

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5

**PALIATIVNÍ PÉČE Z POHLEDU
ZDRAVOTNICKÉHO ZÁCHRANÁŘE**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

KATEŘINA KUBOVÁ

Praha 2018

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5

**PALIATIVNÍ PÉČE Z POHLEDU
ZDRAVOTNICKÉHO ZÁCHRANÁŘE**

Bakalářská práce

KATEŘINA KUBOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Zdravotnický záchranář

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslav Pekara, Ph.D.

Praha 2018



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

KUBOVÁ Kateřina
3AZZ

Schválení tématu bakalářské práce


Na základě Vaší žádosti Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Paliativní péče z pohledu zdravotnického záchranáře

Palliative Care from the Paramedic Point of view

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Jaroslav Pekara, Ph.D.

V Praze dne 1. listopadu 2017



doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Paliativní péče z pohledu zdravotnického záchranáře vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

Kubová Kateřina

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucímu práce panu Mgr. Jaroslavu Pekarovi, Ph.D. za jeho přístup, trpělivost, poskytování cenných doporučení a také čas, který mi byl věnován. Dále bych chtěla poděkovat všem pracovníkům zdravotnické záchranné služby, kteří mi pomohli vyplněním dotazníku.

ABSTRAKT

KUBOVÁ, Kateřina. *Paliativní péče z pohledu zdravotnického záchranáře*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce Mgr. Jaroslav Pekara, Ph.D. Praha. 2018. 61 stran.

Tématem této bakalářské práce je paliativní péče z pohledu zdravotnického záchranáře. V úvodu práce je vysvětlen pojem paliativní péče, její cíl a dělení. Hlavní část práce se zabývá paliativní péčí z pohledu zdravotnického záchranáře a její současnou problematikou v České republice. Jedna z kapitol je zaměřena na komunikaci v paliativní péči, na její zásady a náročnost. Závěrečná kapitola se zabývá problematikou vybraných etických dilemat v oblasti paliativní péče. Cílem teoretické části je popis paliativní péče, popis etických dilemat, která souvisejí s paliativní péčí, a také základní poznatky, jak komunikovat a zacházet s pacientem, u kterého je tato péče nezbytná. Praktická část bakalářské práce probíhala formou dotazníkového šetření, které bylo prováděno mezi zdravotnickými záchranáři. V této části jsou analyzovány výsledky dotazníků kvantitativního průzkumu u 100 zdravotnických záchranářů, kde jsme zjišťovali jejich názory a zkušenosti při kontaktu s paliativním pacientem a při přijímání rozhodnutí o následné péči. Pomocí chí kvadrát testu je porovnána závislost mezi pohlavím a názorem na komunikaci s paliativním pacientem, a také názorem na eutanázii. Dotazníkovým šetřením bylo zjištěno, že úroveň informovanosti zdravotnických záchranářů v paliativní péči je vysoká a jejich názory, zkušenosti a rozhodování v oblasti paliativní péče jsou obdobné.

Klíčová slova: Dříve vyslovené přání. Etické dilema. Paliativní péče. Terminální stádium. Umírání.

ABSTRACT

KUBOVÁ, Kateřina. *Palliative Care from the Paramedic Point of view*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: Mgr. Jaroslav Pekara, Ph.D. Prague. 2018. 61 pages.

The topic of this bachelor thesis is palliative care from the point of view of paramedical personnel. The introduction to the thesis explains the concept of palliative care, its purpose and its division. The main body of the thesis deals with the palliative care from the point of view of paramedical personnel and its current problems in the Czech Republic. One of the chapters focuses on the communication in palliative care, its principles and demandingness. The final chapter deals with some chosen ethical dilemmas in the area of palliative care. The aim of the theoretical part is the description of the palliative care, description of the ethical dilemmas connected with the palliative care as well as basic knowledge of how to communicate with and treat the patient, in case of the necessity of such treatment. The practical part of the thesis was conducted in the form of a questionnaire survey, which was carried out among paramedics. In this part the results of the quantitative survey among 100 paramedics are analysed, where we investigated their opinions and experiences in contact with a palliative patient and in making decisions about the follow-on care. Using Chi-Quadrat-Test the dependability between the sex and the opinion about the communication with the palliative patient as well as the view of the euthanasia is compared. The result of the inquiry was the conclusion that the level of awareness of paramedics in the field of palliative care is high and their opinions, experiences and decision-making in the field of palliative care are similar.

Key words: Previously expressed wishes. Ethical dilemma. Palliative care. Terminal stage. Dying.

OBSAH

| | |
|---|----|
| SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK | 10 |
| SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ | 11 |
| SEZNAM TABULEK | 12 |
| SEZNAM GRAFŮ | 13 |
| ÚVOD | 13 |
| 1 PALIATIVNÍ PÉČE | 16 |
| 1.1 Umírání | 18 |
| 1.2 Modely umírání | 19 |
| 1.2.1 Domácí model umírání | 19 |
| 1.2.2 Institucionalizovaný model umírání | 20 |
| 1.3 Terminální stav | 20 |
| 1.4 Možnosti péče o umírající pacienty | 21 |
| 2 KOMUNIKACE ZDRAVOTNICKÉHO ZÁCHRANÁŘE S PALIATIVNÍM PACIENTEM | 23 |
| 2.1 Zásady komunikace s paliativním pacientem | 23 |
| 2.2 Komunikace s pacientem na ARO/JIP | 25 |
| 2.3 Komunikace zdravotnického záchranáře s rodinou umírajícího | 25 |
| 2.4 Komunikace zdravotnického záchranáře s pozůstalými | 26 |
| 2.5 Sdělování diagnózy a prognózy | 28 |
| 3 PALIATIVNÍ PÉČE Z POHLEDU ZDRAVOTNICKÉHO ZÁCHRANÁŘE | 29 |
| 3.1 Paliativní péče na oddělení ARO/JIP | 29 |
| 3.2 Specifická terapie na ARO/JIP | 30 |
| 3.3 Postoj zdravotnického záchranáře k umírání a smrti | 30 |
| 3.4 Péče o zemřelé v přednemocniční neodkladné péči | 31 |
| 3.4.1 Známky smrti | 31 |

| | | |
|-------|--|----|
| 3.4.2 | Zdravotnická dokumentace při prohlídce těla zemřelého | 32 |
| 3.5 | Zátěžové situace pro zdravotnického záchranáře u paliativní péče | 32 |
| 3.6 | Etická dilemata v praxi zdravotnického záchranáře..... | 33 |
| 3.7 | Neodkladná resuscitace | 34 |
| 3.8 | Do Not Resuscitate..... | 35 |
| 3.9 | Dříve vyslovené přání | 37 |
| 3.10 | Eutanázie | 39 |
| 4 | PRŮZKUM | 40 |
| 4.1 | Průzkumné otázky | 40 |
| 4.2 | Metodika průzkumu | 40 |
| 4.3 | Průzkumný soubor | 41 |
| 4.4 | Časový harmonogram | 41 |
| 5 | PREZENTACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ..... | 42 |
| 5.1 | Výsledky a analýza průzkumu | 42 |
| 6 | VERIFIKACE VÝSLEDKŮ | 58 |
| 6.1 | Statistické ověření výsledků průzkumné otázky č. 1 a č. 7..... | 58 |
| 6.2 | Statistické ověření výsledků průzkumné otázky č. 1 a č. 9..... | 59 |
| 7 | INTERPRETACE PRŮZKUMU | 61 |
| 8 | DISKUZE | 65 |
| 8.1 | Doporučení pro praxi | 67 |
| 8.2 | Modelové situace | 67 |
| 9 | ZÁVĚR | 70 |
| | SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY | 72 |
| | SEZNAM PŘÍLOH | I |

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

| | |
|-------------|--|
| ARO | Anesteziologické a resuscitační oddělení |
| ALS | Advanced life support |
| BLS | Basic life support |
| ČR | Česká republika |
| ČLK | Česká lékařská komora |
| DNR | Do not resuscitate |
| DVP | Dříve vyslovené přání |
| EKG | Elektrokardiograf |
| JIP | Jednotka intenzivní péče |
| KPR | Kardiopulmonální resuscitace |
| LDN | Léčebna dlouhodobě nemocných |
| NZO | Náhlá zástava oběhu |
| PČR | Policie České republiky |
| PNP | Přednemocniční neodkladná péče |
| ROSC | Return of spontaneous circulation |
| WHO | World Health Organization |
| ZZ | Zdravotnický záchranář |
| ZZS | Zdravotnická záchranná služba |

(VOKURKA, HUGO, 2015)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

| | |
|--------------------------------|---|
| Analgosedace | stav navozený kombinací analgetika |
| Anurie | pokles denní diurézy nebo její úplné zastavení |
| Eutanázie | usmrcení pacienta s nevléčitelnou nemocí pro zkrácení jeho utrpení |
| Endotracheální intubace | zavedení trubice do průdušnice, které umožňuje řízené dýchání, odsávání hlenu a zabraňuje vdechnutí |
| Endoskopie | metoda umožňující prohlédnutí vnitřních tělesných dutin nebo dutých orgánů |
| Kognitivní dysfunkce | rozhodný důvod či soubor okolností, vyžadující určitý léčebný nebo diagnostický postup |
| Kontrakce | stažení svalu |
| Kurativní | léčebný |
| Metabolismus | látková přeměna |
| Patologický | chorobný, nezdravý |
| Progresivní | vzestupný, rostoucí |

(VOKURKA, HUGO, 2015)

SEZNAM TABULEK

| | |
|---|----|
| Tabulka 1 Počet mužů a žen | 42 |
| Tabulka 2 Věk respondentů | 43 |
| Tabulka 3 Kraj výkonu povolání na ZZS..... | 44 |
| Tabulka 4 Význam paliativní péče..... | 45 |
| Tabulka 5 Četnost setkávání s paliativními pacienty..... | 46 |
| Tabulka 6 Hodnota paliativní péče před jinou péčí | 47 |
| Tabulka 7 Obtížnost komunikace s paliativním pacientem | 48 |
| Tabulka 8 Definice pojmu eutanázie | 49 |
| Tabulka 9 Názor na eutanázii..... | 50 |
| Tabulka 10 Význam dříve vysloveného přání | 51 |
| Tabulka 11 Četnost setkání s dříve vysloveným přáním | 52 |
| Tabulka 12 Definice zkratky DNR | 53 |
| Tabulka 13 Využití DNR | 54 |
| Tabulka 14 Rozhodování o resuscitaci spojenou s DNR..... | 55 |
| Tabulka 15 Rozhodování o převozu pacienta a domluvě s rodinou | 56 |
| Tabulka 16 Rozhodování o ukončení resuscitace na základě DNR..... | 57 |
| Tabulka 17 Skutečné četnosti – pohlaví, otázka č. 7 | 58 |
| Tabulka 18 Očekávané četnosti – pohlaví, otázka č. 7 | 58 |
| Tabulka 19 Skutečné četnosti – pohlaví, otázka č. 9 | 59 |
| Tabulka 20 Očekávané četnosti – pohlaví, otázka č. 9 | 60 |

SEZNAM GRAFŮ

| | |
|--|----|
| Graf 1 Počet mužů a žen | 42 |
| Graf 2 Věk respondentů | 43 |
| Graf 3 Kraj výkonu povolání na ZZS | 44 |
| Graf 4 Význam paliativní péče | 45 |
| Graf 5 Četnost setkávání s paliativními pacienty..... | 46 |
| Graf 6 Hodnota paliativní péče před jinou péčí | 47 |
| Graf 7 Obtížnost komunikace s paliativním pacientem | 48 |
| Graf 8 Definice pojmu eutanázie | 49 |
| Graf 9 Názor na eutanázii | 50 |
| Graf 10 Význam dříve vysloveného přání | 51 |
| Graf 11 Četnost setkání s dříve vysloveným přáním | 52 |
| Graf 12 Definice zkratky DNR | 53 |
| Graf 13 Využití DNR..... | 54 |
| Graf 14 Rozhodování o resuscitaci spojenou s DNR..... | 55 |
| Graf 15 Rozhodování o převozu pacienta a domluvě s rodinou | 56 |
| Graf 16 Rozhodování o ukončení resuscitace na základě DNR | 57 |

ÚVOD

Tato bakalářská práce se zabývá paliativní péčí z pohledu zdravotnického záchranáře v České republice. Paliativní péče je doménou především pro zdravotnický personál na lůžkových odděleních, avšak nevyhýbá se ani zdravotnickým záchranářům. Ti se totiž často dostávají do kontaktu s paliativními pacienty při výjezdech nebo na odděleních intenzivní péče. Cílem této práce je popis paliativní péče a její současné problematiky z pohledu zdravotnického záchranáře. Jsou v ní definovány nejčastější etická úskalí, která byla a jsou v současné době neustále aktuální.

Hlavním motivem pro výběr výše uvedeného tématu bakalářské práce byla blízkost problematiky paliativní péče pro moji osobu, neboť jsem se s ní setkávala prakticky od dětství. Moje maminka pracuje v léčebně dlouhodobě nemocných už přes 30 let, takže už jako dítě jsem měla možnost vidět paliativní pacienty. V pozdějším věku jsem se na tomto oddělení pohybovala jako studentka zdravotní školy, kdy jsem měla možnost v tomto zdravotnickém zařízení pracovat. Práce s umírajícími pacienty mi nikdy nevadila, naopak lze tvrdit, že jsem získala spoustu zkušeností.

Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí, teoretické a praktické. Na začátku teoretické části je přiblížena definice a význam slova paliativní péče, její dělení a cíle. Jedna z kapitol se zabývá komunikací, kde jsou popsány její zásady a problematika. Dále se v této části zmiňujeme o uplatnění etických principů v těchto situacích a o problematice Do Not Resuscitate v rámci které se zaměříme na otázku, kdy resuscitaci nezahajovat. V praktické části jsou zpracovány výsledky dotazníkového šetření, které jsem prováděla na pracovištích zdravotnické záchranné služby tří krajů, a to kraje Středočeského, Plzeňského a Vysočiny. Za jeden z hlavních cílů našeho dotazníkového šetření považujeme zjištění úrovně informovanosti zdravotnických záchranářů o paliativní péči a jejich rozhodování související s etickými dilematy. Výstupem práce je animační karta, obsahující základní východiska o paliativní péči pro záchranáře v České republice.

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Popsat paliativní péči a její podmínky z pohledu zdravotnického záchranáře v ČR

Cíl 2: Popsat etická dilemata u paliativních pacientů v ČR z pohledu zdravotnického záchranáře

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Zjistit úroveň informovanosti dotazovaných zdravotnických záchranářů o paliativní péči v ČR

Cíl 2: Zjistit zkušenosti zdravotnických záchranářů v kontaktu s paliativním pacientem, spojené s problematikou Do Not Resuscitate a dříve vysloveným přáním

Cíl 3: Vytvořit pracovní listy obsahující modelové situace o paliativní péči pro zdravotnického záchranáře v ČR

Vstupní literatura:

1. ANDRŠOVÁ, Alena, 2012. *Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4741-192.

2. BYDŽOVSKÝ, Jan a Jiří KABÁT, 2015. *Ošetřovatelství a sociální práce v paliativní péči: učební text pro studenty vysokých a vyšších odborných zdravotnických škol*. Praha: Zdravotní ústav Most k domovu, z.ú. ISBN 978-80-905867-0-3.

3. PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK, 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2.

4. ŠEVČÍKOVÁ, Kateřina, 2014. *POSTOJ ZDRAVOTNICKÝCH ZÁCHRANÁŘŮ K UMÍRÁNÍ A SMRTI*. Plzeň. Bakalářská práce. FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ. Vedoucí práce PhDr. Alena Pistulková.

Popis rešeršní strategie

Vyhledávání odborných pramenů, které byly následně využity pro tvorbu bakalářské práce s názvem Paliativní péče z pohledu zdravotnického záchranáře, proběhlo v časovém období říjen 2017 až březen 2018. Pro vyhledávání bylo využito katalogů knihoven v systému Medvik, CINAHL, MEDLINE, Theses a katalog Národní lékařské knihovny a vysokoškolských prací.

Do vyhledávání odborných publikací jsme zadali období od roku 2007 do současnosti v jazyce českém a anglickém, s výjimkou použití třech zdrojů, které jsou starší. Jedná se o: Davies, Higginson, 2004; Kalvach, 2004; Skála a kol., 2005.

Vyřazovacím kritériem byla obsahová nekompatibilita se stanovenými cíli bakalářské práce nebo publikace s nízkým stupněm důkaznosti (odborné názory jednotlivců).

1 PALIATIVNÍ PÉČE

Původní význam slova „paliativní“ lze nalézt v latině, a to ve slově pallium, které znamená rouška nebo plášť. Od latinského pallium je poté odvozeno anglické palliate v překladu mírnit či tišit. Významy výše uvedených slov již naznačují, co je úkolem paliativní péče (Bužgová, 2015). Je jím dle definice Světové zdravotnické organizace celková či komplexní péče o nemocné, kdy už je kurativní léčba bez odezvy. Je při ní nutné se zaměřit především na léčbu bolesti a zmírňování psychologických a duchovních problémů nemocných. Při poskytování paliativní péče je nejdůležitější, abychom se snažili dosáhnout co nejlepší kvality zbývajících života nemocného i jeho rodiny (Anon, 2017). Pro tuto péči existuje spousta rozdílných definic, přesto všechny se shodují zpravidla v hlavním cíli, a to v mírnění a prevenci utrpení a zvyšování kvality života pacientů i rodinných příslušníků, což je ve shodě s definicí WHO (Bužgová, 2015).

Paliativní péče je aktivní péče, která je poskytována pacientům s nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stádiu. Měla by být více zaměřená na zlepšení kvality života, který je nemocí ovlivněn než na agresivní léčbu. Tato péče není poskytována pouze v terminální fázi, kdy se jedná o několik posledních dnů života pacienta, ale i měsíce a roky před jeho smrtí, ve kterých pacient žije s nevléčitelným onemocněním (Davies, Higginson, 2004).

Umírání je pro paliativní medicínu přirozenou součástí lidského života a vychází z toho, že každý člověk prožívá závěr svého života se všemi jeho tělesnými, duševními, sociálními, duchovními a kulturními aspekty zcela individuálně (Davies, Higginson, 2004).

Paliativní péče je efektivní, jestliže splňuje tyto cíle:

- je založená na pacientových přáních a cílech,
- je pro pacienta prospěšná,
- je bezpečná a neškodí pacientovi,
- je zahájena ve vhodný čas,
- je spolehlivá (byly použity všechny možnosti, které jsou ve prospěch pacienta) (Bužgová, 2015).

Paliativní péče se podle komplexnosti rozděluje na obecnou a speciální. Obecnou paliativní péčí chápeme jako sociální péči o pacienty s pokročilým stádiem nemoci, která je poskytována zdravotníky v jejich každodenní práci. Velký význam hraje komunikace s pacientem, případně s rodinou, péče o kvalitu života, psychosociální podpora a účinná léčba symptomů (Skála a kol., 2005).

Specializovaná paliativní péče je interdisciplinární péče, kterou poskytuje tým odborníků, kteří jsou v této oblasti péče speciálně vzdělaní a mají potřebné zkušenosti. Specializovaná paliativní péče se používá tam, kde jsou již možnosti obecné paliativní péče nedostačující (Skála a kol., 2005).

Specializovaná paliativní péče má základní formy:

- hospic – je samostatně stojící lůžkové zařízení, není součástí nemocnice,
- domácí paliativní péče – (tzv. domácí hospic),
- oddělení specializované paliativní péče v rámci nemocnic a léčeben (v ČR tato forma neexistuje),
- konziliární tým paliativní péče,
- specializovaná ambulance paliativní medicíny (Skála a kol., 2005).

Nabídka a dostupnost specializované paliativní péče nebyla v ČR zrovna nejrozšířenější. Následkem této skutečnosti docházelo k tomu, že v řadě případů byli lékaři nuceni poskytovat tuto péči bez konzultace nebo překladu do specializovaného paliativního zařízení. Proto je velice důležité, aby každý lékař nebo zdravotník ovládal základy paliativního přístupu a jednotlivé léčebné postupy (Skála a kol., 2005). Dnes už existuje tzv. mobilní specializovaná paliativní péče, která je poskytována v přirozeném prostředí pacienta. Tato specializovaná paliativní péče se poskytuje formou ambulantní paliativní péče přímo v domácím prostředí pacienta. Mobilní specializovaná paliativní péče je indikována u umírajících pacientů, u nichž zdravotní stav neumožňuje pravidelné kontroly u lékaře, z důvodu omezené mobility a celkově špatné funkční zdatnosti (Kabelka, 2017).

1.1 Umírání

Umírání je nepřesně ohraničený proces, který směřuje ke smrti. Z klinického hlediska se poslední fáze umírání označuje jako terminální stav. Vyznačuje se posledním nezvratným selháváním životně důležitých funkcí (Kelnarová, 2007, s. 10).

Umírání patří k poslední fázi lidského života. Je to proces, který je u každého individuální a jedinečný. Má různou podobu, délku, intenzitu a je různě prožíván. Umírání může být pomalé nebo rychlé, může trvat hodiny, dny či měsíce. Tento proces může doprovázet řadu problémů souvisejících s nepříjemnostmi pro umírajícího. Jedná se například o chronickou či akutní bolest, utrpení pro umírajícího, ale i zátěž pro rodinu, příbuzné, přátele a taky zdravotnický personál, který je s umírajícím primárně v kontaktu. Díky velkému pokroku vědy a techniky můžeme říci, že lze dnes umírajícím zajistit i jejich poslední dny života kvalitně. Proces umírání může být bezbolestný a umírající může být v kruhu svých blízkých (Kelnarová, Matějková, 2010).

Umírání můžeme vnímat dvěma způsoby. První způsob je absolutní smrt, která nastává tehdy, až odumře poslední buňka v těle. Druhý způsob lze z psychologického hlediska označit jako psychickou smrt, která nastává ve chvíli, kdy úplně vymizí vědomí umírajícího (Ševčíková, 2014).

Americká psycholožka Elisabeth Kübler-Rossová zavedla ve vztahu k umírání tzv. model smutku, který popisuje, jak se lidé vyrovnávají se svou smrtelnou diagnózou. Tento model obsahuje pět fází. Jedná se o popírání, hněv, smlouvání, depresi a smíření. Podle Elisabeth Kübler-Rossové se tyto fáze nemusí projevit v pořadí, ve kterém jsou uvedeny a ani nemusí proběhnout všechny. Z popsaných fází smutku pacient prožije vždy minimálně dvě. Může se stát, že se pacient se smrtelnou nemocí nevyrovná a zůstává tak ve fázi popření. Smířování se smrtí je individuálním procesem a každý člověk tuto skutečnost přijímá jiným způsobem. Každá fáze má svá specifika (Bydžovský, Kabát 2015).

