale nedošel k jejímu úplnému odmítání. Vlivem neustálých válek v 18. a 19. století, při kterých lidem umírali blízcí častěji než dříve, se začíná vyskytovat nepřiměřená citlivost ke smrti, kterou podporuje nově vzniklý umělecký směr romantismus. Toto Aries pojmenoval jako *smrt blízkých*. Ve 20. století se rodí úplně nový způsob vnímání smrti a to tzv. *smrt převrácená*, která je chápána jako něco, co do každodenního života nepatří.

Smrt je předávána do rukou lékařů, a stále více jedinců neumírá doma, ale o samotě v nemocničním zařízení (Špatenková et al., 2014).

1.1.4 Církevní vnímání smrti

Náboženství je s civilizací spjato už od nepaměti. Vlivem kultur a národností se tvář boha či bohů mění, různé jsou i náboženské obřady či modlitby. V jediném se shodují. Ve víře v posmrtný život. V samotném bytí je posmrtný život klíčový v naději, kterou lidem nabízí. Člověk na sklonku života pocítuje osamocení, beznaděj, zoufalství a na tyto bolesti je pouze jediný lék, a to naděje (Sieberová, 2019).

Nebe samotné hraje klíčovou roli ve víře obecně. V důsledku astronomických výpočtů a pohledů do vesmíru teleskopy či vesmírnými sondami se představa o nebi radikálně změnila. Myšlenka, že Bůh jako „nejvyšší bytost“, který dle všeho přebývá prostorově nad nebem, je vyloučena. Konec konců nebe, o kterém káže víra „... *není ani nic mimo tento svět, žádný „jiný“ svět, „onen“ svět v metafyzickém smyslu.*“ (Küng, 2012, s. 104). Stejně tak křesťané věří, že Bůh neexistuje vně světa, ale svět spočívá v Bohu (Küng, 2015).

Emeritní profesor ekumenické teologie na univerzitě v Tübingen Hans Küng ve svém díle *Dobrá smrt* (2015, s. 97) udává tuto tezi „*Vidíme na tváři mnoha zemřelých snad proto výraz míru a vysvobození, že mají všechno za sebou a před sebou nový život? I pro mne mohou být zmíněné zážitky umírajících znamením, že nějaké nové bytí po smrti, transcendence ve smrti není a priori vyloučena.*“

1.2 Umírání

Umírání je standardní lidský proces stejně jako narození. Tato zkušenost je společná křesťanům, muslimům, buddhistům, či ateistům. Marie - Kübler Rossová ve svém díle *O životě po smrti* (1992) přirovnala lidské tělo k motýlí kukle, kdy kukla není totožná s našim opravdovým já, je to pouze příbytek, ve kterém tělo pobývá určitou dobu. Při umírání dochází ke stěhování z jednoho obydlí do jiného, krásnějšího obydlí. Jakmile je motýlí kukla nenávratně poškozena, při čemž dochází ke ztrátě dechu, vědomí, srdeční akce a mozkových signálů, je motýl definitivně mimo kuklu, ale to nemusí nutně znamenat zánik bytí, kukla přestala pouze fungovat (Kübler – Rossová, 1992).

Toto období, které může být relativně dlouhé je poslední fází v životě člověka, na jejímž konci je samotná smrt. Dle různých tvrzení může být umírání chápáno jako celoživotní proces, kdy umírání začíná samotným narozením jedince. Nebo může být definováno jako doba od zjištění diagnózy až po samotnou smrt (Ayers et al., 2015).

1.2.1 Vymezení pojmů

V souladu s Kübler – Rossovou se rozlišují následující pojmy.

Období před umíráním (pre finem) je možno definovat jako období, kdy pacient zjišťuje svou nepříznivou diagnózu. V tomto období se začíná uplatňovat model Kübler–Rossové.

Období vlastního umírání (in finem) se vyznačuje přímým kontaktem s fyzickou smrtí. V této fázi dochází k ritualizaci smrti a možnosti zajištění hospicové, či paliativní péče, případně se nabízí otázka euthanasie.

Období po smrti (post finem) začíná samotnou smrtí jedince. Patří k němu péče o schránku zesnulého jedince a doprovází jej psychické strádání příbuzných a přátel (Špatenková et al., 2014).

1.2.2 Model Kübler – Rossové

Elisabeth Kübler – Rossová je původem švýcarská psychiatrická, jenž svojí věhlasnou kariéru a především výzkumnou činnost prožila ve Spojených státech amerických v 60. letech. Svůj život zasvětila především výzkumu umírání a smrti. Elisabeth se společně s lékařem Rymondem Moodym zasloužila o stále větší důraz na výzkum prožitků z prahu smrti. Svými zkušenostmi deklarovala, že život po smrti není fantazie a je v naší

moci navazovat spojení s dušemi zemřelých jedinců. Především díky Kübler – Rossové se začala smrt vnímat jiným způsobem, než pouze strachem a dala by se nazvat matkou hospicové péče, které díky ní začaly vznikat po celém světě. V 60. letech za kooperace s duchovním, jenž působil na stejné klinice, vznikaly psychiatrické semináře, které se soustředily na rozhovory s letálně nemocnými klienty. Rozhovorů se tehdy uskutečnilo přes 200 a všechny jsou analyzovány v jejím díle jménem *Interview s umírajícími* (1992), kdy na základě těchto informací popsala pět následujících fází vyrovnání se s konečnou fází života (Kübler-Rosová, 2013).

Popírání a izolace. Dle Kübler – Rossové je odmítání první krok obrany pacienta. Dotyčný nevěří nepříznivé informaci a izoluje se nad neperspektivní pravdou, která mu byla sdělena. Klienti v této fázi mohou stále zůstat, i když si projdou celým procesem umírání.

Zlost a agrese. Pacienti v této fázi bývají rozzlobeni, zejména tím, že „přišli o budoucnost“. Veškerou svou agresi či závist si ventilují na přátelích, příbuzenstvu či na ošetřujícím personálu. Také si velice často kladou otázku: „Proč zrovna já?“.

Smlouvání. V tomto období pacienti progredují do vývojově nižšího věku. Snaží se najít jakoukoliv alternativu na zvrácení osudu, jen aby prodloužili svůj život.

Deprese a smutek. Zlost i smlouvání zde střídá zmíněný smutek a deprese doprovázené pocitem veliké ztráty. Jedinci začínají přemýšlet o smrti a co následuje po ní. Často se uzavírají sami do svého nitra.

Akceptace a smíření. Pacienti se dostávají do fáze vnitřního vyrovnání. Patrně působí vyrovnaně, dojem klidu a míru. Tato fáze by se neměla zaměřovat s pojmem rezignace, která se projevuje naopak pobouřením, hořkostí a bezmeznou úzkostí. Rezignující lidé často pronášejí věty typu, že je unavuje vést ten věčný boj (Kübler – Rossová, 1993).

1.3 Smrt

V přítomné době je lidstvo konfrontováno s tragickými zprávami o úmrtí známých jedinců, teroristických útocích, násilí, sebevraždách, které se k nim dostávají prostřednictvím médií. Společnost smrt z komunikace vyloučila, smrt je tabuizována. Společnost upřednostňuje výkon, zábavu a užívání si života. Ve zdravotnictví se klade

důraz na strohou profesionalitu a ekonomický zisk. Populace není dostatečně motivována, aby sama pečovala o své blízké, jenž umírají, a tak předává smrt do rukou odborníků v nemocničním zařízení. Avšak smrt je čas vzácných darů, při kterém dochází k usmíření s minulostí (Sieberová, 2019).

Dle definic je smrt popisována jako nezvratné zastavení všech životních pochodů, jejich vzájemné souhry a definitivní přerušení látkové výměny v organismu. Dochází k zániku doposud žijícího organismu přirozenou cestou, kdy se uplatňují biologické zákonitosti, nebo je dotýčný organismus postižen fatálním zásahem, jenž ireverzibilně poškozuje a ukončuje jeho funkce. Zástava činnosti srdce byla v minulosti poslední kapitolou jedince. Avšak určité srdeční zástavy mohou být úspěšně zvráceny. Tento stav se nazývá smrt klinická. Jakmile dojde k neúspěšnému ukončení kardiopulmonální resuscitace, nastává takzvaný okamžik smrti, po kterém nastupuje biologická smrt mozku, která se stala synonymem pro smrt jako takovou. Cerebrální smrt může být nazvána smrtí individua, jelikož mozek jako jediný reprezentuje identitu a osobnost (Špatenková et al., 2014).

1.3.1 Smrt klinická, mozková

Při tzv. smrti klinické dochází k přítomnosti nejistých známek smrti, které se klasifikují ztrátou dechové či srdeční činnosti. V danou chvíli je možnost tuto situaci zvrátit provedením kardiopulmonální resuscitace, avšak jestli přetrvává ztráta dechové, či srdeční činnosti déle než pět minut, dochází k poškození tkáně centrálního nervového systému a postupně nastává smrt mozková. Výjimkou je podchlazení, při kterém se interval začátku poškození tkáně centrální nervové soustavy prodlužuje (Veverková, 2019).

Veverková (2019) popisuje smrt mozkovou jako stav, kdy je centrální nervová soustava nenávratně poškozena bez ohledu na zachovalou funkci kardiovaskulárního systému, či jiných orgánových funkcí. Tělo pacienta při tomto stavu bývá mnohdy „lege artis“ udržováno za pomoci umělé plicní ventilace a mimotělního oběhu k možnosti dárcovství určitých orgánů, kdy jsou podmínky pevně vymezeny zákonem č. 44/2013 Sb. (*Zákon, kterým se mění zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon)*).

Smrt vymezuje jak v medicínském, tak i právním ohledu konec bytí. V biologické rovině představuje smrt proces, který je poslední kapitolou kratší, či delší agónie jedince. Konstatování smrti je vyhrazeno pouze do rukou lékaře (Drábková, 1997).

1.3.2 Konstatování smrti

Konstatování smrti je dle zákona č. 372/2011 Sb. § 84 přísně vymezeno a vyhrazeno do rukou lékaře vykonávajícího lékařskou pohotovostní službu, nebo lékařem zdravotní záchranné služby, když došlo k úmrtí při provádění přednemocniční neodkladné péče a § 86, který jasně vymezuje kompetence a povinnosti lékaře na místě úmrtí mimo nemocniční zařízení.

Po samotném konstatování smrti musí lékař určit příčinu a způsob smrti, popřípadě pokud je to možné i okamžik smrti. O smrti dotyčného lékaře ujistí jisté známky smrti (Drábková, 1997).

1.3.3 Známky smrti

Známky smrti jsou rozděleny do dvou skupin. Nejisté, též pravděpodobné známky, zahrnují bezvědomí, absenci dýchání, či nehmatného pulzu na velkých cévách, bledost a chlad. Do známek smrti, které bezpodmínečně znamenají smrt jedince patří posmrtné skvrny, které se rozvíjejí do jedné hodiny po smrti. Místní posmrtná ztuhlost je viditelná na dolní čelisti do dvou hodin od úmrtí. Celková, plně rozvinutá ztuhlost nastává po šesti až dvanácti hodinách (Drábková, 1997).

