



ČESKÉ VYSOKÉ UČENÍ TECHNICKÉ V PRAZE  

---

FAKULTA BIOMEDICÍNSKÉHO INŽENÝRSTVÍ  
Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva

# **Pacient v terminálním stádiu onemocnění a možnosti intervence ZZS**

## **The Patient in the Terminal Stage of Illness and Possibilities for Paramedics Intervention**

Bakalářská práce

Studijní program: Zdravotnické záchranářství

Autor bakalářské práce: Adéla Faltisová

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Eva Němec Veverková

---

**Kladno 2023**



# ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

## I. OSOBNÍ A STUDIJNÍ ÚDAJE

Příjmení: **Faltisová** Jméno: **Adéla** Osobní číslo: **499552**  
Fakulta: **Fakulta biomedicínského inženýrství**  
Garantující katedra: **Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva**  
Studijní program: **Zdravotnické záchranářství**

## II. ÚDAJE K BAKALÁŘSKÉ PRÁCI

Název bakalářské práce:

**Pacient v terminálním stádiu onemocnění a možnosti intervence ZZS**

Název bakalářské práce anglicky:

**The Patient in the Terminal Stage of Illness and Possibilities for Paramedics Intervention**

Pokyny pro vypracování:

Předmět bakalářské práce se bude zabývat problematikou terminálně nemocných pacientů z pohledu výjezdových skupin v průběhu samotných výjezdů. V teoretické části se bude student věnovat současnému stavu a kompetencím zdravotnických záchranářů v oblasti péče o terminálně nemocné pacienty. Rovněž bude zmíněna problematika tzv. "dříve vysloveného přání" a institut "Do Not Resuscitate". Popsána bude paliativní péče, formy a její možnosti využití u pacientů. Praktická část bude vedena formou případové studie, kde hlavním nástrojem ke sběru dat bude pozorování, které bude konáno v průběhu odborných praxí při výjezdech ZZS. Bude analyzována výjezdová dokumentace, jejíž data upřesní diagnózu pacientů. V rámci pozorování členů výjezdové skupiny dojde k vyhodnocení chování, komunikace a jejich zvolených postupů u terminálně nemocného pacienta v průběhu celého výjezdu. Cílem práce bude poukázání na možné změny v postupech při práci s pacienty v terminálním stádiu onemocnění.

Seznam doporučené literatury:

- [1] KALVACH, Zdeněk, Manuál paliativní péče o umírající pacienty – pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě, ed. 1. vyd., Praha: Cesta domů, 2019, 155 s., ISBN 978-80-88126-54-6
- [2] BUŽGOVÁ Radka, Lucie Sikorová a kol., Dětská paliativní péče, ed. 1. vyd., Praha: Grada, 2019, 237 s., ISBN 978-80-271-0584-7
- [3] SVOBODA, Pavel, HERLE, Petr (eds.), Paliativní medicína pro všeobecné praktické lékaře, ed. 1., Praha: Raabe, 2019, 112 s., ISBN 978-80-7496-448-0
- [4] VEVERKOVÁ, Eva a kol., Ošetrovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře II., ed. 1. vyd., Praha: Grada, 2019, 192, ISBN 978-80-271-2099-4

Jméno a příjmení vedoucí(ho) bakalářské práce:

**Mgr. Eva Veverková**

Jméno a příjmení konzultanta(ky) bakalářské práce:

Datum zadání bakalářské práce: **14.02.2023**

Platnost zadání bakalářské práce: **20.09.2024**

doc. Mgr. Zdeněk Hon, Ph.D.  
vedoucí katedry

prof. MUDr. Jozef Rosina, Ph.D., MBA  
děkan

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci s názvem Pacient v terminálním stádiu onemocnění a možnosti intervence ZZS vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů, které uvádím v seznamu bibliografických odkazů.

Nemám závažný důvod proti užití tohoto školního díla ve smyslu § 60 zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů.

V Kladně dne 17.05.2023

.....  
Adéla Faltisová

## **PODĚKOVÁNÍ**

Touto cestou bych ráda poděkovala své vedoucí práce Mgr. Evě Němec Veverkové, která mi bakalářskou práci vedla a pomáhala. Dále děkuji své rodině, především starší sestře, která mi s celou prací pomáhala nejvíce a udělala si vždy čas. Také děkuji svým nejbližším přátelům, kteří mi fandí a podporují mě.

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce se zabývá pacienty v terminálním stádiu onemocnění a současně jejich možnosti intervence ZZS. Na základě vypočítaných skutečností je cílem práce poukázat na možné nedostatky v postupech při práci s pacienty v terminálním stádiu onemocnění a návrh na možné vylepšení úkonů při výjezdech k takto nemocným pacientům.

Teoretická část přibližuje čtenářům komplexní problematiku týkající se paliativní péče a terminálního stádia onemocnění. V praktické části je detailně popsáno všech pět konkrétních výjezdů z pohledu zdravotnických záchranářů, a to k paliativně nemocným. Do vytvořené tabulky jsou zanesena již předem definovaná kritéria sledována u jednotlivých případů.

### **Klíčová slova**

Terminální stádium; pacient; zdravotnický záchranář; důstojnost

## **ABSTRACT**

The bachelor thesis deals patients in the terminal stage of illness and possibilities for paramedic's intervention. Based on observed facts, the aim of the thesis is to highlight possible deficiencies in procedures when working with patients in the terminal stage of illness and propose improvements in actions during emergency responses to such patients.

The theoretical part provides readers with a comprehensive overview of issues related to palliative care and the terminal stage of illness. The practical part describes in detail five specific emergency responses from the perspective of emergency medical personnel to patients in palliative care. A pre-defined set of criteria is recorded in a created table and observed in each individual case.

### **Keywords**

Terminal stage; patient; paramedic; dignity

## Obsah

1	ÚVOD .....	9
2	CÍLE PRÁCE .....	10
3	PŘEHLED SOUČASNÉHO STAVU .....	11
3.1	Paliativní péče .....	11
3.1.1	Druhy paliativní péče .....	13
3.1.2	Symptomy.....	14
3.1.3	Složky a organizace péče .....	20
3.1.4	Eticko-filozofické východisko.....	21
3.1.5	Eutanazie.....	22
3.1.6	Typy terapie .....	22
3.1.7	Přechod z kurativní léčby na paliativní léčbu.....	23
3.2	Institut „Do not resuscitate“ .....	24
3.3	Dříve vyslovené přání .....	25
3.4	Zdravotnická zařízení pro terminálně nemocné pacienty .....	27
3.5	Smrt a umírání .....	32
3.5.1	Druhy smrti .....	33
3.5.2	Model umírání .....	35
3.5.3	Fáze umírání.....	35
3.5.4	Fáze umírání podle Elisabeth Kübler-Rossově.....	37
3.6	Terminální stádium .....	39
3.6.1	Stádia nevléčitelné nemoci.....	40
3.6.2	Klinické projevy terminálního stádia.....	41
3.6.3	Komunikace s nemocným .....	41

3.7	Kompetence zdravotnického záchranáře .....	41
3.7.1	Kompetence pracovníka se specializovanou způsobilostí .....	42
3.7.2	Činnosti zdravotnického záchranáře bez odborného dohledu či bez indikace lékaře .....	43
3.7.3	Kompetence zdravotnického záchranáře bez odborného dohledu na základě indikace lékaře .....	44
4	METODIKA.....	45
5	VÝSLEDKY .....	46
5.1	První výjezd.....	46
5.2	Druhý výjezd.....	48
5.3	Třetí výjezd .....	50
5.4	Čtvrtý výjezd.....	53
5.5	Pátý výjezd.....	56
5.6	Porovnání jednotlivých kritérií u výjezdů .....	58
6	DISKUZE .....	63
7	ZÁVĚR .....	69
8	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK .....	70
9	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	72
10	SEZNAM POUŽITÝCH OBRÁZKŮ .....	77
11	SEZNAM POUŽITÝCH TABULEK .....	78
12	SEZNAM POUŽITÝCH GRAFŮ .....	79



# 1 ÚVOD

Tématika týkající se nevyléčitelného onemocnění, terminálního stádia nemoci či problematika ohledně paliativní péče, je stále mezi veřejností opomíjena. Zároveň mezi zdravotnickým personálem občas přehlížena. Tato celá problematika by se měla pomalu dostávat mezi veřejnost více, protože témata týkající se smrti a posledních dnů života nemocného je stále tabuizováno a pokud se lidé dostanou do takovýchto situací, často nevědí, jak svým blízkým pomoci.

Jestliže lékař označí fázi onemocnění jako terminální stádium, tak to pro dotyčného znamená umírání. Tato fáze je již v léčbě nezvratná, a proto se veškeré neúčinné terapie přerušují. Následně je zahájena tzv. symptomatická léčba, která řeší pouze nově či náhle vzniklé nežádoucí vedlejší potíže u pacienta. Právě kvůli takovým potížím nejčastěji vyjíždí posádky ZZS, kdy se u terminálně nemocných objeví například nesnesitelná bolest, zažívací potíže či problémy s dýcháním.

Paliativní péče je nejvhodnější volbou pro takto nemocné lidi. Zajišťuje kompletní dokumentace a přehlednost o jednotlivých pacientech. Dokáže nabídnout široké spektrum péče v poslední fázi života, kdy především dbá na kvalitu klinického stavu člověka. Měla by se tak stát nedílnou součástí a být více řazena do celkového procesu týkající se terminálně nemocných pacientů. Nejenže by to bylo velkým přínosem pro výjezdové skupiny ZZS, ale také především pro pacienty a jejich rodiny, které se o ně starají a chtějí jim dopřát důstojné umírání.

## 2 CÍLE PRÁCE

Cílem této bakalářské práce je poukázání na možné změny v postupech při poskytování přednemocniční neodkladné péče pacientům v terminálním stádiu onemocnění. Prostřednictvím kvalitativního výzkumu je popsáno pět výjezdů, kdy byla volajícími vyžádána pomoc zdravotnické záchranné služby. V praktické části práce je hledána procentuální odpověď na otázku – Kolik pacientů umírá tam, kde by si přálo?

## 3 PŘEHLED SOUČASNÉHO STAVU

V této kapitole bude objasněno vše o paliativní péči a jejích možnostech, co nabízí pacientům s nevléčitelným onemocněním. Dále bude vysvětlena problematika týkající se terminálních stavů, popsání smrti a umírání a v poslední řadě budou vysvětleny kompetence zdravotnického záchranáře.