První fáze tohoto modelu je popírání. Člověk je v šoku, popírá a odmítá přijmout pravdu. Je to první reakce, která může být často nekontrolovaná a impulzivní. Každý člověk je individuální a tuto informaci prožívá jiným způsobem. Do druhé fáze se řadí agrese a vztek. Tato fáze je po psychické stránce velice náročná. Nemocný se začne pomalu vyrovnávat s pravdou, což má za následek nekontrolované chování, doprovázející

vztekem. Nemocný může být agresivní na svoji rodinu, okolí nebo také na zdravotnický personál, který je nejčastějším terčem tohoto chování, protože je s pacientem téměř v každodenním kontaktu. Ve třetí fázi začíná pacient svou nemoc chápat a přijímat. Vyhledává si informace o svém stavu, léky, léčitele, diety apod. Dokáže komunikovat o své nemoci a začíná přemýšlet o tom, jak naložit se svým zbývajícím časem a co by mohl ještě stihnout. Ve čtvrté fázi dochází k truchlení, smutku a zoufalství. Nemocný má deprese a strach ze svého odchodu, začíná být fyzicky a psychicky vyčerpaný. V těchto situacích mohou pomoci např. antidepresiva, ovšem psychický stav nemocného může výrazněji zlepšit jeho rodina, která je v kontaktu s umírajícím. Pátá a konečná fáze je smíření. Pacient přijme pravdu a touží o co nejpříjemnější prožití posledních chvil svého života. Tento stav nemusí přijít u každého, nemocný může rezignovat a dostat se do stavu beznaděje. Proto je velmi důležité komunikovat s umírajícím a být mu nablízku (Špatenková, 2013).

1.2 Modely umírání

Zemřít doma v obklopení rodiny a blízkých si přeje snad každý člověk. Domácí prostředí a kontakt s rodinou je pro umírajícího příjemnější. I když je tato varianta možná, dává se dnes spíše přednost institucionálnímu modelu umírání. Hlavní roli v této skutečnosti hraje neochota a strach z péče o umírajícího, kdy se lidé této velmi negativní zkušenosti vyhýbají a přenechávají tuto péči odborníkům. Existují však výjimky, kde jsou lidé ochotní udělat cokoli, aby mohli pečovat o své blízké v jejich konečném stádiu života a dopřát tak nejbližším příjemný odchod z tohoto světa (Haškovcová, 2007).

Podle výzkumu z roku 2013 by si celkem 78 % lidí přálo zemřít doma. Skutečnost je taková, že okolo 60 % lidí umírá v nemocnicích nebo v ústavech pro dlouhodobou péči. Existuje spousta příčin, proč lidé umírají až příliš často v nemocničním zařízení. Může jít například o nedostatek zázemí nebo finanční a psychickou náročnost domácí péče (Nezbeda, 2016).

1.2.1 Domácí model umírání

Podstatou tohoto modelu umírání je, že se umírající nachází ve známém prostředí a má možnost být v kontaktu s přáteli a rodinou, která mu je nablízku. Člověk se necítí sám a svůj odchod sdílí s nejbližšími, s nimiž se může zároveň rozloučit. Domácí model

umírání má i své nevýhody, jako například absence medicínské pomoci spojená s nedostupností speciálních pomůcek (Dučaiová, Litvínová, 2011).

1.2.2 Institucionalizovaný model umírání

V tomto modelu umírání je většinou člověk sám opuštěn v nemocnici. Jedná se o model, ve kterém je smrt chápána jako selhání a porážka medicíny či zdravotníků. Umírajícímu je sice poskytována odborná pomoc, ale nejsou řádně uspokojovány jeho psychické, sociální a duchovní potřeby, které jsou podceňovány. Zdravotníci by měli být v těchto okamžicích aktivní a spolupracovat s rodinou. Umírající je za bílou zástěnou nebo v samostatném pokoji, což by mu mělo zajistit soukromí a klid tak, aby nemusel být před zraky spolupacientů (Dučaiová, Litvínová, 2011).

1.3 Terminální stav

Terminální stádium nemoci má několik definic. Jedna z nich definuje tento stav jako: *Období, při kterém se pacient musí vyrovnávat s postupným zhoršováním svého zdraví v důsledku progresivního vážného chronického onemocnění a které je svou konečnou prognózou letální* (Kalvach a kol., 2004, s. 9). Jako terminální stádium se označuje stav, ve kterém nastává konečná fáze života. Ošetrovatelská péče o pacienty v terminálním stádiu je velice náročná, a to jak po psychické, tak i po fyzické a ošetrovatelské stránce. Terminální péče je poskytována často v léčebnách pro dlouhodobě nemocné. Většina nemocných je do těchto zařízení poslána v pokročilé fázi neléčitelného a nezlepšitelného onemocnění a v léčebně umírá po krátké době (Kalvach a kol., 2004).

Každý lékař by měl být schopen rozeznat symptomy a zmírňovat průběh terminální fáze. Příznaky a projevy umírání mohou být individuální. Klinický průběh terminální fáze závisí na druhu onemocnění a stavu pokročilosti dané choroby (Sláma, 2008).

Mezi nejčastější příznaky terminální fáze patří tzv. kognitivní dysfunkce, tedy celková progresivní slabost a únava. Umírající má delší periody denního spánku, téměř celý den spává a nevstává z lůžka. Postupně se snižuje schopnost koncentrace a pozornosti, pacient ztrácí zájem o konverzaci a je uzavřen sám do sebe, kontakt udržuje pouze s několika nejbližšími, návštěvy ho unavují. Zhoršují se funkce smyslových orgánů, jako je zrak a sluch. Umírající odmítá jíst a pít, což způsobuje potíže při polykání,

je zmatený, dezorientovaný a mohou ho doprovázet halucinace. Snižuje se také diuréza, která může vést až do stádia anurie. Další příznak terminálního stavu je tzv. Hippokratova tvář. Typický je špičatý nos s propadlými tvářemi, z nichž vystupují lícni kosti. Objevuje se často studený pot. Dobré a kvalitní zvládnutí tělesných i psychických symptomů je předpokladem k důstojnému umírání. Zmírnění tělesných symptomů není jen úlevou pro umírajícího, ale také pro jeho rodinu a pacienty, kteří s ním sdílejí pokoj. V dnešní době není důstojné umírání neobvyklou záležitostí a poslední hodiny života nemusí být naplněny nesnesitelnou bolestí, strachem a utrpením (Sláma, 2008).

1.4 Možnosti péče o umírající pacienty

Každý člověk, který trpí nevyлéčitelnou chorobou, má nárok si vybrat, kde a jak chce strávit svoje poslední chvíle. Existují dvě možnosti péče, zaměřené na pacienty v terminálním stádiu. Je to péče paliativní a hospicová. Tyto péče poskytují pacientovi psychickou podporu a snaží se toto těžké období zvládnout a udělat co nejpříjemnějším (Ševčíková, 2014).

WHO podporuje takovou paliativní medicínu, která poskytuje úlevu od bolesti a nepříjemných projevů nemoci. Život a umírání pokládá za normální, přirozený proces, přičemž cílem této organizace není urychlení nebo odsouzení smrti. Hlavním významem paliativní péče jsou psychologické a duchovní aspekty, které pomáhají pacientům žít až do smrti tak aktivně, jak je to jen možné. Dnes již existují specializované ambulantní poradny pro paliativní péči, které můžeme najít například v hospicích (Payne, 2007).

Hospice jsou lůžková zařízení, která poskytují tzv. hospicovou péči pro pacienty v terminálním stádiu. Tato péče může být poskytována i v domácím prostředí, kde se rodina stará o umírajícího společně s kvalifikovanými pracovníky. Součástí hospicového týmu nemusí být jen lékaři a zdravotní sestry, ale také psychologové, sociální pracovníci, dobrovolníci anebo kaplani. Ti se snaží pečovat nejen o tělo pacienta, ale také o jeho mysl a duši. Na rozdíl od nemocnic mají hospice příjemnější prostředí a interiér, který připomíná spíše domov. Hospice mají lůžkovou část, která má kolem 20-25 lůžek. Další část hospice tvoří stacionář, který je kombinován s agenturní domácí péčí. V hospici se taktéž nachází vzdělávací centrum s poradnou. Denní režim se v hospicích zpravidla liší, program je volný a individuální. Personál se snaží pacientům vyjít vstříc a jejich požadavky a přání plnit. Pacienti vstávají jak chtějí, mohou si sami zvolit, kdy si během

dne přejí hygienu nebo se najíst. Mají přístup na zahradu, která jim umožňuje pobyt venku na čerstvém vzduchu. Návštěvy se taky liší. Na rozdíl od nemocnice, kde jsou návštěvy časově omezené, jsou zde povoleny po celý den. Jestliže mají příbuzní zájem, mohou se na péči o pacienta podílet. Pacienti v hospici vědí, že nebudou trpět bolestmi a že jejich lidská důstojnost bude respektována. Necítí se v posledních chvílích života sami. Lůžkových hospiců je u nás omezené množství (cca 17), proto o tom, jestli se pacient přijme nebo nikoliv, rozhoduje vedoucí lékař hospice (Haškovcová, 2007), (Kelnarová, 2007).

2 KOMUNIKACE ZDRAVOTNICKÉHO ZÁCHRANÁŘE S PALIATIVNÍM PACIENTEM

Paliativní péče zahrnuje tišení bolesti, výživu a laskavý přístup. Mezi tyto důležité předpoklady řadíme i komunikaci, která je velice důležitá pro poskytování kvalitní paliativní péče. Měla by být přirozená, citlivá, otevřená a měla by pacientovi přinést psychickou a duchovní podporu. Cílem péče je přistupovat k pacientovi s respektem a úctou, a podle toho by měla vypadat i adekvátní forma komunikace zohledňující pacientův zdravotní stav. Správná komunikace přispívá ke zlepšení kvality života nejen pacienta, ale i jeho blízkých. Každý člověk je jedinečný a má za sebou jedinečný životní příběh, a tedy i přístup zdravotníků a pečujících by měl respektovat individualitu umírajícího a reagovat na jeho potřeby citlivě a otevřeně. Forma komunikace s umírajícím závisí na jeho mentální úrovni, aktuálnímu stavu a stupni onemocnění. Na základě těchto faktorů se můžeme rozhodnout, jaké informace je vhodné pacientovi poskytnout a v jaké míře otevřenosti je podáme (Bydžovský, Kabát, 2015).

2.1 Zásady komunikace s paliativním pacientem

K základním mechanismům pro správnou komunikaci je tzv. pravidlo 4P – pozdravit, představit se, poprosit, poděkovat. Jestliže se jedná o akutní stavy, není vždy pravidlo možné (Andršová, 2012). Je důležité vysvětlit, jakým způsobem budeme s dotyčným spolupracovat. Komunikace může být v přednemocniční neodkladné péči náročnější, protože může probíhat v rušném prostředí. Každý rozhovor s umírajícím by měl být klidný a srozumitelný, pacient musí chápat, co po něm chceme a nemít pocit spěchu. Jestliže se pacient cítí ve spěchu a není dostatečně informován, může ztratit důvěru, odmítnat převoz do nemocnice a nemusí chtít spolupracovat (Bydžovský, Kabát, 2015).

Pro kvalitní komunikaci ZZ s pacientem je možné dodržovat zejména následující zásady:

- V průběhu hovoru by měl ZZ vystupovat profesionálně, klidně, vstřícně a laskavě. Jestliže jde o časově delší záležitost a pacient je rozrušený nebo dokonce plačící, je vhodné ho oslovovat jménem, atmosféra v rozhovoru je poté důvěryhodnější.
- ZZ by měl dát najevo, že je tu pouze pro něj a je připraven mu naslouchat. Hovor by neměl být přerušován rušivými elementy, ať už se jedná o zvonící telefon nebo komunikaci s třetí osobou.
- Je třeba dát pacientovi prostor, aby mohl komunikovat i on sám a sdělit jeho konkrétní problémy. Informace jsou pro ZZ velice důležité, pomáhají zjistit příčinu zdravotních komplikací a řešit je. Jestliže po nás bude chtít pacient zpětnou vazbu, snažíme se reagovat. Může se stát, že nám chce pacient něco důležitého sdělit, ale nemá dostatek odvahy nebo neví, jakým způsobem problém sdělit. V takovém případě mu musíme dodat odvalu a dát mu najevo, že nám může věřit. Rozhovor se snažíme dále vést.
- Jestli nám pacient sděluje nějaké informace, neměli bychom mu skákat do řeči a přerušovat ho.
- Pacient by měl vědět, že má prostor s námi mluvit o čemkoliv a může mít jakékoliv dotazy.
- Měli bychom se snažit na pokládané otázky a přání co nejupřímněji odpovídat a reagovat.
- Při rozhovoru a manipulaci s pacientem, je třeba respektovat hodnoty, které pacient vyznává.
- Odporovat a nesouhlasit s pacientem není vhodné, snažíme se ve všem vyhovět. Nebagatelizujeme a nesnižujeme jeho vyjádření či přání. Jestliže pacient odmítá převoz a nedůvěřuje nám, snažíme se získat jeho důvěru, aby spolupracoval. Vysvětlíme pacientovi důvod jeho převozu, popřípadě nabídneme varianty, mezi kterými se může rozhodnout.
- Jestliže se chce pacient bavit o konkrétním tématu, nesnažíme se odvádět řeč, a to ani v případě, kdy budeme nuceni sdělit nepříjemné informace.
- Je důležité se nebát projevit vlastní emoce a přiznat vlastní hranice (Ptáček, 2011).

2.2 Komunikace s pacientem na ARO/JIP

Na ARO/JIP jsme často v kontaktu s pacienty s vážným onemocněním, s dlouhodobě nemocnými, nebo s pacienty v terminálním stádiu. Komunikace s vážně nemocným je ovlivněna sociálními, psychickými a tělesnými změnami, které vznikají na základě onemocnění. Samotná nemoc je doprovázena symptomy, z nichž k nejčastějším patří bolest. Pacient musí podstupovat řadu vyšetření a zákroků. Očekávání výsledků těchto vyšetření vyvolává u pacienta strach, úzkost a deprese. Může se cítit osamělý, což ovlivňuje jeho psychický stav. Někteří pacienti nemohou komunikovat nebo přestávají komunikovat a spolupracovat se zdravotníky. Schopnost nalézt správnou cestu a komunikaci k nemocnému či umírajícímu, patří k úspěšným dovednostem zdravotníků (Zacharová, 2008).

Zdravotník by měl počítat s různými typy komunikace, setkat se může s agresivním, zmateným, uzavřeným nebo citlivým pacientem. Každá komunikace s pacientem by měla být klidná, upřímná a srozumitelná. Pacient by měl rozumět všem informacím, které mu sdělujeme a mít prostor na svoje vyjádření. V intenzivní péči se setkáváme s pacienty, kteří špatně slyší, vidí, nejsou orientováni v čase a prostoru, nebo mají špatnou paměť. Častou překážkou je i zajištění dýchacích cest tracheální rourkou, která pacientovi neumožňuje verbální komunikaci. Jestliže se objeví rozpor mezi verbální a neverbální komunikací, má v tomto případě přednost mimoslovní komunikace. Existují tzv. komunikační tabulky, které se používají tehdy, jestliže pacient nemůže komunikovat. Tabulky mohou obsahovat schémata symbolů, písmena abecedy, slova, věty aj. Jestliže je nemocný upoután na lůžko a odkázán na hygienickou péči a jiné úkony, které musí vykonávat zdravotník, je nejčastěji využívána intimní vzdálenost. Zdravotník může pacientovi zvýšit důvěru pohlazením, nebo položením ruky na rameno (Kapounová, 2007).

2.3 Komunikace zdravotnického záchranáře s rodinou umírajícího

Vážná diagnóza a nepříznivá prognóza není nepříjemností a stresorem pouze pro samotného pacienta, ale také pro jeho blízké a rodinu. Rodina a přátelé prožívají stejné obavy jako pacient. Cítí strach, úzkost a bolest. S diagnózou se musí vyrovnat jak pacient, tak i rodina. Úkolem zdravotníků je být oporou jak pro pacienta, tak i pro rodinu. Rodina, která se o umírajícího pacienta stará doma, si zaslouží specifickou pozornost

a velkou podporu. Při plánování péče o pacienta je důležité spolupracovat s rodinou, přičemž od ní zjišťujeme, co by si přála a co od takové péče očekávat. Pacient má svoje zvyklosti a návyky, které bychom měli respektovat. Z toho vyplývá, že znalostí zásad komunikace s rodinou musí disponovat každý zdravotník a komunikace by neměla být překážkou (Bydžovský, Kabát, 2015).

Jestliže se pacientův stav zhoršuje a je očekávána smrt, rodina by měla být o této situaci informována. Personál si musí uvědomit, že rodina prožívá velmi stresující období, a proto je nutné jim poskytnout pouze takové množství informací, které jsou schopni vstřebat a ujistit se, zda jim porozuměli. Ošetřující personál může rodině položit několik otázek, které mohou pomoci vyjádřit jejich obavy a strach z očekávané situace:

- Už jste někdy byli svědky něčí smrti?
- Jaké to pro Vás bylo?
- Jak se s touto situací vyrovnáváte?
- Jak tato situace ovlivňuje váš každodenní život?
- Co pro vás můžeme udělat?
- Co vás nejvíce zatěžuje?
- Čeho se nejvíce bojíte?
- Co si nepřejete?
- Co si nepřeje váš blízký? (Machalíčková, 2013).

2.4 Komunikace zdravotnického záchranáře s pozůstalými

Nejvhodnější pomoc pro pozůstalé může poskytnout jejich rodina a přátelé. Bohužel lidé nevědí, jak s pozůstalými komunikovat, jak k nim přistupovat a jak se zachovat, a tak tuto pomoc přenechávají odborníkům. Rodina často vyhledává odborníky, kteří poskytují formální odbornou pomoc, snaží se truchlícímu usnadnit jeho ztrátu, podpořit ho v odloučení k dotyčné osobě a sdílet a chápat jeho emoce. Každý člověk je individuální a truchlení je pro každého různě náročné. Pokud je truchlení bez patologických fenoménů, jako jsou deprese nebo sebevražedné sklony, člověk se dokáže vyrovnat s danou situací sám a projde do fáze vyrovnání a smíření (Boček, 2015). *Truchlení je přirozenou reakcí na ztrátu blízkého člověka a pokud je jeho průběh normální, nekomplikovaný, není v žádném případě psychiatrickým problémem* (Špatenková, 2014, s. 40).

Zdravotníci záchranáři se setkávají se smrtí velice často a jsou většinou mezi prvními, kteří přijdou do kontaktu s umírajícím pacientem. Záchranáři po příjezdu vyvolají většinou úlevu, že je na místě někdo, kdo může pomoci. Bohužel taky mohou být vnímány často jako terč pro vybití vzteku (Andršová, 2012). *Záleží na osobnostní zralosti záchranáře, jaký postoj zaujme. Konfrontace se smrtí může vyvolávat strach, úzkost, pocity ohrožení vlastního života – smrtelnosti. Smrt může však také pomoci nastartovat vidění světa v jiných hlubších souvislostech a přijímání života jako daru. Může ale také vyvolat posttraumatickou stresovou poruchu, jedná-li se o smrt dítěte či nějakou jinou formu nepřirozené smrti, když přijde o život profesní kolega, když je záchranář konfrontován (nejen v práci) se smrtí svého známého či příbuzného* (Andršová, 2012, s. 83).

Týmy záchranné služby jsou vyškoleny a mají dostatečné vybavení k technickému zvládnutí léčby. V případě poskytování psychické pomoci a komunikace s příbuznými a pozůstalými, jde pro zdravotníky o náročnější situaci. Ve chvíli, kdy je záchranář v kontaktu s umírajícím, je pro něj takový pacient prioritou a je mu primárně věnována veškerá pozornost. Proto může být pro záchranáře přítomnost rodiny a blízkých vnímána jako zátěž pro jeho primární výkon. Při záchráně života hraje hlavní roli čas, a tak se záchranáři snaží řešit emoční projevy formou medikace, kdy se rodině či přátelům v dané situaci podá lék na uklidnění. Jedná se o nejrychlejší řešení, které prospěje nejen rodině a okolí, ale také záchranářům, kteří tak mají prostor pracovat s umírajícím. Ze strany pozůstalých dostávají záchranáři časté dotazy, které se týkají smrti jejich blízké osoby. Jedná se o informace, proč zemřel, jakým způsobem se to stalo, doprovázela jeho smrt bolest, byla šance mu pomoci atd. Pozůstalí by měli mít možnost, aby se rozloučili se zemřelým, než se tělo zabalí a odveze. Je důležité, aby nebyl na místě člověk sám a měl někoho, kdo mu v tuto chvíli bude naslouchat. Jestliže se situace odehrává v nebezpečném terénu, musíme pozůstalé odvést na bezpečné místo. Pozůstalým bychom měli poskytnout tzv. psychologickou pomoc, která zahrnuje v první řadě rozhovor. Je důležité dotyčnému dát najevo, že mu chceme pomoci, vnímáme s ním bolest a nasloucháme mu. S pozůstalými bychom měli komunikovat citlivě a dát jim možnost vyjádřit jejich bolest (Humpl a kol., 2013).

2.5 Sdělování diagnózy a prognózy

Základem paliativní péče je otevřená a pravdivá komunikace o stavu pacienta, konkrétní diagnóze a následně i prognóze. Tato komunikace je velice náročná jak pro umírajícího, tak i pro zdravotníky nebo pečující osoby. S pacientem mluvíme otevřeně a upřímně, odpovídáme na všechny jeho otázky, vysvětlujeme možné příznaky a stavy, které mohou doprovázet nemoc, a na které je zapotřebí se připravit. Komunikace s pacienty v terminálním stádiu je často spojována s povzbuzováním a podáváním tzv. falešných nadějí. Falešná naděje neprospívá umírajícímu, zdravotníkům ani pečujícím. Okamžiku, kdy se pravda musí bezpodmínečně sdělit, se nevyhneme. Informace o diagnóze a prognóze podává nemocnému vždy ošetřující lékař, avšak na otázky ohledně dalšího průběhu nemoci musí být připraven reagovat každý člen multidisciplinárního týmu. Aby pečující byli schopni odpovídat a reagovat na otázky, musí být dostatečně informováni o případu pacienta, o jeho diagnóze, laboratorních vyšetřeních aj. (Bydžovský, Kabát, 2015).