Zákona č. 44/2013 Sb., *kterým se mění zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon)* popisuje klinické známky smrti mozku, na základě jejichž prokázání lze stanovit diagnózu smrti mozku: „*zornicová, korneální a vestibulookulární areflexie, absence jakékoli motorické reakce na algický podnět aplikovaný v inervační oblasti hlavových nervů, absence kašlacího reflexu nebo jakékoliv bezprostřední motorické reakce na hluboké tracheobronchiální odsávání, trvalá zástava spontánního dýchání prokázaná apnoickým testem a hluboké bezvědomí*“ (Zákon č. 44/2013 Sb., § 29)

1.4 Eutanázie

„Nenávidím svoj život. Neviete si predstaviť, aké je to utrpenie, keď niekto chce ukončiť svoj život a nemože, pretože je paraplegik a má ochrnuté ruky... Nemám dost' sil na to,

aby som bojovala, aby som čelila novému dňu. Chcem odísť z tohto sveta.“ (Tada, 1997, s. 169)

Eutanázii z řecko – židovského starověku doslovně přísluší označení „dobré umírání“. Pojem, jenž je synonymem pro lehkou, krásnou, bezbolestnou, ale i čestnou smrt na bitevním poli. Určitým způsobem ovlivnilo náhled na eutanázii nacistické Německo, které jej v minulosti hojně zneužívalo. Už v 19. století se hovoří o takzvaném termínu euthanasia medica. Ve 20. letech minulého století byl sepsán spis K. Bindingem a A. Hochem se jménem *Přípustnost vyhlazení bezcenného života (1920)*, jenž obhajuje ukončení života „prázdných tělesných schránek“, či „odpadových existencí“, neboť dle autorů není v silách společnosti o tyto jedince pečovat. Této myšlenky se zmocnilo nacistické Německo, kdy v rámci „programu eutanázie“ bylo roku 1941 na tajný příkaz Adolfa Hitlera vyhlazeno 60–80 tisíc lidí nehodících se tehdejšímu režimu. V poválečném období tuto „nucenou eutanázii“ jednomyslně odsoudila mezinárodní deklarace lékařů, avšak možná na úkor dobrovolně zvolené smrti, kterou tehdejší systém striktně tabuizoval (Küng, 2015).

V dnešní době tento pojem zapříčiňuje mnoho diskuzí. Eutanázie se nedostává do rozporu pouze v rovině právní, ale i v rovinách náboženských, zvyklostních, morálních i lékařských. Diskuze stojí na třech pilířích. První pilíř obsahuje rovinu náboženskou, kdy vlivem různých nábožensko-etických koncepcí se mění pohled na smrt. Úmrtí jako životní událost, které je zapotřebí čelit tváří v tvář, se vytrácí. Druhým pilířem je rovina lékařská, kdy s obrovským rozvojem znalostí, dovedností a zejména technologií se populace dostává do situace, že onemocnění dříve nevyléčitelné se stává vyléčitelným nebo život prodlužujícím. Posledním, třetím pilířem je rovina sdělovací. O takové emotivní a složité skutečnosti, jako je eutanázie, média hovoří zpravidla povrchně. Názory, jež vycházejí z neznalosti, jsou tak příkládány bok po boku k těm důvěryhodným, kdy výsledkem bývá spíše zmatek (Pollard, 1996).

1.4.1 Aktivní a pasivní eutanázie

Aktivní eutanázie, která je v České republice nezákonná, je intervence na žádost. Slouží k ukončení života jedince, který trpí nevyléčitelnou nemocí a jsou vyčerpány všechny možnosti léčby, jež by prodloužily nebo zachovaly jeho život. Naopak pasivní eutanázie je volba takového léčebného postupu, kdy nebylo využito všech moderních metod, které by smrt oddálily (Ptáček et al, 2012).

1.5 Umírání v přednemocniční neodkladné péči

Urgentní medicína jako samostatný obor se začala formovat ve Spojených státech amerických v 60. letech minulého století. Tento obor vznikl jako reakce na nové rozmanitější členění do užších specializací. Tento lékařský obor zaznamenal samostatný vznik v České republice roku 1998, nejprve se však vytvářela oblast přednemocniční péče. Tento pojem si občané České republiky vzájemně zaměňují s urgentní medicínou. Přednemocniční neodkladné péče se začala vyvíjet v 90. letech minulého století a v současnosti je tvořena sítí regionálních služeb, které podle krajů zahrnují čtrnáct organizací. Od roku 2012 je tato činnost pevně daná zákonem č. 374/2011 Sb. *Zákon o zdravotnické záchranné službě* (Šeblová et al., 2013).

Podle tabulek z díla *Urgentní medicína pro klinickou praxi* (Šeblová, et al., 2013, s. 106) patří podle záznamů z roku 2011 ve Středočeském kraji ke dvěma základním příčinám srdeční zástavy kardiální a respirační patologie. Mezi dvě nejčastější místa srdeční zástavy se zahájenou neodkladnou resuscitací patří domov a ulice neboli terén. Na posledním místě je nemocniční zařízení.

1.5.1 Patofyziologie srdeční zástavy

Srdeční zástava byla v minulosti poslední kapitolou v životě postiženého. Až po určení správných postupů resuscitační péče je možno tento stav zvrátit. Srdeční zástava může být popsána jako nejzávažnější forma šokového stavu, při které dochází k náhlé zástavě distribuce kyslíku a metabolických látek potřebným tkáním. Zástava oběhu se projevuje hned po prvních desítkách vteřin, kdy během 15 sekund dochází k absenci kyslíku v neuronech, po 5 minutách klesá pH pod úroveň 7,0 a v tentýž časový úsek klesá k nulté úrovni i koncentrace ATP (adenosintrifosfát) a fosfokreatininu. To znamená, že po 10 až 15 vteřinách dochází k úpadku vědomí postiženého a projevům tzv. lapavých dechů, též gasping, které mohou přetrvávat 60 až 90 vteřin. Ke zvrácení tohoto stavu je zapotřebí co nejrychlejší reverze aerobního metabolismu glukózy v nervových buňkách centrální nervové soustavy. A tuto reverzi zprostředkovává takzvaná neodkladná resuscitace (Šeblová et al., 2013).

1.5.2 Neodkladná resuscitace

Neodkladná resuscitace je soubor na sebe navazujících léčebných postupů, které slouží k obnově oběhu okysličené krve. V souvislosti s touto metodikou se vymezily základní

životní funkce: dýchání, vědomí a krevní oběh. Tyto funkce jsou na sobě závislé. Odborností kategorizujeme neodkladnou resuscitaci do dvou skupin, a to na základní a rozšířenou. Základní resuscitace je prováděna širokou veřejností, které není dostupné speciální vybavení. Rozšířenou resuscitaci poskytují speciálně vyškolení zdravotníci, avšak obě tyto skupiny jsou potřebné pro nejlepší výsledek (Libby, Skinner 2019).

1.5.3 Dříve vyslovená přání a do not resuscitate order

Dříve vyslovená přání, též advance directives jsou dokumenty, které popisují pacientova přání přerušit léčbu v případě, že dotyčný nebude moci sám za sebe rozhodnout (Heřmanová, 2012).

Pojmy do not resuscitate, do not attempt cardiopulmonary resuscitation nebo do not attempt resuscitation order, znamenající totéž, a to příkaz neresuscitovat. Je to oficiální dokument, ve kterém je udáno pacientovo přání nebýt resuscitován. Tento příkaz patří mezi kontraindikace kardiopulmonální resuscitace. Naopak o tomto příkazu může rozhodnout i sám lékař v případě, ve kterém by možné budoucí resuscitační postupy nenavrátily dotyčnému jeho původní zdraví, ale naopak mu přinesly větší utrpení. Toto rozhodnutí, které musí být zmíněno ve zdravotnické dokumentaci, se ve většině případů užívá u onkologických pacientů v terminálním stádiu, kdy už neexistuje žádná protinádorová léčba a jejich prognóza nepřevyšuje dožití v řádech týdnů (Ptáček, et al. 2019).

1.6 Komunikace

Lidská komunikace je složitý děj, jenž je závislý na mnoha individuálních charakterech dotyčného. Ať už je to inteligence, psychika člověka, vzdělání a sociální postavení. Komunikace patří k bazální bio-sociální výbavě, avšak rozmanitost určuje výchova v rodině, vyspělost, nebo rozvoj komunikačních dovedností jedince. Nejdůležitějším východiskem komunikace je co nejcílenější, nejefektivnější předání informace, při sdělení, odrazení, nebo zjištění (Linhartová, 2007).

Podle toho, jaká informace je předávána, nebo komu, se komunikace rozděluje na tzv. úrovně. Do první úrovně spadá konverzační klišé neboli zdvořilostní informace, která nemá vypovídající funkci, jedná se o pozdrav, či otázku ze zdvořilosti. Další úrovní je předávání informací, kdy si jedinci mezi sebou sdělují informaci, která pro ně nemá emoční hodnotu. Vyjádření názoru spadá do další úrovně a patří k těm nejvhodnějším.

Vyjádření emocí dotyčný upřednostní většinou u jedinců, kterým dobře důvěřuje. Jako poslední úroveň definuje Pokorná (2007) otevřenou a důvěryhodnou komunikaci, ve které dochází ke sdělení jak pocitů, tak i postojů a příčin případného jednání jedince.

1.6.1 Neverbální a efektivní komunikace

Komunikace je podle Pokorné (2000) rozdělena do dvou skupin, a to jako neverbální a efektivní komunikace.

Neverbální komunikace je popisována jako komunikace bez použití jakýchkoliv slov, od latinského non verbum. Je fylogeneticky starší a začala se využívat daleko dříve než verbální komunikace. Samotná neverbální komunikace o lidech vypoví mnoho už na první pohled. Do jisté míry se nedá ovládat vůlí, avšak to vypovídá o schopnosti sebeovládání. Touto komunikací je možno sdělit emoci, pocity, náladu nebo i snahu o vytvoření dojmu či snahu změnit dojem jedince. Tělesnou interakci mezi zdravotnickým personálem a pacienty umožňuje tzv. haptika, která zahrnuje pocity chladu, tepla, tlaku prostřednictvím receptorů v kůži (Pokorná, 2006).

Efektivní, též otevřená komunikace je komunikace, při které nedochází ke zkreslení přenosu informace a oba jedinci si rozumí. Tato komunikace má jasně definované cíle k pochopení problému na obou stranách komunikačního kanálu. Úkolem je navození důvěry. Pokorná (2006) uvádí určité techniky aktivního naslouchání pro zlepšení komunikace.

1.6.1.1 Techniky aktivního naslouchání

„Více lidí si získáte tím, že se budete o ně zajímat, než snahou o to, aby se oni zajímali o vás.“ (Carnegie, In Pokorná, 2006, s. 32)

První technikou je povzbuzení, při kterém je zapotřebí vyjádřit zájem o danou osobu a navázat rozhovor. Objasnění slouží k dalšímu získání informací a k případnému hledání souvislostí. K prohloubení vztahu v komunikaci slouží i zrcadlení neboli prokázání pochopení daných pocitů druhého člověka. K prokázání, že je druhé osobě nasloucháno slouží tzv. parafrázování. Vhodné je shrnutí rozhovoru, k jakému závěru hovor došel či zopakování hlavní myšlenky. Úplným závěrem je vhodné ocenit dotyčného vším, co je ocenění hodné (Pokorná, 2006).

1.6.2 Komunikace s umírajícím

Aby byla prokázána správná komunikace s nemocným, je zapotřebí pochopit subjektivní pocity dotyčného. Základní vlastností člověka je udržovat stálou psychickou rovnováhu. Jestliže je tato rovnováha narušena, u jedince dochází k tzv. adaptaci na danou změnu. Pokud se člověk dostává do svízelné životní situace, přicházejí na řadu obranné reflexy, které se mohou popsat jako neadaptivní chování. Toto maladaptivní chování má mnohočetnou podobu, ať už je to agrese nebo rezignace (Zacharová et al., 2007).