### 3.1 Paliativní péče

Paliativní péči řadíme mezi lékařské obory paliativní medicíny. Tento odborný termín paliativní péče vysvětluje ucelený a promyšlený postup zaměřující se na problematiku pacientů, u kterých je převážně diagnostikována fáze nevléčitelné nemoci, jež nepokračuje a není zde možnost jejího ukončení terapií. Dále se sem řadí lidé nacházející se ve fázi terminálních stádií nemoci. (Kalvach, 2010)

Tato péče nebývá aplikována v ranném stádiu onemocnění pacienta, nýbrž je k ní přistoupeno až v průběhu posledních měsíců či týdnů před koncem života.

Hlavním záměrem paliativní péče je, aby pacient mohl stále žít plnohodnotný život, na který byl zvyklý doposud. Má právo na to, aby si mohl splnit svá přání a potřeby, byť by to byly jeho jedny z posledních. Zároveň se obor zaměřuje na to, aby byl člověk v dobrém jak psychickém, tak i fyzickém stavu. Ideálně být vyrovnaný v souladu se svou diagnózou, čímž se rozumí uspokojení z obdržení odpovědí na své dotazy, a tak mít možnost ukonejšit duchovní, spirituální a psychickou stránku života. Z fyzického hlediska by pacient neměl neustále trpět na úkor bolestí či jiných potíží souvisejících s jeho onemocněním. (Kalvach, 2010; Veverková, 2019)

V nejlepším možném případě se nemocní nezabývají problémy do hloubky, ale udržují sociální vazby se svými blízkými a rodinou. Cílem tedy rozhodně není pacienty oddělovat od jejich nejbližších a nutně nabízet možnost například hospicové péče.

Poskytování kvalitní paliativní péče je řízeno multidisciplinárními paliativními týmy. Je nutno, aby byly zaopatřeny veškeré oblasti pacientových potřeb, proto je důležité, aby se v seskupení jednotlivých týmů nacházel zdravotnický personál ze všech složek zdravotnictví. Hlavními a nepostradatelnými složkami jsou lékař, zdravotnické sestry, psychoterapeut či psycholog a v některých případech i duchovní. Do těchto týmů můžeme zařadit ale i asistenty a dobrovolníky, kteří jsou především v mobilních jednotkách, kdy dojíždí za pacienty a pomáhají jim ve starání se o domácnost a o zvládnání všednodenní péče. (Kalvach, 2019; Sojka, 2022)

Zároveň je důležité, aby tito již zmínění pracovníci vzájemně spolupracovali a předávali si mezi sebou potřebné informace o pacientech. Dále je personál povinen komunikovat rovněž i s rodinou nebo blízkými pacienta, kdy jde především o to najít harmonii a správné postupy v rozhodování, tak aby nemocný nestrádal a byl spokojen.

Tato péče by se měla více zařadit do běžného chodu zdravotnické pomoci, jelikož je odpovědná za to, aby se takovým pacientům dostala péče, kterou potřebují, nikoliv standartní přednemocniční neodkladná péče či jen nemocniční péče. Protože je to právě ona, jež dbá hlavně na uspokojení potřeb pacientů, útlum bolestí a jiných vedlejších symptomů terminálních stavů (viz. symptomy). V této fázi onemocnění by neměl být dostačující pouze monitoring životních funkcí ani převoz do zdravotnického zařízení. Pacienti vyžadují spíše spirituální péči a ošetření, komunikaci a odpovědi na otázky, tzn. zcela jiný přístup který jim právě nabízí celá paliativní medicína, jež by se měla více zapojit do chodu zdravotnictví. Byla by i z ekonomického hlediska lepší volbou pro nevyлéčitelně nemocné, a fakultní a všeobecné nemocnice by nebyly natolik vyhledávané (pokud by nešlo o akutní ošetření). (Kalvach, 2019; Steinlauf, 2022)

Nárok na tuto péči má každý, kdo se nachází ve stádiu onemocnění, kdy je v blízké době očekáváno úmrtí nebo je již určeno, že člověk umírá a v těchto případech by měla být jednoduše dostupná.

Těmito pacienty jsou nejčastěji lidé s onkologickým onemocněním a jejich prognóza je snadněji časově odhadnutelná. Dále to jsou lidé s konečným stádiem nenádorových onemocnění, u kterých se jedná hlavně o orgánová selhání, například respirační, jaterní nebo srdeční. Zde se již časová prognóza udává hůře, jelikož jejich zhoršení stavu se může mnohdy stát reversibilním. Dále sem řadíme pacienty, kteří mají chronický stav nemoci a nedá se jejich stav žádným způsobem zlepšit, pouze se zhoršuje, zároveň ale nemoc lze příslušnou terapií zpomalit. Časový horizont trvání choroby a blížící se konec života člověka se dá v tomto případě jen obtížně odhadnout. Jedná se například o pacienty, kteří onemocněli AIDS, neurodegenerativní onemocnění, vyvinutá stádia demence. (Kalvach, 2010; Nováková, 2021)

### **3.1.1 Druhy paliativní péče**

Paliativní péče se rozděluje dle odbornosti na obecnou a specializovanou paliativní péči

#### **1. Obecná paliativní péče**

Jedná se o soubor odborné terapie pro pokročilé fáze onemocnění, kdy je péče poskytována odborným zdravotnickým personálem, který je vzdělaný ve svém oboru, nikoliv přímo v oboru paliativní medicíny. Obecná paliativní péče je prováděna v rutinních situacích v různých typech zdravotnických oddělení. Jejich záměrem je vypořádání stavu, ve kterém se klient nachází, s následnou pomocí a zkvalitnění života. Řadí se sem záležitosti typu zmírnění příznaků nemoci, administrativní potřeby, vcítění do nemocného, komunikace, úcta. (Veveřková, 2019; Sojka, 2022; Bužgová, 2015)

## 2. Specializovaná paliativní péče

Je již poskytována odborníky vzdělanými v oboru paliativní medicíny či léčbě bolesti, kdy náplní práce je správně zaopatřit komplexní paliativní péči. Tento druh péče je již úzce spjat i s pacientovou rodinou a blízkými. Do specializovaného okruhu poskytování péče se řadí domácí hospic, hospic jakožto oddělení lůžkového zařízení, specializované ambulance, stacionáře denního typu, speciální poradny či tísňové linky pomoci a v neposlední řadě také paliativní týmy konziliárního charakteru ve zdravotnických zařízeních. (Sojka, 2022; Veverková, 2019; Bužgová, 2015)

Pacienty v paliativním období, lze rozřadit pro pojetí jejich stavu a prognózy, která může nastat.

1. Kompenzovaná fáze onemocnění – Je typována na dobu přežití několik měsíců až let. Kdy cílem terapie je udržet pacienta ve stabilním a kompenzovaném stavu co nejdéle.
2. Nevratně progredující fáze onemocnění – Tato prognóza má délku několika týdnů někdy i let. Za cíl je udržovat a posouvat terapie tak, aby byl zachován plnohodnotný život.
3. Konečná fáze – V tomto období se odhadují pouze týdny, dny či hodiny života. Zde se pacientovi snažíme poskytnout co by si přál, zkvalitňuje se fáze umírání. (Sláma, 2011)

### 3.1.2 Symptomy

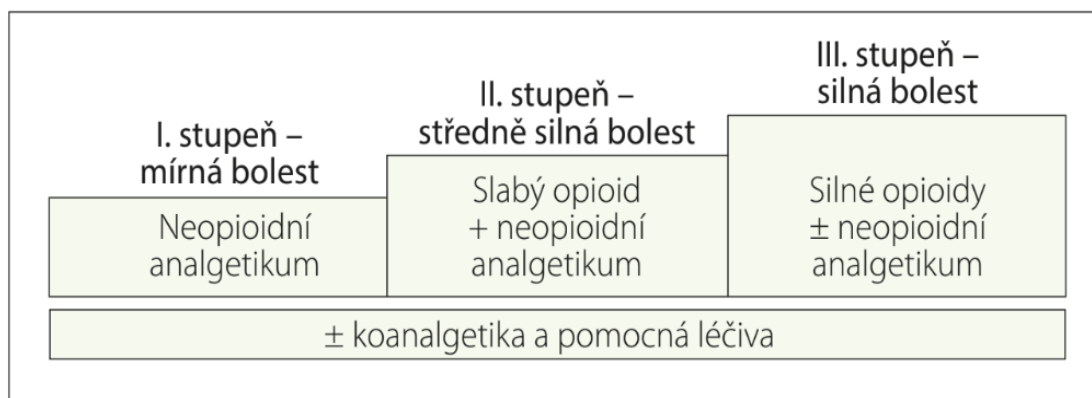
#### **Bolest**

Je jednou z nejčastějších subjektivních symptomů u onemocnění, kteréhokoliv charakteru. Bere se jako varovný stav, který poukazuje, že v lidském těle dochází k nějakému poškození. Řadí se i mezi obranné mechanismy lidského těla, kdy odráží předem vzniklé případně již vytvořené poruchy souborů buněk.

Bolest je prožívána jak fyzickou, tak psychickou stránkou organismu, přičemž ji dělíme nejen na akutní a chronickou, ale i a na dva další druhy. První z nich nazýváme nociceptivní, jenž označuje případ bolesti stimulující samotné nociceptory k reakci, které se podráždí termicky, mechanicky nebo chemicky. Tyto účinky následně vyvolávají buď zánětlivé projevy, anebo eventuelně přímo poškození. Nociceptivní bolestí je nejčastěji vyvolán charakter bolesti ostrý, pulzující či palčivý v jasně určité lokalizaci. Tato bolest je spojena především se soustavou muskuloskeletální, avšak i s útrobní, poněvadž nociceptory se nacházejí v blízkosti vnitřních orgánů v lidském těle. Jako typické příklady se mohou uvést stavy jakožto zlomeniny kostí, ischemická choroba srdeční, pankreatitida, degenerativní změny páteře. (Kalvach, 2010; Sojka, 2022)

Druhým typem se vyznačuje neuropatická bolest, to je taková bolest, která narušuje přímo jednotlivé neurony v nervech, v kořenech nervů nebo přímo v mozku. Typický příznak se udává zvýšená, avšak i snížená citlivost receptorů reagující na bolest tzv. práh bolesti, kdy člověk začíná vnímat bolest, avšak za normálních okolnostech by jí nepocítil. Příklad, kdy je možné se s takovou bolestí setkat je diabetes mellitus, u alkoholiků, při infiltraci tumoru či u cévní mozkové příhody apod. (Nováková, 2021; Kalvach, 2010)

U bolesti je důležité, zjistit jakou má intenzitu a jak dlouho trvá. Právě díky síle intenzity a trvání, se nejen v přednemocniční péči rozhoduje o druhu léků, který se může pacientovi podat. Dle WHO se léčiva na bolest dělí do třech stupňů.