Při rozhovoru s pacientem, který se týká jeho diagnózy a prognózy, bychom měli dodržovat některá pravidla. Konkrétní diagnózu a prognózu sděluje lékař. Na začátku rozhovoru je důležité zjistit, jak podrobně je nemocný o svém zdravotním stavu informován. Na základě jeho psychického, fyzického a mentálního stavu musíme zvážit, jaké informace poskytneme. Měli bychom se pacienta otevřeně zeptat, zda chce být informován podrobně a jestli existují některá témata, o kterých nechce být informován vůbec. Musíme se vyjadřovat upřímně, citlivě a pravdivě. Jestliže pacient pokládá přímé otázky k jeho diagnóze, odkážeme ho na lékaře. Naše odpovědi by měli znít jednoduše a jasně, aby jim pacient rozuměl. Informace sdělujeme pomalu, aby měl pacient prostor na jejich vstřebání a ujistíme se, zda nemocný sděleným informacím porozuměl. Pacientovi dáme prostor, aby vyjádřil své případné obavy a strach. Pomáháme mu se v nové situaci zorientovat a nalézt nové priority nebo cíle. Ujistíme nemocného, že v dané situaci není sám a nabídneme mu dostupná řešení (Bydžovský, Kabát, 2015).

3 PALIATIVNÍ PÉČE Z POHLEDU ZDRAVOTNICKÉHO ZÁCHRANÁŘE

Záchranář by měl umět reagovat na jakoukoliv situaci, ať už se jedná o pacienta s lehkým zraněním, nebo o pacienta v terminálním stádiu. Ve zdravotnických zařízeních na příjmovém oddělení se provádí tzv. nemocniční třídění, které určuje, jaká následná péče bude pacientovi poskytována. Zdravotnická péče může být standartní, resuscitační, intenzivní nebo právě paliativní (Štětina, 2014).

Zdravotnický záchranář vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 a dále bez odborného dohledu a bez indikace vykonává činnosti v rámci specifické ošetrovatelské péče při poskytování přednemocniční neodkladné péče, a dále při poskytování akutní lůžkové péče intenzivní, včetně péče na urgentním příjmu (Česko, 2011, § 17).

3.1 Paliativní péče na oddělení ARO/JIP

Přesto, že se často intenzivní a paliativní péče oddělují, mají mnoho společného a jsou spolu propojeny. Můžeme uvést, že se v některých případech intenzivní medicína neobejde bez paliativní péče. Na rozdíl od paliativní péče se intenzivní péče snaží zachovat zdraví a život pacientů. Jestliže intenzivní medicína není schopna přinést prospěch pro pacienta a zachovat jeho zdraví, měl by být zajištěn přechod z intenzivní léčby na paliativní. Úkolem paliativní péče je, aby pacient netrpěl bolestí, hladem, hypoxií, jakýmkoliv diskomfortem nebo strádáním a snaží se zachovat lidskou důstojnost při umírání. Z toho vyplývá, že je paliativní péče nedílnou součástí intenzivní medicíny. Rozdíl ve vnímání pacienta, kterému je poskytována intenzivní péče je takový, že si často neuvědomuje, jak je jeho zdravotní stav vážný, a že umírá. V intenzivní péči se od lékaře a záchranáře očekávají zkušenosti a pozorné hodnocení klinického stavu nemocného. To však neznamená, že se lékař nebo záchranář může vyhnout k přehodnocení klinického stavu, kdy se z kriticky nemocného pacienta stává umírající pacient, a tím dochází k přechodu z kurativního přístupu na přístup paliativní. Tento přechod péče není jen rozhodnutím medicínským, ale hrají v něm roli i přání pacienta a jeho rodiny (Daňková, 2013).

3.2 Specifická terapie na ARO/JIP

Na odděleních jako ARO nebo JIP, se můžeme setkat se specifickou terapií. Existuje tzv. marná léčba, což je léčba, která pacientům nepřináší žádné benefity nebo zlepšení zdravotního stavu. Jednoduše řečeno jde o léčbu, která je natolik nedostačující či minimálně účinná, že se lékaři shodnou na jejím ukončení. Jakékoliv léčebné postupy, které již nevyvolávají příznivé účinky na zdravotní stav pacienta a jeho komplikace, bolest a strádání převažuje nad klinickým přínosem zvoleného léčebného postupu, je nutné ukončit a tuto léčbu, která už není ve prospěch pacienta, označit jako marnou. Mezi specifické terapie dále řadíme také zadrženu a bazální terapii. Zadržaná terapie je nerozšiřování léčby, kdy se neprovádějí další diagnostické a terapeutické postupy, které by již beztak neovlivnily vývoj a průběh onemocnění. Jde např. o přerušení chemoterapie, přerušení endoskopických, ultrazvukových či rentgenových vyšetření nebo laboratorní vyšetření. Bazální terapie je omezení terapie, která se používá, jestliže se dospěje k názoru, že je stávající léčba neadekvátní. Jde o vysazení léků, které jsou v tu chvíli nadbytečné, ukončují se mimotělní eliminační metody a laboratorní vyšetření jsou prováděna pouze v základním rozsahu. Neznamená to však, že se přeruší veškerá léčba, např. analgosedace je při bazální léčbě ponechána spolu s umělou plicní ventilací, stejné to je i s oxygenací a výživou (Ševčík, 2012).

3.3 Postoj zdravotnického záchranáře k umírání a smrti

Práce zdravotnického záchranáře je velice náročná a členové těchto týmů se často setkávají se závažnými situacemi, které bohužel mnohdy končí smrtí pacienta. Velká psychická i fyzická zátěž hraje v tomto povolání významnou roli a záchranář musí být na tyto faktory připraven. Záchranář by se měl chovat profesionálně, být každodenně vyrovnaný, připravený pracovat v improvizovaných podmínkách a mít empatický postoj při záchraně životů. Záchranář by měl umět ovládat své emoce a být připraven se rozhodovat v náročných situacích. Zvláštností je, že si záchranáři přejí zdolávat náročné situace, kde je v ohrožení lidský život a zdravotní stav je spojován s umíráním či smrtí. Přejí si být vystavováni těmto situacím co nejčastěji a doufají, že budou úspěšní. Realita v profesi záchranáře je bohužel jiná, nejedná se jen o akutní stavy s ohrožením života, ale mnohdy také o neakutní stavy, jako např. měření fyziologických funkcí, diskutování s opilci, nebo pouze převozy do nemocnice.

Člověk, který se rozhodne tuto práci dělat, musí vědět, že pomoc lidem nemusí být vždy akutní a po letech praxe by měl nadále působit citlivě, empaticky a ohleduplně (Andršová, 2012).

3.4 Péče o zemřelé v přednemocniční neodkladné péči

Péči o zemřelé v PNP má na starosti výjezdová skupina ZZS a smrt konstatuje pouze lékař. Jestliže má lékař nebo záchranář podezření na násilnou smrt, která byla způsobená druhou osobou, je jeho povinností okamžitě informovat PČR. Pokud se nemůže stanovit příčina smrti, lékař nařídí pitvu (Ševčíková, 2014).

3.4.1 Znamky smrti

Znamky smrti můžeme dělit na jisté a nejisté. Mezi nejisté známky smrti řadíme zástavu srdce a dýchání, nebo vyhasnutí zornicových reflexů. Jisté známky smrti se dále ještě dělí na fyzikální a chemické. Mezi fyzikální známky řadíme posmrtnou bledost, posmrtné skvrny a chladnutí těla. Posmrtná bledost nastává z důvodu zástavy cirkulace, a tím dochází ke kontrakci cév. Krev klesá a stéká na místa, která jsou nejbližší k zemi. Tím vznikají posmrtné skvrny, které mají namodralou až červenofialovou barvu a objevují se v níže položených částech těla. U ležícího pacienta je to nejčastěji oblast zad, hýždí, zadní část dolních a horních končetin. Posmrtné skvrny se začínají projevovat zhruba hodinu až dvě hodiny po smrti a k jejich zřetelnému projevu dochází do šesti až dvanácti hodin. Chladnutí těla vzniká na základě vyhasnutí metabolické činnosti. Tělo se tak začne ochlazovat na teplotu zevního prostředí. Chemické známky smrti jsou tuhnutí těla, posmrtný rozklad a posmrtné srážení krve. K tuhnutí těla dochází asi za 2 hodiny po smrti. Jako první nastává tuhnutí obličejových a žvýkacích svalů, dále jsou to svaly horních končetin, a nakonec svaly dolních končetin. Tyto skutečnosti vysvětlují, proč je nutné zemřelému zavřít oční víčka a podvázat bradu. Svaly jsou ztuhlé a ústa i víčka by tak mohla zůstat otevřená. Dále dochází k rozkladu těla a hnilobě, která způsobuje rozklad bílkovin účinkem hnilobných mikrobů. Hnilobné bakterie, které jsou přítomny například v tlustém střevě, začnou postupně pronikat střevní stěnou do okolí. Po smrti v cévách přestává krev proudit, krev se začne usazovat a sráží se. V některých případech úmrtí, jako třeba zadušení či zmrznutí ke srážení krve nedochází (Mačák a kol., 2012).

3.4.2 Zdravotnická dokumentace při prohlídce těla zemřelého

Vyplnění zdravotnické dokumentace je povinností lékaře při každé prohlídce zemřelého těla. Dokumentace se skládá ze 4 listů a vyplňuje jí pouze lékař. V prvním listu je Správa o prohlídce zemřelého, kterou vyplňuje lékař, který provádí pitvu. Druhý list je Záznam o ošetření, který vypisuje opět lékař, jako při běžných výjezdech. Ve třetím listu se vypisuje Potvrzení o přepravě zemřelého, tento list se přikládá k dokumentaci o zemřelém těle a je určen pro pohřební službu. Poslední je List o prohlídce zemřelého, do kterého by lékař neměl psát ve zkratkách a měla by v něm být vyznačena identifikace poskytovatele, tedy dané ZZS (Dobiáš a kol., 2012).

3.5 Zátěžové situace pro zdravotnického záchranáře u paliativní péče

Zdravotničtí záchranáři neřeší jen zdravotní problémy, ale i sociální krize v domácnostech, krize při dopravních nehodách, násilné činy a mnoho jiných nepříjemných událostí. Snaha o záchranu života nemusí být pro záchranáře vždy úspěšná, může být i velmi komplikovaná, a to v důsledku okolností na místě zásahu. Záchranáři by se měli zachovat v každé situaci jako profesionálové, ať už pracují s mladým nebo starším pacientem. Zdravotní stav pacienta ovlivňuje péči i rozhodování záchranáře, který musí být více opatrný v případě, jestliže se jedná o vážný stav, děti, nebo pacienty, kde je nutná paliativní péče (Ševčíková, 2014).

Paliativní péče u pacienta v terminálním stádiu, který je imobilní, je velice náročná. Záchranář se s typem takového pacienta setkává často. Paliativní péče je samozřejmě pacientovi věnována především od osob, které jsou s pacientem v každodenním styku. Péče o umírajícího pacienta a komunikace s rodinnými příslušníky může být pro záchranáře zátěžovou situací, protože tyto situace mohou být doprovázeny vypjatými emočními reakcemi, hněvem, agresí a úzkostí. Agrese pacienta může začít od projevů komunikace až po fyzický útok. Pacient tak může agresí přenést na posádku ZZS. Záchranář by měl k takovým pacientům přistupovat čelem, hovor by měl vést ve stejné hlasové výšce a udržovat stálý oční kontakt. Záchranář by se měl pokusit nereagovat na slovní útoky a nedávat najevo žádné známky agresivního chování. Někdy však tento přístup nestačí a je nutné pacientovi podat farmaka na uklidnění dle indikace lékaře. Práce záchranáře může často vést k emočnímu vyčerpání, které je způsobeno nadměrným stresem a vysokými psychickými nároky. Samotná paliativní péče je situací chronicky

působícího stresu, protože se jedná o péči s lidmi, kteří trpí nevléčitelnou chorobou, jsou v terminálním stádiu a jsou často odkázáni na pomoc druhých (Kupka, 2014).

Velká část zátěžových faktorů je způsobená samotným charakterem této profese. Záchranář může udělat profesní chybu, která nemusí uškodit jen jemu, ale může negativně ovlivnit i pacienta, nebo péči o něj. Stres v zátěžové situaci pro záchranáře je individuální, záleží na typu události, stavu pacienta a psychické odolnosti zdravotníka. Záchranář se musí rychle a správně rozhodovat, například u umírajících pacientů, kde je nezbytná paliativní péče, zda je správnou volbou převoz do nemocnice aj. Záchranář se během své praxe setkává mnohokrát se smrtí.

Smrt patří k mnoha strastem tohoto povolání, ale je nutné se s ní vyrovnat. Smrt pacienta v terminálním stádiu není pro záchranáře tak psychicky náročná, jako třeba neočekávaná smrt dítěte (Brandejská, 2008).

3.6 Etická dilemata v praxi zdravotnického záchranáře

Etické dilema představuje situaci, ve které není správné či nesprávné volby. Záchranář si musí vybrat mezi dvěma stejně nežádoucími alternativami. Etická rozhodnutí v problémových situacích nejsou jednoduchá. Nesou s sebou jistá rizika jako pocit viny nebo selhání. Zdravotnický záchranář se často dostává do situací, při kterých mohou nastat etické problémy, kterým čelí. Vysoké etické nároky jsou vyžadovány hlavně od profesí, při jejichž výkonu dochází k práci s lidmi, jako právě zdravotnický záchranář (Vurm, 2007).

V případě záchranáře dochází k etickému dilematu tehdy, jestliže nastane náhle vzniklá situace, která nemá jednoznačné řešení a na záchranáře dolehne odpovědnost a musí se rozhodnout. V medicíně se zejména v posledních letech v souvislosti s etickými problémy často mluví např. o eutanázii, a však urgentní medicína je specifický obor se svými etickými problémy, mezi něž se řadí např. DNR, indikace KPR, marná léčba aj. Často také dochází ke konfliktům s rodinou, a to v situacích, kdy trvají na převozu či hospitalizaci svého příbuzného, aby o něj nemuseli dále pečovat (Ptáček a kol., 2011).

KPR nikdy nebyla směřována jako univerzální léčba, ale jako postup, který má své indikace a kontraindikace. Je totiž známo, že u pokročile nemocných bývá KPR zpravidla neúspěšná. V případě NZO by měl záchranář včas zahájit resuscitaci a o jejím ukončení

rozhoduje lékař. Rozhodování je závislé na riziku pro pacienta, jeho stavu a dalších okolnostech. V nemocnici rozhoduje o nezahájení KPR obvykle zkušený lékař a v PNP v nepřítomnosti lékaře může být rozhodnutí učiněno na základě protokolu nebo telefonickou konzultací s lékařem. Spousta NZO vznikají mimo nemocnici, takže se s nimi často setkávají záchranáři, kteří pak čelí těmto dilematům, jak určit, kdy je KPR marná a kdy bychom jí měli přerušit. O marnosti léčby hovoříme tehdy, jestliže má být po resuscitaci narušena kvalita života. KPR nezahajujeme v případě smrtelného zranění, nebo jestliže je předem platné dříve vyslovené přání (Uher, 2013).

3.7 Neodkladná resuscitace

Jedná se o *soubor na sebe navazujících léčebných postupů sloužící k neprodlenému obnovení oběhu okysličené krve u osoby postižené náhlou zástavou krevního oběhu s cílem uchránit před nezvratným poškozením zejména mozek a myokard* (Remeš, 2013, s. 71). Jestliže dojde k NZO, dochází k náhlému přerušení cirkulace krve v systémovém krevním oběhu. Mezi nejčastější příčiny zástavy oběhu patří onemocnění srdce a cév. Resuscitaci pokládáme za úspěšnou, jestliže dojde k návratu spontánní cirkulace (ROSC – return of spontaneous circulation) (Remeš, 2013).

KPR dělíme na základní tzv. BLS a rozšířenou tzv. ALS (Bydžovský, 2008). Základní neodkladná resuscitace je vykonávána většinou lidmi, kteří jsou jako první v kontaktu s postiženým. Základní KPR se poskytuje bez jakýchkoliv pomůcek či léků a patří sem uvolnění dýchacích cest, umělé dýchání a nepřímá srdeční masáž. Cílem základní KPR je obnovení perfuze okysličené krve životně důležitými orgány, které jsou srdce a mozek. Důležitou roli pro úspěch KPR hraje kvalita nepřímé masáže a její včasné zahájení (Uher, 2013).

Rozšířenou KPR provádí odborný zdravotnický pracovník, nejčastěji se jedná o lékaře nebo zdravotnického záchranáře. Rozšířená KPR zahrnuje úkony, které jsou vykonávány pomocí zdravotnických pomůcek. Jedná se např. o zajištění dýchacích cest, kde se nejčastěji používá endotracheální intubace. Dále monitorování srdeční činnosti, které nám umožní EKG, defibrilace, nebo aplikace příslušných léků. Prioritou jak pro základní, tak i pro rozšířenou resuscitaci je kvalitní srdeční masáž, kterou se snažíme minimálně přerušovat. Její přerušování je přijatelné pouze na co nejkratší dobu, tj. maximálně 10 sekund na intubaci nebo 5 sekund na vyhodnocení srdečního rytmu.

Lékař či záchranář by měli být dostatečně vycvičeni v provádění všech výkonů, které souvisejí s neodkladnou resuscitací (Remeš, 2013).

3.8 Do Not Resuscitate

Příkaz DNR jinak řečeno znamená ukončení veškerých snah, které vedou k obnovení životně důležitých funkcí, jako je dýchání a srdeční činnost. Jinak řečeno se jedná o nezahájení resuscitace. Statut DNR (neresuscitovat) se používá tehdy, kdy pacient dá předčasně najevo, že v případě náhlé zástavy oběhu si nepřeje být resuscitován. Tento statut také indikuje lékař, pokud pacient trpí nevyлéčitelnou chorobou s nepříznivou prognózou a v předcházející době se nemocný nerozhodl pro možnost, kde by DNR mohlo být využito a v aktuální situaci je pacient psychicky nekompetentní, může být např. v kómatu. V tomto případě se jedná o nevyžádaný postup ze strany pacienta. Pouze 20 % případů spojených s DNR se dokumentovalo v intenzivní péči, nejčastěji jako součást přechodu z intenzivní péče na péči paliativní (Ptáček a kol., 2011).

V přednemocniční neodkladné péči je indikace DNR přípustná pouze tehdy, kdy pacient předem vyjádřil dříve vyslovené přání o tom, že nechce být ožívován, pokud se dostane do stavu, ve kterém není možné se samostatně rozhodnout. Dále se příkaz neresuscitování indikuje v případě, kdy pacient trpí nevyлéčitelnou chorobou, je v terminálním stádiu a jeho zdravotní stav a prognóza je dlouhodobě nepříznivá. O této ordinaci rozhoduje většinou lékař (Farber a kol., 2007). Tyto skutečnosti je zapotřebí mít doloženy, protože v současnosti v ČR neexistuje žádná právní úprava, která by přesně charakterizovala, jak se DNR aplikuje do praxe. Všechny právní předpisy týkající se problematiky DNR jsou příliš všeobecné a nejsou přesně definovány. Jedním z těchto předpisů je Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny (Vařeka, 2013).

Nezahájení resuscitace se v ČR vyskytuje ve 4 obecných podobách:

1. DNR využívané v případě určitého okruhu pacientů na jednotkách intenzivní a resuscitační péče, kdy se DNR stává kolektivním rozhodnutím, které učiní zdravotnický tým v případě, že je u takto vyčleněného pacienta jednoznačně nepříznivá prognóza. Rozhodnutí se dělá bez konzultace s pacientem nebo jeho rodinou.

2. DNR jako kolektivní rozhodnutí zdravotnického týmu, které je uvedeno v dokumentaci pacienta. V mnoha případech se jedná o jednostranné rozhodnutí zdravotníků. Rodina je informována pouze v některých případech a pacient bývá informován zcela výjimečně.
3. DNR jako implicitní součást souhlasu s přechodem na paliativní léčbu, kde většinou následuje překlad pacienta do hospicového zařízení. KPR není součástí hospicové péče, protože by nepřispěla ke zlepšení kvality života pacienta, který je momentálně v terminální fázi.
4. DNR jako rozhodnutí ošetřujícího lékaře, který se samostatně rozhodne o neresuscitování pacienta, který je v terminálním stádiu nemoci, a to i přesto, že v jiných postupech léčby k němu nebylo takhle přistupováno. Tato situace je velice častá, ale tento způsob rozhodnutí není vhodný jak z hlediska klinického, tak i etického a právního (Sláma, 2009).

Medicínsko-etická, popř. medicínsko-právní dilemata doprovázejí zejména nezhájení a odnětí intenzivní léčby, DNR, asistovanou smrt, důstojné umírání, dárcovský program, nová zjištění o minimálním vědomí člověka, užití omezovacích prostředků, ale i vysokou ekonomickou náročnost a narůstající počty přijímaných pacientů, zejména seniorů. V Evropě se liší legislativa i etická kritéria v různých zemích a ztěžují společné porozumění a výzkum (Ptáček a kol., 2011, s. 499).

V současné době je česká legislativní úprava pokynů týkajících se příkazu DNR zcela nedostatečná. Existují dokumenty, které byly vytvořeny odbornými lékařskými společnostmi, a to zejména Českou Lékařskou komorou. Všechny tyto dokumenty, které se zmiňují o příkazu DNR, používají pouze termíny, které jsou již uvedeny v Úmluvě o biomedicině. Představenstvo ČLK nebo Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně poskytují lékařům a zdravotníkům pravidla, týkající se pokynu DNR. Nezhájením neodkladné resuscitace nebo ukončením léčby musí být dodrženy povinnosti lékaře související s respektováním právních předpisů a profesního řádu (Císařová, 2010).

3.9 Dříve vyslovené přání

„Dříve vyslovená přání“ nebo také „Dříve projevená přání pacienta“ jsou právně-etickým institutem, ve kterém se pacient vyjadřuje k péči o sebe a své tělo v době, kdy se nebude schopen k této péči vyjádřit. Pacientovo přání se má brát v úvahu, ale nemusí se plnit vždy. Lékař ani záchranář není povinen záměrně pátrat, zda má u sebe pacient listinu s dříve vysloveným přáním a přeje si neresuscitovat, zejména v situaci, kdy jde o akutní stav, který ohrožuje pacienta na životě a je nutné mu poskytovat neodkladné zdravotní služby. Pokud je listina s dříve vysloveným přáním uložena mezi jeho osobní doklady, které se do rukou zdravotníka dostanou dříve, než se přistoupí k lékařským výkonům, anebo listinu předloží rodina, lékař musí především zjistit, zda jde o listinu, která je z právního hlediska platná. Podpis pacienta by měl být na listině úředně ověřen. Další povinnou součástí dříve vysloveného přání je poučení ošetřujícího lékaře, který zná pacientův zdravotní stav, jeho rozhodnutí respektuje a svým podpisem potvrzuje, že byl pacient poučen o důsledcích dříve vysloveného přání (Mlčoch, 2017).