Důležitou roli v komunikaci hraje i samotný charakter jedince. Člověk vstupuje do světa s různými temperamentními vlastnostmi, které nejdou změnit. Každý jeden druh temperamentu má své klady i zápory. Kupříkladu labilní cholerik bude nabývat dojmu bojovného ducha, avšak bude sklouzávat k afektivnějšímu jednání. Naopak flegmatik bude o mnoho stabilnější, ale jeho postoj k dané situaci bude pasivnější (Bednařík, Andrášiová, 2020).

Pro nejideálnější komunikaci s umírajícími pacientem je zapotřebí, aby nejprve zdravotník uklidnil sebe samého. Ideálním stavem je přizvání příbuzného jako důležitou psychickou oporu. Zdravotník by neměl pacientovi žádným způsobem lhát, měl by mu nabídnout prostor, čas a navázat s ním pozitivní vztah (Špatenková et al., 2014).

1.6.3 Komunikace v přednemocniční péči

Základním aspektem komunikace je náhled na pacienta holistickým způsobem, a to tedy ve všech ohledech. V biologických, psychologických, sociálních a spirituálních. Zdravotník musí mít na mysli, že nemocný jedinec neměl v plánu návštěvu lékaře, ať už se jedná o náhlé zhoršení stavu nebo o dlouhodobější terminální stav. Zdravotnický personál by s ním měl navázat přátelský dialog s dostatkem empatie. I přes vytíženost neodkladné péče by neměl zdravotník působit dojmem spěchu, ba naopak (Webb, 2011; Andršová, 2012).

Možnou výjimkou v komunikaci dochází při postižení dítěte. Dítě samotné, kdy záleží na míře vyspělosti, nevnímá svou smrt tak jako dospělý. Vždy když se jedná o dítě, dochází k větší psychické zátěži a stresu. Důležitostí této situace je vhodná komunikace s rodiči. Správné pojmenování diagnózy a následná útěcha. Komunikace s dítětem by měla být rovna jeho inteligenci. Zdravotník by se měl vyvarovat nicneříkajících frází

typu „neřeš to“, nebo „nelam si s tím hlavu“, ale adekvátně vysvětlit celistvý problém (Vitoň, Velemínský, 2014).

1.7 Paliativní medicína

Pečování o nemocné či umírající v různých formách se datuje od prvních staletí našeho letopočtu. Tato péče o choré zaujímá významnou úlohu v historickém vývoji ošetrovatelství. První zmínky o hospicích, z latinského „hospes“, téže host, je možné datovat do období středověku, kde se využívaly jako útočiště pro nemocné či chudé jedince. Svatý Benedikt, zakladatel Řádu benediktinů, na přelomu 4. a 5. století vytváří tzv. hospitalaria, z latinského hospitium neboli pohoštění. Ve stejném staletí vznikají na obchodních cestách tzv. xenodochia, též příbytky pro cizince, staré nebo nemocné. V průběhu křížáckých tažení vznikají na cestě do Svaté země speciální příbytky neboli hospice, které poskytovaly stravu poutníkům. Až v 19. století je možno chápat hospic tak, jak je znám dnes (Slamková, Poledníková, 2013; Clark, 2016).

Paliativní medicína v ČR zaznamenala za poslední dvě dekády obrovský pokrok stran vzdělávání i klinické praxe. Po území republiky začaly vznikat hospice a specializované ambulance. Na trh se dostávají knihy spjaté s touto problematikou a po území republiky se uskutečňují přednášky pro zdravotníky a veřejnost. Roku 2004 v ČR vznikl samostatný atestační lékařský obor paliativní medicína, který dává odbornou způsobilost lékařům k následnému uplatnění na oddělení paliativní péče nebo ambulanci paliativní medicíny. V minulosti zaštiťovala tuto medicínu Sekce paliativní medicíny v rámci Společnosti pro studium a léčbu bolesti České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (ČLS JEP). Avšak přes rozsáhlost a pestrost této agendy vzniká roku 2008 Česká společnost paliativní medicíny (ČPSM) jako součást ČLS JEP, jejímž předsedou je MUDr. Ondřej Kopecký, který je primářem Kliniky paliativní medicíny ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze a provozuje semináře týkající se této problematiky, zejména v oblasti komunikace a sdělení negativní informace (Rusinová, 2021)

ČPSM je rozdělena na dětskou a geriatrickou sekci paliativní péče a sekci pro etiku v paliativní péči. Tvoří dvě pracovní skupiny pro mobilní specializovanou a nemocniční paliativní péči. Vytváří řadu projektů, spolupracuje s Ministerstvem zdravotnictví a s krajskými úřady. Je garantem specializačního vzdělávání. Pořádá odborné akce jako

například seminář v Senátu ČR a vydává osvětové publikace. Předkládá zdravotníkům i veřejnosti standardy a nejnovější doporučení paliativní péče (Rusinová, 2021)

K informovanost široké veřejnosti přispěl velkým dílem původně pilotní projekt režisérky Adély Komrzé, která po dobu 3 let dokumentovala Oddělení paliativní péče VFN, kde účinkovali v hlavní roli MUDr. Kateřina Rusinová a MUDr. Ondřej Kopecký (Rusinová, 2021)

Tato péče je definována jako léčba nemocného s nevléčitelnou chorobou s cílem o co nejkvalitnější poslední fázi života. Dle Světové zdravotnické organizace se tato léčba zahajuje tam, kde nemoc nereaguje na kurativní léčbu a zaměřuje se na biologické, sociální, psychologické a duchovní potřeby nemocného (Clark, 2007; Baldwin, Woodhouse, 2011).

1.7.1 Nejčastější obtíže

Ke správné paliativní léčbě je zapotřebí multidisciplinární přístup. Ideální léčba vyžaduje sehraný přístup multidisciplinárního týmu. Jsou to zejména lékaři různých specializací, všeobecné a nutriční sestry. Dále sociální a rehabilitační pracovníci, psycholog, psychiatr a v neposlední řadě podle potřeby i duchovní. K dokonalé spolupráci jsou zapotřebí i členové rodiny, či přátelé daného jedince (Vorlíček, et al., 1998).

Bolest je symptom, který se vyskytuje u většiny pacientů v terminálním stádiu nevléčitelného onemocnění od AIDS až po onkologická onemocnění. Bolest je subjektivní smyslový a emociální pocit spojený s aktuálním, či potencionálním poškozením tkáně. Tito jedinci se potýkají s chronickou bolestí různého charakteru, kterou je zapotřebí léčit. Analgetika se dělí do dvou skupin, a to na opioidní a neopioindní. Neopioindní analgetika nepřinášejí jedinci fyzickou ani psychickou závislost, ale nejsou tak účinná. Opioidní analgetika jsou základem léčby zejména nádorové bolesti. Tato analgetika je možné podávat různými způsoby (Kabelka, 2017).

Perorální podání je neinvazivní, levné, jednoduché, ale je výrazně neurotoxické. S větší oblibou se využívají opioidní analgetika u nenádorových bolestí. Formy opioidů s postupným uvolňováním, jež udržují vhodnou hladinu léčiva po dlouhou dobu, jsou nejideálnější a působí většinou 12–24 hodin. Dalším způsobem podávání analgetik jsou transdermální náplasti, které udržují vhodnou hladinu léčiva po 72 hodin. Tato aplikace

přes kůži vyžaduje splnění určitých podmínek, které fentanyl a buprenorfin naplňuje. Pro volbu nejvhodnějšího opioidu hrají významnou roli jeho vlastnosti, charakter bolesti a individuální vnímavost daného jedince. Další způsob podání analgetik se nazývá tzv. parenterální podání. Podání per rektum je umožňováno u jedinců, kteří nejsou schopni, nebo ochotni přijímat opiáty ústy. Po intravenózním podání, jenž je nejstabilnějším distributorem léku, je možné využít intramuskulární podání, které ovšem není doporučováno pro jeho bolestivost, různou dobu absorpce a rychlý pokles účinku. Další možností je subkutánní cesta podání, která vyžaduje kvalitní místní perfuzi a absorpci. Subkutánní aplikace léčiv by neměla přesáhnout 10ml za hodinu. Metoda PCA neboli pacientem řízená analgezie, ke které slouží pumpa, kterou pacient nosí v ledvince, zajišťuje kontinuální tlášení bolesti. Důležitým negativním účinkem opioidních analgetik je zácpa, na kterou je třeba reagovat snížením opioidních farmak a podáním dostatečného množství tekutin (Kol., 2006, Vondráčková, 2006).

Léčba bolesti je doménou tzv. ambulancí bolesti, které se specializují na akutní, chronickou, ale i nádorovou bolest. Tyto ambulance jsou zřízeny v rámci oddělení ARO. Dávkování léků je titrováno až do pocitu úlevy pacienta při zachované toleranci vůči opioidnímu farmaku. Analgetika se podávají co nejméně invazivní formou podle potřeb pacienta. Od tabletových forem, přes čípky, až po transdermální systémy, které se s výhodou využívají u pacientů trpících nežádoucími účinky, zejména zácpou (Procházka, 2016).

Dušnost patří k nejčastějším problémům pacientů na sklonku života. Jedná se o subjektivní pocit, který vzniká souhrou psychických, fyzických ale i emočních faktorů. Tento subjektivní pocit je zapříčiněn různou etiologií onemocnění, ať už vlivem primárního onemocnění, celkovou vyčerpaností organismu, či způsobem léčby. V případě, že není možné odstranit příčinu dušnosti, je třeba přistoupit k farmakologické léčbě. Podávání opiátů, zejména morfinu, dopomáhá pacientům v terminálním stádiu jak s klidovou, tak i námahovou dušností. Benzodiazepiny tlumí dušnost zejména svým anxiolytickým účinkem u epizodní dušnosti spojené s hyperventilací a negativním emočním dojmem. K terapii kyslíkem se přistupuje při pokročilém onemocnění s hypoxemií (Bužgová, 2015).

Téměř většina pacientů v terminálním stádiu trpí malnutricí. Jedinci, kteří trpí nechutenstvím a nepozřou dostatek stravy, mají zvýšenou spotřebu kalorií vlivem

maligního onemocnění a trpí tzv. malabsorpčním syndromem, protože dochází k poruše vstřebávání živin. Ubývání tělesné hmotnosti obecně přispívá ke zhoršení celkového stavu ztrátou bílkovin a energie. Důležitým faktorem je nedostatek tekutin, který je možno zvrátit podáním infuzní terapie například fyziologickým roztokem s glukózou žilní cestou nebo i alternativním podáním subkutánní cestou, která je zprostředkována kapénkovou infuzí (Aranda, O'Connor, 2005).

1.7.2 Paliativní péče v pediatrii

Dětská paliativní péče patří k citlivým tématům. I přes veškerý pokrok kauzální léčby jsou situace, kdy tato léčba selže a je na místě přistoupit k paliativní péči. Mezi nejčastější onemocnění patří nádorová onemocnění, progresivní onemocnění jako například mukopolysacharidóza, při které se přistupuje k paliativní péči od samého počátku. Tato problematika obsahuje mnohé bariéry jak na straně rodičů, tak na straně zdravotníků. Jsou to zejména složitá rozhodování přechodu z kurativní na paliativní péči a v rámci rodiny nedostatek informací o smrtelných onemocněních v dětském věku. S ohledem na věk pacienta se mění dané potřeby jedince oproti dospělému pacientovi. Ve většině případů se volí domácí péče. Věk ovlivňuje chápání nemoci dítětem a je zapotřebí zvolit úměrné komunikační techniky. Rozdílná je také fyziologie a farmakodynamika podaných léčiv. Dochází k diametrálně většímu truchlení nad daným dítětem. Děti trpí nejčastěji bolestí, únavou a dušností. Zdravotníci by se měli vyhnout bolestivým injekcím a snažit se zapojovat nekonvenční techniky jako například kreslení či vyprávění příběhů. Ve většině vyspělých zemích je úmrtí dítěte společensky nepřijatelné, a proto je potřeba docílit kvalitní komunikace s rodiči a sourozenci (O'Connor, Aranda, 2005, Bužgová, Sikorová, 2019).