Obrázek 1 žebříček analgezie dle WHO (<https://www.prolekare.cz>)

Do I. stupně se řadí farmaka typu Paracetamol, Novalgin, Metamizol či Diclofenac. Jsou to léky neopioidního charakteru, tudíž jsou podávány na lehké až středně silné bolesti. Často se užívají při nově vzniklých obtížích, a patří tak mezi první volbu výběru. (Kalvach, 2010; Sojka, 2022)

Ve druhém stupni škály dochází ke kombinaci neopioidních látek s lehce slabými opioidy, které se zabývají vážnější bolestí u pacienta. Jeden z příkladů je vhodný Kodein či Tramadol, kdy se jejich účinek zvyšuje v kombinaci s Paracetamolem. (Marková, 2021)

Mezi silné opioidy řadíme Morfin, Sufentanil, Fentanyl. U tohoto posledního stupně je nutné myslet na možnost vzniku vedlejších účinků, typu útlum dechového centra, které může být až život ohrožující. Proto je nutno brát v úvahu i to, zda je pacient v takovém stavu, aby byl schopen opioidy vstřebat bez následků. (Nakládal, 2015)

Při vyhodnocování během diagnostiky u pacientů v paliativní péči je důležité brát zřetel na případné psychické potíže, aby se předešlo jejich nárůstu či vytvoření nových komplikací dané nemoci. Anebo aby se neobjevily nové, případně očekávané, přidružené příznaky, poněvadž se od daných typů potíží odvíjí příslušná terapie.

Bolesti by se u těchto nemocných měly pozorovat a vyhodnocovat každý den. Z důvodu právě možné progresse či pacientova nepokoje. Hodnotit je možné díky



algické škále, kdy pacient uvede v rozhraní číselných hodnot od 0-10 jakou mírou bolesti právě trpí, dále i pomocí aspekce či palpáce. (Sojka, 2022; Nakládal, 2015)

V paliativním období je nutné podávat analgetika dle časového horizontu. Je nutné vědět v kolik hodin a jaký typ léčiva mu naposledy bylo podáno. Druhy opioidů se dají různě přizpůsobovat podle pacientova přání. Stále se klade důraz na přání nemocných, hrají tu roli situace různého typu. Například když si pacient bude přát, aby byl schopen jít ven se svými blízkými či být plně koncentrovaný na komunikaci, tak se mu podávají účinkem odpovídající analgetika, jež umožní plnou pacientovu schopnost prožívání dané situace. Naopak, pokud nepotřebuje být natolik aktivní, mohou se užít léčiva jiného, silnějšího, charakteru. (Sojka, 2022; Kalvach, 2010; Marková, 2021)

Hojně využívanými nefarmakologickými léčebnými postupy u terminálně nemocných jsou fyzioterapie, radioterapie, polohování u imobilních pacientů a psychoterapie, které taktéž pomáhají proti bolesti.

Do terapie se dále řadí podávání léčiv nesouvisející s daným onemocněním. Mají se na mysli farmaka typu antidepresiva, anxiolytika, kortikoidy. Která mají za cíl vylepšit psychický stav člověka, tudíž zkvalitnění jeho života. (Kalvach, 2010; Nakládal, 2015)

## **Dušnost**

Řadí se mezi další nejčastěji zastoupené symptomy v paliativní medicíně. Také patří mezi subjektivní problémy, kdy je charakterizovaná pocitem nedostatku vzduchu v těle kvůli zhoršenému dýchání. Dyspnoe se rozděluje na klidovou, námahovou a záchvatovou. (Marková, 2021)

Tzv. ortopnoickou polohu zaujímají pacienti v těžší fázi dušnosti, když hlavní dýchací svaly nezvládají pracovat, a tak musí zapojit právě díky této poloze i pomocné dýchací svaly, aby se jim ulevilo a mohli se lépe nadechnout. Stejně jako u bolesti může dušnost vzniknout z fyzického problému či psychického, a proto

je nutné u nemocných zjistit, co se děje v obou směrech. (Kalvach, 2010; Sojka, 2022)

Mezi nejvíce zastoupené příčiny v paliativní medicíně při vzniku dyspnoe patří selhání srdce, plicní embolie, zúžení průchodnosti dýchacích cest, pneumotorax či fluidotorax, stenóza jícnu nebo trachey z důvodů útlaku tumorem, dále i úzkostlivé stavy, stres či deprese. (Kalvach, 2010; Sojka, 2019)

V léčebném postupu nejde o docílení vysokých číselných hodnot neboli saturace krve kyslíkem pomocí pulzního oxymetru, avšak zejména vylepšit a zkvalitnit stav pacienta – předcházet diskomfortu. (Marková, 2021)

Farmakologickou léčbu těmito silnými analgetiky doktor či zdravotník může zahájit v případě, kdy si je jist, že nedojde ke vzniku vedlejších účinků, což by mohlo vést k výraznému zhoršení pacientova zdravotního stavu. Jedněmi z nejsilnějších analgetik jsou opioidy, bronchodilatancia a kortikosteroidy. (Kalvach 2019; Marková, 2021)

Jednou z variant, ke které se při léčbě dušnosti přistupuje, je oxygenoterapie. K tomuto typu léčby se pacient uchyluje, pokud jsou u něho zjištěny saturační hodnoty na hranici patologie. Zde jde vhodné vyzorovat, jestli stále přetrvává subjektivní dušnost nebo již byla naopak objektivně dokázána. Kdyby nemocný neměl být dle hodnot indikován k oxygenoterapii, může se mu i tak naordinovat na zlepšení jeho psychického stavu, anebo kvůli jeho blízkým a jejich pohledu na situaci. Není žádoucí fyzicky či psychicky zhoršovat stav pacienta a jeho okolí. (Kalvach, 2010; Sojka, 2022)

### **Nauzea a zvracení**

Pojmem nauzea se označuje nevolnost, jež je řazena mezi subjektivní vnímání, kdy člověk má špatný pocit v žaludku a tíhy v břiše, většinou doprovázejícím nutkáním na zvracením až do stavů, kdy je zvracení vyvoláno.

Tyto oba stavy patří mezi závažnější obtíže, jelikož způsobují celkové zhoršení stavu nemocného. Jakožto z psychického směru, kdy se objevuje napětí nebo úzkostlivé stavy, ale i z toho fyzického, kdy nastávají rozvraty v lidském těle. (Sojka, 2022; Marková, 2021)

1. Nauzea může být pro pacienta varovným signálem poukazující na vznik možné patologie v organismu. Rovněž se může projevit jako reakce na léky, které nemocnému nevyhovují.
2. Zvracení a špatný příjem potravy způsobené nauzeou mohou vést až k rozvratu vnitřního prostředí organismu, ale oba stavy se vyznačují jakožto samotné komplikace vzniklého problému, buď starého typu či nově vzniklého. Kupříkladu se dá uvést ileus, obstipace, nitrolební hypertenze, intoxikace. Je nezbytné vyzorovat a co nejdříve podrobně popsat problém lékaři či jinému zdravotnickému personálu. Vhodné je sdělit, o jaký typ vomitu se jedná, v jakém časovém intervalu přetrvává nebo v jaké intenzitě. Upozornit, zda jsou přítomny příměsi – zejména stopy krve apod. U zvracejících lidí je možný vznik závažných komplikujících stavů jakožto aspirace, dehydratace až přechod do statusu alkalózy. (Sojka, 2022; Marková, 2021)

Terapie nauzey a zvracení se volí podle příčiny jejich vzniku, dle těžkosti průběhu a délky trvání obtíží.

V nejčastějších případech se volí symptomatická léčba, ale i tak je nutné, aby se nemocný podrobil příslušným vyšetřením, které napomáhají vyloučit jeho závažné problémy. (Marková, 2021)

Při procesu léčby se nejprve musí zvolit nejlepší varianta medikace, která bude vhodná a účinná. Do antiemetik se řadí léčiva jako jsou Thiethylperazin, Haloperidol, blokátory protonové pumpy, antagonisté serotoninových receptorů, ale i anxiolytika. Dále jsou využívány postupy, kdy se pacientovi nasadí příslušná dieta či se zavede nasogastrická sonda. (Marková, 2021)

### 3.1.3 Složky a organizace péče

Paliativní péče zahrnuje komplexní starání se o nemocné lidi, přičemž napomáhá pacientům a jejich rodinám zvládat fyzické, psychologické, duchovní a sociální problémy, které jsou spojeny s terminálními stavy nemocných. (Kalvach, 2010)

Paliativní péče zahrnuje podpory, a to jsou:

1. Kontrola symptomatických projevů – Tato složka paliativní péče se zaměřuje na kontrolu fyzických příznaků, jako jsou bolest, nevolnost, zvracení, dehydratace, dušnost, úzkost a další příznaky, které jsou spojené s pokročilým onemocněním.
2. Psychologická podpora – Zde se jedná o poskytování pomoci pacientům a jejich rodinám, a také jak zvládat emoce a strach, které jsou spojené s koncovou fází onemocnění. Psychologická podpora zahrnuje podání a vysvětlení informací o diagnóze a poradenství v dané oblasti. V neposlední řadě také pomoc s procesem smířování se s blížící smrtí.
3. Sociální podpora – Cílem je pomoci pacientům a jejich rodinám při zvládnutí situací a hledání odpovědí na otázky, přičemž nejčastějšími jsou konkrétní péče o pacienta, zajištění finančních prostředků a další podstatné záležitosti.
4. Duchovní podpora – Dává nemocným duchovní podporu, která může zahrnovat poskytování náboženských služeb, duchovního poradenství, ale i pomoc s procesem smířování se s blížící se smrtí. (Kalvach, 2010)

Služby o pacienty v paliativní fázi zahrnují spolupráci a koordinaci multioborového týmu, kam se řadí lékaři, zdravotní sestry, duchovní a sociální pracovníci, psychoterapeutická podpora, pečovatelské služby, fyzioterapeuti, a jiné. Celá organizace by měla být přizpůsobitelná pacientovým potřebám. (Veveřková, 2019; Kalvach, 2010)

### 3.1.4 Eticko-filozofické východisko

Znamená to přístup k pacientovi, kdy je nutné se soustředit na otázky etického původu či morálních hodnot. Tímto přístupem se projevuje snaha o zachování důstojnosti, respektování jeho práv, autonomii, a to i v případech, kdy nemocný nemůže sám rozhodovat o svém životě.