DVP nemá omezenou dobu platnosti. Původně toto omezení v zákoně o zdravotních službách bylo, ale Ústavní soud ho na podzim v roce 2012 zrušil. DVP může být však kdykoliv změněno nebo zrušeno (Anon, 2017).

Institut DVP je součástí českého právního řádu, z čehož vyplývají právní i etické důsledky. Tato problematika je u nás stále prakticky neznámá. V ČR nevznikla na toto téma žádná vážnější publikace. Je známo pouze jen to, že pacient vyžaduje respekt i pokud je ve stavu, kdy není schopen rozhodnout sám o sobě, a že je nutné také respektovat jeho přání a předchozí prohlášení (Matějek, 2012). Český právní řád pojem DNR nebo DVP dlouho neznal, až v roce 2001 se stalo DVP jeho součástí, a to přijetím zákona číslo 96/2001 Sb. m.s., kde se o něm hovoří v článku 9 (Sláma, 2009).

Bude brán zřetel na dříve vyslovená přání pacienta ohledně lékařského zákroku, pokud pacient v době zákroku není ve stavu, kdy může vyjádřit své přání (Úmluva o lidských právech a biomedicíně, 2001).

V ČR problematiku DVP upravuje zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Právní řád ČR upravuje DVP v šesti podobách:

1. Jestliže se pacient dostane do stavu, ve kterém nebude schopen rozhodnout sám za sebe a vyjádřit svůj souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb, může toto vyjádření vyslovit dříve – dříve vyslovené přání.
2. Pokud má zdravotník k dispozici DVP pacienta a v době poskytování zdravotních služeb nastane předvídatelná situace, která se vztahuje k DVP, musí na něj zdravotník brát zřetel. Pacient je ve stavu, kdy není schopen vyslovit souhlas či nesouhlas s poskytnutím léčby. Respektuje se pouze DVP, které bylo učiněno na základě písemného poučení pacienta o důsledcích jeho rozhodnutí, a to jeho ošetřujícím lékařem.
3. Listina DVP musí mít písemnou formu a obsahovat podpis pacienta, který musí být úředně ověřen. Součástí listiny DVP je také písemné poučení pacienta.
4. Pacient může učinit DVP také v průběhu jeho hospitalizace. Takto učiněné DVP se zaznamenává do zdravotnické dokumentace pacienta. Záznam musí být podepsán od pacienta, zdravotnického pracovníka a svědka.
5. DVP nemusí být za určitých okolností respektováno, a to například tehdy, pokud od doby vyslovení DVP došlo v průběhu poskytování zdravotních služeb k takovému vývoji, že lze předpokládat, že by mohl pacient vyslovit souhlas s jejich poskytnutím. Rozhodnutí o nerespektování DVP pacienta a důvody, které k němu vedly, se musí zaznamenávat do zdravotnické dokumentace pacienta. DVP nelze respektovat také v případě, pokud směřuje k takovým postupům, jejichž výsledkem je aktivní způsobení smrti. Jestliže hrozí, že splnění DVP ohrozí i jiné osoby, nelze v tomto případě přání respektovat.
6. DVP nelze uplatnit, pokud se jedná o nezletilé pacienty nebo pacienty, kteří jsou zbavení způsobilosti k právním úkonům (Česko, 2011).

3.10 Eutanázie

Slovo „eutanázie“ pochází z řečtiny a jeho doslovným překladem je „dobrá smrt“. Eutanázie patří v dnešní době mezi nejprobíranější témata v oblasti etických dilemat. Pro eutanázii existuje spousta definic, ale nejčastěji o ní mluvíme jako o úmyslném usmrcení pacienta lékařem, které je vedeno v jeho prospěch a jejím umožněno ukončení jeho trápení. Na rozdíl od států jako Belgie, Lucembursko, Nizozemí nebo Švýcarsko, kde je eutanázie legální, v ČR tento způsob ukončení života zákonem povolen není. Eutanázii dělíme na aktivní a pasivní. Aktivní eutanázie je většinou prováděna s pomocí druhé osoby, která na přání pacienta provede výkon, který způsobí ukončení života. Aktivní eutanázie se rozděluje do několika variant. Existuje nevyžádaná eutanázie, kdy není pacient schopen sám požádat o ukončení života, ale předpokládá se, že v případě možnosti rozhodnutí, by s eutanázií souhlasil. Pasivní eutanázie zahrnuje přerušování léčby a odepření dalších léčebných postupů a vyšetření, které vedou k zatěžování a prodlužování nekvalitního života pacienta. Pasivní eutanázii můžeme vnímat jako tzv. přirozenou smrt, ale ve skutečnosti jde o to, že se přestane bránit nastávající smrti. Ukončení a nezahájení léčby je někdy vhodné nebo nutné. Kromě medicínského názoru je důležité přihlížet i k přání pacienta. Jestliže se pacient nemůže vyjádřit, existuje dnes i možnost tzv. dříve vysloveného přání.

Další forma eutanázie je tzv. asistovaná sebevražda, kdy si pacient přeje zemřít z důvodu nevléčitelné nemoci, nepříznivé prognózy a nesnesitelných bolestí, které doprovázejí jeho onemocnění. Pacient prosí lékaře o vysvobození nebo radu, která by ho vedla k ukončení trápení. Tento akt vykonává pacient sám a lékař mu asistuje (Ševčíková, 2014).

4 PRŮZKUM

Pro praktickou část byla použita metoda kvantitativního průzkumu pomocí dotazníkového šetření na ZZS tří krajů České republiky.

PRŮZKUMNÉ TÉMA, PROBLÉM A CÍL

Téma: Paliativní péče z pohledu zdravotnického záchranáře

Problém: Jaká je úroveň informovanosti zdravotnických záchranářů v paliativní péči a jejich rozhodování v kontaktu s paliativním pacientem?

Cíl 1: Zjistit úroveň informovanosti dotazovaných zdravotnických záchranářů o paliativní péči v ČR

Cíl 2: Zjistit zkušenosti zdravotnických záchranářů v kontaktu s paliativním pacientem, spojené s problematikou Do Not Resuscitate a dříve vysloveným přáním

Cíl 3: Vytvořit pracovní listy obsahující modelové situace o paliativní péči pro zdravotnického záchranáře v ČR

4.1 Průzkumné otázky

Průzkumná otázka 1: Jaká je úroveň informovanosti zdravotnických záchranářů v oblasti paliativní péče v ČR?

Průzkumná otázka 2: Jaké jsou zkušenosti zdravotnických záchranářů na paliativní péči a její problematiku?

Průzkumná otázka 3: Jaké jsou rozdíly při rozhodování v problematice paliativních pacientů v PNP u zdravotnických záchranářů?

4.2 Metodika průzkumu

K dosažení výše uvedených cílů jsme použili metodu kvantitativního průzkumu, pomocí anonymního dotazníkového šetření. Dotazník (viz příloha A) obsahoval celkem 16 otázek a byl distribuován online formou pomocí webu www.google.com. Dotazník byl rozeslán mezi 100 respondentů na pracovištích zdravotnické záchranné služby tří

krajů, a to kraje Středočeského, Plzeňského a Vysočiny. Stanovený počet respondentů byl splněn a navraceno bylo přesně 100 % plně vyplněných dotazníků.

Všechny otázky v dotazníku byly formulovány pouze uzavřeným způsobem, kdy si respondenti mohli vybrat pouze jednu z nabízených možností. Položky dotazníku byly rozděleny do tří sektorů. První sektor (položka 1 až 3) se zaměřoval na osobu respondenta. Druhý sektor (položka 4 až 13) zjišťoval informovanost, názory a zkušenosti v paliativní péči. Třetí sektor (položka 14-16) se již zaměřoval na rozhodování zdravotnických záchranářů v modelových situacích při kontaktu s paliativními pacienty.

Získaná data byla statisticky zpracována pomocí programu Microsoft Excel do tabulek a grafů. Na otázky č. 1, č. 7 a č. 9 byl aplikován test nezávislosti chí kvadrát pro zjištění závislosti. Vypracovali jsme kontingenční tabulku skutečných a očekávaných četností. Zjišťovali jsme závislost mezi pohlavím a názorem na náročnost komunikace s paliativním pacientem a názorem na eutanázii.

4.3 Průzkumný soubor

Průzkumný soubor tvořil celkem 100 dotazovaných zdravotnických záchranářů na výjezdových základnách ZZS. Kraje, které poskytly možnost dotazníkového šetření, byly: Plzeňský kraj (47 respondentů), Středočeský kraj (33 respondentů) a kraj Vysočina (20 respondentů). Dotazníky byly vyplňovány online formou a po dosažení stanoveného počtu respondentů (100) bylo šetření ukončeno. Z tohoto důvodu vychází absolutní i relativní četnost číselně stejně. Dotazníky byly distribuovány pomocí vedení ZZS z daných krajů, která výzkum povolila. Respondenti byli prostřednictvím dotazníku informováni o anonymitě dotazníkového šetření a jeho následném použití pro účely bakalářské práce.

4.4 Časový harmonogram

Se sběrem literárních zdrojů pro teoretickou část bakalářské práce jsme začali v říjnu roku 2017. V prosinci 2017 jsme si stanovili průzkumné cíle a vytvořili dotazník pro sběr dat kvantitativního průzkumného šetření. Dotazníkové šetření probíhalo v lednu až únoru 2018. V únoru 2018 jsme zjištěná data začali zpracovávat a vyhodnocovat.

5 PREZENTACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

5.1 Výsledky a analýza průzkumu

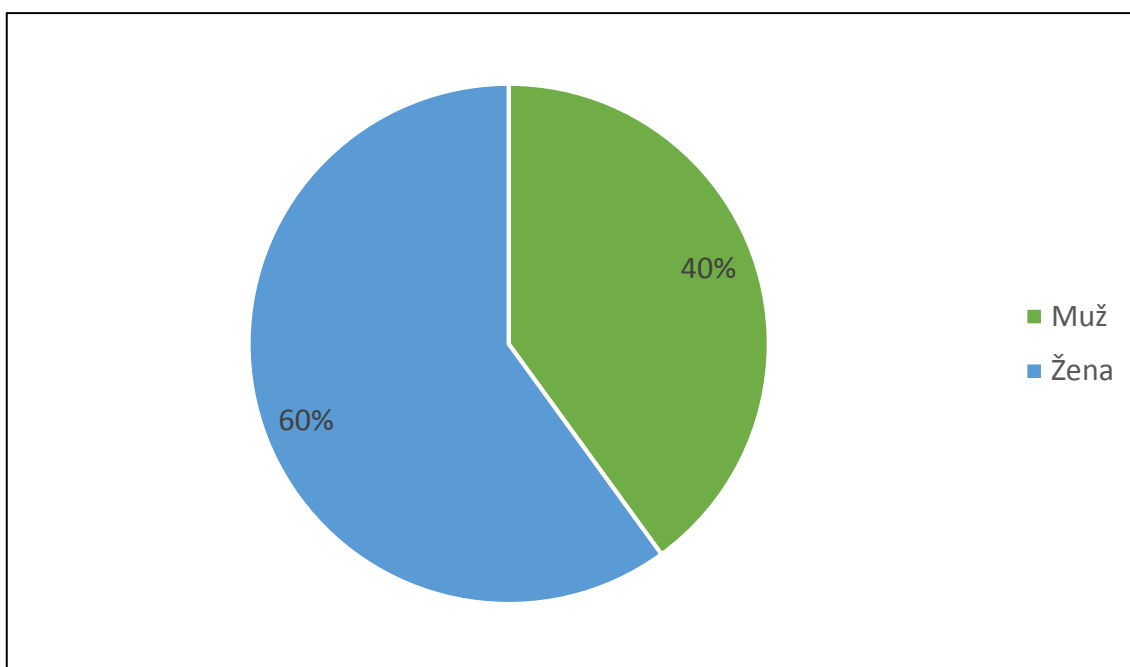
Otázka č. 1 Jakého jste pohlaví?

Tabulka 1 Počet mužů a žen

| Kategorie | Absolutní četnost | Relativní četnost (%) |
|-----------|-------------------|-----------------------|
| Mužů | 40 | 40 |
| Žen | 60 | 60 |

Zdroj: Autor, 2018

Graf 1 Počet mužů a žen



Zdroj: Autor, 2018

První otázka dotazníkového šetření byla zaměřena na pohlaví. Z celkového počtu 100 (100 %) dotazovaných respondentů bylo 60 (60 %) žen a 40 (40 %) mužů.

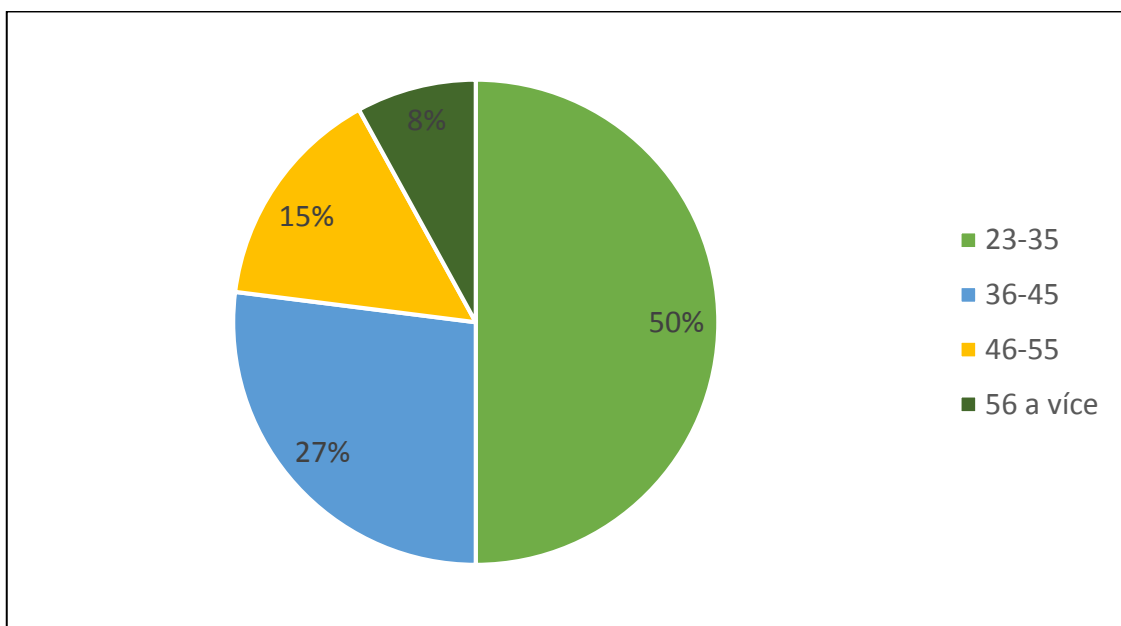
Otázka č. 2 Kolik je Vám let?

Tabulka 2 Věk respondentů

| Kategorie | Absolutní četnost | Relativní četnost (%) |
|-----------|-------------------|-----------------------|
| 23-35 | 50 | 50 |
| 36-45 | 27 | 27 |
| 46-55 | 15 | 15 |
| 56 a více | 8 | 8 |

Zdroj: Autor, 2018

Graf 2 Věk respondentů



Zdroj: Autor, 2018

Z celkového počtu 100 (100 %) respondentů bylo 50 (50 %) ve věku 23-35 let, 27 (27 %) respondentů ve věku 36-45 let, 15 (15 %) respondentů ve věku 46-55 let a 8 (8 %) respondentů ve věku 56 a více let.

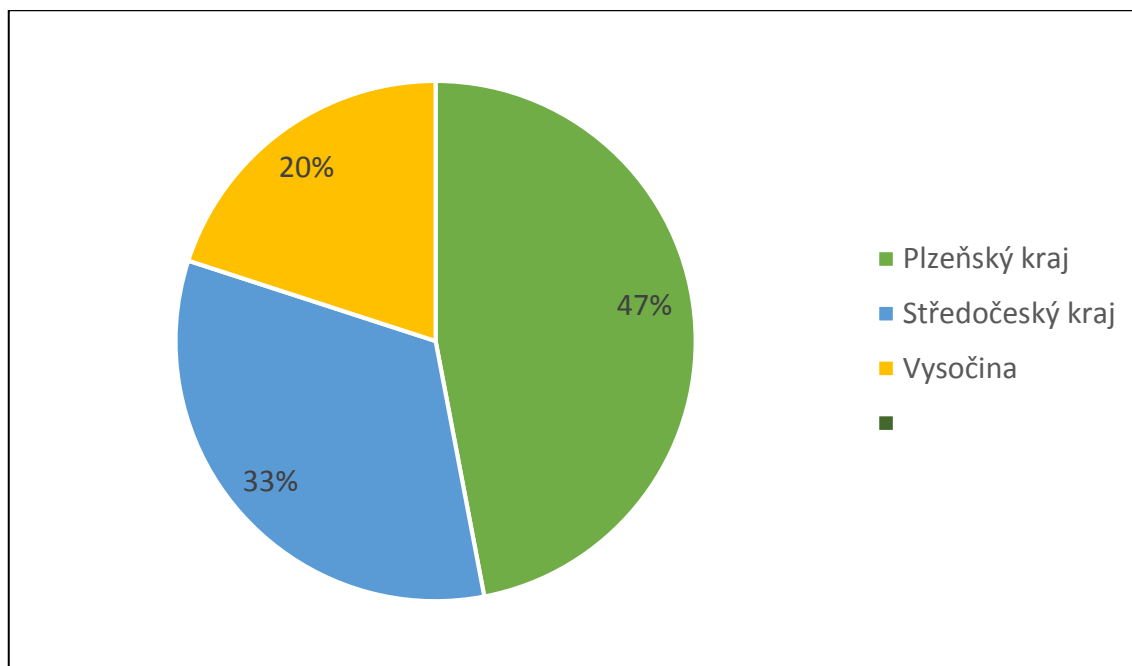
Otázka č. 3 V jakém kraji pracujete?

Tabulka 3 Kraj výkonu povolání na ZZS

| Kategorie | Absolutní četnost | Relativní četnost (%) |
|------------------|-------------------|-----------------------|
| Plzeňský kraj | 47 | 47 |
| Středočeský kraj | 33 | 33 |
| Vysočina | 20 | 20 |

Zdroj: Autor, 2018

Graf 3 Kraj výkonu povolání na ZZS



Zdroj: Autor, 2018

Z celkového počtu 100 (100 %) respondentek uvedlo, že 47 (47 %) respondentů vykonávají své povolání v Plzeňském kraji, 33 (33 %) respondentů ve Středočeském kraji a zbylých 20 (20 %) respondentů na Vysočině.

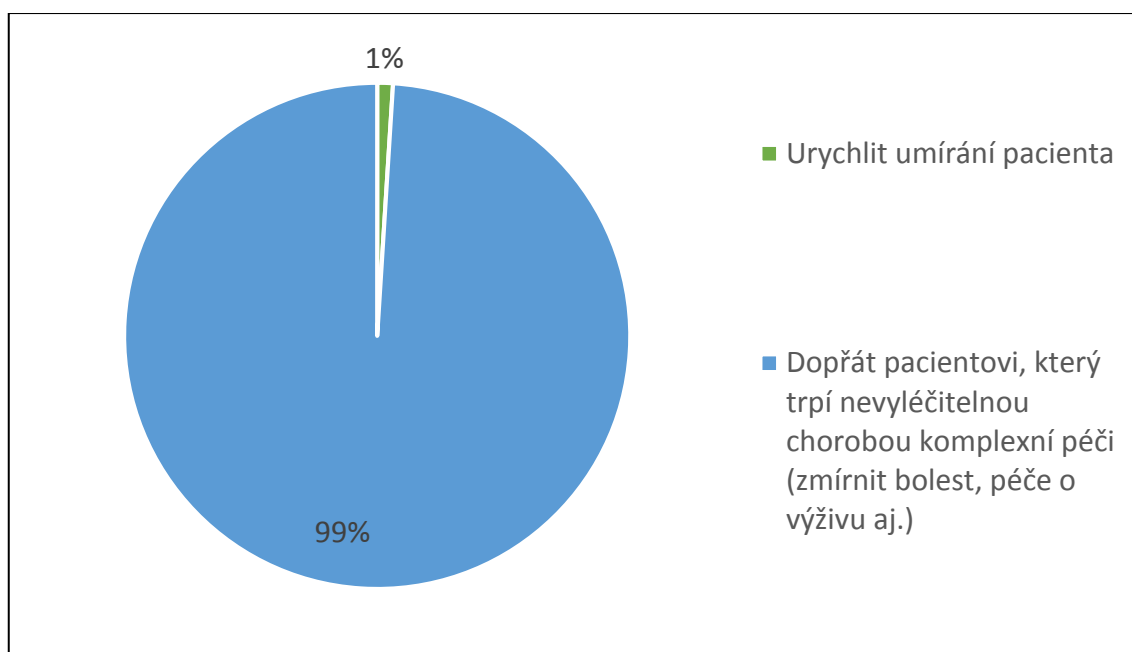
Otázka č. 4 Jaký je význam paliativní péče?

Tabulka 4 Význam paliativní péče

| Kategorie | Absolutní četnost | Relativní četnost (%) |
|---|-------------------|-----------------------|
| Urychlit umírání pacienta | 1 | 1 |
| Dopřát pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou komplexní péči (zmírnit bolest, péče o výživu aj.) | 99 | 99 |
| Vyléčení zdravotního stavu | 0 | 0 |

Zdroj: Autor, 2018

Graf 4 Význam paliativní péče



Zdroj: Autor, 2018

Z celkového počtu 100 (100 %) respondentů odpovědělo 99 (99 %) zdravotnických záchranářů, že hlavním cílem paliativní péče je poskytnout pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou, komplexní péči (zmírnit bolest, péče o výživu aj.). Pouze 1 (1 %) respondent je názoru, že smyslem paliativní péče je urychlení umírání pacienta. Třetí možnost odpovědi, kde je jako význam paliativní péče uvedeno vyléčení zdravotního stavu, nevedl žádný respondent.