1.8 Hospic

Hlavní myšlenka hospicové péče stojí na úctě k člověku jako k jedinečné bytosti. Základní pilíře hospiců definují, že klient nebude svazován nesnesitelnou bolestí, bude respektována jeho lidská důstojnost v jakékoliv situaci a v posledních chvílích života nebude sám. Hospic není pouze budova, ale komplexní přístup k umírajícímu zohledňující všechny potřeby dotyčného (Kastenbaum, 2009).

Tým pracovníků pro tuto péči neobsahuje pouze odborníky ve zdravotnické oblasti, ale patří mezi ně i dobrovolníci, kteří do zařízení chodí například každý týden. Kromě

duchovních dochází do hospicového zařízení i mladí stážisti, kteří myšlenku hospice přenáší dál do „světa“. Hospicová péče není apriori pouze za hospitalizace, ale má i ambulantní charakter, kdy zaměstnanci daného hospice docházejí za dotyčným umírajícím (Svatošová, 2001).

Domácí hospicová péče, též mobilní hospic je paliativní péče poskytovaná v domácím prostředí daného jedince společně s rodinou a přáteli. Tato péče nemůže být prováděna v nevhodných bytových podmínkách a při vyčerpanosti rodiny. Mobilní hospic přináší výhodu pacientova setrvání v domácím prostředí a vylučuje nežádoucí konsekvence pobytu v nemocničním zařízení. O klienta pečuje tým o stejné skladbě jako v ústavní péči a tím jsou lékaři, zdravotní sestry, sociální pracovníci, psychologové a duchovní. Dostupnost odborné sesterské a lékařské péče by měla být podle možností různých organizací po 24 hodin denně. Tým mobilního hospice neposkytuje pacientovi pouze zmírnění bolesti, ale pomáhá mu zvládat další průvodní jevy tohoto terminálního stavu. Dále poskytuje kompletní ošetrovatelskou péči včetně léčby dušnosti, ošetřování ran, stomií a propůjčuje polohovací lůžka, antidekubitní matrace a koncentrátory kyslíku (Slezáková, 2007).

Častým zaměněním této péče může být hovor na linku 155 a výjezd zdravotnické záchranné služby, která dle situační zprávy záchranné služby hlavního města Prahy (Uhlíř, Peřan, 2019), vyjíždí k 1,9% pacientů, kteří následně očekávaně umírají v nemocničním zařízení. Samotná záchranná služba není schopna uspokojit potřeby paliativního pacienta, jelikož je časově i materiálně omezena. Tato skutečnost může být změněna, jelikož téma přednemocniční péče a paliativní péče je aktuálně probírané téma a například záchranná služba hlavního města Prahy zřídila roku 2021 pilotní paliativní tým lékařů a řidiče, který tuto problematiku obstarává.

1.8.1 Hospic v ČR

Prvopočátek této péče je datován rokem 1967, kdy Dr. C. Saundersová založila v Londýně první hospicové zařízení, které se odtud rozšiřovalo dál. Jako odborný garant se MUDr. Svatošová zasloužila o založení prvního zařízení tohoto charakteru roku 1995 - hospic Anežky České v Červeném Kostelci (Svatošová, 2001).

V Českých Budějovicích tuto péči zprostředkovává společnost jménem Ledax o.p.s., která zřizuje hospicovou péči po boku služby pečovatelské. Tuto péči poskytuje od roku

2011. Poskytuje též mobilní hospicovou péči, která zajišťuje komplexní multioborovou péči nejen o klienta v terminálním stavu, ale i o jeho blízké (Lavická, 2017).

Tyto služby jsou dále poskytovány v dalších městech Jihočeského kraje. V Písku Athleas, v Táboře Jordán, v Třeboni Kleofáš, v Blatné domácí hospic Růže. Ty poskytují jak terénní odlehčovací služby, tak i mobilní specializovanou paliativní péči nebo půjčovnu potřebných pomůcek. Naopak v hospici sv. Jana Nepomuka Neumanna v Prachaticích se nachází lůžkový hospic, který umožňuje pobytovou odlehčovací službu (Kubáčková et al., 2018).

Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Výzkumné cíle

1. Zjistit postoj zdravotnického záchranáře k umírání pacientů v přednemocniční péči.
2. Zjistit jaké možnosti využívá zdravotnický záchranář k vyrovnání se s úmrtím pacientů v přednemocniční péči.
3. Zjistit, jaké komunikační techniky využívají záchranáři s umírajícím a jejich příbuznými, či pouze s kolemjdoucím v přednemocniční péči.
4. Zjistit jakými znalostmi disponuje zdravotnický záchranář v oblasti paliativní péče během přednemocniční péče.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jaký postoj zaujímají zdravotničtí záchranáři při umírání pacientů v přednemocniční péči?
2. Jaké možnosti využívají zdravotničtí záchranáři pro vyrovnání se s úmrtím pacientů?
3. Jaké komunikační techniky využívají záchranáři s umírajícím a jejich příbuznými, či pouze s kolemjdoucím v přednemocniční péči?
4. Jakými znalostmi disponuje zdravotnický záchranář v oblasti paliativní péče během přednemocniční péče?

2 Metodika výzkumu

3.1 Výzkum

Základní kritérium pro vypracování výzkumného šetření sestávalo ze zkušeností a praxe v rámci přednemocniční péče.

Výzkumný soubor byl pro objektivnější výsledek cílen variabilitou na ženy i muže v různých věkových kategoriích a s různou délkou praxe (viz Tabulka 1). Rozhovory probíhaly se všemi respondenty na stejném oblastním středisku Jindřichův Hradec. Tyto rozhovory byly uskutečněny po předcházející osobní domluvě. Šetření probíhalo během pracovní doby, která byla mnohdy přerušena pronikavým zvukem výstrahy informující o výjezdu. Výzkumný soubor tedy čítal 6 záchranářů, kteří byli rozřazeni pod písmenem R jako respondenti a označeni 1-6.

Tabulka 1 Identifikační údaje respondentů

<i>Jméno</i>	<i>Věk</i>	<i>Doba praxe</i>	<i>Počet úmrtí (odhadem)</i>
<i>R1</i>	45 let	6 let	30
<i>R2</i>	54 let	20 let	80
<i>R3</i>	35 let	2–3 roky	20
<i>R4</i>	49 let	27 let	100
<i>R5</i>	43 let	18 let	80
<i>R6</i>	38 let	11 let	100

(Zdroj: vlastní výzkum)

3.2 Rozhovor

Výzkumné šetření probíhalo formou polostrukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami. Byl vytvořen seznam 21 otázek, kterými byli respondenti tázáni. Při úplném nepochopení otázky se skýkala možnost konkretizace doplňující otázkou, což předešlo vzájemnému nedorozumění. Šetření probíhalo v průběhu měsíce března roku 2022.

Respondenti zapojeni do tohoto šetření byli před každým rozhovorem obeznámeni s problematikou, kterou se tato práce zabývá, a byli upozorněni na skutečnost, že nemusí odpovídat na nepříjemné otázky. První otázka před začátkem rozhovoru se týkala toho,

zda respondenti nemají problém s nahráváním na diktafon, který sloužil jako lepší zprostředkovatel odpovědi. K této skutečnosti neměl žádný respondent námitku. Všechny rozhovory probíhaly jednotlivě s dobou trvání okolo 20 minut. Odpovídajícím bylo předloženo 21 základních otázek a až na výjimku nebylo třeba pokládat doplňující, upřesňující dotaz (viz Příloha 1).

Jednotlivá šetření byla nahrána na diktafon mobilního telefonu. Odpovědi, jež byly získány, se přenesly do elektronické podoby formou doslovné transkripce, která umožňuje přepsání nespisovných, či vulgárních výrazů. Toho nebylo zapotřebí, protože respondenti odpovídali slušně a zejména spisovnou češtinou.

3.3 Technika zpracování dat

Analýza tohoto šetření byla provedena formou tzv. otevřeného kódování, při kterém dochází k rozčlenění a následnému poskládání informací smysluplným způsobem. Odpovědi se prvotně rozeberou na jednotky, které mohou skýtat souvětí, odstavec, či pouze slovo, avšak musí nést jednotný význam. Jednotky se označí kódem, který provede separaci od okolních slov. Tento způsob analýzy je veskrze individuální, přičemž samotné kódování se liší subjektivním vnímáním daného výzkumníka. Analýza zprostředkovává rozebrání určitého jevu a jeho struktury popisným a leckdy literárním způsobem (Švaříček, Šedová, 2007).

Tento postup probíhal následujícími kroky: prvotní provedení a zaznamenání rozhovorů na záznamník s následným přepisem do elektronické podoby. Následné vytištění umožnilo přidávat kódy příslušným jednotkám, kdy před samotným tiskem bylo zapotřebí rozšířit řádkování pro lepší přehlednost. Vybraná jednotka byla podtržena a zvýrazněna příslušným kódem. Kódy samotné představovaly slova, výjimečně sousloví. V některých případech byl samotný kód totéž slovo, které bylo přepsáno jako odpověď respondenta. Tato skutečnost nese latinský výraz *in vivo kód* (Švaříček, Šedová, 2007).

V průběhu zpracování rozhovorů bylo samozřejmostí přibývání jednotlivých kódů a zvětšení jejich počtu. V další fázi bylo zapotřebí vytvořit samotný seznam kódů, který byl zpracován zprostředkováním vypsaných kódů ke každé otázce. Tento způsob vytvořil seznam zaplňující víceméně tři strany. Kódy se v mnohých případech slučovaly, což je žádoucí jev, který vynutil následné protřídění, seskupení a poupravení.

Finálním zpracováním všech rozhovorů byl získán seznam veškerých kódů. Prvotně tento seznam obsahoval přibližně 120 kódů, které bylo zapotřebí protřídit pro vhodné vytvoření takzvané kategorizace. Kategorizace samotná spočívala v hledání souvislosti mezi danými kódy, které se přesunuly do kategorie s obecným pojmenováním vystihujícím celek. Kategorizací proběhlo opětovné promazání kódů, které nenacházely místo v žádné kategorii. Tím vznikly tři kategorie s jejich dalšími podskupinami: Vnímání, Rozhovor, Paliativní péče. Závěrem je nutno podotknout, že rozřazení mohlo být využito stejně tak do jiných kategorií či podkategorií.

Tabulka 2 Přehled vytvořených kategorií a podkategorií

	<i>Téma kategorie</i>	<i>Podkategorie</i>
<i>Kategorie 1</i>	Vnímání	Subjektivní V Praxi Obrana
<i>Kategorie 2</i>	Rozhovor	Vedení Úskalí
<i>Kategorie 3</i>	Paliativní péče	Povědomí Léčba Spolupráce Domov

(Zdroj: Vlastní výzkum)

3 Výsledky šetření

Nadcházející kapitoly popíší finální úpravu z důsledku otevřeného kódování a kategorizace, které bylo zprostředkováno technikou tzv. vyložených karet. Tato technika umožňuje detailní výstup obsahu kategorií pomocí popisu jejich obsahu.

4.1 Kategorie vnímání

Tato kategorie, v počtu kódů jedna z nejrozsáhlejších, obsahuje tři podkategorie nazvané Subjektivní vnímání, Vnímání v praxi, Obrana. Rozebráno bylo emoční vnímání respondentů, jak v civilním, tak pracovním životě. V neposlední řadě má své místo i vyrovnání se s úmrtím pacientů a dopomoc při této negativní zkušenosti.