V eticko-filozofickém přístupu se pracuje s danými základními zásadami. První je povinnost pomáhat pacientovi a snažit se zmírnit jeho trápení, zároveň je zde snaha o respektování práva nemocného a v poslední řadě je zde zásada o povinnosti nepoškozovat pacienta. (Kalvach, 2010)

Také je důležité poukázat na principy východiska, jakožto:

1. Respekt k pacientovi – Nemocný by měl chápat a cítit, že je respektován ze strany zdravotníků, ale i jeho rodiny. Že mu budou poskytnuta pravdivá fakta ke svobodnému rozhodování.
2. Nestrannost – Zdravotníci poskytující péči, by měli za každých okolností projevit nestrannost a neutralitu, aby se vyhnuli předsudkům a jiným názorům.
3. Důvěra – Je to klíčový princip, avšak nejhůře a nejdéle budovaný mezi lidmi. Pacient by si měl být jist do koho vkládá důvěru. Na druhé straně zdravotník by jeho důvěru neměl jen tak ztratit a všechny možné informace o nemocných uchovávat.
4. Kvalita péče – Měla by být poskytována taková péče, aby bylo pacientovo trápení snižováno.
5. Zodpovědnost – Je brána ve smyslu, kdy pečující přebírá veškerou odpovědnost za péči pacienta a chová se dle etických zásad. (Kalvach, 2010)

Je nutno poukázat i na stavy, které dojdou do fáze, kdy si člověk utrpením zkrátí život. V České republice jsou tyto vědomé ukončovací metody života nelegální.

### 3.1.5 Eutanazie

Skrývá ve svém názvu „krásnou smrt“, je to úmyslné ukončení života člověka, avšak za cílem zkrátit jeho utrpení. Existují různé formy eutanazie, kupříkladu aktivní, kdy je doktorem podána taková dávka léků, až je smrtící. Dále je pasivní eutanazie, při které je zastavena běžná terapie a pacient je v péči pouze paliativní medicíny. V poslední řadě se jedná o asistovanou sebevraždu, kdy lékař pacientovi zajistí dané prostředky, ale pacient si je již aplikuje sám. (Veverková, 2019; Ptáček, 2012)

V bioetice a medicíně se na toto téma stále diskutuje, jak už o etických ale i právních otázkách. Kritici říkají, že eutanazie porušuje lékařské zásady etiky a celkově respekt života, že bude docházet ke zneužívání této metody a situace se vymkne kontrole. Oproti tomu zastánci mají názor, že každý má právo na sebeurčení a že jsou případy, kdy použití eutanazie je humanitárnější, nežli neúčinná léčba a utrpení. (Veverková, 2019; Opová, 2013)

Je to vysoce kontroverzní téma a v každé zemi se k němu staví experti jinak. V některých státech je tato situace v pořádku a je legální, v jiných to mají naopak zákonem zakázané. (Veverková, 2019; Opová, 2013)

### 3.1.6 Typy terapie

1. Plná terapie se pacientovi poskytuje již od přijetí na nemocniční lůžko, je to první kategorie léčby, ke které se automaticky přistupuje. Jsou nemocnému poskytovány všechny možné druhy diagnostiky a léčebných postupů takových, jaké je dané zdravotnické zařízení schopno umožnit. Cílem je maximalizovat zkvalitnění a dobu žití, kdy je vytvořen individuální léčebný plán. (Veverková, 2019)
2. Nezahájení léčby je proces, k němuž se přistupuje v případě, kdy již není možný zvrátit stav onemocnění a ani zabránit smrti. Jelikož pacient nemá nasazenou žádnou léčbu, není ani možnost ho v poslední fázi nemoci

přijmout na oddělení intenzivní péče. Právě na oddělení intenzivní péče se umisťují především nemocní s možnými reverzibilními příčinami. (Kalvach, 2010),

3. Marná léčba je složitá na objektivní či přesné popsání, jelikož samotná „marnost“ pod sebou ukrývá význam, který si každý zdravotnický personál a lékař vyloží po svém. Touto terapií se nezahajují žádné léčivé postupy, jen setrvává pacientův stav, ve kterém se již nachází. Už v minulosti byla tato terapie vnímána každým lékařem jinak, protože každý zastává trochu jinou teorii. (Formáčková, 2014; Veverková, 2019)

### **3.1.7 Přejchod z kurativní léčby na paliativní léčbu**

Přejchod z kurativní na paliativní léčbu nastává v situaci, kdy určitá léčba ztrácí svou efektivitu a pro nemocného již není účinná. V tento moment se pozornost lékařů zaměřuje pouze na zlepšení kvality zbývajících života, kdy se zahajuje symptomatologická terapie, z důvodů zmírnění bolestí a jiných obtíží pacienta. (Veverková, 2019)

Čas na rozhovor o tomto tématu není nikdy správný, ale včasná komunikace dá alespoň nemocnému možnost reagovat a lépe se s novou situací vypořádat. Co nejdříve je důležité se dohodnout mezi pacientem a lékařem, aby se stanovil nový terapeutický postup tak, jak si člověk přeje. Výhodou je vést rozhovor v raných fázích, než je příliš pozdě, tj. předtím než se pacient dostane do terminálního stádia, kdy již není schopen samostatně rozhodovat. (Kalvach, 2010)

Několikrát nastávají i situace, kdy se přechod z kurativní léčby na paliativní zrychlí a změní během pár hodin. Jsou to právě momenty, kdy nastává zhoršení stavu a pacient je nucen volat zdravotnickou záchrannou službu. (Veverková 2019; Kalvach, 2019)

## 3.2 Institut „Do not resuscitate“

Osoby, které se rozhodnou pro volbu „do not resuscitate“ (dále jen DNR), sdělují zdravotnickému personálu své rozhodnutí, že v případě srdeční zástavy nebo zástavy dechu nechtějí podstoupit resuscitaci. Avšak si mohou zvolit, zda nesouhlasí s celkovou léčbou či jen s částí celé procedury. Toto téma se váže především k pacientům, kteří jsou hospitalizovaní a daný personál zařízení o tomto přání ví a respektuje ho. V přednemocniční péči je toto přání těžko k vyhodnocení, ještě hůře doložitelné. Pokud si záchranář či lékař v terénu není jist, že si daný pacient nepřeje kardiopulmonální masáž, tak v postupech pokračují lege artis a zahájí takovou léčbu, kterou by poskytli ve stejné chvíli každému. (Steinlauf, 2022)

Dříve o DNR rozhodoval pouze sám lékař, který určil, kdy se již při zástavě krevního oběhu nebude zahajovat neodkladná resuscitace. Postupem času se toto téma dostalo dál mezi populaci, k případům, které byly s jednoznačnou prognózou neslučitelné se životem. Anebo právě k pacientům s nevyléčitelným onemocněním. Ovšem pacient nemá oprávnění si sám takovýto postup napsat, musí mu ho jeho lékař schválit a řádně vysvětlit všechny okolnosti. (Bubláková, 2012)

V České republice stále nejsou právní předpisy ani úmluvy o „do not resuscitate“. Již existující právní úmluvy se o tomto institutu zmiňují pouze v obecném čtení, konkrétně či detailní rozebrání není. Prakticky se v žádném zdravotnickém zařízení neupravují předpisy pro personál, tudíž zdravotníci při rozhodování o respektování nezahájení resuscitace nemají podporu v podobě právní ochrany. (Vařeka, 2013)

### **Problematika DNR v praxi**

Zdravotničtí pracovníci toto přání naleznou ve zdravotnické dokumentaci daného pacienta. Personál tedy musí akceptovat co si dotyčný přeje a své chování



tomu podřídit. Není vhodné tuto myšlenku žádným způsobem rozmlouvat či vyvracet. Dále je klientovi poskytována taková ošetrovatelská péče jako ostatním. Není vhodné, aby člověk pocítil ztráty či nedostatky v dále probíhající terapii, kterou podstupuje. (Steinlauf, 2022)

Pacienty lze rozřadit do čtyř kategorií v poskytování léčby:

1. Léčba v plném rozsahu zahrnuje veškerá farmaka a při selhání orgánů je provedená resuscitace.
2. Terapie v plném rozsahu do doby, kdy nastává nefunkčnost orgánů. Obsahuje již DNR, ale pouze v případě, pokud se nejedná o zástavu orgánů ze špatně zvolených léčebných postupů.
3. Podávání nezbytných léčiv a diagnostických úkonů pacientovi, které jsou pro jeho stav důležité a nevyhnutelné. Součástí je DNR.
4. Buď již nerozšiřování terapie a jen je vedena pouze ošetrovatelská pomoc, anebo zcela vysazení léčby a podávání pouze analgosedace, infuzní terapie či dechová ventilace. (Bubláková, 2012)

### 3.3 Dříve vyslovené přání

Pod tímto termínem se ukrývá slovo naděje. Naděje toho, že si nemocní lidé starší 18 let mohou určit nebo alespoň nasměrovat cestu s terapií či bez ní tak, jak si přejí a jak chtějí, aby jejich závěrečná část života končila. Využívá se ve fázi, kdy nemocný již není schopen o sobě sám rozhodovat a musí tak za něj učinit jiní lidé, za účelem, aby stále byla zachována důstojnost pacientova života. Jak uvedl americký soudce Benjamin Cardozo roku 1914 „*Každá dospělá lidská bytost má právo určit, co se bude dít s jejím vlastním tělem*“. Tato celá věta je základním stavebním kamenem pro institut Dříve vysloveného přání. (Matějek, 2015; Veverková, 2019)

V minulosti již byl tento institut charakterizován zákonem č. 372/2011 Sb. O zdravotních službách, dnes ho nacházíme v nově upraveném zákoně č. 147/2016 Sb.