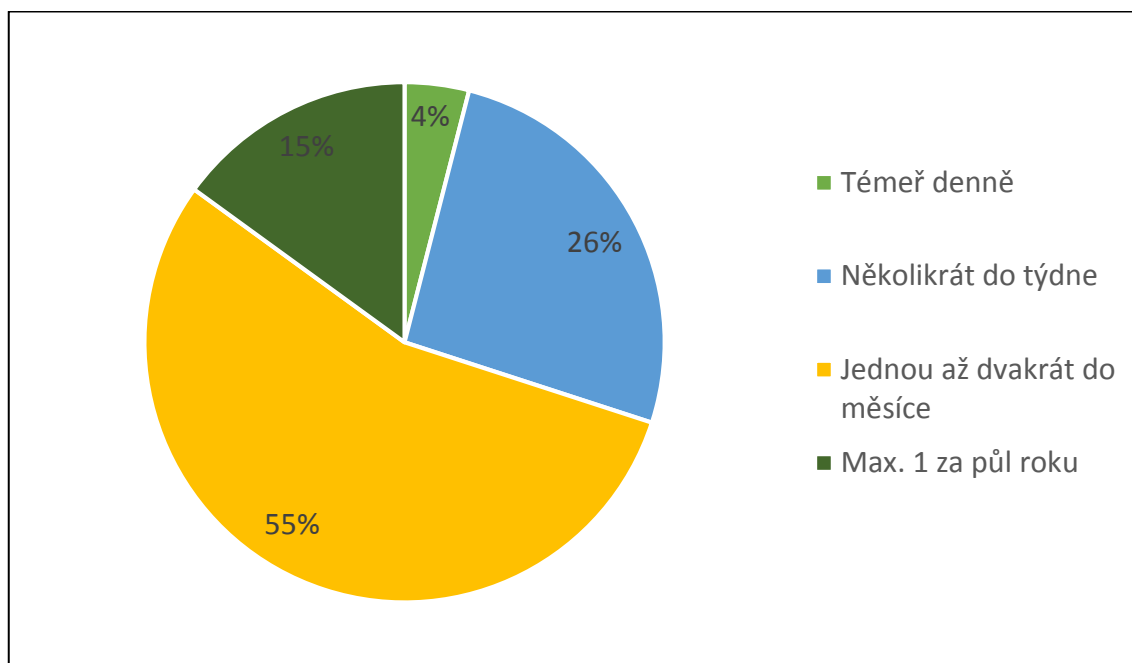
Otázka č. 5 Jak často se setkáváte s paliativními pacienty?

Tabulka 5 Četnost setkávání s paliativními pacienty

| Kategorie | Absolutní četnost | Relativní četnost (%) |
|-----------------------------|-------------------|-----------------------|
| Téměř denně | 4 | 4 |
| Několikrát do týdne | 26 | 26 |
| Jednou až dvakrát do měsíce | 55 | 55 |
| Max. 1 za půl roku | 15 | 15 |

Zdroj: Autor, 2018

Graf 5 Četnost setkávání s paliativními pacienty



Zdroj: Autor, 2018

Z celkového počtu 100 (100 %) respondentů se s paliativními pacienty setkává 55 (55 %) zdravotnických záchranářů jednou až dvakrát do měsíce, 26 (26 %) respondentů uvedlo, že se s nimi setkává několikrát do týdne, 15 (15 %) respondentů se s paliativním pacientem setkává max. 1 za půl roku a 4 (4 %) respondenti se s těmito pacienty setkávají téměř denně.

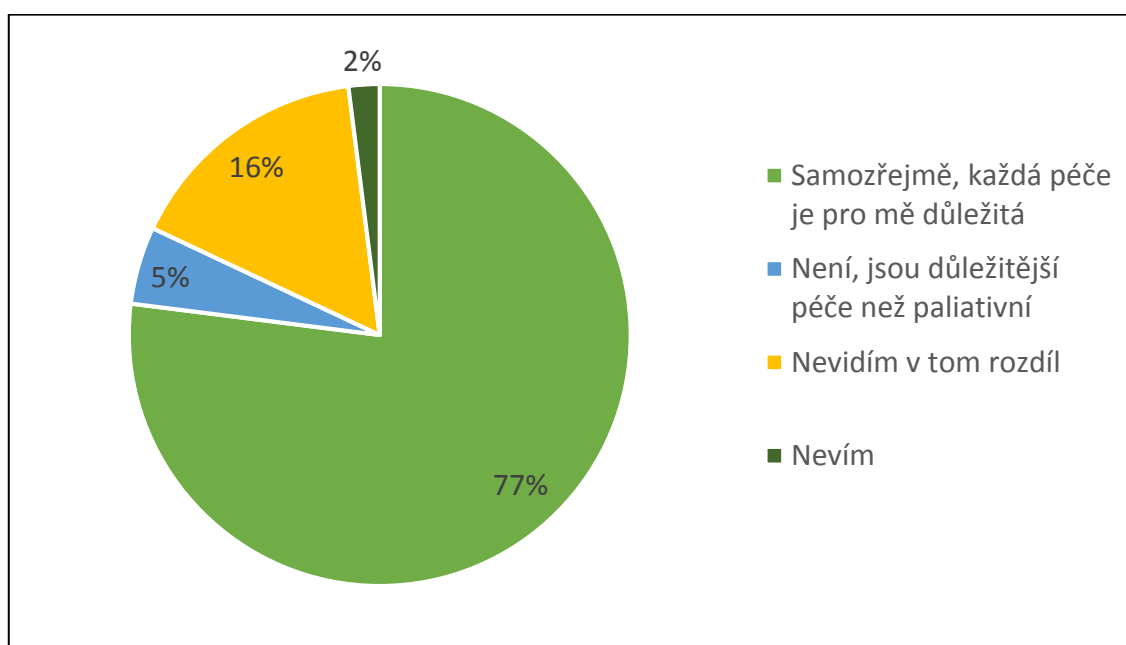
Otázka č. 6 Je pro Vás paliativní péče stejně důležitá jako jiná péče?

Tabulka 6 Hodnota paliativní péče před jinou péčí

| Kategorie | Absolutní četnost | Relativní četnost (%) |
|--|-------------------|-----------------------|
| Samozřejmě, každá péče je pro mě důležitá | 77 | 77 |
| Není, jsou důležitější péče než paliativní | 5 | 5 |
| Nevidím v tom rozdíl | 16 | 16 |
| Nevím | 2 | 2 |

Zdroj: Autor, 2018

Graf 6 Hodnota paliativní péče před jinou péčí



Zdroj: Autor, 2018

Z celkového počtu 100 (100 %) zdravotnických záchranářů odpovědělo 77 (77 %) respondentů, že je pro ně paliativní péče stejně důležitá jako jiná péče. Dále 16 (16 %) respondentů nevidí v této péči rozdíl a 5 (5 %) respondentů uvedlo, že pro ně existují důležitější péče, než je péče paliativní. Poslední 2 (2 %) respondenti uvedli, že neví.

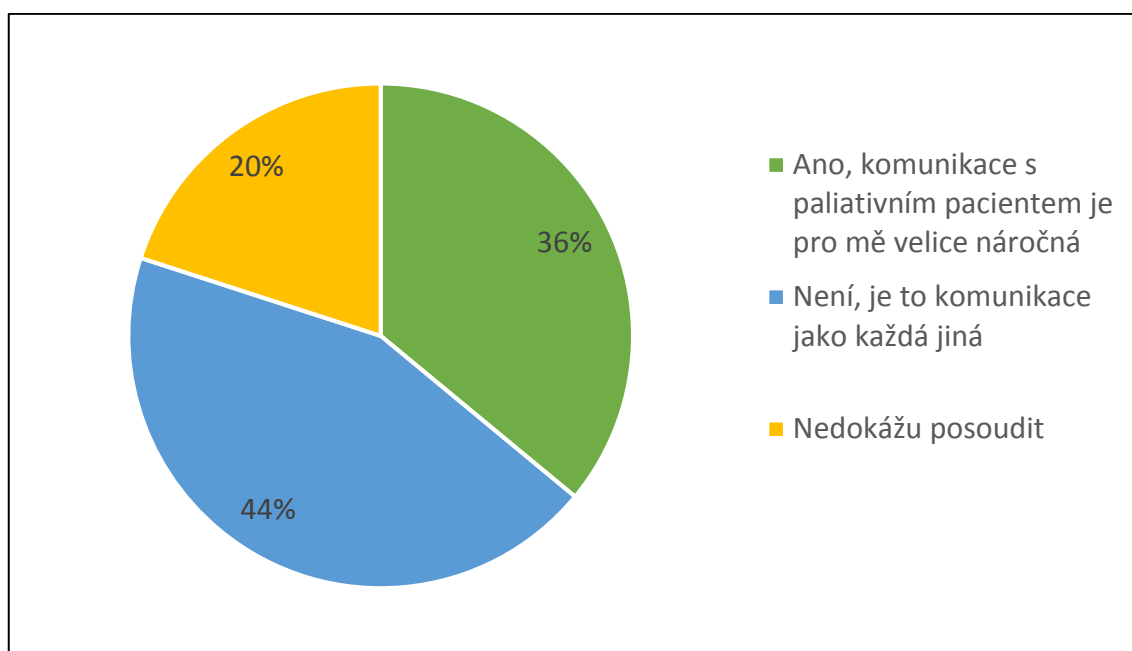
Otázka č. 7 Je pro Vás komunikace s paliativním pacientem náročná?

Tabulka 7 Obtížnost komunikace s paliativním pacientem

| Kategorie | Absolutní četnost | Relativní četnost (%) |
|--|-------------------|-----------------------|
| Ano, komunikace s paliativním pacientem je pro mě velice náročná | 36 | 36 |
| Není, je to komunikace jako každá jiná | 44 | 44 |
| Nedokážu posoudit | 20 | 20 |

Zdroj: Autor, 2018

Graf 7 Obtížnost komunikace s paliativním pacientem



Zdroj: Autor, 2018

Z celkového počtu 100 (100 %) respondentů uvedlo 36 (36 %) zdravotnických záchranářů, že komunikace s paliativním pacientem není jednoduchá a je pro ně velice náročná. Odpověď, že je komunikace s paliativním pacientem stejná jako každá jiná, zvolilo 43 (43 %) respondentů a 20 (20 %) respondentů náročnost paliativní péče nedokázalo posoudit.

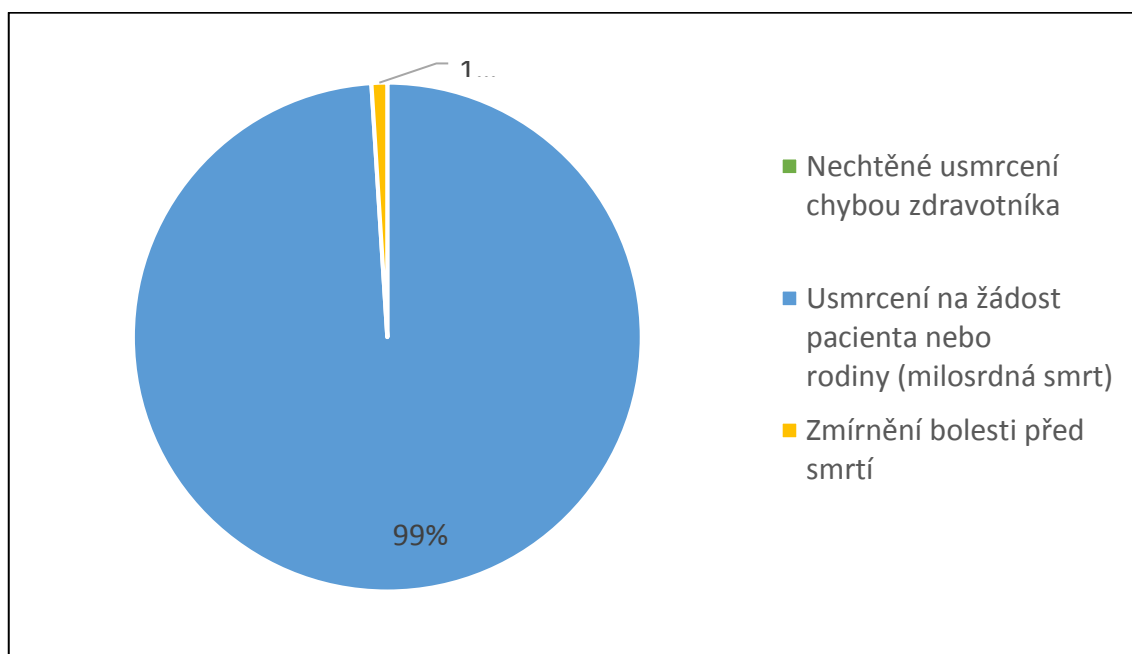
Otázka č. 8 Co znamená eutanázie?

Tabulka 8 Definice pojmu eutanázie

| Kategorie | Absolutní četnost | Relativní četnost (%) |
|--|-------------------|-----------------------|
| Nechtěné usmrcení chybou zdravotníka | 0 | 0 |
| Usmrcení na žádost pacienta nebo rodiny (milosrdná smrt) | 99 | 99 |
| Zmírnění bolesti před smrtí | 1 | 1 |

Zdroj: Autor, 2018

Graf 8 Definice pojmu eutanázie



Zdroj: Autor, 2018

Z celkového počtu 100 (100 %) respondentů se shodlo celých 99 (99 %) zdravotnických záchranářů na definici eutanázie jako usmrcení na žádost pacienta nebo rodiny (milosrdná smrt). Na variantu nechtěné usmrcení chybou zdravotníka neodpověděl nikdo a 1 (1 %) respondent odpověděl, že eutanázie znamená zmírnění bolesti před smrtí.

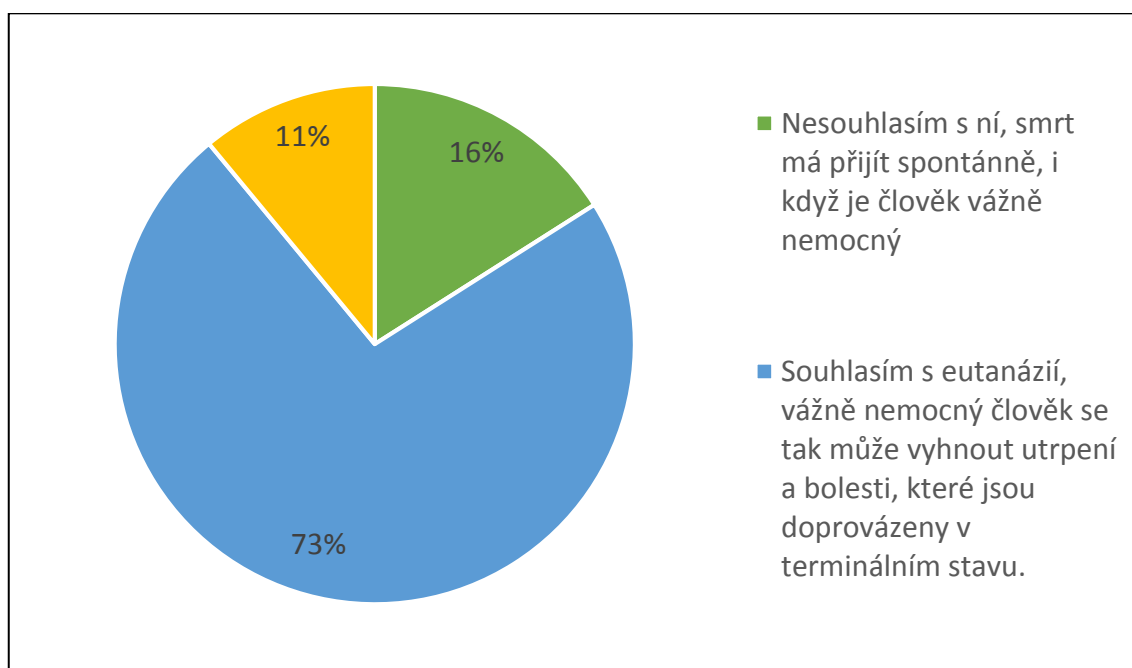
Otázka č. 9 Jaký máte názor na eutanázii?

Tabulka 9 Názor na eutanázii

| Kategorie | Absolutní četnost | Relativní četnost (%) |
|---|-------------------|-----------------------|
| Nesouhlasím s ní, smrt má přijít spontánně, i když je člověk vážně nemocný | 16 | 16 |
| Souhlasím s eutanázií, vážně nemocný člověk se tak může vyhnout utrpení a bolesti, které jsou doprovázeny v terminálním stavu | 73 | 73 |
| Žádný, stejně u nás není povolena | 11 | 11 |

Zdroj: Autor, 2018

Graf 9 Názor na eutanázii



Zdroj: Autor, 2018

Z celkového počtu 100 (100 %) respondentů 73 (73 %) zdravotnických záchranářů uvedlo, že souhlasí s eutanázií, 16 (16 %) respondentů s eutanázií nesouhlasí a 11 (11 %) respondentů nemá na eutanázii žádný názor, protože u nás povolena není.

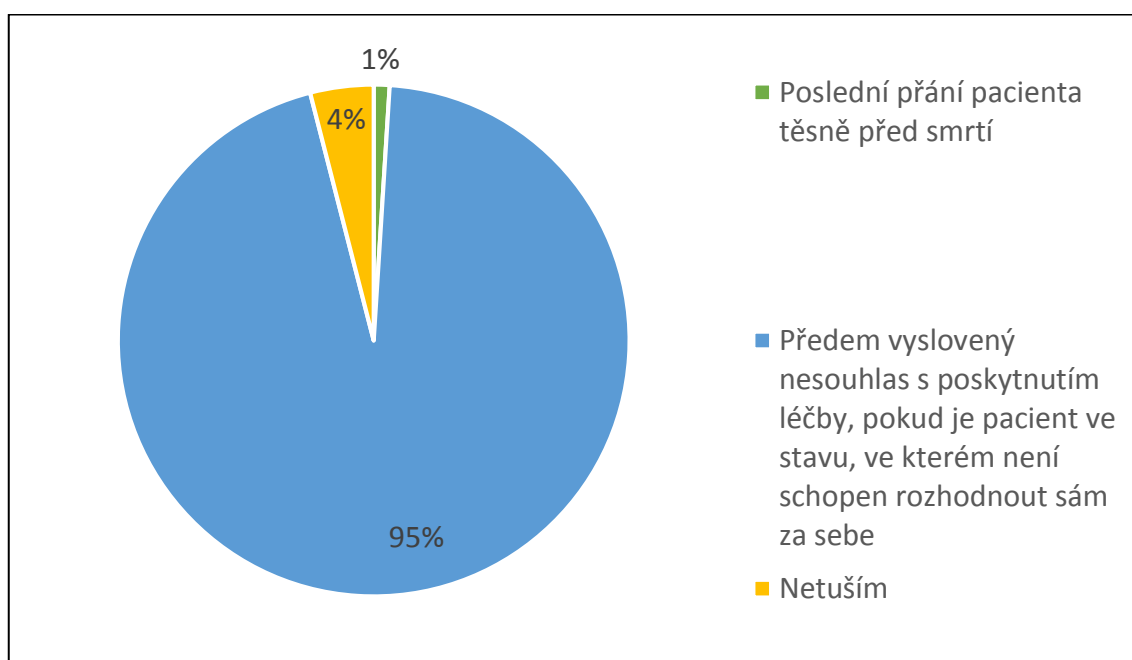
Otázka č. 10 Co znamená dříve vyslovené přání?

Tabulka 10 Význam dříve vysloveného přání

| Kategorie | Absolutní četnost | Relativní četnost (%) |
|--|-------------------|-----------------------|
| Poslední přání pacienta těsně před smrtí | 1 | 1 |
| Předem vyslovený nesouhlas s poskytnutím léčby, pokud je pacient ve stavu, ve kterém není schopen rozhodnout sám za sebe | 95 | 95 |
| Netuším | 4 | 4 |

Zdroj: Autor, 2018

Graf 10 Význam dříve vysloveného přání



Zdroj: Autor, 2018

Z celkové počtu 100 (100 %) respondentů definovalo 95 (95 %) zdravotnických záchranářů význam dříve vysloveného přání správně, a to tak, že jde o předem vyslovený nesouhlas s poskytnutím léčby, pokud je pacient ve stavu, ve kterém není schopen rozhodnout sám za sebe. Dále 4 (4 %) respondentů uvedlo, že netuší, co dříve vyslovené přání znamená a 1 (1 %) respondent uvedl, že se jedná o poslední přání pacienta těsně před smrtí.

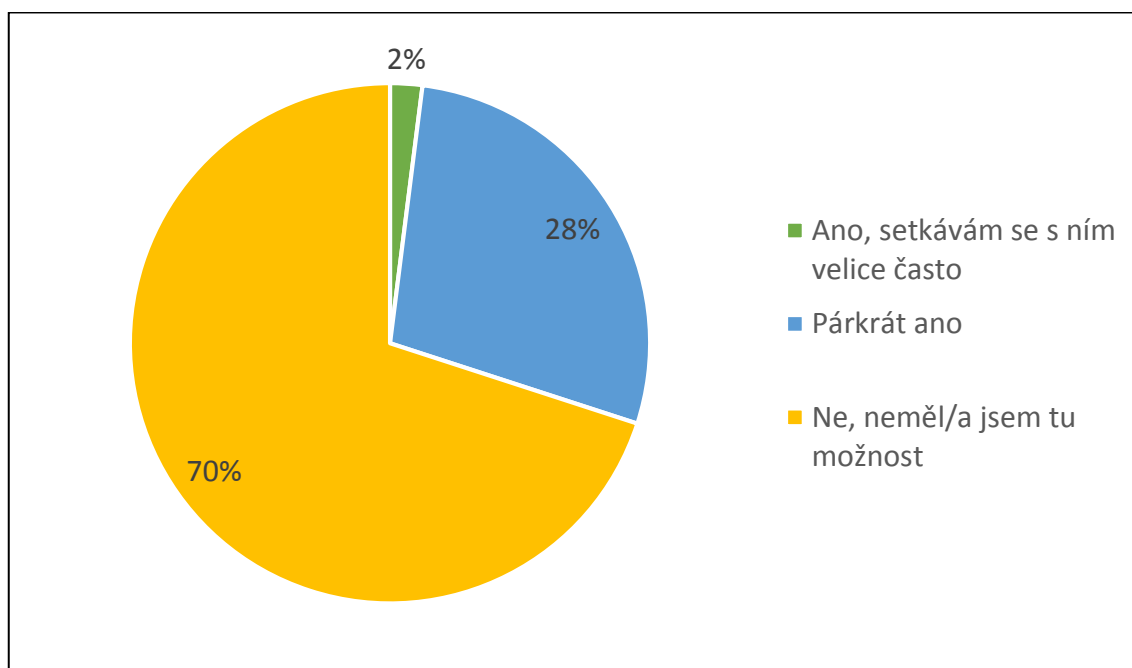
Otázka č. 11 Setkal/a jste se někdy s dříve vysloveným přáním?