Podkategorie Subjektivní vnímání smrti

R6 a R3 se shodují a konstatují: „*Nevyhnutelná věc, není potřeba tomu jít naproti.*“ R6 uvádí: „*Něco, co je nevyhnutelné.*“. Veškeré odpovědi se shodují ve svém čitateli tak, že je to přirozená součást života s pragmatickým pohledem, dle R1: „*Asi to vnímám jako patofyziologii, jednoznačně.*“ Svou odpověď ještě R2 doplnil: „*Nicméně je to subjektivní. Pokud to potká člověka osobně, tak se na to koukáš trochu jinak.*“

Důležitou roli v této skutečnosti hraje věk umírajícího, jak praví R2: „*Další rozdíl jsou mladí lidi, kteří umírají nebo mají nehodu, tak tě to zasáhne víc. Staří, nebo těžce nemocní to se dá lépe pochopit, než mladí.*“

Tabulka 3 Subjektivní vnímání smrti

<i>Subjektivní vnímání</i>	<i>Zmínilo informantů</i>	<i>Informanti</i>
<i>Nevyhnutelná skutečnost</i>	6	R1, R2, R3, R4, R5, R6

(Zdroj: Vlastní výzkum)

Podkategorie Vnímání smrti v praxi

Tato podkategorie obsahuje vyšší míru variabilnosti. R4 zmiňuje: „*Si nevzpomínám, nikdy mě to nějak nerozrušovalo.*“ Naopak R2 říká: „*Je to pro mě nepříjemný, vždycky. Ojediněle mě to nechává chladnou.*“ R6, R1 a R3, kteří se v odpovědi podobají v návaznosti na délku praxe praví: „*Obrnil jsem se, vnímáš to jinak, asi víc pracovní,*“

R6: „Myslím, že jsem to víc pochopil, hlouběji jsem to pochopil. Mám pocit, že jsem se dozvěděl o smrti víc než před praxí.“ R3: „Na záchrance už je to v pohodě, Já jsem přišel po docela dlouhý praxi na ARU. Asi jsem k tomu neměl dobrý vztah viz třeba interna, kde ty KPR nebývají moc úspěšný. Pak si říkáš, mám to dělat toto, mám to 3:0 ... ne, tak smrt k tomu životu patří a já si naopak myslím, že je kolikrát lepší zemřít, než žít nedůstojný, neúplný život.“

R2 a R6 jako jediní z výzkumného souboru popisují vkládání prožitků z minulosti do přítomnosti, dle R2: „To se mi stává no. Dopravní nehody hodně. Když projíždím kolem jednoho baráku, kde jsme resuscitovali.“ R6 ve své odpovědi uvedl také smrtelné dopravní nehody a doplnil: „Když jsem pracoval na dispečinku, tak jsou různé body častých dopravních nehod. Takže jsme věděli, kde je třeba smrták. Ty různé lokality.“ Naopak R4 je v rozporu: „Pár úmrtí si pamatuju, ale že by to bylo to vždycky nějak vyvstalo, to asi ne.“

Jediný R3 svou odpovědí zmiňuje interakci mezi svou osobou a umírajícím: „...v tom globálním smyslu vnímání úmrtí jsou prostě lidi, pacienti, situace a je to vždycky postavený na vzájemných sympatiích, nebo že se dozvíš ten osud pacienta. A to tě vezme.“ R2, R3, R5 se shodují v důležitosti věku pacienta, kdy R5 konstatuje: „Závisí na věku. Úmrtí starších pacientů vnímáš trochu jinak, než mladého člověka.“ R3 uzavřel slovy: „Je jasný, když budeš mít neúspěšnou resuscitaci člověka, kterému je 80, tak na to nebudeš reagovat stejně jako u člověka, který je mladší. Neříkám, že mi těch lidí není líto, ale moje měřítko je asi co ti lidi mají za sebou, jestli přišel jejich čas.“

Tabulka 4 Vnímání smrti v praxi

<i>Vnímání smrti v praxi</i>	<i>Informanti</i>	<i>Počet informantů</i>
<i>Nepříjemný vjem</i>	R2, R5, R6	3
<i>Neutrální vjem</i>	R4	1
<i>Změna vnímání během praxe</i>	R1, R3	2

(Zdroj: Vlastní výzkum)

Podkategorie Obrana

Většina respondentů, až na R4, který zmiňuje následující: „*Nemám s tím žádný problém.*“, hovoří, že nejlepší cestou k vyrovnání se s úmrtím je rozhovor v daném pracovišti s kolegy nebo i doma s členy rodiny. R3 říká: „*Já se z toho vykecám, v první fázi přijdeš mezi kolegy a řekneš jim, co se stalo. Dostaneš to ze sebe... No a mám doma zdravotnici na mateřský a je horlivá poslouchat různé novinky z tohoto odvětví, takže mám defacto debriefing každý den, co přijdu z práce.*“ R6 vnáší do této problematiky ojedinělost: „*A nějaký to rozptýlení s přáteli u piva.*“ Naopak R1 dále přidává: „*Asi se tady všeobecně využívá takový černý humor...*“

R3 ve své odpovědi zmiňuje pohled na problematiku vyrovnání se s těžkou událostí druhou stranou mince, a to: „*Ale stejně si myslím, že to většina lidí dělá, protože i nevědomky se chtějí ujistit, jestli všechno udělali správně. A jak to dopadne, ač si to nepřipouštíme je vždycky velká míra štěstí a osudu.*“

Nikdo z dotazovaných nevyužil odbornou pomoc k vyrovnání se s úmrtím v pracovním režimu. Respondent 2 však poukázal, že prožil posttraumatickou reakci, kterou popsal následovně: „*Je pravda, že jsem na sobě pocítovala posttraumatickou reakci... nedostavilo se to hned, debriefing proběhl, to jsme se tady o tom pobavili. Za tři až čtyři dny člověk začal být plačtivý, lítostivý. Tuto posttraumatickou reakci jsem vyhodnotila, až jsem se z ní dostala. To jsem vyhodnotila až s postupem času.*“ Na závěr R2 dodal: „*Myslím si, že ty lidi si v podstatě o to stejně neumí říct. Nejsem ani typ, který by to chtěl.*“

Tabulka 5 Obrana

<i>Obrana</i>	<i>Informanti</i>	<i>Počet informantů</i>
<i>Rozhovor s kolegy</i>	R1, R2, R3, R4, R5, R6	6
<i>Černý humor</i>	R1	1
<i>Rozhovor s rodinou</i>	R3, R6	2
<i>Rozhovor s přáteli</i>	R6	1

(Zdroj: Vlastní výzkum)

4.2 Kategorie rozhovor

Tato kategorie působí jako nejkudší z důvodu slabší kódové náplně. Popisuje průběh rozhovoru mezi zdravotníkem a pacientem, jenž umírá a dále i konfrontaci s jeho příbuznými. V neposlední řadě do této kategorie spadá i samotné úskalí rozhovoru mezi již zmiňovanými dvěma nebo více zúčastněnými. Kategorie je dělena do dvou podkategorií, a to: Vedení a Úskalí.

Podkategorie Vedení

Kromě vlídného a soucitného projevu (R1, R2, R4, R6) a zpomalení tempa mluvy (R2, R4), nikdo až na R2 a R6 nezmínil specifikum ve vedení rozhovoru. R2 praví: „*Určitě haptika (dotýkání). Nám umírají převážně lidi při resuscitaci, tam asi bude potřeba celkově zpomalit, ztlážit řeč.*“ Podle R6 je důležité neposkytovat planou naději: „*Nic co by vzbuzovalo planou naději. Nedávám plané naděje. To zásadně neříkám, že to bude dobrý nebo, že to dají, že to přežijí. Tímto směrem určitě nevedu konverzaci s umírajícím.*“

Jediný R6 uvádí, že se účastnil semináře nebo workshopu na téma vedení komunikace s umírajícím slovy: „*Určitě v rámci studia.*“ Naopak R4 stejně tak jako zbylá většina popisuje minulé semináře, jichž se zúčastnil: „*Jo. Obecně s agresivními jsme kdysi měli a s psychiatrickými. Ale s umírajícím a paliativou to si nepamatuju, že by jsme kdy měli.*“

Tabulka 6 Vedení rozhovoru

<i>Vedení rozhovoru</i>	<i>Informanti</i>	<i>Počet informantů</i>
<i>Haptika</i>	R2	1
<i>Zpomalení řeči</i>	R2, R4	2
<i>Ztlážit řeči</i>	R2	1
<i>Nevzbuzovat planou naději</i>	R6	1
<i>Vlídnost, soucit</i>	R1, R2, R4, R6	4

(Zdroj: Vlastní výzkum)

Podkategorie Úskalí

Všichni respondenti se shodují v pocitu, který doprovází rozhovor s umírajícím nebo jeho příbuznými, a tím je lítost. Podle slov R6: „*Určitě smíšený, určitě malinko lítostivý, citlivý. Je to něco, co není úplně standardní věc.*“ R4 uvádí jeho pohled na problematiku: „*Většinou to probíhá bez nějakých výstřelků, že by to byly srdceryvné scény, to ne. Tak jako smutek tam jistě je u těch příbuzných, ale mnohdy je tam znát, že se s tím smířovali delší dobu. Asi závisí, jestli je ta smrt náhlá, nebo je to očekávaný.*“

R3 a R5 zmiňují důležitost připravenosti rodiny a jejího rozpoložení: „*Tam je to složitý, záleží jak to ta rodina vnímá, že ten člověk umírá. Jak je ta rodina připravená. smířená. S těmi se komunikuje jednodušeji, než když je ta rodina rozrušená. Co tomu předchází... Když jsou ti lidi nevyrovnaní, tak se s nimi komunikuje těžko, je to stresující. Když na to nejsou připraveni. Když je to náhlé, tak je to komplikovaný. Záleží na těch příbuzných, s tím umírajícím už moc nekomunikujeme.*“

Odlíšnost mezi ústavní a přednemocniční péčí a její rozdílnost ve vazbě na rozhovor rozvíjí R3: „*... když se bojí, je to smutný. S tímto nemám moc zkušenost. Na ARU s tím člověkem si delší dobu, vybuduješ si nějaký vztah, Na to u záchranky není prostor.*“

Tabulka 7 Úskalí vedení rozhovoru

<i>Úskalí vedení rozhovoru</i>	<i>Informanti</i>	<i>Počet informantů</i>
<i>Lítost</i>	R1, R2, R6	1
<i>Stres</i>	R5	1
<i>Smutek</i>	R3	1
<i>Nepříjemný pocit</i>	R4	1

(Zdroj: Vlastní výzkum)

4.3 Paliativní péče

Paliativní péče patří do nejvytíženější kategorie v počtu otázek, objemnosti a variabilnosti odpovědí. Tento celek odráží odbornou praxi respondentů, jejich náhled na problematiku a možné řešení. Tato kategorie má čtyři podkategorie s názvem: Povědomí, Léčba, Spolupráce, Domov.