Je to velice individuální formulář, který se nedá jednoznačně sepsat ze subjektivního pohledu jednotlivce, jelikož každý člověk má jiné potřeby a přání. Kupříkladu můžeme uvést zákaz resuscitace, připojení na dialýzu, zavedení PEG sondy či přímo hospitalizace. (Matějek, 2015; Veverková, 2019)

Celý dokument by měl být napsán takovým stylem, kterému rozumí nejen sám pacient, ale i jeho rodina. Tímto můžeme říct, že dokument a úplný cíl Dříve vysloveného přání nemá být nápomocen pouze nemocnému, ale i jeho blízkým, rodině, a dokonce i zdravotníkům. Díky sepsání tohoto specifického přání se dá předejít různým nedorozuměním, překvapením či následným nepříjemným rozhovorům. (Matějek, 2015; Veverková, 2019)

Lékař, kterého si klient zvolí k tomu, aby s ním sepsal Dříve vyslovené přání, má několik úkolů. Mezi první úkol se řadí, čas na rozmyšlenou, který doktor poskytne v takovém intervalu, v němž ho pacient potřebuje. Během právě daného času by se měl nemocný zamyslet nad tím, co by si přál, a naopak, co pro něj není žádoucí. Zamyslet se nad extrémními situacemi, jež se mu zdají jako relevantní v péči a terapii, a naopak které mu přijdou irelevantní včetně odůvodnění v popisech určitých stavů. U času na promyšlení je jedna z výhod taková, že se člověk naučí lépe vnitřně uvažovat, může uskutečnit rozhovory s rodinou, lékařem, psychoterapeutem či jiným, pro něj důležitým člověkem. Zmíněné rozhovory s rodinou by měli dojít do fáze, kdy blízcí pochopí přání a veškeré důsledky vyplývající z rozhodnutí nemocného. (Matějek, 2015; Veverková, 2019)

Dalším úkolem lékaře je již samotný rozhovor s nemocným pacientem, kdy dochází k popisu celé jeho situace. Může taktéž proběhnout konzultace s rodinou či jinou blízkou osobou, ale pouze se souhlasem pacienta.

Kompletní průběh sepsání a podepsání dokumentu se musí odehrát za přítomnosti svědka a notáře, který poté udává jeho validitu. Dále je nutno vyhotovit kopii do rukou daného opatrovníka, a ten je povinen si ji ponechat. Na

vědomí se musí brát i to, že zdravotníci nemohou ve všech situacích vyhovět ve prospěch vysloveného přání, například když se jedná o stavy, které vypovídají o úmyslném ublížení až usmrcení pacienta nebo pokud by se jednalo o ohrožení jiných osob. Dále se přání nemůže vykonat, jestliže v akutní péči není důvěryhodně doloženo sepsané dříve vyslovené přání, v tomto případě se podává klasická péče k záchraně života jako u všech ostatních lidí. (Matějek, 2015; Veverková, 2019)

### **3.4 Zdravotnická zařízení pro terminálně nemocné pacienty**

#### **Hospic**

Jedná se o zařízení, která se starají a pomáhají pacientům, kteří jsou v paliativní péči. Tudiž hospicové cíle a poznatky vycházejí a součinní s účelem paliativní medicíny. Myšlenkou, kterou se hospicová péče řídí je taková, která se zastává smrti jako přirozeného procesu, přičemž je snaha o to, aby byla smrt zařazena do běžných životů. Samozřejmě nejprve je žádoucí o docílení této myšlenky v domácím prostředí, kdy je možné využívat mobilní hospicové týmy apod., ale jestliže si pacient přeje, anebo není možné, aby byl doma sám, je přesunut do příslušného zařízení. (Marková, 2021; Pospíšilová, 2019; Mořkovská, 2019)

Hospice nabízejí a dopřávají lidem bezbolestné prožití posledních chvil, žádné zbytečné prodlužování jejich trápení či naopak ubírání zbylé kvality. Je zde snaha o splnění pacientova přání, respektování jejich rozhodnutí a uspokojování jejich potřeb, tak aby byla zachována lidská důstojnost. Hospice tedy zajišťují poradenství i sociální péči. (Marková, 2021; Pospíšilová, 2019; Mořkovská, 2019)

S umístěním do hospicového zařízení musí pacient souhlasit a sám chtít, nelze ho tam umístit proti jeho vůli či bez jeho vědomí. Ovšem není dáno, že toto zařízení je poslední krok v životě nemocného. Je několik případů, ve kterých se

člověk natolik zlepšil, že se vracel zpět do svého domova. (Mořkovská, 2019; Marková, 2021)

Přednostně se do hospiců hospitalizují lidé, u kterých se očekává v blízké budoucnosti smrt, až poté se volná místa nabízejí pacientům s méně horším akutním stavem. (Marková, 2021; Mořkovská, 2019)

## **Historie hospice**

Své kořeny má hospic již ve Středověku, kdy se udávají první důkazy vzniklého hospice roku 1049, jehož zakladatelem byl Bernard z Menthonu v Alpách. Jedním z dalších průlomů byl vznik zařízení pro umírající pacienty, založen Mary Aikenheadovou, v roce 1905, s názvem Our Lady's Hospice v Dublinu. Historický zlom v této osvětě nastal ve 20. století, kdy se otevřela nemocnice téhož typu v Londýně, jehož hlavní opatrovnickou osobou byla doktorka Cicely Saunders. (Haškovcová, 2011; Pospíšilová, 2019)

Obecně ve světě nalezneme spoustu druhů a forem hospicové péče, avšak cíle a úmysly jsou jednotné. Samozřejmě vývoj poskytované péče je závislý na podmínkách daného státu, jeho právní i finanční situaci.

U nás v České republice se toto téma a péče o pacienty v posledních stádiích života rozšířilo až mnohem později nežli ve světě. Prvním pečovatelským zařízením pro péči o paliativní pacienty bylo založeno roku 1992, a to součástí nemocnice v Babicích nad Svitavou. Poté roku 1995 byl otevřen první hospic Anežky České v Červeném Kostelci. MUDr. Marie Svatošová je brána jako hlavní členka pro rozšíření hospicového hnutí s názvem *Ecce homo*. Nyní se u nás nachází asi 17 lůžkových hospiců, které jsou vedeny jako členy *Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče*. Dále existuje několik typů poskytovatelů tohoto typu péče ve formě mobilního hospice, dobrovolnické hospicové pomoci, konziliárních týmů či ambulantní pomoci pro pacienty. (Mořkovská, 2019; Brandová, 2017; Lipková, 2022)

## **Mobilní hospic**

*„Mobilní hospic nebo též domácí hospic je tým terénních pracovníků, kteří poskytují komplexní péči nevléčitelně nemocným pacientům a jejich rodinám, které se o ně doma starají.“ (Marková, 2021 str. 12)*

Hlavním úmyslem celého týmu je, aby nemocný člověk mohl co nejdéle zůstat v domácím prostředí. Je mu dána náležitá specializovaná pomoc vyhovující všem subjektivním přáním a požadavkům dotyčného. Zdravotnickí pracovníci mají za úkol pozorovat komplexní stav nemocného, adekvátně rozhodovat o postupech, správně komunikovat jak s nimi, tak s jejich rodinou. Na druhou stranu blízké pacienta zbytečně nezatěžovat, aby mu mohli být stále oporou. Tato služba je nabízena 24 hodin, a to celý týden. Tento typ služby je pro nemocného neefektivnější, avšak ne pro všechny. Existují případy, kdy pacient nemá stabilní domácí prostředí nebo odmítá být v takové péči. (Mořkovská, 2019; Marková, 2021)

Tým musí mezi sebou spolupracovat, respektovat vzájemné kompetence a vzdělání, nezasahovat si vzájemně do práce. Jedná se o pracovníky typu lékař, zdravotnická sestra, psycholog či psychoterapeut, sociální poradce, koordinátor dobrovolníků, ale i pastor.

Členové kolektivu mají povinnost také předcházet problémům týkající se etického kodexu. Mají za úkol dilematům předcházet, případně je časně řešit. Dilematům se rozumí, proč pacienti odstoupili z léčby, kterou doposud měli, anebo otázky týkající se dříve veslového přání či institutu DNR. (Sláma, 2011; Mořkovská 2019; Marková, 2021)

## **Dobrovolnická hospicová péče**

Sem jsou řazeni lidé, kteří chtějí pomáhat ostatním ve svém volném čase, aniž by byli za to placeni či jinak odměňováni. Dobrovolníci jsou velice dobře vybírání, zcela to není tak, že by se jím mohl stát každý, kdo projeví zájem. Musí

splnit určitá kritéria a po celou dobu na ně dohlíží koordinátor tomu určený. Nemohou provádět žádné úkony bez indikace či dozoru nad nimi. V multidisciplinárním týmu mají funkci pouze doplňující. (Lipková, 2022)

### **Stacionární hospicová péče**

Jedná se o denní docházení do stacionárního zařízení, tzn. klient přichází do daného zařízení ráno a odchází odpoledne či večer nazpět domů. Jeden z důvodů této služby je podávání léčebných infúzí, kontrola a řešení bolesti. Nebo také když pacient nechce trávit čas sám doma či odmítá o problémech hovořit s blízkými, tak mu je zde nabízena psychologická intervence. Další myšlenkou této služby je preventivní opatření. V pojetí, aby si rodina od nemocného odpočinula, nebo naopak nemocný od rodiny, předchází se tak rodinným neshodám a případným hádkám, které by měly negativní dopad na psychiku pacienta. (Mořkovská, 2019; Lipková, 2022)

### **Lůžková hospicová péče**

K této možnosti se nemocný přiklání, pokud není možná domácí či stacionární hospicová volba. Pacient tuto službu volí zcela dobrovolně a souhlasí s podmínkami pro přijetí. Pobyt zde bývá krátkodobý, avšak není dáno, že se nemocný již nenavrátil zpět do domácího prostředí. Dotyčného je možné sem hospitalizovat vícekrát, nemusí se bát, že po prvním propuštění ho podruhé již nepřijmou. Zda nemocný bude přijat na lůžko rozhoduje hospicový lékař na podkladě konzultace s ošetřujícím lékařem. (Mořkovská, 2019; Marková, 2021)

V tomto zařízení je pobyt snazší nežli v nemocnici, zde je možné, aby se o nemocného starala jeho rodina či blízké osoby. Je možné si zvolit vlastní denní program, hlavně aby to bylo vyhovující pacientovi. (Mořkovská, 2019; Marková, 2021)

Třemi velkými výhodami, které poskytuje hospicová péče lůžková jsou zejména:

1. Po celou dobu je přítomen kvalifikovaný zdravotnický personál, tudíž o případné zdravotní komplikaci je předcházeno, anebo je včasně řešena.
2. Prostředí je bezbariérové. Situované tak, aby si člověk nepřipadal, že se nachází v nemocničním prostředí, může se pohybovat po zařízení, jakkoliv si přeje. Pokud je to možné, není problém, aby hospic opustil na venkovní procházku.
3. Jsou přítomny pomůcky pro usnadnění pobytu – polohovací postele, zvedáky, cvičící náčiní či jiné doplňující a potřebné pomocné materiály. (Mořkovská, 2019; Marková, 2021)

### **Domov pro seniory**

Do domovů pro seniory jsou umisťováni lidé ve věku 65 let, u kterých se výrazně omezila soběstačnost a nachází se ve fázi, kdy mají snahu si dělat veškeré druhy práce sami, ale síly jim bohužel už nestačí. Typ tohoto zařízení se řadí do institucionální péče nabízející, ve většině případech, trvalé bydlení, včetně stravování. Ve všech domovech jsou zaopatřeny aktivity různého druhu, tudíž senior není nucen být pouze ve svém pokoji, ale stále má možnost se rozvíjet v činnostech, které rád vykonává. Do aktivit se řadí například biblické čtení a bohoslužba, divadelní či filmová kultura apod. (Šoralová, 2020; Brandová, 2017)

Nicméně personál i přes příjemné aktivity, musí s pacienty rehabilitovat ve formě různého typu cvičení, kvalitně odvádět ošetrovatelskou péči, ale i zastávat hospicovou péči ve fázi umírání pacienta. Pracovníci mají za úkol také hodnotit své klienty, přičemž je zajímá psychický stav člověka, jaké má potřeby a jak moc je soběstačný. Díky těmto poznatkům mohou vytvořit individuální plán každého seniora, kdy se dle plánu příslušnému klientovi nastaví vyhovující program. A to všechno za účelem zlepšení kvality života a uspokojování potřeb. (Šoralová, 2020; Brandová, 2017)

Terminálním pacientům v těchto domovech se nedostává taková léčba, jakou by měli mít, jelikož zde nepracují zdravotníci z oboru akutní či paliativní péče. Proto když u takových lidí nastanou komplikace, zhoršující jejich stav, jsou převezeni do nejbližší nemocnice k vyšetření, případně k hospitalizaci. (Šoralová, 2020; Matoušek, 2005; Zákon č. 108/2002)

### **Léčebny dlouhodobě nemocných**

Jsou to lůžka, nacházející se jako součástí nemocnic či zdravotnických zařízení. Jejich využití disponuje v doléčení a rehabilitaci s pacienty, nenacházejí se zde akutně nemocní lidé. Napomáhají k dosažení takového zdravotního stavu, aby lidé byli soběstační v osobním životě. (Ombudsman, 2017)

Pacienti terminálně nemocní mohou být umístěny na jiná různá oddělení v nemocnicích, vše záleží na zdravotním stavu, celkové prognóze a postupech v terapii. Nemocní lidé mohou být umístěni například na oddělení typu OCHRIP neboli oddělení chronické resuscitační a intenzivní péče. DIOP, tj. dlouhodobá intenzivní péče, anebo NIP, což znamená následná intenzivní péče.

### **3.5 Smrt a umírání**

Smrt a umírání je poněkud složité popsat pouze jednou definicí, jelikož mohou být vyjádřeny formou medicínskou, filozofickou, sociologickou, biologickou, psychologickou či teologickou. O smrti a umírání nám popisuje interdisciplinární vědní obor tzv. thanatologie, na toto téma je to věda nejúčinnější a nejnovější, která vznikla v 60. letech 20. století. (Veverková, 2019)

Smrt je jediná jistá věc v životě, o které víme že se stane a to, že si to dokážeme uvědomovat, bychom měli brát s výhodou pro nás samotné.

Je to část života, které se většina lidí chce vyhnout, nejenom fyzicky, ale i myšlením. V dnešní době se mezi lidmi toto téma velice dobře a chtěně opomíjí a v medicíně se bere smrt jako neúspěch. Lidé se tak smrti bojí, protože není



obecně toto téma rozebírané v pozitivním slova smyslu. Nevědí, co je čeká, bojí se umírání v bolestech nebo ztráty blízkých lidí v těžkém období. Většina lidí nechce zemřít a trávit poslední chvíle v nemocničním zařízení, poněvadž mají strach si říct o to, jak si přejí strávit zbývající momenty života. (Sojka, 2022)

Každý člověk může na informaci o smrti reagovat jinak, ale nejčastější reakcí je právě strach, je dáno že strach působí jako jeden z pudů sebezáchovy. Ovšem také záleží, zda jsou v rodinách náboženské tradice či nikoliv, výchova z předešlých generací má taktéž na proces umírání vliv. (Pospíšilová, 2019)

Dříve bylo na smrt pohlíženo jako na součást života. Hovořilo se o ní a poté když nastal daný čas lidé smrt přivítali a umírajícího připravili. Děly se různé rituály, při kterých se alespoň lidé mohli důstojně se zemřelým rozloučit a on s nimi. (Snozová, 2016)

### **3.5.1 Druhy smrti**

#### **Mozková smrt**

Jedná se o ireverzibilní poruchu mozku a ztrátu veškerých jeho funkcí, včetně mozkového kmene bez ohledu na přetrvávající funkci kardiovaskulárního systému a jiných orgánových systémů. (Zvoníček, 2020)

Dle zákona č. 44/2013 Sb., o transplantaci orgánů a dle lege artis by měl být pacient s mozkovou smrtí zahrnut k dárcovství orgánů, ovšem za případu, že pacient během života neuvede nesouhlas s odběrem orgánů a tkání po své smrti v registru či vysloví nesouhlas, ale ve zdravotnickém zařízení před lékařem a svědkem. Odběr orgánů je závislý na zdravotním stavu pacienta, kontraindikacemi jsou infekční onemocnění, nádorová onemocnění nebo nedostatečná funkce daného orgánu. (Veverková, 2019)

Pro životnost orgánů je důležité, aby byl zajištěn dostatečný oběh řízenou ventilací a stabilita vnitřního prostředí. (Zvoníček, 2020)

## **Klinická smrt**

Tento typ smrti se vymezuje stavem zátavy dechu a srdeční činnosti. Tento stav je možné zvrátit včasnou a úspěšnou kardiopulmonální resuscitací. Pacienti po prožití klinické smrti udávají vidiny kognitivních, citových či nadpřirozených jevů. (Veverková, 2019)

## **Sociální smrt**

Pro sociální smrt existují dva typy definic, avšak od sebe odlišné. První definice se týká tzv. coma vigile což je stav, při kterém došlo k částečnému úmrtí vyšších částí mozku. Pacient je schopen sám dýchat, ale má hluboce narušeny až zničeny funkce komunikační a rozumové. V dnešní době jsou používány termíny perzistentní vegetativní stav a permanentní vegetativní stav místo předchozího termínu coma vigile. Kdy perzistentní vegetativní stav vyjadřuje dobu u netraumatického poškození od překlenutí akutního stádia do 3 měsíců, u traumatického poškození se jedná do doby 12 měsíců. Permanentní vegetativní stav jde o dobu po uplynutí perzistentního vegetativního stavu. (Veverková, 2019)

Druhá definice sociální smrti poukazuje, že tento stav je vyvolán celou řadou faktorů. Cesta k tomuto stavu je urychlena například samotnou diagnózou nemoci, nepochopení přání a požadavků člověka, nedostatek komunikace, pocit izolovanosti od svých příbuzných nebo snížení fyzické zdatnosti. (Čajková, 2014)

## **Zdánlivá smrt**

Lat. vita minima je stav, kdy jsou životní funkce omezeny na minimum možné aktivity. Mozková aktivita nemusí být ani zachycena na kontrolním vyšetření pomocí EEG či EKG. (Veverková, 2019)

### **3.5.2 Model umírání**

#### **Domácí model**

Nazývá se i jako ritualizovaný model umírání, v minulosti lidé umírali doma v kruhu rodinném, skutečnosti okolo smrti a umírání jim nebyli cizí. Naopak vytvářeli pro své blízké rituály, aby mohli zemřít s klidem a mírem. Umírající člověk měl i možnost urovnat spory nevyřešené, rozdělit majetek, vyzpovídat se a důstojně se rozloučit se svým okolím. Zkušenosti s rituály se dědili z generace na generaci, tudíž všichni členové rodiny věděli, jak se o umírajícího postarat. (Veveřková, 2019; Kübler-Rossová, 2015)

#### **Institucionální model**

Postupem času se lidé naučili, že smrt a umírání by bylo lepší přemístit do institucí, do domovů pro seniory či do jiných zdravotnických zařízení. Výhodou těchto zařízení bylo, že jedinec zde měl teplo, čistou postel, bylo o něj ze zdravotnického pohledu postaráno, ale velkou nevýhodou, že člověk umíral sám, izolovaný od okolí i od svých příbuzných. (Pospíšilová, 2019)

Tento stav přetrvává do dnes, členové rodin se domnívají, že v nemocničním zařízení se o nemocného postarají lépe a déle. Hraje zde velkou roli to, že lidé, kteří se nesetkali za svůj život s umírajícím tak nevědí, jak s ním komunikovat, jak se chovat, a proto ho raději nechají profesionálům. Jen okolo 20 % nemocných lidí umírá v domácím prostředí v blízkosti svých rodin a milovaných. (Snozová, 2016)

### **3.5.3 Fáze umírání**

#### **Fáze pre finem**

Pre finem období začíná v momentu, kdy je pacientovi oznámena informace, že jeho zdravotní stav je natolik závažný, že není slučitelný se životem a je ukončen nástupem stádia terminálního. Tato fáze má různě dlouhé časové trvání,

může trvat několik dní, týdnů, ale i let. V této fázi je velice důležitá psychická podpora nemocného od rodinných příslušníků a jeho blízkých, ale samozřejmě i od zdravotníků, poněvadž se pacient dostává do různě těžkých životních situací, které musí sám vyřešit. Toto období v podstatě mění pacientovi život, jelikož může přijít o své zaměstnání, o své kamarády, kteří neunesou tíhu onemocnění, je možná i finanční krize z důvodu velkých výdajů za léky, a proto by měla být pacientům alespoň nabídnuta pomoc psychologická kromě standartní lékařské, protože může nastat dříve smrt psychická a sociální před samotnou fyzickou smrtí. (Veverková, 2019)