Tabulka 11 Četnost setkání s dříve vysloveným přáním

| Kategorie | Absolutní četnost | Relativní četnost (%) |
|-------------------------------------|-------------------|-----------------------|
| Ano, setkávám se s ním velice často | 2 | 2 |
| Párkrát ano | 28 | 28 |
| Ne, neměl/a jsem tu možnost | 70 | 70 |

Zdroj: Autor, 2018

Graf 11 Četnost setkání s dříve vysloveným přáním



Zdroj: Autor, 2018

Z celkového počtu 100 (100 %) respondentů uvedlo 70 (70 %) zdravotnických záchranářů, že se nikdy nesečkali s dříve vysloveným přáním, 28 (28 %) respondentů se s dříve vysloveným přáním setkalo jen párkrát a 2 (2 %) respondenti se s ním nesečkali nikdy.

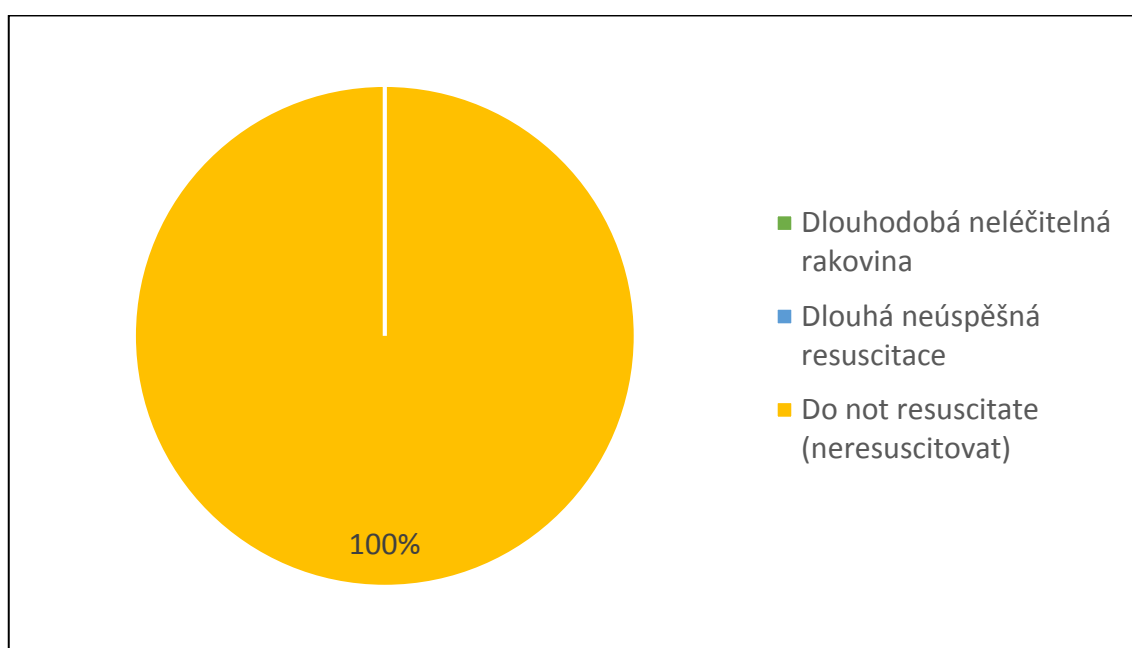
Otázka č. 12 Co znamená DNR?

Tabulka 12 Definice zkratky DNR

| Kategorie | Absolutní četnost | Relativní četnost (%) |
|-------------------------------------|-------------------|-----------------------|
| Dlouhodobá neléčitelná rakovina | 0 | 0 |
| Dlouhá neúspěšná resuscitace | 0 | 0 |
| Do not resuscitate (neresuscitovat) | 100 | 100 |

Zdroj: Autor, 2018

Graf 12 Definice zkratky DNR



Zdroj: Autor, 2018

Z celkového počtu 100 (100 %) respondentů uvedlo 100 (100%) zdravotnických záchranářů, že význam zkratky DNR je Do Not Resuscitate (neresuscitovat). Ostatní možnosti definic zkratky DNR neuvedl žádný respondent.

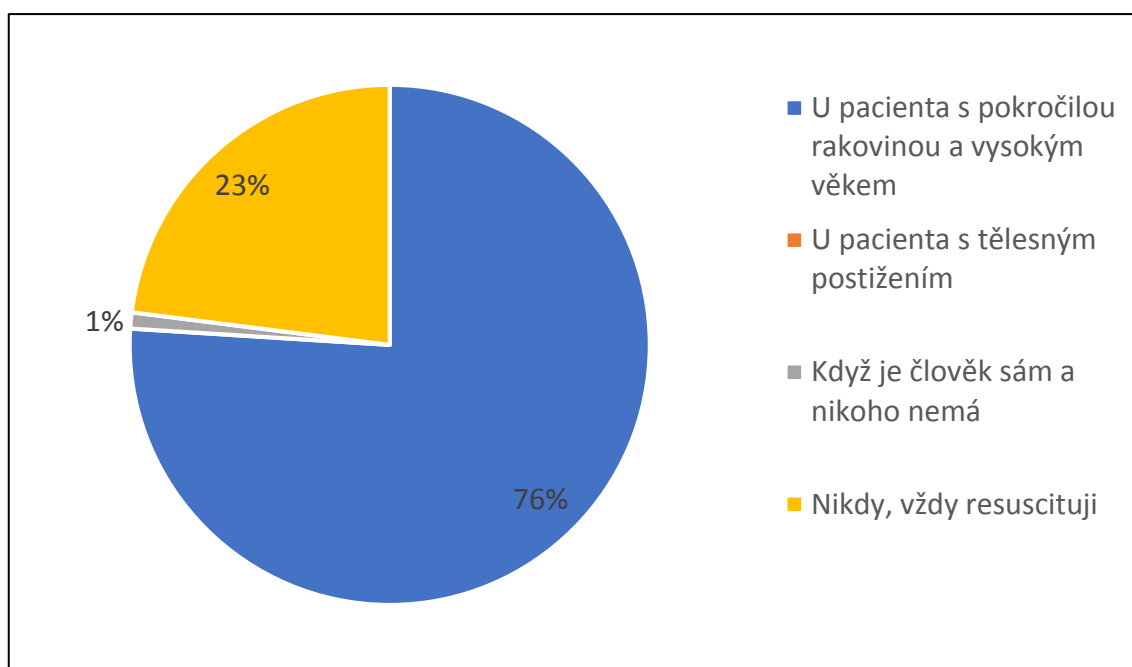
Otázka č. 13 Kdybyste při NZO nezahájil/a KPR a využili DNR?

Tabulka 13 Využití DNR

| Kategorie | Absolutní četnost | Relativní četnost (%) |
|---|-------------------|-----------------------|
| U pacienta s pokročilou rakovinou a vysokým věkem | 76 | 76 |
| U pacienta s tělesným postižením | 0 | 0 |
| Když je člověk sám a nikoho nemá | 1 | 1 |
| Nikdy, vždy resuscituji | 23 | 23 |

Zdroj: Autor, 2018

Graf 13 Využití DNR



Zdroj: Autor, 2018

Z celkového počtu 100 (100 %) respondentů by 76 (76 %) zdravotnických záchranářů nezahájilo KPR a využili DNR u pacienta s pokročilou rakovinou a vysokým věkem, 23 (23 %) respondentů by KPR zahájilo pokaždé a DNR by nevyužili nikdy a 1 (1 %) respondent by DNR využil u člověka, který nikoho nemá. Odpověď u pacienta s tělesným postižením nevedl nikdo.

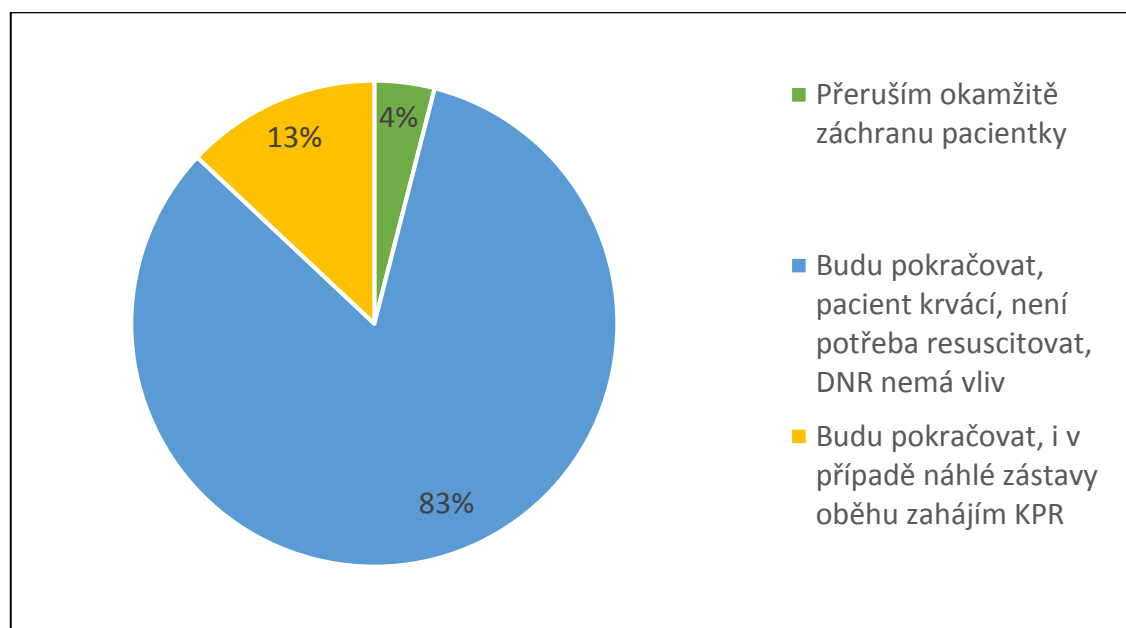
Otázka č. 14 Modelová situace: Sražená žena na přechodu. Bezvědomí, dýchá, otevřená zlomenina levého bérce, krvácí, tržná rána hlavy, tachykardie, hypotenze. Stavíte krvácení, immobilizujete, zajišťujete oběh. Před odjezdem do nemocnice policie přináší doklady a dokument DNR. Jaké bude Vaše následující počínání?

Tabulka 14 Rozhodování o resuscitaci spojenou s DNR

| Kategorie | Absolutní četnost | Relativní četnost (%) |
|---|-------------------|-----------------------|
| Přeruším okamžitě záchranu pacientky | 4 | 4 |
| Budu pokračovat, pacient krvácí, není potřeba resuscitovat, DNR nemá vliv | 83 | 83 |
| Budu pokračovat, i v případě náhlé zástavy oběhu zahájím KPR | 13 | 13 |

Zdroj: Autor, 2018

Graf 14 Rozhodování o resuscitaci spojenou s DNR



Zdroj: Autor, 2018

Z celkového počtu 100 (100 %) respondentů uvedlo 83 (83 %) zdravotnických záchranářů, že by u sražené pacientky se záchranou života pokračovalo, a to z důvodu, že pacientka krvácí a v tomto případě DNR nemá vliv na její záchranu. Dále 13 (13 %) respondentů uvedlo, že i v případě NZO by resuscitaci zahájili a poslední 4 (4 %) respondenti by záchranu pacientky přerušili.

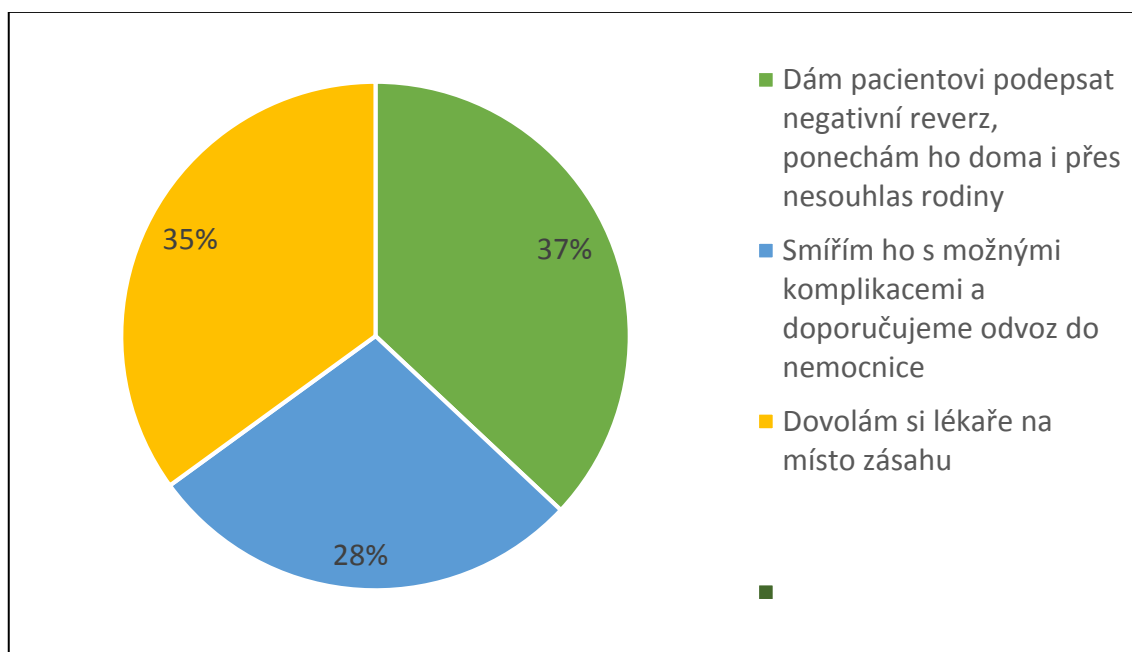
Otázka č. 15 Jak budete reagovat v situaci, jestliže rodina trvá na odvozu pacienta v terminálním stádiu rakoviny (rodina nechce, aby zemřel doma), ale pacient převoz odmítá při plném vědomí?

Tabulka 15 Rozhodování o převozu pacienta a domluvě s rodinou

| Kategorie | Absolutní četnost | Relativní četnost (%) |
|--|-------------------|-----------------------|
| Dám pacientovi podepsat negativní reverz, ponechám ho doma i přes nesouhlas rodiny | 37 | 37 |
| Smírím ho s možnými komplikacemi a doporučujeme odvoz do nemocnice | 28 | 28 |
| Dovolám si lékaře na místo zásahu | 35 | 35 |

Zdroj: Autor, 2018

Graf 15 Rozhodování o převozu pacienta a domluvě s rodinou



Zdroj: Autor, 2018

Z celkového počtu 100 (100 %) respondentů odpovědělo 37 (37 %) zdravotnických záchranářů tak, že by dalo pacientovi podepsat negativní reverz a ponechali ho doma i přes nesouhlas jeho rodiny. Dále by si 35 (35 %) respondentů zavolalo lékaře na místo zásahu a 28 (28 %) respondentů by pacienta smířilo s možnými komplikacemi a doporučilo mu odvoz do nemocnice.

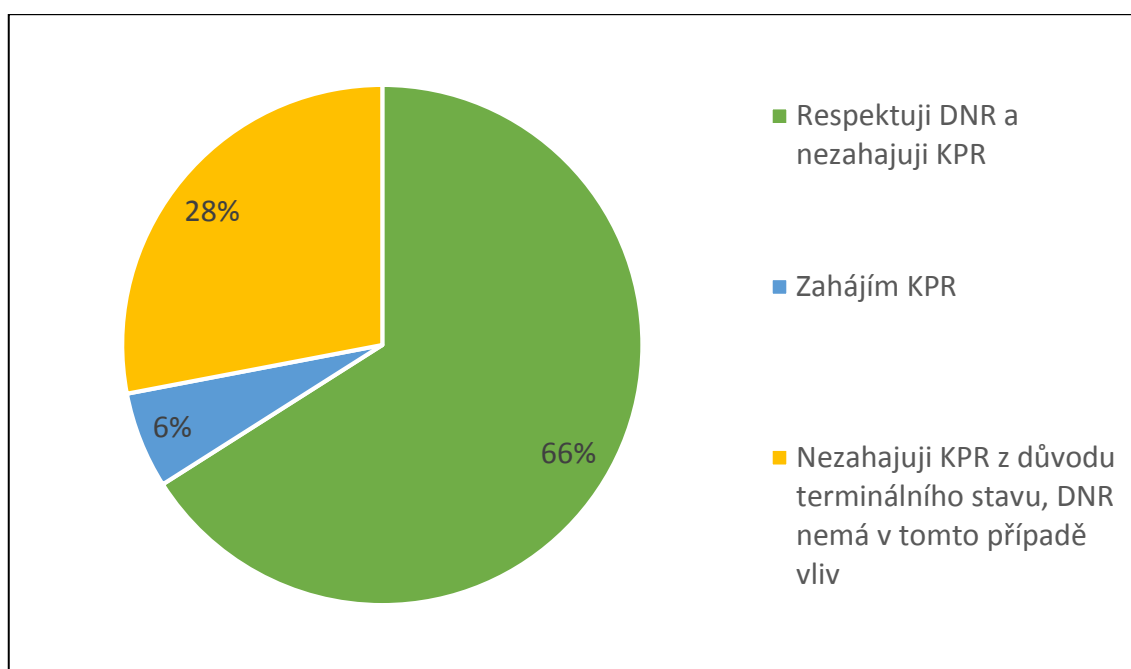
Otázka č. 16 Jste u pacienta v terminálním stádiu s náhlou zástavou oběhu, syn přinese notářsky ověřené dříve vyslovené přání, kde je nesouhlas s resuscitací. Jak budete postupovat dál?

Tabulka 16 Rozhodování o ukončení resuscitace na základě DNR

| Kategorie | Absolutní četnost | Relativní četnost (%) |
|---|-------------------|-----------------------|
| Respektuji DNR a nezahajuji KPR | 66 | 66 |
| Zahájím KPR | 6 | 6 |
| Nezahajuji KPR z důvodu terminálního stavu, DNR nemá v tomto případě vliv | 28 | 28 |

Zdroj: Autor, 2018

Graf 16 Rozhodování o ukončení resuscitace na základě DNR



Zdroj: Autor, 2018

Z celkového počtu 100 (100 %) respondentů by v této situaci 66 (66 %) zdravotnických záchranářů respektovalo DNR a KPR nezahájilo, 28 (28 %) respondentů by KPR nezahájilo z důvodu terminálního stavu, kdy DNR nemá v tomto případě vliv na záchranu pacienta a 6 (6 %) respondentů by KPR zahájilo.

6 VERIFIKACE VÝSLEDKŮ

Tato část práce popisuje výsledek výpočtů, které sloužily pro vyhodnocení odpovědí průzkumných otázek č. 1, č. 7 a č. 9.

6.1 Statistické ověření výsledků průzkumné otázky č. 1 a č. 7 pomocí chí kvadrát testu

Test nezávislosti – test chí kvadrát, korigovaný koeficient podle Pearsona jsme využili na zjišťování závislosti mezi odpovědí na otázku č. 1) Jakého jste pohlaví s otázkou č. 7) Je pro Vás komunikace s paliativním pacientem náročná?

Na základě výsledků získaných z anonymních dotazníků nyní aplikujeme χ^2 test nezávislosti, abychom prokázali, zda existuje závislost mezi pohlavím a komunikační náročností s paliativním pacientem.

Hladinu významnosti jsme zvolili 5 %. Vytvořili jsme tabulku skutečných četností a vypočítali očekávané četnosti. U očekávaných četností jsme provedli kontrolu podmínek pro použití testu. Podmínky byly splněny.

Tabulka 17 Skutečné četnosti – pohlaví, otázka č. 7

| Pohlaví | Otázka č. 7 | | | Celkem |
|---------|-------------|----|----|--------|
| | A) | B) | C) | |
| Žena | 23 | 30 | 7 | 60 |
| Muž | 13 | 14 | 13 | 40 |
| Celkem | 36 | 44 | 20 | 100 |

Zdroj: Autor, 2018

Tabulka 18 Očekávané četnosti – pohlaví, otázka č. 7

| Pohlaví | Otázka č. 7 | | | Celkem |
|---------|-------------|------|------|--------|
| | A) | B) | C) | |
| Žena | 21,6 | 26,4 | 12,0 | 60 |
| Muž | 14,4 | 17,6 | 8,0 | 40 |
| Celkem | 36 | 44 | 20 | 100 |

Zdroj: Autor, 2018

Pozn.: Tabulka 17, 18

A) Ano, komunikace s paliativním pacientem je pro mě velice náročná.

B) Ne, je to komunikace jako každá jiná.

C) Nedokážu posoudit.

Vypočtená hodnota testovaného kritéria je $\chi^2 = 6,662$. Kritická tabulková hodnota pro 2 stupně volnosti a hladinu významnosti 5 % je $\chi_{(1-\alpha); df} = 5,991$. Kritická hodnota je menší, než vypočtená hodnota testovaného kritéria. Rozhodnutí: na hladině významnosti 5 % nulovou hypotézu o nezávislosti jednotlivých znaků zamítáme a přijímáme hypotézu, která nám říká, že zde určitá závislost existuje. Korigovaný koeficient kontingence pomocí Pearsona je 0,306.

$$\frac{\sqrt{\frac{x^2}{x^2+n}}}{\sqrt{\frac{m-1}{m}}} = \frac{\sqrt{\frac{6,662}{6,662+100}}}{\sqrt{\frac{3-1}{3}}} = \mathbf{0,306}$$

Zjistili jsme, že pro ženy je komunikace s paliativním pacientem náročnější než pro muže. Při testování jsme použili aplikaci na <http://www.milankabrt.cz/testNezavislosti/final.php> a výsledky jsme rozebrali v diskuzi.

6.2 Statistické ověření výsledků průzkumné otázky č. 1 a č. 9 pomocí chí kvadrát testu

Testování nezávislosti mezi odpovědí na otázku č. 1) Jakého jste pohlaví s otázkou č. 9) Jaký máte názor na eutanázii?

Na základě výsledků získaných z anonymních dotazníků nyní aplikujeme χ^2 test nezávislosti, abychom prokázali, zda existuje závislost mezi pohlavím a názorem na eutanázii.