Podkategorie Povědomí

Všichni respondenti prokázali povědomost a teoretickou znalost pojmu paliativní péče, které vystihnul R6: *„Medicínský vědní obor, který se zabývá stavem pacienta, který umírá, potřebuje pomoc. Který se ubírá někam, kde je to neřešitelný, neléčitelný. Pomáhá lidem, kteří prostě trpí nevyléčitelnou chorobou nebo jsou blízko smrti.“* Po konkretizaci otázky vypluje na povrch drobná nejistota, jak tuto problematiku řešit a důležitost osoby lékaře, podle R1: *„Někteří lékaři se tomu věnují, to je s výhodou. Jinak nevím, jaké máme možnosti. Morfin, to je dobrá možnost.“*

Naopak R3 se v této problematice dostává do rozporu: *„Záchranka neposkytuje paliativní péči. Nemyslím si, že v ČR je právně řešená paliace. Myslím si, že v paliaci jsme jako národ dost daleko v poskytování péče, ale právně to vůbec podchycený není.“*

A R3 jako jediný zmínil problematiku stavu DNR, který popsal slovy: *„Máš možnost nezačít KPR, ale ten postup stavu DNR má prostě strašně moc právních mezer, to nevím, co by se muselo stát, abych přijel k někomu, který vypadá, že potřebuje, abych začal provádět KPR a někdo by tam začal mávat zprávou, kterou já si musím přečíst a když si představíš, že se do toho začteš. Pak si uvědomíš, že to není ono, tak máš mrtvého člověka... Právně nezačít KPR na to právo nemáš, možná morálně, ale právně ne.“*

Vzhledem k dosaženým odpovědím pouze R6 byl v kontaktu s dětským paliativním pacientem.

Tabulka 8 Povědomí

<i>Povědomí</i>	<i>Informanti</i>	<i>Počet informantů</i>
<i>Dostačující</i>	R1, R5	2
<i>Chvalitebný</i>	R2, R3, R4, R6	4

(Zdroj: Vlastní výzkum)

Podkategorie Léčba

V této podkategorii se respondenti rozhovořili o samostatné paliativní péči v režimu přednemocniční péče.

Objevuje se menší rozpor, kdy a v jakých případech zahajovat poskytování této léčby. R2 uvádí: „Záleží kde, v jakých případech. Setkávám se na výjezdu s lidmi, byť by to byl paliativní pacient, tak o té paliativní péči vůbec neví.“ A dále popisuje neznalost některých kolegů: „Netýká se to zdravotnických záchranářů, ale někteří lékaři ani o ni neví. Pár let nazpět podávali na bolest Tramal, když ten pacient zvracel a Tramal způsobuje zvracení, takže u podvyživeného pacienta to není úplně vhodné.“

R6 konstatuje a zároveň zmiňuje problematiku domácí péče: „To je individuální. Jsou lidi, kteří jsou v paliativním režimu. Tam se chovám nějakým způsobem. Jsou lidi, který uvádějí do paliativního režimu, tam se chováme zase jiným způsobem. Je to určitě nějaký nástroj k tomu, aby mohli třeba zůstat v domácí péči.“

R1, R2, R3, R4, R6 se v oblasti léčby bolesti shodují v podání Morfinu, který by podávali formou subkutánní, či intramuskulární, slovy: „Morfin, nejčastěji Morfin.“ R4 a R5 jako podávané analgetikum zmiňují Sufentanil, který by podali do infuze. R4 popisuje skutečnosti z jeho praxe slovy: „Většinou mají tu analgezií docela dobře zavedenou, tam se kupodivu nevolá kvůli bolesti. Primárně volají, že jsou dušní, mají otoky.“ A popisuje výhodu Morfia: „Ten Morfin se využije, protože jim uvolní dechově, zlepší se jim perfúze.“ R3 přináší rozpor: „Záchranka nemůže přijet, vpálit Morfin a odjet. To je asi každého věc. Ale analgetika máme pro lidi v paliaci úplně stejný, jako pro lidi normálně. Ale viděl bych to na Morfin.“ R5 dále zmiňuje důležitost lékaře: „Závisí na lékařovi, co bere za léky, jaký má nemoci. Třeba i co dostal za léky na tu bolest.“

Důležitou složkou paliativní medicíny je adekvátní hydratace, kterou respondenti veskrze nezmiňovali, slovy R2: „*V přednemocniční péči moc toto nevyužíváme, to se mi stalo opravdu párkrát, že jsme podali infúzi a čekali až vykape, na to zase není čas. Máme omezené možnosti.*“ Pro úplnost dotazovaného tématu respondenti konkretizovali podání Hartmanna, či fyziologického roztoku, ojedinele roztok glukózy, podle R3: „*Jestli je třeba, tak Hartmann, fyziologický roztok, nebo glukózu. Jiný možnosti ani nemáme.*“

Třetí, poslední složkou terapie paliativních pacientů, která zajišťuje psychologickou podporu, by kromě R1 všichni ostatní respondenti řešili podáním benzodiazepinů, podle R4: „*Současně s léčbou bolesti se někdy používá i nějaký benzodiazepin.*“ R3 dále upřesňuje a zmiňuje absenci vhodných farmak: „*My vlastně v záchrance nemáme žádný anxiolytikum. Docela dost se dá použít benzodiazepin, Apaurin. Případně Dormicum.*“ R6 doplňuje verbální podporu slovy: „*Rozhovory s rodinou, komunikovat s nimi. Vykomunikovat to hlavně s rodinou a samozřejmě i s pacientem.*“

Tabulka 9 Léčba

<i>Možnosti léčby</i>	<i>Informanti</i>	<i>Počet informantů</i>
<i>Morfium</i>	R1, R2, R3, R4, R6	5
<i>Sufentanil</i>	R4, R5	2
<i>Benzodiazepin</i>	R4, R6	2
<i>Neposkytnout KPR</i>	R3	1
<i>Tekutinová terapie</i>	R2, R4, R6	3

(Zdroj: Vlastní výzkum)

Podkategorie Spolupráce

Kromě R5 všichni respondenti v oblasti spolupráce s hospicovou péčí nekontaktovali přímo toto zařízení, i přesto že se u nich povědomí o něm vyskytuje, podle R4: „*No, vím že tady existuje mobilní hospic, ale spolupráce není nijak vymezená.*“ R5 zmiňuje ojedinělou zkušenost z praxe: „*Jednou jsem volala nějakou hospicovou péčí a domlouvali jsme se, ale není to častý. Asi jednou jsem se s tím setkala.*“ R3 uvádí na pravou míru a konstatuje přenos informace k pacientovi, který spočívá pouze v doporučení: „*Je to vždycky v rovině doporučení, že takový typy jsou. Ale my jako záchranka by jsme asi neměli doporučovat nikdy nikomu žádnou soukromou službu. A já nevím, nemyslím si, že tu nějaká hospicová nesoukromá péče je.*“ Dále popisuje daný výjezd slovy: „*Vím, že jsme i zkoušeli s tou rodinou pohledat, ale tam to bylo na takový blbý hranici krajů a hospicová péče tam nechtěla dojet, tak jsme hledali, jak se o něj můžou postarat dál.*“ A vyzdvihuje nepříjemnost převozu samotného: „*...aby nemuseli pacienta převážet, to je vždycky špatně.*“

R2 a R4 zmiňují ambulanci bolesti, kterou opět pouze doporučují, slovy R2: „*Doporučuji jim ambulanci bolesti a třeba se tam nějakým způsobem dostanou.*“ R4 dále konkretizuje: „*No, vím že tady funguje mobilní hospic. Spolupráce není nijak vymezená. Tady slouží Dr. Zýková na ambulanci bolesti, se kterou je výtečná spolupráce, ale není oficiální.*“

Tabulka 10 Spolupráce

<i>Spolupráce s hospicovou péčí</i>	<i>Informanti</i>	<i>Počet informantů</i>
<i>Ojedinělá komunikace</i>	R5	1
<i>Pouze doporučení</i>	R3	1
<i>Respondent se s tímto nesetkal</i>	R1, R6	2
<i>Doporučení ambulance bolesti</i>	R2, R4	2

(Zdroj: Vlastní výzkum)

Podkategorie Domov

Možnost ponechat pacienta v domácí péči R3 upřednostňuje jasně: „*Myslím si, že pokud je pacient v paliativní péči a ta rodina o tom ví a pracují s tím, tak se nechává doma v 99,9% případů.*“ R1 oponuje a říká: „*Pacienty necháváme doma minimálně, záleží s jakým jedeš doktorem.*“ R5 se ve své odpovědi téměř shoduje s R1 a uvádí: „*... závisí na lékaři, který si troufne. Řekla bych minimálně.*“ Různorodost názorů potvrzuje R4: „*Dost často, já bych ohodnotil na takových 40%.*“ R2 se vyjádřil slovy: „*Ponecháváme, je to na lékaři nebo jediné po konzultaci. Občas.*“ R6 toto téma uzavírá: „*Ano, často. Pokud to jde.*“

R2 a R3 uvádí situaci, kdy záleží na tom, z jakého důvodu je volána zdravotní záchranná služba, slovy: „*Při bolestech, při zvýšené teplotě je to s otazníkem. Pamatuji si, že jsme pacienta nechali doma i při subfebrilii.*“ R3 popisuje: „*Když tam není fakt vyloženě důvod toho pacienta transportovat do nemocnice. Všechno se to odvíjí od toho, proč tam jedeš. Jestli tam jedeš kvůli něčemu, co s tou paliací přímo souvisí, nebo je to něco jiného, třeba zlomená noha.*“

Všichni respondenti popisují důležitost tří podmínek: nejprve svolení pacienta, poté svolení rodiny a svolení lékaře. R6 danou tematiku shrnul slovy: „*Pokud si to žádá rodina, pokud si to žádá pacient. Pokud jsou vhodné podmínky. Pokud s tím souhlasí všichni na místě. Pokud s tím souhlasí lékař.*“

R4 dále uvádí zkušenost z praxe: „*... souhlasí s tím rodina. To je rozhodující článek. Pokud jsou ochotní se o pacienta postarat.*“ a upřesňuje motiv volání záchranné služby: „*Většinou volají z toho důvodu, že se bojí, aby něco nezanedbávali a pokud tam přijedeme a lékař je ubezpečí, že nic nezanedbávají a že je to normální průběh a že se blíží konec nebo tak něco, tak oni velmi ochotně a s radostí si toho pacienta doma nechají.*“ Na závěr popisuje úskalí, které domácí péče přináší: „*Někdo už je vyčerpaný a i přesto, že celou dobu o něj pečoval velmi pěkně, tak v té poslední chvíli se toho zalekne a nemá odvahu to jaksi dotáhnout. Ale řekl bych, že drtivá většina zůstane až do finále.*“

Tabulka 10 Domov

<i>Ponechání v domácí péči</i>	<i>Informanti</i>	<i>Počet informantů</i>
<i>V 99,9 %</i>	R3	1
<i>Ve 40 %</i>	R4	1
<i>Často</i>	R2, R6	2
<i>Občas</i>	R1, R5	2

(Zdroj: Vlastní výzkum)

4 Diskuse

Tato práce se zabývá úmrtím pacientů a vlivu smrti na záchranáře samotné. Dále se zabývá komunikací a prováděním paliativní péče v režimu přednemocniční péče.

Provedené kvalitativní výzkumné šetření umožnil polostrukturovaný rozhovor, který byl cílen na šest zdravotnických záchranářů v aktivní službě. Všichni záchranáři pracují na stejném středisku zdravotnické záchranné služby v Jindřichově Hradci. Metoda otevřeného kódování a následné kategorizace zprostředkovala analýzu dat, která následně vyústila ve tři kategorie, které byly dále rozděleny na podkategorie.

První kategorie s názvem Vnímání byla následně rozdělena na tři podkategorie. První z nich, Subjektivní vnímání, se zabíralo vnitřním postojem ke smrti jako takové. Respondenti se shodli, že je to přirozená a též nevyhnutelná součást našeho bytí. Myslím si, že tento postoj je veskrze individuální, avšak může být zapříčiněn shodnou temperamentní výbavou zdravotnických záchranářů.