Většina pacientů potřebuje svůj celý stav s někým prokonzultovat, rozebrat a tuto konfrontaci je nutné jim poskytnout, aby si mohli určit své cíle a řešení jejich momentální situace. (Kübler-Rossová, 2015)

### **Fáze in finem**

Pro tuto fázi se používá lékařský pojem terminální stav, který se definuje jako samotné umírání, při kterém dochází k selhávání jednotlivých životně důležitých funkcí. (Haškovcová, 2015)

Terminální péče je péče v období, kdy neočekáváme žádné zlepšení celkového stavu. V péči o umírajícího hrají roli typy problémů, které pacient prožívá. Kdy člověk může umírat několik minut, například při ruptuře aneurysmatu, několik hodin, při sepsi, nebo několik dní. Lidé, které ohrožuje smrt během minut či hodin jsou směřováni do rukou intenzivní medicíny, za to pacienti, kteří umírají několik dnů s nevyléčitelným onemocněním jsou směřováni odborníkům ve specializaci paliativní péče. (Veverková, 2019)

Nejčastějšími symptomy a problémy terminálně nemocných jsou bolest, poruchy spánku, problémy s dýcháním, dušnost, nauzea, halucinace a celkový neklid. Dále narůstá únava a celková slabost, mizí chuť k jídlu i pocit žízně, s tím souvisí zástava vylučování moči, tj. anurie. Postupem času vyhasínají i důležité

nervové reflexy, nastávají změny vědomí a řeči. Na pohled v obličeji nastává tzv. Hippokratova tvář, oči zapadlé, končetiny chladné a kůže na těle je mramorovaná. Umírající vyžaduje upřímnost a kontakt, lidské doteky a očekává, že nebude trpět bolestmi ani trpět o samotě. (Kübler-Rossová, 2015)

### **Fáze post finem**

Tato fáze nastává ihned po úmrtí pacienta. Poslední období zahrnuje péči o tělo zemřelého, konstatování smrti a péči o pozůstalé. (Kübler-Rossová, 2015)

Jedině lékař může prohlásit člověka za mrtvého, tento fakt se odůvodní jasnými znaky, jako je posmrtná ztuhlost, posmrtné skvrny či posmrtný rozklad. (Veverková, 2019)

Jestliže nejsou přítomny jasné znaky, mohou se provést vyšetření typu EEG, EKG nebo angiografické vyšetření. Jakmile je smrt pacienta potvrzena, provádí lékař tzv. ohlední a zdravotní sestra zahajuje péči o zemřelého. První z věcí je kontaktování rodiny, poté se tělo identifikuje, srovná se do vodorovné polohy a provede se hygiena. (Veverková, 2019)

Nedílnou součástí je informovanost rodiny o všem, co si budou přát slyšet a vědět. Úmrtí je pro blízké krizové období, které je doprovázené negativními citovými prožitky. Lidé prožívají smutek, lítost, úzkost, ale i zoufalství. Proto je nutné s nimi jednat v klidu, bez spěchu a na veškeré otázky jim odpovědět, v rámci odborných kompetencí. (Veverková, 2019)

### **3.5.4 Fáze umírání podle Elisabeth Kübler-Rossové**

#### **1. První fáze – šok, popření**

První věty dotyčného jsou typu „To je omyl, já nemůžu být nemocný. Tohle se mě netýká. Určitě jste si to spletli s někým jiným.“, je v šoku, nechce přijmout fakt, že nemocí onemocněl právě on. Za žádných okolností si smrt nechce připustit. Elisabeth Kübler – Rossová udává, že impulzivní a nekontrolovatelné

chování pomáhá pacientovi k lepšímu vstřebání skutečnosti. Takové chování je jeden z obranných reflexů těla. (Kübler-Rossová, 2015)

## 2. Druhá fáze – hněv, zloba

Otázka „Proč já?“ je typickou pro tuto fázi hněvu. Nemocný projevuje hlavně hněv a zlost na vše, a zejména na všechny lidi kolem sebe. Ve zdravotnických zařízeních svůj hněv nemocní přenáší na zdravotnický personál. Personál musí brát na toto chování zřetel a přistupovat s nadhledem k dané situaci. (Veverková, 2019)

## 3. Třetí fáze – smlouvání

V této fázi si je člověk vědom svého onemocnění a oproti druhé fázi, kdy se zlobil, tak se v této fázi obrací smlouváním nejčastěji s Bohem nebo se zdravotníky a žádají o odklad své smrti. Vyhledávají různé alternativy k vyléčení své nemoci a jsou ochotni cokoliv za nemoc vyměnit. (Kübler-Rossová, 2015)

## 4. Čtvrtá fáze – deprese, zoufalství

Ve čtvrté fázi pacient ztrácí nejenom fyzické zdraví, ale i sociální život a svou funkci. Nemůže se vrátit do svého zaměstnání, ztrácí lidi kolem sebe. Člověk už tak začíná přemýšlet nad trvalým odchodem a začíná sepisovat závěť. (Veverková, 2019)

## 5. Pátá fáze – smíření se

Pacienti v poslední fázi umírání jsou již smíření se svou situací. Už nebojují proti onemocnění, na nikoho se nezlobí, jsou ovšem zesláblí z bolestí. Umírající nemá potřebu vnímat verbální komunikaci, oproti tomu doteky a gesta vnímá mnohem více a raději. Je zapotřebí, aby se cítil umírající v bezpečí a byl ujištěn, že v té nejtěžší chvíli není sám. Ovšem do této fáze se nedostávají všichni lidé, někteří bojují a chtějí smrt zvrátit až do úplného konce. (Kübler-Rossová, 2015)

### 3.6 Terminální stádium

Terminální fáze je období neúprosného a nevratného poklesu funkčního stavu před smrtí. Dochází k patologickým změnám v organismu, které jsou natolik nevratné, až léčba, jež byla zvolena na příslušné onemocnění, se stala neúčinnou. V tomto období dochází ze dne na den ke zhoršování celkového stavu, hlavně úbytek síly, chuti k jídlu a uvědomění všech skutečností. Tyto problémy se mohou projevovat jako náhlé změny klinického stavu pacienta vyžadující naléhavou přednemocniční neodkladnou péči. V častých případech jsou ovšem předvídatelné a odrážejí poslední společnou cestu několika progresivních onemocnění. (Watson, 2019)

Terapie týkající se této problematiky stojí především na udržování kvalitního psychického stavu nemocného, aby byl plně v komfortu a byly uspokojeny jeho základní potřeby. Pro důstojné umírání mu je tak nabízena symptomatická léčba či terminální sedace, jakožto léčba s vyšším zklidňujícím efektem. (Watson, 2019; Vokurka, 2022)

#### **Paliativní sedace (PS)**

Tato metoda je charakteristická pro navození útlumu nemocného pomocí farmakologických přípravků, za cílem zajištění klidného chování a zmírnění vedlejších účinků ve fázi umírání. Sedace je zvolena individuálně podle stavu pacienta a jeho potřeb. V některých případech se přistupuje do fáze navození až komatózních stavů.

Jedna z možných variant je například nepřerušovaná aplikace Midazolamu v dávkách 10-200 mg/ 24 h s. c., i. v., současně je možná kombinace s Morfinem v podání 10–100 mg/ 24 h s. c., i. v. a to dle síly potíží. V případech zhoršujících se stavů v domácí péči se dále volí Fenobarbital, která je v první dávce 200 mg i. v., poté kontinuálně 900–1600 mg / 24 h s. c. v infuzi. (Vokurka, 2022)

PS musí být konzultována přímo s nemocným, s jeho blízkými i se specializovanými zdravotníky. Zejména toto téma má v kompetenci řešit konziliární paliativní tým. Je zapotřebí zhodnotit pacientův stav, zda bude sedace pro něj vhodná a jestli přinese více užitku nežli komplikací. Při rozhodování o sedaci, je nezbytné mít na mysli to, že se volí až v krajních možnostech. (Vokurka, 2022)

Onemocnění, o kterých lze hovořit jakožto o nevléčitelných chorobách nejsou pouze onkologické případy či metastatické procesy. Spadá sem spektrum dědičných chorob, ať už metabolických, orgánových dysfunkcí, anebo vrozených vad.

Příklady takových nemocí: infekce HIV, hepatitida B či C, Parkinsonova nemoc, Alzheimerova choroba, diabetes mellitus, roztroušená skleróza, orgánová selhání – jaterní, srdeční či ledvinné, v poslední řadě nádorové onemocnění jako je glioblastom nebo maligní melanom. (Stěpanov, 2021)

### **3.6.1 Stádia nevléčitelné nemoci**

1. **Kontrolované stádium (kompenzace)** – Tato fáze může trvat měsíce či roky, během kterých je aplikována léčba kauzální v kombinaci s léčbou symptomatologickou, v krizových situacích se schvaluje ještě terapie resuscitační.
2. **Stádium zlomu (dekompenzace)** – Je trvajícím v řádech týdnů maximálně měsíců. Stav pacienta se již začíná zhoršovat natolik, že kauzální léčba není nápomocna. Někteří pacienti zareagují na případnou akutní terapii, oproti tomu tu jsou nemocní, kterým akutní léčba neprospěje a umírají v následujících dnech. Doporučena případná resuscitace je dle uvážení lékaře, po zvážení zdravotního stavu daného pacienta.
3. **Terminální stádium (umírání)** – Časové rozhraní se pohybuje mezi několika dny až týdny. Tento stav je již ireversibilní, kdy je nabízena léčba symptomatická a resuscitace není indikovaná. (Pospíšilová, 2019; Sláma, 2011)



### 3.6.2 Klinické projevy terminálního stádia

Umírání u nevléčitelného onemocnění má několik fází a dle nich se odvíjející časový horizont. Právě v postupném vyvíjení se zdravotního stavu je možné pozorovat několik faktorů, které jsou jasnými známkami toho, že pacient umírá.