Tabulka 19 Skutečné četnosti – pohlaví, otázka č. 9

| Pohlaví | Otázka č. 9 | | | Celkem |
|---------------|-------------|----|----|--------|
| | A) | B) | C) | |
| Žena | 14 | 39 | 7 | 60 |
| Muž | 2 | 34 | 4 | 40 |
| Celkem | 16 | 73 | 11 | 100 |

Zdroj: Autor, 2018

Tabulka 20 Očekávané četnosti – pohlaví, otázka č. 9

| Pohlaví | Otázka č. 9 | | | Celkem |
|---------------|-------------|------|-----|--------|
| | A) | B) | C) | |
| Žena | 9,6 | 43,8 | 6,6 | 60 |
| Muž | 6,4 | 29,2 | 4,4 | 40 |
| Celkem | 16 | 73 | 11 | 100 |

Zdroj: Autor, 2018

Pozn.: Tabulka 19, 20

- A) Nesouhlasím s ní, smrt má přijít spontánně, i když je člověk vážně nemocný
 B) Souhlasím s eutanázií, vážně nemocný člověk se tak může vyhnout utrpení a bolesti, které jsou doprovázeny v terminálním stavu
 C) Žádný, stejně u nás není povolena

Vypočtená hodnota testového kritéria je $\chi^2 = 6,417$. Kritická tabulková hodnota pro 2 stupně volnosti a hladinu významnosti 5 % je $\chi_{(1-\alpha); df} = 5,991$. Kritická tabulková hodnota je menší než vypočtená hodnota testového kritéria. Rozhodnutí: Na hladině významnosti 5 % nulovou hypotézu o nezávislosti jednotlivých znaků zamítáme a přijímáme alternativní hypotézu, která nám říká, že zde určitá závislost existuje. Korigovaný koeficient kontingence pomocí Pearsona je 0,301.

$$\frac{\sqrt{\frac{\chi^2}{\chi^2+n}}}{\sqrt{\frac{m-1}{m}}} = \frac{\sqrt{\frac{6,417}{6,417+100}}}{\sqrt{\frac{3-1}{3}}} = \mathbf{0,301}$$

Zjistili jsme, že s eutanázií ženy proti mužům spíše nesouhlasí. Při testování jsme použili aplikaci na <http://www.milankabrt.cz/testNezavislosti/final.php> a výsledky jsme rozebrali v diskuzi.

7 INTERPRETACE PRŮZKUMU

V této bakalářské práci, s názvem „Paliativní péče z pohledu zdravotnického záchranáře“, jsme se zabývali problematikou paliativní péče z pohledu zdravotnického záchranáře, názory, zkušenostmi a informovaností těchto záchranářů v paliativní péči. Průzkumné šetření bylo provedeno u zdravotnické záchranné služby kraje Plzeňského, Středočeského a Vysočiny. Zajímala nás úroveň informovanosti zdravotnických záchranářů v paliativní péči, jejich zkušenosti a názory na tuto péči, a také jejich rozhodování při kontaktu s paliativním pacientem, spojené s problematikou DNR a dříve vysloveným přáním. V rámci zpracování praktické části bakalářské práce a průzkumného šetření, jsme si na začátku stanovili tři cíle. Prvním stanoveným cílem praktické části bylo zjistit, jaká je úroveň informovanosti zdravotnických záchranářů v paliativní péči. Za druhý cíl jsme si poté stanovili zjištění rozdílů v rozhodování zdravotnických záchranářů v kontaktu s paliativním pacientem, dále jejich názory a zkušenosti spojené s paliativní péčí, problematikou DNR a dříve vysloveným přáním. Ve třetím cíli jsme vytvořili pracovní listy, které obsahují dvě modelové situace a základní východiska o paliativní péči pro zdravotnického záchranáře v ČR.

Cíl 1

V rámci dosažení prvního cíle praktické části jsme zjišťovali úroveň informovanosti zdravotnických záchranářů v paliativní péči. Pro splnění tohoto cíle jsme použili dotazníkové otázky č. 4, 8, 10 a 12. Tohoto průzkumného šetření se zúčastnilo všech 100 respondentů.

Průzkumná otázka 1: Jaká je úroveň informovanosti zdravotnických záchranářů v oblasti paliativní péče v ČR?

Z výsledků dotazníkových otázek č. 4, 8, 10 a 12 jsme schopni analyzovat výsledky šetření u výše uvedené průzkumné otázky. Z výsledků provedeného šetření vyplývá, že 99 % zdravotnických záchranářů zná význam paliativní péče a pouze 1 respondent uvedl nesprávnou odpověď, že významem paliativní péče je urychlení umírání pacienta. Na otázku, co znamená eutanázie, odpovědělo správně opět 99 % zdravotnických záchranářů a 1 respondent uvedl, že eutanázie je zmírnění bolesti před smrtí. Dále 95 % zdravotnických záchranářů odpovědělo správně na otázku, co znamená dříve vyslovené přání, přičemž 4 % respondentů netuší a 1 respondent uvedl, že je to poslední přání

pacienta před smrtí. Zkratku DNR znají všichni respondenti, všech 100 % zdravotnických záchranářů odpovědělo, že definice zkratky je Do Not Resuscitate. Výrazné rozdíly, mezi odpověďmi týkajícími se informovaností v paliativní péči, jsme nezjistili. Z těchto výsledků vyplývá, že zdravotničtí záchranáři jsou dostatečně informováni v oblasti paliativní péče.

Cíl 2

Ve druhém cíli jsme zjišťovali, jaké jsou rozdíly v rozhodování zdravotnických záchranářů v kontaktu s paliativním pacientem, jaké jsou jejich názory a zkušenosti týkající se paliativní péče, Do Not Resuscitate a dříve vysloveného přání. K dosažení tohoto cíle jsme použili dotazníkové otázky č. 5, 6, 7, 9, 11, 13, 14, 15 a 16. Tohoto šetření se zúčastnili opět všichni, tedy 100 zdravotnických záchranářů z vybraných krajských ZZS.

Průzkumná otázka 2: Jaké jsou zkušenosti zdravotnických záchranářů na paliativní péči a její problematiku?

Z výsledků dotazníkových otázek č. 5, 6, 7, 9 a 11 jsme schopni analyzovat výsledky šetření na tuto průzkumnou otázku. Bylo zjištěno, že 55 % zdravotnických záchranářů se s paliativními pacienty setkává jednou až dvakrát do měsíce, 26 % respondentů uvedlo, že se s paliativními pacienty setkává několikrát do týdne, 15 % maximálně jednou za půl roku a zbylé 4 % se s paliativními pacienty setkává téměř denně. Z toho vyplývá, že do kontaktu s paliativním pacientem se zdravotničtí záchranáři nedostávají tak často. Paliativní péče je stejně důležitá jako jiná péče pro 77 % zdravotnických záchranářů, 16 % v této péči nevidí rozdíl, 5 % respondentů uvedlo, že jsou pro ně důležitější péče než paliativní a 2 % nevědělo, co odpovědět. Pro 44 % zdravotnických záchranářů není komunikace s paliativním pacientem náročná, pro 36 % respondentů je komunikace s paliativním pacientem velice náročná a 20 % respondentů nedovede náročnost komunikace s paliativním pacientem posoudit. Co se týká názoru na eutanázii, 73 % respondentů uvedlo, že s eutanázií souhlasí, 16 % respondentů s ní nesouhlasí a 11 % nemá na eutanázii žádný názor, protože u nás není povolena. Většina respondentů dle výsledků s eutanázií souhlasí. S dříve vysloveným přáním se 70 % zdravotnických záchranářů vůbec nesešlo, 28 % párkrát ano a 2 % se s dříve vysloveným přáním setkává velice často. Z těchto výsledků jsme zjistili, že zdravotničtí záchranáři se s dříve vysloveným přáním příliš často nesečkávají.

Průzkumná otázka 3: Jaké jsou rozdíly při rozhodování v problematice paliativních pacientů v PNP u zdravotnických záchranářů?

Odpovědi na otázky č. 13, 14, 15 a 16 se týkají této průzkumné otázky. V situaci u náhlé zástavy srdeční, kdy má pacient pokročilou rakovinu a vysoký věk, by 76 % zdravotnických záchranářů KPR nezačalo a využilo DNR, 23 % respondentů by DNR nevyužilo nikdy a resuscitují v každé situaci a 1 respondent uvedl, že by DNR využil u pacienta, který je sám a nikoho nemá. Zde se většina zdravotnických záchranářů rozhodla pro správnou odpověď, že by DNR využila u pacienta s vysokým věkem v terminálním stádiu.

Dále nás zajímalo, jak by si zdravotničtí záchranáři počínali v situaci u sražené ženy na přechodu, která je v bezvědomí, dýchá, má otevřenou zlomeninu levého bérce, krvácí z tržné rány na hlavě, má tachykardii a je hypotenzní. Před odjezdem do nemocnice by policie přinesla doklady a dokument DNR. Záchranu pacientky by přerušilo 4 % respondentů, 13 % respondentů by se záchranou pacientky pokračovalo a i v případě náhlé zástavy oběhu by zahájili resuscitaci. Celých 83 % zdravotnických záchranářů by se záchranou pacientky pokračovalo, protože pacientka krvácí a není potřeba resuscitovat čili DNR nemá v tomto případě žádný smysl. Z toho vyplývá, že většina zdravotnických záchranářů by se rozhodla správně a se záchranou pacientky by pokračovala, protože DNR v tomto případě nemá vliv.

U pacienta v terminálním stádiu rakoviny, kdy rodina trvá na odvozu pacienta i přes jeho nesouhlas v plném vědomí, by 37 % respondentů dalo pacientovi podepsat negativní reverz a ponechali ho doma i přes nesouhlas jeho rodiny, 35 % respondentů by si dovolalo lékaře na místo zásahu a 28 % respondentů by smířilo pacienta s možnými komplikacemi a doporučilo by odvoz do nemocnice. Z těchto výsledků vyplývá, že většina ze 100 zdravotnických záchranářů by respektovala přání pacienta a nechala mu podepsat negativní reverz.

Dále jsme se zdravotnických záchranářů ptali, jak by postupovali v případě, kdy jsou u pacienta v terminálním stádiu s náhlou zástavou srdeční a syn přinese notářsky ověřené dříve vyslovené přání, kde je nesouhlas s resuscitací. Resuscitaci by nezačalo 66 % zdravotnických záchranářů a respektovali by dříve vyslovené přání, KPR by nezačalo z důvodu terminálního stavu 28 % respondentů a 6 % by KPR zahájilo. Na místě je tedy respektovat přání pacienta, s čímž souhlasila více jak polovina

respondentů, ale v tomto případě se resuscitace nezahajuje především z důvodu terminálního stádia, s čímž souhlasila více jak čtvrtina respondentů.

Odpovědi zdravotnických záchranářů se po porovnání výrazně neliší, avšak, jak nám ukazují výsledky proběhlého šetření, v určitých názorech nebo v rozhodování, se zdravotničtí záchranáři v každém případě shodnout nemusí.

Cíl 3

Ve třetím cíli jsme vytvořili pracovní listy obsahující dvě modelové situace, ve kterých je zdravotnický záchranář v kontaktu s paliativním pacientem a musí se správně rozhodnout.

8 DISKUZE

Paliativní péče z pohledu zdravotnického záchranáře nebývá ve vysokoškolských pracích běžným tématem. Většina prací se zabývá paliativní péčí buď samostatně nebo se zaměřují na paliativní péči v souvislosti s umíráním a se smrtí. Při srovnávání výsledků s jinými pracemi jsme byli bohužel omezeni tím, že toto téma je z pohledu zdravotnického záchranáře neobvyklé. Bakalářská práce si kladla za cíl popsat paliativní péči a její problematiku z pohledu zdravotnického záchranáře, jejich názory a zkušenosti v oblasti paliativní péče. Dotazníky byly rozeslány do třech krajů v České republice. Hodnocení proběhlo podle osobních názorů a zkušeností zdravotnických záchranářů. Výsledky průzkumného šetření ukazují na většinově obdobné názory a rozhodování zdravotnických záchranářů v různých situacích při kontaktu s paliativním pacientem. Dále jsme v praktické části zjišťovali, zda existuje statisticky významná závislost mezi pohlavím a názorem na náročnost komunikace s paliativním pacientem a názorem na eutanázii. Výsledky byly zkoumány pomocí metody chí – kvadrát testu, díky kterému jsme zjistili, že pro ženy je komunikace s paliativním pacientem náročnější než pro muže a s eutanázií ženy spíše nesouhlasí.

Naše průzkumné šetření jsme porovnali s výsledky bakalářské práce Kateřiny Ševčíkové. Její průzkum probíhal v roce 2014 a jejím tématem práce byl Postoj zdravotnických záchranářů k umírání a smrti. Dotazník obsahoval celkem 17 otázek, z nichž některé měly blízko k otázkám naší práce, a ty jsme použili pro srovnávání výsledků. Dotazníky byly rozeslány mezi zdravotnický záchranáře, pracující na anesteziologicko-resuscitačních odděleních a na výjezdových základnách. Celkem bylo rozdáno 100 dotazníků, přičemž 50 dotazníků bylo dáno na zdravotnické záchranné služby a 50 na anesteziologicko-resuscitační oddělení (Ševčíková, 2014). V jednom z cílů Ševčíková (2014) zkoumala, zda mají zdravotničtí záchranáři zájem o vzdělávání v oblasti paliativní péče. Jedna z otázek přímo zněla, jestli zdravotničtí záchranáři někdy absolvovali kurz či přednášku na téma paliativní péče. Z výsledků Ševčíkové (2014) vyplynulo, že 50 % respondentů kurz či přednášku na téma paliativní péče absolvovalo a 50 % respondentů ji neabsolvovalo. Další položka, kterou jsme porovnávali, byla, zda si zdravotničtí záchranáři vyhledávají ve vlastním zájmu literaturu na téma umírání a smrt. Celkem 77 % respondentů odpovědělo ano a 23 % respondentů ne. V našem průzkumu na otázky, které se zaměřovaly na informovanost zdravotnických záchranářů

v oblasti paliativní péče, byly výsledky většinou jednoznačné. Význam paliativní péče zná 99 % respondentů a pouze 1 % uvedlo nesprávný význam. Pro 77 % respondentů je paliativní péče velice důležitá, 16 % respondentů v této péči nevidí rozdíl a pro 7 % respondentů existují důležitější péče, než je péče paliativní. Z tohoto porovnání vyplývá, že i přes to, že o vyhledávání kurzů či přednášek v oblasti paliativní péče se zajímá pouze polovina zdravotnických záchranářů, je většina v oblasti paliativní péče informovaná i bez absolvování těchto školení. Dle výsledků Ševčíkové (2014) mají záchranáři zájem o vyhledávání literatury na toto téma.

Další práce, se kterou jsme srovnávali naše výsledky, byla bakalářská práce od Karla Vařeky. Jeho průzkum probíhal v roce 2013 a jeho tématem bylo DNR v podmínkách České republiky. Jeho dotazník obsahoval celkem 22 otázek. Z celkového počtu dotazníků (70) ve FN Olomouc bylo navráceno 62 správně vyplněných (Vařeka, 2013). Zde jsme porovnali položku, která se týkala definice zkratky DNR. Z výsledků Vařeky (2013) jsme zjistili, že 59,67 % respondentů odpovědělo správně, že zkratka znamená „neresuscitovat“. V našem průzkumu odpovědělo všech 100 % respondentů správně. Zdravotničtí záchranáři tedy převážně zkratku DNR znají.

Další otázkou, kterou bylo možné porovnat, bylo, jak často se zdravotnický záchranáři setkávají s dříve vysloveným přáním. Z výsledků Vařeky (2013) se 33,87 % respondentů s tímto přáním nikdy nesešlo a ojedinele se s přáním pacienta setkává 66,13 % respondentů. Odpověď často, nezvolil nikdo. V našem průzkumu se 70 % respondentů s přáním pacienta nesešlo nikdy, 28 % respondentů párkrát ano a pouze 2 % respondentů uvedlo, že se s ním setkávají často. Z tohoto porovnání lze dospět k závěru, že s dříve vysloveným přáním se do styku zdravotničtí záchranáři tak často neseškávají.

Další položkou, kterou jsme porovnávali, byl postup při náhlé zástavě oběhu u pacienta s dříve vysloveným přáním, kde je nesouhlas s resuscitací. Dle Vařeky (2013) by 48,39 % respondentů zahájilo KPR bez ohledu na přání pacienta a pouze 1,61 % respondentů odpovědělo, že by pacientovo přání respektovalo a KPR by nezahájilo. Z našich výsledků vyplynulo, že by 66 % respondentů dříve vyslovené přání respektovalo a KPR by nezahájilo. Z výsledků je patrné, že na rozdíl od FN v Olomouci, kde by záchranáři dříve vyslovené přání spíše nerespektovali, zdravotničtí záchranáři

ze zdravotnické záchranné služby kraje Plzeňského, Středočeského a Vysočiny by dříve vyslovené přání respektovali a KPR by nezačali.

8.1 Doporučení pro praxi

Z interpretace výsledků bakalářské práce vyplývají jisté nedostatky plynoucí z nízkého povědomí zdravotnických záchranářů o komplexní problematice umírajících.

Doporučujeme zařazení problematiky péče o paliativní pacienty do výuky zdravotnických záchranářů na vysokých školách. Pro zkvalitnění výuky tato práce navrhuje dva pracovní listy s modelovými situacemi, které mohou sloužit jako cesta ke zlepšení povědomí zdravotnických záchranářů o problematice péče o umírající. Pozornost by tomuto tématu měla být věnována i v předmětu Profesionální komunikace a prevence násilí pro zdravotnické záchranáře, kdy je možné tyto navržené pracovní listy využít.

Pracovní listy viz příloha C, D.

8.2 Modelové situace

Modelové situace poukazují na to, v jakých situacích se zdravotničtí záchranáři často nacházejí a jak je jejich rozhodování o následné péči důležité a občas velice náročné.

Modelová situace 1

Zdravotnický záchranář je na výjezdu u pacienta, kterému se zhoršilo dýchání. Pacient je dle dokumentace ošetřujícího onkologa i praktického lékaře v terminálním stádiu rakoviny s ukončenou terapií. Z anamnézy víte, že u pacienta selhává srdce, je imobilní. Rodina nechce, aby zemřel doma a trvá na odvozu do nemocnice. Pacient odvoz do nemocnice v plném vědomí odmítá, chce zemřít doma.

Otázky k situaci:

- Kdo je v právu?
- Má větší váhu rozhodnutí rodiny nebo pacienta?
- Budeme respektovat pacienta a necháme ho podepsat negativní reverz?
- Doporučíme pacientovi odvoz do nemocnice?
- Poradíme se telefonicky s lékařem?

Situace přináší zdravotnickému záchranáři nejen psychicky a komunikačně náročnou pozici, ale vystavuje ho také právní problematice. V této oblasti se pohybuje zdravotnický záchranář na hraně právních předpisů a musí se správně rozhodnout. Pokud je pacient při plném vědomí, orientovaný, není pod vlivem návykových látek, jeho přání musíme respektovat. Takový pacient je právně způsobilý podepsat negativní reverz. Na místě je však precizně vysvětlit důsledky jednání nejen pacientovi, ale také rodině. Je na místě, aby všichni spolupracovali a šli za společným cílem. Tím by mělo být přání pacienta. V takové situaci je zdravotnický záchranář kompetentní podat pacientovi negativní reverz. Pokud je však přesvědčený, že transport pacienta do zdravotnického zařízení je nezbytný a má pochybnosti o sepsání negativního reverzu svojí osobou, je na místě situaci konzultovat s lékařem, případně lékařskou posádku přivolat přímo na místo zásahu.

Modelová situace 2

Zdravotnický záchranář je na výjezdu u sražené důchodkyně na přechodu. Pacientka je v bezvědomí, nedýchá, krvácí, má tržnou ránu na hlavě. Kolemjdoucí, který byl u situace jako první, pacientku resuscituje. Dle jeho výpovědi pacientka pod auto skočila sama. Po příjezdu si záchranáři resuscitaci převezmou a zastavují krvácení. Před odjezdem do nemocnice policie přinese notářsky ověřené dříve vyslovené přání, které našla spolu s osobními doklady v tašce pacienty. Zde je nesouhlas s resuscitací.

Otázky k situaci:

- Bude po zjištění dříve vysloveného přání zdravotnický záchranář dále pokračovat s resuscitací, nebo ji na základě tohoto prohlášení ukončí?

V některých situacích nemusí být dříve vyslovené přání respektováno, jak je uvedeno v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Jeden z důvodů nerespektování tohoto přání je: *dříve vyslovené přání nelze respektovat, pokud nabádá k takovým postupům, jejichž výsledkem je aktivní způsobení smrti* (Česko, 2011, § 36).

Pro zdravotnické záchranáře je jistě krok k ukončení oživování z důvodu předem vysloveného přání velmi náročný, neboť se jedná o nestandardní situaci. V běžné praxi jsou takové postupy výjimečné, avšak je dle výše zmíněného zákona o zdravotních

službách nutné respektovat přání pacienta. Pokud je jednoznačně prokazatelné, že je listina notářsky ověřená, pak je správným postupem oživovací snahy ukončit.

9 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce byla zaměřena na problematiku paliativní péči z pohledu zdravotnického záchranáře. Naším cílem bylo zjistit, jaká je úroveň informovanosti zdravotnických záchranářů v oblasti paliativní péče. Dále jsme zjišťovali jejich názory a zkušenosti v této péči a jakým způsobem by se rozhodovali v situaci, při níž by došlo ke kontaktu s paliativním pacientem. Práci jsme rozdělili na dvě části – teoretickou a praktickou.

V teoretické části jsme se zaměřili na popis paliativní péče, její význam a dělení. Dále jsme popisovali etická dilemata, která s paliativní péčí souvisejí, a také základní poznatky, jak komunikovat a zacházet s umírajícím pacientem a rodinou. V závěru teoretické části jsme vysvětlili problematiku Do Not Resuscitate a dříve vysloveného přání.

V praktické části jsme si stanovili celkem tři cíle, ke kterým jsme si určili průzkumné otázky. Dále jsme v této části práce zkoumali, zda existuje statisticky významná závislost mezi pohlavím a názorem na náročnost komunikace s paliativním pacientem a názorem na eutanázii. V porovnání obou otázek nám vyšlo, že zde určitá závislost existuje. Zjistili jsme, že pro ženy je komunikace s paliativním pacientem náročnější než pro muže a s eutanázií ženy proti mužům spíše nesouhlasí. V prvním cíli jsme zjišťovali, jaká je úroveň informovanosti zdravotnických záchranářů v oblasti paliativní péče. Dle výsledků dotazníkového šetření jsme zjistili, že přibližně 99 % zdravotnických záchranářů zná význam paliativní péče, eutanázie, dříve vysloveného přání a zkratky DNR. Dalším cílem bylo zjistit, jaké jsou rozdíly v rozhodování zdravotnických záchranářů v kontaktu s paliativním pacientem, jaké jsou jejich názory a zkušenosti týkající se paliativní péče, Do Not Resuscitate a dříve vysloveného přání. Vyšlo nám, že více jak polovina zdravotnických záchranářů se s paliativními pacienty setkává pouze jednou až dvakrát do měsíce, paliativní péče je důležitá pro více jak tři čtvrtiny respondentů a komunikace s umírajícím není pro necelou polovinu náročná. Téměř většina záchranářů s dříve vysloveným přáním nemá žádnou zkušenost, přičemž ve vztahu k názoru na eutanázii, téměř tři čtvrtiny zdravotnických záchranářů s touto formou usmrcení na žádost souhlasí. Ve třetím cíli jsme vytvořili dvě modelové situace, které se týkaly rozhodování zdravotnických záchranářů při kontaktu s paliativním pacientem.