Druhá podkategorie se skládala z vnímání smrti během konané praxe. V této kategorii nastal menší rozpor, který rozdělil respondenty na tři části. Na ty, které přítomnost smrti „otupěla“, na ty, kteří smrt pacientů prožívají stále stejným způsobem. Do třetí části spadá jediný respondent, na něhož smrt nepůsobí žádným dojmem. Na otázku, jaké pocity měl při jednom z prvních úmrtí ve službě, které zažil, řekl: „*Si nevzpomínám, asi mě to nějak nerozrušovalo.*“. V rámci této analýzy je možno usoudit, že ženy, na rozdíl od mužů, prožívají smrt stále stejnou intenzitou emocí. Samozřejmě zastávaný postoj zdravotníků nelze paušalizovat a uplatňují se zde individuální vlastnosti daných jedinců. Téměř všichni respondenti kladli důraz na nepříjemnost úmrtí dětských pacientů, protože tato skutečnost, jak popisuje Bužgová, Sikorová (2019) působí zdravotníkům větší stresovou zátěž a zejména těm, kteří mají své vlastní potomky.

Poslední, třetí podkategorie se zabírala záchranářovým vyrovnáním se s úmrtím pacientů. Jediný respondent zmínil černý humor, kterým definoval otupění se od nepříjemných zážitků. Toto osobně pozoruji během své praxe, avšak s tímto nesouhlasím, jelikož si myslím, že černý humor působí nedůstojně vůči pacientům. Ovšem rozumím tomuto mechanismu, který se snaží nadlehčit danou situaci. Pouze dva respondenti zmínili odreagování v rámci rodinného či přátelského kruhu, avšak je nutné brát zřetel na povinnou mlčenlivost zdravotníků. Kolegiální debriefing, jenž probíhá rozhovorem mezi kolegy po psychicky náročném výjezdu zmínili všichni respondenti.

Dle analýzy je patrné, že kolegiální debriefing se prokázal jako efektivní činitel. Naopak nikdo z respondentů za dobu své praxe nevyužil psychosociální intervenci. Domnívám se, že respondenti nechtějí být konfrontováni s psychosociálními interventy a sdělovat své prožitky mimo své známe kolegy. Respondenti si vystačí s „debriefingem“, který ostatně podporuje i Heřmanová (2012), která popisuje variantu filtrace prostřednictvím rozhovoru a sdílení prožitků s kolegy. Tímto se respondenti dostávají do rozporu se Špatenkovou (2017), která psychosociální intervenci upřednostňuje. Respondent, i přestože zmiňuje v minulosti přítomnost posttraumatické reakce, nikdy tuto intervenci nevyužil a danou problematiku popsal slovy: „*Myslím si, že ty lidi (záchranáři) si v podstatě o to stejně neumí říct.*“. R3 zmínil důležitost debriefingu, aby se ujistil, že všechny úkony provedl lege artis. A i dle tohoto tvrzení si myslím, že kolegiální debriefing slouží jako účelný činitel, při kterém záchranáři nejen sdílí své prožitky, ale i rozebírají postupy a výjezd samotný.

Druhou kategorií tvořila komunikace. Její vedení a úskalí. První podkategorie obsahovala vedení rozhovoru mezi zdravotníkem a pacientem, potažmo jeho rodinou. Pouze jeden respondent zmiňuje ojedinělé použití neverbálního komunikačního činitele zvaného haptika (dotýkání), který Pokorná (2010) ve svém díle *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství* podporuje. Většina respondentů uvádí vřelý, též soucitný projev v komunikaci, který dle díla Pokorné (2010) patří mezi nezanedbatelné prvky komunikace. Jediný respondent neuvedl žádné specifikum slovy: „*Asi nic specifického.*“ Vytvořit planou naději definitivně znegoval R6, kterého slova by se dala parafrázovat v díle od Heřmanové (2012).

Druhou podkategorii s názvem Úskalí vedení rozhovoru respondenti popsali svými pocity během probíhajícího rozhovoru. U většiny dotázaných rozhovor vyvolává negativní vjemy, zejména lítost. R5 zmínil přítomnost stresu, který na něj dopadl při rozhovoru s umírajícím a jeho rodinou. V návaznosti na svou praxi mohu konstatovat, že se záchranáři dostávají k vysoce stresovým událostem, které jak popisuje Heřmanová (2012) vytvářejí pro zdravotníky nepříjemný vjem, který může jejich nadcházející konverzaci ovlivnit negativním směrem a mohou se danému tématu snažit vyhnout.

Poslední kategorie s názvem Paliativní péče byla rozdělena na čtyři podkategorie. Obsahovala povědomí o této péči, možnosti léčby, možnosti spolupráce a status ponechání pacienta v domácí péči. V první podkategorii Povědomí, dvě třetiny

respondentů uvedly odpovědi v souladu s definicí uvedenou v díle od O'Connora a Arandy (2005). Po rozvinutí dané problematiky, zejména terapie, byla u větší části respondentů viditelná nejistota, kterou by mohly vyřešit doškolovací programy vedeny odborníkem v oblasti paliativní péče.

Podkategorie v pořadí druhá, která referovala o možnostech léčby patřila k mírně rozporuplným, kupříkladu slovy: „*Záchranka neposkytuje paliativní péči...*“ a následně zmínil problematiku statusu DNR: „*...ten postup DNR má prostě strašně moc právních mezer... právně začít KPR na to právo nemáš, možná morálně, ale právně ne*“ a popsal představu, že na místě zásahu po pročitání předaného listu zjistí, že to není list obsahující náležitosti DNR, které vyústí, jak sám řekl: „*...pak si uvědomíš, že to není ono. Tak máš mrtvého člověka.*“ S tímto koreluje tvrzení Kabelky (2017), který zmiňuje častou nejasnost právního ukotvení statusu DNR. Většina respondentů by k útlumu bolesti podala Morfin, který i podle tvrzení O'Connora a Arandy (2005) patří k nevhodnějším lékům. Část respondentů zmínila možnost uklidnění pacienta pomocí benzodiazepinů, R6 doplnil důležitost uklidnění prostřednictvím komunikace s dotyčným a jeho rodinou. S tímto tvrzením souhlasím a myslím si, že do určité míry pomůže pacientovi vstřícný a uklidňující projev nežli léčba farmakologická. Nikdo z dotazovaných nezmínil fakt hydratace pacientů, který vystihla slova: „*To se mi stalo opravdu párkrát, že jsme podali infúzi a čekali až vykape. Na to zase není čas.*“. Kdy tato odpověď deklaruje fakt vyčerpání zdravotní záchranné služby a nemožnosti plnohodnotné péče paliativním pacientům.

Spolupráce s hospicovou péčí, která se týkala třetí podkategorie, působila střídavě, protože jediný respondent zmínil interakci mezi jeho osobou a hospicovou péčí, kterou volal pouze jednou. Problematiku kontaktování hospicové péče zmínil R3, který si podle svých slov není jist, zda má záchranná služba svolení ke kontaktování soukromé hospicové péče. Přičemž dle mého názoru je kontaktování této služby víc než vhodné a ušetřilo by práci na obou stranách, avšak není oficiálně vymezeno.

Poslední podkategorie, s názvem Domov, pojednávala jak o četnosti, tak o stavech ponechání pacientů v domácí péči. Četnost případů ponechání doma se lišila téměř u každého respondenta, od 99,9%, až k odpovědi „občas“. V jednom se však respondenti shodli, a to za jakých podmínek může pacient setrvat v domácí péči. Jednoslovně tuto skutečnost vystihl R6: „*Pokud si to žádá rodina, pokud si to žádá pacient. Pokud jsou*

vhodné podmínky. Pokud s tím souhlasí všichni na místě. Pokud s tím souhlasí lékař.“
Samozřejmě prvotní důležitost určuje důvod, kvůli kterému daný pacient volal zdravotní záchranou službu. Avšak jsem přesvědčen, i dle dosažených informací, že nejvhodnější možností je pacientovo setrvání doma, zejména při poslední fázi svého onemocnění.

5 Závěr

Bakalářská práce s názvem Úmrtí a paliativní péče v přednemocniční péči se zabývala interakcí mezi zdravotnickými záchranáři, umírajícími pacienty a smrtí samotnou. Jako nástroj pro zkvalitnění poslední fáze života slouží paliativní péče, kterou se tato práce také zabývala. Polostrukturovaný rozhovor uskutečnil dostačující výzkum, avšak nutno podotknout, že sesbíraná data z jednoho oblastního střediska nemusí být dostatečně ilustrativní. Pro zpracování této práce byly stanoveny tyto čtyři cíle:

Cíl 1: Zjistit postoj zdravotnického záchranáře k umírání pacientů v přednemocniční péči.

Cíl 2 Zjistit jaké možnosti využívá zdravotnický záchranář k vyrovnání se s úmrtím pacientů v přednemocniční péči.

Cíl 3 Zjistit, jaké komunikační techniky využívají záchranáři s umírajícím a jejich příbuznými, či pouze s kolemjdoucím v přednemocniční péči.

Cíl 4 Zjistit jakými znalostmi disponuje zdravotnický záchranář v oblasti paliativní péče během přednemocniční péče.

Analýza sesbíraných dat vymezila odpovědi na výzkumné otázky. Výsledky odrazily vliv úmrtí pacientů na záchranáře samotné. Vyplýval z nich variabilní pohled na danou skutečnost. Ať už neutrální postoj daného záchranáře, tak přítomnost nepříjemných emocí po celou dobu praxe. Naopak se všichni respondenti shodli na větší míře nepříjemných vjemů během úmrtí dětských pacientů.

Po získání dat v oblasti využití možností s vyrovnáním se s úmrtím pacientů během praxe vyplýval jednoznačný fakt. Všichni z dotázaných primárně zmínili rozhovor a přenos emocí mezi svými kolegy přímo na pracovišti. Pouze v jednom případě byly analyzovány rozhovory v rámci rodinného či přátelského kruhu. Nutno podotknout, že zdravotníci podléhají povinné mlčenlivosti, a i proto mohou využít teambuildingové akce, kde mohou sdílet své zkušenosti mezi dalšími zdravotníky. Avšak nikdo z dotázaných nebyl účastníkem intervenční služby, o kterou by si podle dotyčného respondenta stejně sami neřekli.

Následkem dotazování v části uplatnění komunikačních technik z dat kromě vlídného a soucitného vedení rozhovoru vyplývaly pouze ojedinělé dva prvky komunikace: haptika a nevzbuzování plané naděje. Z analýzy vyplývalo, že pouze jeden respondent byl

účastníkem semináře týkajícího se komunikace s umírajícím a jeho okolím, který proběhl během studia. Naproti tomu většina respondentů zmínila probíhající semináře s agresivními, či psychiatrickými pacienty. A z tohoto důvodu si domnívám, že by bylo vhodné přiřadit mezi probíhající semináře s agresivními, či psychiatrickými pacienty i pacienty paliativní.

Poslední soubor otázek se týkal problematiky paliativní péče v režimu přednemocniční péče. Po následné analýze záchranářovy znalosti v této oblasti jsou v rámci definic dostačující, avšak po rozvinutí problematiky zejména léčby a následné spolupráce docházelo k nejistotám v rámci terapie a možné spolupráce hospicovou péčí. I tento nepříznivý fakt by mohlo vyloučit přizvání odborníka v oblasti paliativní péče na konferenci zdravotnických záchranářů.

Závěrem bych chtěl podotknout, že pro zefektivnění práce na rozmezí paliativní a přednemocniční péče by mohla posloužit přiložená mapa (**8.3 Mapa domácích hospiců**), která může pomoci jak pacientům, tak záchranářům orientovat se v možnostech, které jim nabízí daná lokalita. Nejideálnějším přístupem této problematiky by byl systematický přístup nemocničních zařízení. Časná informovanost pacientů a jejich registrování v oblastní hospicové péči by s jistotou ušetřilo mnoho času na obou stranách.

6 Seznam literatury a použitých zdrojů

1. ANDRŠOVÁ, A., 2012. *Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi*. Praha: Grada, 120 s. ISBN 978-802-4741-192.
2. AYERS, S., DE VISSER, R., 2015. *Psychologie v medicíně*. Praha: Grada Publishing, 568 s. ISBN 978-802-4752-303.
3. BALDWIN, M., WOODHOUSE, A. J., 2011. *Key Concepts in Palliative Care*. London: SAGE Publications, 245 s. ISBN 978-1-84860-871-9.
4. BEDNAŘÍK, A., ANDRÁŠIOVÁ, M., 2020. *Komunikace s nemocným: sdělování nepřiznivých informací*. Praha: Grada, 227 s. ISBN 978-80-271-2288-2.
5. BUŽGOVÁ, R., SIKOROVÁ, L., 2019. *Dětská paliativní péče*. Praha: Grada Publishing, 240 s. ISBN 978-80-271-0584-7.
6. BUŽGOVÁ, R., 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-5402-4.
7. CLARK, D., 2007. *From margins to centre: a review of the history of palliative care in cancer*. National Library of Medicine [online]. 8(5), 430-8 [cit. 2021-11-28]. DOI: 10.1016/S1470-2045(07)70138-9. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17466900/>
11. CLARK, D., 2016. *To Comfort Always: A history of palliative medicine since the nineteenth century*. Oxford: OUP Oxford. 255 s. ISBN 978-0-19-967428-2. Dostupné z: <https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Thanatologie>
12. DRÁBKOVÁ, J., 1997. *Akutní stavy v první linii*. Praha: Grada, 330 s. ISBN 80-716-9238-7.
13. HAŠKOVCOVÁ, H., c2007. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2. Praha: Galén, 191 s. ISBN 978-807-2624-713.
14. HEŘMANOVÁ, J., 2012. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 144 s. ISBN 978-802-4734-699.

15. KABELKA, L., 2017. *Geriatrická paliativní péče*. Praha: Mladá fronta, 320 s. ISBN 978-802-0442-253.
16. KÜBLER-ROSSOVÁ, E., 1992. *O životě po smrti*. Turnov: Arica, 68 s. ISBN 80-900134-7-3.
17. KÜBLER-ROSSOVÁ, E., 1993. *Otázky a odpovědi o smrti a umírání*. Turnov: Arica, 148 s. ISBN 80-85878-12-7.
18. KÜBLER-ROSSOVÁ, E., 2013. *Přežít svou smrt*. Liberec: Dialog. 107 s. ISBN 978-80-7424-058-4.
19. KÜNG, H., 2015. *Dobrá smrt?*. Praha: Vyšehrad. 118 s. ISBN 978-80-7429-549-2.
20. LAVICKÁ, I. Výroční zpráva 2017. In: *Ledax* [online]. [cit. 2022-01-23]. Dostupné z: <https://www.ledax.cz/files/lx-rozcestnik/uploads/files/vyrocní-zpravy/lx-vz-2017-final3-small.pdf>
21. LIBBY, C., SKINNER, R. B., 2019. *Termination Of Resuscitation And Pronouncement of Death* [online]. StatPearls. StatPearls Publishing [cit. 2022-01-23]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK541113/>
22. LINHARTOVÁ, V., 2007. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetrující personál*. Praha: Grada, 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.
23. O'CONNOR, M., ARANDA, S., 2005. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
24. POKORNÁ, A., 2010. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. Vyd. 3., dopl. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 86 s. ISBN 978-80-7013-524-2.
25. POLLARD, B. J., 1996. *Eutanazie - ano či ne?*. Praha: Dita. 210 s. ISBN 80-859-2607-5.
26. PROCHÁZKA, J., 2016. *Jaké jsou současné možnosti ambulance bolesti a kdy tam posílat pacienty?* [online]. Interní medicína pro praxi [cit. 2022-04-23]. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2016/05/07.pdf>

27. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., 2012. *Eutanazie - pro a proti*. Praha: Grada. 256 s. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-4659-3.
28. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., MACH, J., 2017. *Informovaný souhlas: etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Praha: Galén, 327 s. ISBN 978-807-4923-340.
29. RUSINOVÁ, K., ed., 2021. Sekce a pracovní skupiny. *Česká společnost paliativní medicíny: České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně* [online]. Brno, 2021 [cit. 2022-07-16]. Dostupné z: <https://www.paliativnimedicina.cz/>
30. SIEBEROVÁ, J., 2019. *Proč máme strach ze smrti?: jak zvládnout její příchod*. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton, 69 s. ISBN 978-807-5536-549.
31. SLAMKOVÁ, A., POLEDNÍKOVÁ, L., 2013. *Klinické a ošetrovateľské aspekty paliatívnej starostlivosti*. Martin: Osveta, 146 s. ISBN 978-80-8063-379-0.
32. SLÁMOVÁ, R., MARKOVÁ, A., KUBÁČKOVÁ, P., ANTONOVÁ, B., 2018. *Praktický průvodce koncem života: rozcestník pro nemocné a pečující*. Brno: Edika, 149 s. ISBN 978-80-266-1279-7.
33. SLEZÁKOVÁ, L., 2007. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty*. Praha: Grada, 214 s. ISBN 978-80-247-2270-2.
34. STEINDL, R., 2017. *Thanatologie*. In. Sociologická encyklopedie [online]. Praha I: Sociologický ústav Akademie věd ČR [cit. 2022-11-01].
35. ŠPATENKOVÁ, N., c2014. *O posledních věcech člověka: vybrané kapitoly z thanatologie*. Praha: Galén. 315 s. ISBN 978-80-7492-138-4.
36. ŠVARÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.
37. TADA J. E., 1997. *Eutanázia - Dilema života a smrti*. Bratislava: Lúč. 184 s. ISBN 9788071142131.
38. UHLÍŘ, M., PEŘAN, D., 2019, *Paliativní péče v prostředí zdravotnické záchranné služby: Situační zpráva* [online]. 1-25 [cit. 2022-04-23]. Dostupné z:

<https://paliativnicentrum.cz/projekty/paliativni-pece-v-prostredi-zdravotnicke-zachranne-sluzby>

39. VEVERKOVÁ, E., KOZÁKOVÁ, E., MATEK, J., ZACHOVÁ, V., SVOBODA, P., 2019. *Ošetrovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře II*. Praha: Grada Publishing, 184 s. ISBN 978-802-7120-994.

40. VONDRÁČKOVÁ, D., 2006. *Léčení chronické bolesti pomocí opioidních náplastových forem*. *Neurologia pre prax* [online]. 2006, **4**, 220-227 [cit. 2022-04-28]. Dostupné z: <https://docplayer.cz/40645347-Prehľadne-clanky-mudr-dana-vondrackova-klinicke-centrum-pro-lecibu-bolesti-fn-na-bulovce-praha.html>

41. *Vše o léčbě bolesti: příručka pro sestry*, 2006. Praha: Grada, 355 s. ISBN 80-247-1720-4.

42. WEBB, L., 2011. *Nursing: Communication Skills In Practise*. OUP Oxford. 329 s. ISBN 978-0-19-958272-3.

43. ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J., 2007. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada, 229 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2068-5.

44. *Zákon č. 44/2013 Sb. Zákon, kterým se mění zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon), ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony*, 2021. [online]. *Zákony pro lidi*. © AION CS [cit. 2021-12-12]. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2013-44>

45. *Zákon č. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)*, 2021. [online]. *Zákony pro lidi*. © AION CS [cit. 2021-10-12]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

7 Seznam příloh

8. 1 Otázky z polostrukturovaného rozhovoru

8. 2 Kategorie s přiřazenými kódy

8. 3 Mapa domácích hospiců

8.1 Otázky z polostrukturovaného rozhovoru

1. Jaký máte názor na smrt obecně?
2. Jaké byly vaše pocity po úmrtí pacienta v PNP?
3. Změnilo se vaše vnímání smrti pacientů během praxe, popř. jak?
4. Promítají se vám skutečnosti z minulosti do přítomného života?
5. Jak se vypořádáváte s úmrtím pacienta, popř. co vám k tomu dopomáhá?
6. Využíváte odbornou pomoc, popř. jakou?
7. Jaké komunikační techniky využíváte s umírajícím, či jeho příbuzenstvem v podmínkách PNP?
8. Jaké pocity ve vás vyvolává komunikace s umírajícími a okolím?
9. Navštívil jste někdy seminář nebo workshop na téma komunikace s pacientem a jeho okolím?
10. Osvědčily se vám některé postupy v komunikaci s umírajícím, či jeho příbuzenstvem?
11. Co je to paliativní péče o pacienta?
12. Jaké máte možnosti terapie v ohledu paliativní péče v PNP?
13. Kdy využíváte dostupné možnosti v ohledu terapie paliativní péče v PNP?
14. Jaké využíváte analgetika?
15. Jakou formou daná analgetika podáváte?
16. Jakým způsobem hydratujete pacienta?
17. Jak kompenzujete psychickou stránku pacienta, popř. jaké medikamenty využíváte?
18. Kontaktujete při výjezdu v daných případech hospicovou péči?
19. Ponecháváte pacienty v domácí péči, popř. jak často?
20. V jakém případě upřednostňujete pacientovo setrvání v domácí péči?
21. Setkal(a) jste se někdy s dětským paliativním pacientem?

Doplňující otázky:

Jaký je Váš věk?

Jaká je délka Vaší praxe?

Kolik jste zažil (a) úmrtí (odhadem) během své praxe na záchranné zdravotní službě?

8.2 Kategorie s přiřazenými kódy

Vnímání

přirozenost

ukončení

vyústění

součást života

stáří

mláďa

nepříjemnost

chladnost

umřít

neotupět

nevyhnutelnost

citlivost

debriefing

finální stádium

konec

zkušenost

patofyziologie

obrnit se

smíšenost

negativita

bezmoc

rozptýlení

úsek dopravních nehod

Komunikace

konverzace

vlídnost

soucit

planá naděje

lítost

cit

smíšený pocit

stres
komplikovanost
komunikace
nestandardní
empatie
slušnost
vstřícnost
seminář
strach
emoce
smutek
vztah

Paliativní péče

medicínský vědní obor
paliativa
péče
zbytek života
netrpět bolestí
důstojné umírání
DNR
Nezačít KPR
nevléčitelný pacient
finální stádium
opiáty
Sufenta
Morfin
konzultace
hospicová péče
farmaka
benzodiazepin
rodina
schopnost zvládnout
souhlas

lékař

ambulance bolesti

analgezie

zvracení

transport

8.3 Mapa domácích hospiců

Domácí hospicové péče Jihočeského kraje

České Budějovice

Domácí hospic sv. Veroniky - tel.: 737 888 964

Domácí hospicová péče Ledax - tel.: 702 270 049

Český Krumlov

Domácí hospic sv. Víta - tel.: 739 130 330

Písek

Domácí hospic Athelas - tel.: 774 858 487

Prachatice

Domácí hospic sv. Jakuba - tel.: 732 182 466

Strakonice

Domácí hospic sv. Markéty - tel.: 731 680 439

Tábor

Domácí hospic Jordán - tel.: 725 414 931

Trhové Sviny

Domácí hospicová péče LEDAX - tel.: 800 221 022

Třeboň

Hospicová péče sv. Kleofáše - tel.: 739 341 087



(Zdroj, Vlastní)