V naší práci jsme výsledky průzkumného šetření zveřejnili v podobě tabulek a grafů, které nám umožnily přehlednější orientaci získaných výsledků. V našem průzkumu jsme použili metodu dotazníkového šetření. Ke zjištění závislosti mezi dvěma otázkami nám byly nápomocné statistické výpočty pomocí metody chí-kvadrátu.

V doporučeních pro praxi jsme se snažili doporučit zdravotnickým záchranářům, aby se začali více věnovat vyhledávání kurzů a přednášek týkajících se komunikace s umírajícím nebo jeho rodinou. Komunikace s umírajícím je totiž pro záchranáře trvale velmi náročnou činností. V doporučeních jsme také vytvořili pracovní listy, obsahující dvě modelové situace, které budou následně využity v rámci předmětu Profesionální komunikace a prevence násilí pro zdravotnické záchranáře.

Na závěr této práce si dovoluujeme zhodnotit, že všechny teoretické i praktické cíle této bakalářské práce, stanovené v úvodu, byly splněny.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ANDRŠOVÁ, Alena, 2012. *Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4741-192.

ANON, 2017. *Dříve vyslovená přání: Férová nemocnice* [online]. 2017 [cit. 2018-04-09]. Dostupné z: <http://ferovanemocnice.cz/souhlas-a-rozhodovani-pacienta-32/drive-vyslovena-prani-2496.html>

ANON, 2017. WHO: *Palliative care* [online]. [cit. 2018-03-14]. Dostupné z: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/en/>

BOČEK, Tomáš, 2015. *Komunikace s pozůstalými v přednemocniční neodkladné péči*. Brno. Bakalářská práce. MASARYKOVA UNIVERZITA Lékařská fakulta. Vedoucí práce Mgr. Hana Jahnová.

BRANDEJSKÁ, Dana, 2008. *Zátěž a stres pracovníků na záchranné službě* [online]. Praha. [cit. 2018-02-18]. Dostupné z: file:///C:/Users/Ka%C4%8Dka/Downloads/BPTX_2007_2_11150_F0308371_191232_0_57819.pdf. Bakalářská práce. Univerzita Karlova. Vedoucí práce Bc. Ivana Šlaisová.

BUŽGOVÁ, Radka, 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5402-4.

BYDŽOVSKÝ, Jan a Jiří KABÁT, 2015. *Ošetřovatelství a sociální práce v paliativní péči: učební text pro studenty vysokých a vyšších odborných zdravotnických škol*. Praha: Zdravotní ústav Most k domovu, z.ú. ISBN 978-80-905867-0-3.

BYDŽOVSKÝ, Jan, 2008. *Akutní stavy v kontextu*. Praha: Triton. ISBN 978-807-2548-156.

CÍSAŘOVÁ, Dagmar, 2010. *Dříve vyslovená přání a pokyny Do Not Resuscitate v teorii a praxi: monografie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta. ISBN 978-80-87146-31-6.

ČESKO: *Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků: Vyhláška č. 55/2011 Sb.* [online]. 2011 [cit. 2018-04-09]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55#f4175503>

ČESKO: *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování: Zákon č. 372/2011 Sb.* [online]. 2011 [cit. 2018-03-14]. Dostupné z:

<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372?text=372%2F2011%2036#f4437329>

DAŇKOVÁ, Magdalena, 2013. *Problematika umírání v intenzivní péči*. Ostrava. Diplomová práce. MASARYKOVA UNIVERZITA LÉKAŘSKÁ FAKULTA. Vedoucí práce PhDr. Marie Macková, Ph.D.

DAVIES, E. a HIGGINSON, 2004. *World Health Organization: Palliative care*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. ISBN 92-890-1091-6.

DOBIÁŠ, Viliam a kol., 2012. *Prednemocničná urgentná medicína*. 2. vydanie. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-387-52

DUČAIOVÁ, Jarmila a Blažena LITVÍNOVÁ, 2011. *Úloha sestry v péči o smrtelně nemocného. Sestra* [online]. [cit. 2018-01-12]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/uloha-sestry-v-peci-o-smrtelne-nemocneho-461775>

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2007. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-807-2624-713.

HUMPL, Lukáš, Jiří PROKOP a Alena TOBIÁŠOVÁ, 2013. *První psychická pomoc ve zdravotnictví*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-562-4.

KABELKA, Ladislav a Ondřej SLÁMA, 2017. *Mobilní specializovaná paliativní péče* [online]. [cit. 2018-04-03]. Dostupné z: https://zdravi.euro.cz/clanek/mobilni-specializovana-paliativni-pecce-mspp-484883?seo_name=mlada-fronta-noviny-zdravi-euro-cz

KALVACH, Zdeněk, 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0548-6.

KAPOUNOVÁ, Gabriela, 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1830-9.

KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ, 2010. *Psychologie: pro studenty zdravotnických oborů* [online]. Praha: Grada. [cit. 2018-01-10]. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3270-1.

KELNAROVÁ, Jarmila, 2007. *Tanatologie v ošetrovatelství*. Vyd. 1. Brno: Littera. 112 s. ISBN 978-80-85763-36-2.

KUPKA, Martin, 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4746-500.

LINDA FARBER POST, Jeffrey BLUSTEIN a AND NANCY NEVELOFF DUBLER, 2007. *Handbook for health care ethics committees*. Baltimore: Johns Hopkins University Press. ISBN 08-018-8448-9

MAČÁK, Jiří, Jana MAČÁKOVÁ a Jana DVOŘÁČKOVÁ, 2012. *Patologie*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4735-306.

MACHALÍČKOVÁ, Alexandra, 2013. *Komunikace s rodinou umírajícího pacienta aneb „Umíme to?“*. Zlín. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Vedoucí práce Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.

MATĚJEK, Jaromír, 2012. *Dříve projevená přání pacientů: výhody a rizika*. Praha: Galén. ISBN 978-807-2628-506.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2000. *Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny*. Praha. ISBN 80-85047-26-8

MLČOCH, Zbyněk, 2017. *Neoživování, neresuscitování pacienta na jeho přání, DNR* [online]. [cit. 2018-03-14]. Dostupné z: <http://www.zbynekmlcoch.cz/informace/medicina/administrativa/neozivovani-neresuscitovani-pacienta-na-jeho-prani-dnr-rezim-pacienta-pravni-pohled>

NEZBEDA, Ondřej, 2016. Proč Češi neumírají doma. *Umírání.cz* [online]. 15. února [cit. 2018-04-09]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/clanky/proc-cesi-neumiraji-doma>

PAYNE, Sheila, Jane SEYMOUR a Christine INGLETON, 2007. *Paliativní péče: principy a praxe*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. Paliativní péče. ISBN 978-808-7029-251.

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK, 2013. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, c2011. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2.

REMEŠ, Roman a Silvia TRNOVSKÁ. *Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4530-5.

SKÁLA, B., SLÁMA, O., VORLÍČEK, J., MISCONIOVÁ, B., 2005. *Paliativní péče pacienta v terminálním stádiu nemoci*. CDP-PL. 9 s. ISBN 80-86998-03-07.

SLÁMA, O., 2009. *Klinické, etické a právní aspekty rozhodování o kardiopulmonální resuscitaci u terminálně onkologicky nemocných pacientů*. Brno. Dizertační práce. Masarykova univerzita Brno.

SLÁMA, Ondřej, 2012. *Obecná a specializovaná paliativní péče v ČR* [online]. 1-3 s. [cit. 2018-01-10]. Dostupné z: <http://www.solen.sk/pdf/af6a9ed66bb837eccc430ff37f3263da.pdf>

ŠEVČÍK, Pavel, 2012. Etické problémy rozhodování o způsobu léčby v prostředí intenzivní medicíny. *Zdravotnictví a medicína* [online]. [cit. 2018-04-03]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/eticke-problemy-rozhodovani-o-zpusobu-lecby-v-prostredi-intenzivni-mediciny-464724>

ŠEVČÍKOVÁ, Kateřina, 2014. *POSTOJ ZDRAVOTNICKÝCH ZÁCHRANÁŘŮ K UMÍRÁNÍ A SMRTI*. Plzeň. Bakalářská práce. FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ. Vedoucí práce PhDr. Alena Pistulková.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda, 2013. *O posledních věcech člověka: vybrané kapitoly z thanatologie*. Praha: Galén, c2014. ISBN 978-80-7492-138-4.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Poradenství pro pozůstalé: principy, proces, metody*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4737-362.

ŠTĚTINA, Jiří, 2014. *Zdravotnictví a integrovaný záchranný systém při hromadných neštěstích a katastrofách*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4745-787.

UHER, Lukáš, 2013. *Etické aspekty rozhodování o resuscitaci pacientů v terminální fázi onemocnění v přednemocniční péči*. České Budějovice. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Vedoucí práce Mgr. et. Mgr. Ondřej Doskočil, Th.D.

VAŘEKA, Karel, 2013. *DNR v podmínkách České Republiky* [online]. Zlín. [cit. 2018-03-06]. Dostupné z:

http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/20363/va%C5%99eka_2013_bp.pdf?sequence=1. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Vedoucí práce Mgr. Petr Snopek, DiS.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO, 2015. *Velký lékařský slovník*. 10. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-456-2.

VURM, Vladimír, 2007. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7254-997-9.

ZACHAROVÁ, Eva, 2008. *Komunikace s vážně nemocným pacientem*. Florence. Praha. roč. 4, č. 1, s. 31. ISSN 1801-464X.

SEZNAM PŘÍLOH

| | |
|--|------|
| Příloha A – Vzor dotazníku | II |
| Příloha B – Rešerše | V |
| Příloha C – Pracovní list 1 | VI |
| Příloha D – Pracovní list 2 | VII |
| Příloha E – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů | VIII |
| Příloha F – Protokol k provádění sběru podkladů – ZZS Středočeského kraje | IX |
| Příloha G – Protokol k provádění sběru podkladů – ZZS Plzeňského kraje | X |
| Příloha H – Protokol k provádění sběru podkladů – ZZS Vysočina | XI |

Příloha A – Vzor dotazníku

Dobrý den,

ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma „Paliativní péče z pohledu zdravotnického záchranáře“. Vaše odpovědi a postřehy jsou pro mě důležité, poslouží jako podklady k mé bakalářské práci. Účast v průzkumu je anonymní a dobrovolná.

Mnohokrát děkuji za Vaši ochotu a čas.

Kateřina Kubová, studentka 3. ročníku, obor Zdravotnický záchranář

1. Jakého jste pohlaví?

- a) Muž
- b) Žena

2. Kolik je Vám let?

- a) 23-35
- b) 36-45
- c) 46-55
- d) 56 a více

3. V jakém kraji pracujete?

- a) Plzeňský kraj
- b) Středočeský kraj
- c) Kraj Vysočina

4. Jaký je význam paliativní péče?

- a) Urychlit umírání pacienta
- b) Dopřát pacientovi, který trpí nevyléčitelnou chorobou, komplexní péči (zmírnit bolest, péče o výživu aj.)
- c) Vyléčení zdravotního stavu

5. Jak často se setkáváte s paliativními pacienty?

- a) Téměř denně
- b) Několikrát do týdne
- c) Jednou až dvakrát do měsíce
- d) Max. 1x za půl roku

6. Je pro Vás paliativní péče stejně důležitá jako jiná péče?

- a) Samozřejmě, každá péče je pro mě důležitá
- b) Není, jsou důležitější péče než paliativní
- c) Nevidím v tom rozdíl
- d) Nevím

7. Je pro Vás komunikace s paliativním pacientem náročná?

- a) Ano, komunikace s paliativní pacientem je pro mě velice náročná
- b) Není, je to komunikace jako každá jiná
- c) Nedokážu posoudit

8. Co znamená eutanázie?

- a) Nechtěné usmrcení chybou zdravotníka
- b) Usmrcení na žádost pacienta nebo rodiny (milosrdná smrt)
- c) Zmírnění bolesti před smrtí

9. Jaký máte názor na eutanázii?

- a) Nesouhlasím s ní, smrt má přijít spontánně, i když je člověk vážně nemocný.
- b) Souhlasím s eutanázií, vážně nemocný člověk se tak může vyhnout utrpení a bolesti, které jsou doprovázeny v terminálním stavu.
- c) Žádný, stejně u nás není povolena.

10. Co znamená dříve vyslovené přání?

- a) Poslední přání pacienta těsně před smrtí
- b) Předem vyslovený nesouhlas s poskytnutím léčby, pokud je pacient ve stavu, ve kterém není schopen rozhodnout sám za sebe.
- c) Netuším

11. Setkal/a jste se někdy s dříve vysloveným přáním?

- a) Ano, setkávám se s ním velice často
- b) Ne, neměl/a jsem tu možnost

12. Co znamená DNR?

- a) Dlouhodobá neléčitelná rakovina
- b) Dlouhá neúspěšná resuscitace
- c) Do not resuscitate (neresuscitovat)

13. Kdybyste při NZO nezahájil/a KPR a využili DNR?

- a) U pacienta s pokročilou rakovinou a vysokým věkem
- b) U pacienta s tělesným postižením
- c) Když je člověk sám a nikoho nemá
- d) Nikdy, vždy resuscituji

14. Modelová situace: Sražená žena na přechodu. Bezvědomí, dýchá, otevřená zlomenina levého bérce, krvácí, tržná rána hlavy, tachykardie, hypotenze. Stavíte krvácení, imobilizujete, zajišťujete oběh. Před odjezdem do nemocnice policie přináší doklady a dokument DNR. Jaké bude Vaše následující počinání?

- a) Přeruším okamžitě záchranu pacientky
- b) Budu pokračovat, pacient krvácí, není potřeba resuscitovat, DNR nemá vliv
- c) Budu pokračovat, i v případě náhlé zástavy oběhu zahájím KPR

15. Jak budete reagovat v situaci, jestliže rodina trvá na odvozu pacienta v terminálním stádiu rakoviny (rodina nechce, aby zemřel doma), ale pacient převoz odmítá při plném vědomí?

- a) Dám pacientovi podepsat negativní reverz, ponechám ho doma i přes nesouhlas rodiny
- b) Smírím ho s možnými komplikacemi a doporučujeme odvoz do nemocnice
- c) Dovolám si lékaře na místo zásahu

16. Jste u pacienta v terminálním stádiu s náhlou zástavou oběhu, syn přinese notářsky ověřené dříve vyslovené přání, kde je nesouhlas s resuscitací. Jak budete postupovat dál?

- a) Respektuji DNR a nezahajuji KPR
- b) Zahájím KPR
- c) Nezahajuji KPR z důvodu terminálního stavu, DNR nemá v tomto případě vliv

Příloha B – Rešerše

Rešeršní protokol

Název práce: Paliativní péče z pohledu zdravotnického záchranáře

Zadavatel: Kubová Kateřina

Jazykové vymezení: čeština, angličtina

Klíčová slova: Do not resuscitate. Etické dilema. Paliativní péče. Terminální stádium. Umírání.

Klíčová slova v anglickém jazyce: Do not resuscitate. Ethical dilemma. Palliative care. Terminal stage. Dying.

Rešeršní strategie: je kombinací různých způsobů hledání – neváže se pouze na klíčová slova, klíčová slova (= deskriptory MeSH) u jednotlivých citací naleznete v kolonce „DE“

Časové vymezení: 2007-2018

Druhy dokumentů: Knihy, kapitoly z knih, články, články ze sborníků, abstrakta, kvalifikační práce

Počet záznamů:

České zdroje: záznamů: 81 (knihy: 2; články, články ve sbornících a abstrakta: 23; kvalifikační práce: 3; plné texty: 7)

Zahraniční zdroje: záznamů: 28; plné texty: 21

Vypracoval:

Mgr. Klára Koldová,

Národní lékařská knihovna, oddělení informačních služeb a speciálních služeb,

Sokolská 54

21 32 Praha 2

koldova@nlk.cz

Příloha C – Pracovní list 1

Kateřina Kubová

Paliativní péče z pohledu zdravotnického záchranáře

Bakalářská práce

PRACOVNÍ LIST 1

Zdravotnický záchranář je na výjezdu u pacienta, kterému se zhoršilo dýchání. Pacient je dle dokumentace ošetřujícího onkologa i praktického lékaře v terminálním stádiu rakoviny s ukončenou terapií. Z anamnézy víte, že u pacienta selhává srdce, je imobilní. Rodina nechce, aby zemřel doma a trvá na odvozu do nemocnice. Pacient odvoz do nemocnice v plném vědomí odmítá, chce zemřít doma.

Otázky k situaci:

- Kdo je v právu?
- Má větší váhu rozhodnutí rodiny nebo pacienta?
- Budeme respektovat pacienta a necháme ho podepsat negativní reverz?
- Doporučíme pacientovi odvoz do nemocnice?
- Poradíme se telefonicky s lékařem?

Situace přináší zdravotnickému záchranáři nejen psychicky a komunikačně náročnou pozici, ale vystavuje ho také právní problematice. V této oblasti se pohybuje zdravotnický záchranář na hraně právních předpisů a musí se správně rozhodnout. Pokud je pacient při plném vědomí, orientovaný, není pod vlivem návykových látek, jeho přání musíme respektovat. Takový pacient je právně způsobilý podepsat negativní reverz. Na místě je však precizně vysvětlit důsledky jednání nejen pacientovi, ale také rodině. Je na místě, aby všichni spolupracovali a šli za společným cílem. Tím by mělo být přání pacienta. V takové situaci je zdravotnický záchranář kompetentní podat pacientovi negativní reverz. Pokud je však přesvědčený, že transport pacienta do zdravotnického zařízení je nezbytný a má pochybnosti o sepsání negativního reverzu svojí osobou, je na místě situaci konzultovat s lékařem, případně lékařskou posádku přivolat přímo na místo zásahu.

Příloha D – Pracovní list 2

Kateřina Kubová

Paliativní péče z pohledu zdravotnického záchranáře

Bakalářská práce

PRACOVNÍ LIST 2

Zdravotnický záchranář je na výjezdu u sražené důchodkyně na přechodu. Pacientka je v bezvědomí, nedýchá, krvácí, má tržnou ránu na hlavě. Kolemjdoucí, který byl u situace jako první, pacientku resuscituje. Dle jeho výpovědi pacientka pod auto skočila sama. Po příjezdu si záchranáři resuscitaci převezmou a zastavují krvácení. Před odjezdem do nemocnice policie přinese notářsky ověřené dříve vyslovené přání, které našla spolu s osobními doklady v tašce pacienty. Zde je nesouhlas s resuscitací.

Otázky k situaci:

- Bude po zjištění dříve vysloveného přání zdravotnický záchranář dále pokračovat s resuscitací, nebo ji na základě tohoto prohlášení ukončí?

V některých situacích nemusí být dříve vyslovené přání respektováno, jak je uvedeno v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Jeden z důvodů nerespektování tohoto přání je: *dříve vyslovené přání nelze respektovat, pokud nabádá k takovým postupům, jejichž výsledkem je aktivní způsobení smrti* (Česko, 2011, § 36).

Pro zdravotnické záchranáře je jistě krok k ukončení oživování z důvodu předem vysloveného přání velmi náročný, neboť se jedná o nestandardní situaci. V běžné praxi jsou takové postupy výjimečné, avšak je dle výše zmíněného zákona o zdravotních službách nutné respektovat přání pacienta. Pokud je jednoznačně prokazatelné, že je listina notářsky ověřená, pak je správným postupem oživovací snahy ukončit.

Příloha E – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů

Příloha E – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce
s názvem *RAZIATIVNÍ PÉČE Z POHLEDU ZDRAVOTNICKÉHO ZAČINÁKĚ*
v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p.
s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne *26. 4. 2018*

Šubová Kateřina
.....
Jméno a příjmení studenta

Příloha F – Protokol k provádění sběru podkladů – ZZS Středočeského kraje

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.
Duškova 7, 150 00 Praha 5



PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku,
který bude respondentům distribuován)

| | | |
|--|---|-------------|
| Příjmení a jméno studenta | Kateřina Kubová | |
| Studijní obor | Zdravotnický záchranář | Ročník 3 |
| Téma práce | Paliativní péče z pohledu zdravotnického záchranáře | |
| Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů | ZZS Středočeský kraj | |
| Jméno vedoucího práce | Mgr. Jaroslav Pekara, PhD. <i>[Signature]</i> | |
| Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu | Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště | |
| Souhlas vedoucího práce | <input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím <i>[Signature]</i> podpis | |
| Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči | <input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím | |

Bc. Pavel Tlustý
podpis náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
zdravotnická povolání ZZS SČK

V...*[Signature]*..... dne 25. 2. 18.....

podpis studenta

[Signature]

Příloha G – Protokol k provádění sběru podkladů – ZZS Plzeňského kraje

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.
Duškova 7, 150 00 Praha 5



PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku,
který bude respondentům distribuován)

| | | |
|--|---|-------------|
| Příjmení a jméno studenta | Kateřina Kubová | |
| Studijní obor | Zdravotnický záchranář | Ročník 3 |
| Téma práce | Paliativní péče z pohledu zdravotnického záchranáře | |
| Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů | PLZEŇSKÝ KRTJ | |
| Jméno vedoucího práce | Mgr. Jaroslav Pekara, Ph.D. <i>J. Pekara</i> | |
| Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu | Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště | |
| Souhlas vedoucího práce | <input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis <i>J. Pekara</i> | |
| Souhlas náměstky pro ošetrovatelskou péči <i>POUŽITELNÉ ZADĚLNANÉ</i> | <input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis MUDr. Jiří Růžicka <i>J. Růžicka</i> | |

V... *PLZEŇ* dne *25. 2. 18*

podpis studenta

Kubová

Příloha H – Protokol k provádění sběru podkladů – ZZS Vysočina

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.
Duškova 7, 150 00 Praha 5



PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku, který bude respondentům distribuován)

| | | |
|--|---|-------------|
| Příjmení a jméno studenta | Kateřina Kubová | |
| Studijní obor | Zdravotnický záchranář | Ročník 3 |
| Téma práce | Paliativní péče z pohledu zdravotnického záchranáře | |
| Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů | ZZS VYSOČINA | |
| Jméno vedoucího práce | Mgr. Jaroslav Pekara, PhD. <i>[Signature]</i> | |
| Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu | Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště | |
| Souhlas vedoucího práce | <input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím <i>[Signature]</i> podpis | |
| Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči <i>reditelky</i> | <input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím <i>[Signature]</i> podpis | |

v. MAZE dne 25.2.19

podpis studenta *[Signature]*