1. Únava a celková slabost, prodlužuje se spánkový deficit a člověk začíná být závislý na pomoci druhých
2. Neklid, vznik halucinací, vymizení vnímání okolí
3. Neschopnost požití jídla, zvracení, dysfagie
4. Poruchy dechu – na příklad Kussmaulovo dýchání, Cheyneovo-Stokesovo dýchání, apnoické pauzy, bradypnoe
5. Poruchy močového vylučování, může vzniknout až anurie
6. Poruchy prokrvování – studené akrální části těla, mramorový vzhled kůže
7. Facies Hippocratica = propadlé tváře s vystupujícími lícními kostmi a zašpičatění nosu

(Vokurka, 2022; Sojka, 2022)

### 3.6.3 Komunikace s nemocným

Jestliže se pacient dostane do fáze terminálního onemocnění, je zapotřebí zvýšit psychickou podporu. Je nezbytné, aby s ním byla vedena empatická, zároveň upřímná komunikace. Při které je nezbytné, aby dostával od zdravotnických pracovníků a také od svých blízkých odpovědi na otázky, které na danou problematiku on sám má. (Kabelka, 2020)

## 3.7 Kompetence zdravotnického záchranáře

Pojem kompetence znamená kvalifikace jedince, v tomto případě zdravotnického záchranáře, vykonávat efektivně dle daných postupů svou práci v takovém rozsahu, ve kterém má vzdělání, dovednosti, schopnosti a jedná eticky a zákonu správně.

Veškeré kompetence a úkony jsou sepsány ve staré vyhlášce č. 55/2011, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, přesně uvedeno v § č. 17. Nyní se zdravotničtí pracovníci řídí novelizovanou vyhláškou č. 391/2017, ze dne 16. 11. 2017. Tím se vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků mění, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb. (Vyhláška č. 391/2017 Sb.)

Jelikož zdravotnický záchranář spadá mezi zdravotnické pracovníky nikoli do lékařských oborů, není schopen všechny úkony provést sám, anebo bez indikace lékaře. Činnosti, které může zvládnout bez určení doktora či bez odborného dohledu jsou přímo definované.

Veškeré kompetence zdravotnický záchranář využívá zejména v neodkladné přednemocniční péči, na urgentním příjmu, na lůžkovém oddělení typu akutní péče. (Vyhláška č. 391/2017 Sb.)

### **3.7.1 Kompetence pracovníka se specializovanou způsobilostí**

Bez kontroly odborného pracovníka, anebo bez doporučení lékaře mu je umožněno:

Poskytovat takovou péči, která je plněna v souhře právních předpisů a daných postupů. Zapisovat do zdravotnické dokumentace a pracovat s informačním systémem daného zdravotnického zařízení. Starat se v hygienicko-epidemiologických podmínkách, které jsou dané a v souladu s ochranou veřejného zdraví. Podávat informace a poznatky nemocným, ale pouze v míře své právní odborné způsobilosti. Může provádět opatření během vzniklých následků krizové situace či mimořádné události. Dále uvedeno v §3. (Vyhláška č. 55/2011 Sb.)

### 3.7.2 Činnosti zdravotnického záchranáře bez odborného dohledu či bez indikace lékaře

Podle § 17 zdravotnický záchranář může a má pravomoc k výkonům jakožto:

Přebírat, kontrolovat a manipulovat se zdravotnickými prostředky včetně prádla, veškerou jejich sterilitu a dostatečné množství. Ukládat, sledovat a zajišťovat zásoby farmakologických přípravků. Dalším bodem je monitorace, sledování a hodnocení životně důležitých funkcí u pacienta, ale i jiných tělesných parametrů. Snímat elektrokardiografický záznam a jeho hodnocení, případně vzniklého patologického nálezu srdečního rytmu. Ošetřovat rány, včetně zastavení krvácení. Provádět diferenciální diagnostiku, rizikové faktory a předběžně určit diagnózu pacienta. Kompetence zahrnují zahájení kardiopulmonální resuscitace za pomoci ručního křísícího vaku a defibrilačního zařízení, který se použije po vyhotovení snímku elektrokardiogramu. Také je možné přijímat tísňové výzvy, kdy v rámci závažnosti stavu nemocného a stupně naléhavosti ji vyhodnotí. Zdravotničtí záchranáři mohou uskutečnit telefonicky asistovanou neodkladnou resuscitaci, či jiný druh první pomoc a poskytovat rady, jak v dané situaci volaný má postupovat. V terénu mají možnost zajišťovat vstupy do cévního řečiště za pomoci periferní žilní kanyly, anebo intraoseálního přístupu. Těmito vstupy je možné zavádět krystaloidní roztoky, při ověření stavu hypoglykémie podat roztoky s glukózou. Zjištění a udržování kyslíkové či inhalační terapie. Dále v přednemocniční neodkladné péči mohou poskytovat vyprošťovací práce, bezpečně stabilizovat a imobilizovat postižené, následně provést šetrný transport do zdravotnického zařízení. V případě vzniklého překotného porodu mohou provést neodkladné postupy a provést první ošetření o novorozence. V neposlední řadě mají pravomoci k obsluhování a řízení dopravních prostředků v silničním provozu, a to i v nepříznivých podmínkách za použití výstražných světel a zvukových zařízení. Jakožto složkou integrovaného záchranného systému jsou způsobilí k řešení vzniklých následků

mimořádných událostí, a to při pracích záchranných a likvidačních. Taktéž je v kompetencích uvedeno provádět a hodnotit laboratorní vyšetření potřebná pro neodkladnou pomoc. Případně zajištění péče o zemřelé tělo. (Vyhláška č. 55/2011 Sb.)

### **3.7.3 Kompetence zdravotnického záchranáře bez odborného dohledu na základě indikace lékaře**

Dále podle §17 odstavce 2 vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, zdravotničtí záchranáři bez odborného dohledu na indikaci lékaře mohou vykonávat diagnostické a léčebné postupy, a to aplikovat farmakologické přípravky, počítaje krevní deriváty. Zajišťovat průchodnost dýchacích cest specifickými prostředky, zahajovat kyslíkovou a inhalační terapii, nastavit přístrojovou umělou plicní ventilaci s předem určenými parametry a nadále pečovat o dýchací cesty připojené na plicní ventilaci. Provádět asistenci během transfuzních přípravků, s následnou péčí během aplikace a poté ji ukončit. Provést katetrizace močového měchýře u žen a nezletilých dívek, starší 3 let. V poslední řadě odebírat biologické látky na specifická vyšetření. (Vyhláška č. 55/2011 Sb.)

## 4 METODIKA

Praktická část této bakalářské práce byla provedena formou kvalitativního výzkumu. K získání dat byla použita metodologie případové studie s využitím pozorování. (Hendl, 2005) Všechna data byla sbírána a pozorována během individuálních odborných praxí v průběhu třetího ročníku studia na zdravotnických záchranných službách. Sběr dat probíhal při jednotlivých výjezdech, kdy zdravotnické posádky vyjížděly k pacientům s nevyléčitelným onemocněním. Během výjezdu byly stanoveny a hodnoceny posádky zdravotnických záchranných služeb v rámci zúčastněného (participativního) pozorování v kvalitativním výzkumu. Součástí provedeného pozorování byla analýza dokumentace výjezdových skupin, z níž byly získány hlavní diagnózy pacientů.

Předem byla stanovena kritéria, jež byla zaznamenávána do vytvořené tabulky v Microsoft Word. Mezi definovaná kritéria patřila: věk pacienta, primární diagnóza, stupeň naléhavosti výjezdu, typ výjezdové skupiny, zdůvodnění výjezdu, směrování pacienta po ošetření, přítomnost terminálního stádia nemoci, nabídka paliativní péče a zapojení paliativních odborníků do péče u pacienta. Dále byla provedena komparace jednotlivých kritérií mezi sebou a grafické vyjádření některých pozorovaných údajů z případů s následným popsáním.

## 5 VÝSLEDKY

### 5.1 První výjezd

Tabulka 1 kritéria výjezdu č. 1

Věk pacienta	1940
Primární diagnóza	Karcinom slinivky břišní
Stupeň naléhavosti	3
Výjezdová skupina	RZP
Zdůvodnění výjezdu	Fraktura DK
Směrování pacienta po ošetření	Urgentní příjem
Jednalo se již o terminální stádium nemoci?	Ne
Byla již nabídnuta paliativní péče?	Ano
Je již v péči paliativních odborníků?	Ne

**Přijatá výzva:** Informace byly podávány na zdravotnické operační středisko manželem pacientky. Udává, že jeho manželka je v terminálním stádiu onemocnění, chtěla si dojit na toaletu, ale při cestě upadla a stěžuje si na bolest.

Při příjezdu posádky rychlé zdravotnické pomoci (dále jen RZP) na místo se pacientka, ročník 1940, nacházela v domácím prostředí, v chatové osadě. Ležící

ženu nacházela posádka v obývacím pokoji na polohovací posteli, kam ji po pádu přemístil její manžel. Pacientka se záchranáři aktivně komunikovala, přičemž si stěžovala pouze na bolest pravé dolní končetiny (dále jen DK). Žena si celou událost ohledně pádu dobře pamatovala, do hlavy se neudeřila, jen stále udávala bolest v pravé DK v oblasti stehna. Dále byla pacientka vyšetřena na místě pomocí algoritmu ABCDE. Byly změřené veškeré vitální funkce a nasazena vakuová dlaha na dolní končetinu, aby se předešlo jiným nežádoucím komplikacím, a zároveň byla schopna pomoci s lepší a šetrnější manipulací. Poté byla žena naložena na nosítka a transportována do sanitního vozu. Ve vozidle jí byla zavedena periferní žilní kanyla (dále jen PŽK) a podána analgesie z neopioidní řady léčiv. Nakonec byla převezena do fakultní nemocnice, kde se provedla další potřebná vyšetření a ošetření.

Pacientka byla v péči svého manžela, kdy se o ní velice ochotně staral, protože neměla dostatek finančních prostředků, aby si mohla dovolit specializovaného zdravotníka či ošetřovatelku. Záchranáři byly před odjezdem z místa poskytnuty veškeré starší lékařské zprávy pacientky, jež její manžel poctivě doma zakládal. Následně tedy mohl zdravotník předat tyto dokumenty v nemocnici, kam byla žena převezena. A tak byla zajištěna i kompletní informovanost lékařů v příslušném zdravotnickém zařízení.

Klientce byla nabídnuta domácí zdravotnická péče nebo možnost umístění do hospice, avšak její muž prozatím odmítl obě varianty. Mít ženu v domácí péči a starat se o ni, mu vyhovovalo a z pohledu záchranářů to i velice dobře zvládal. Uvedl, že mu v případech nouze pomáhají i příbuzní, a tudíž o služby, jež poskytují zdravotnickou pomoc, nemají zatím s manželkou zájem.

## 5.2 Druhý výjezd

Tabulka 2 kritéria výjezdu č. 2

Věk pacienta	1949
Primární diagnóza	Karcinom jater
Stupeň naléhavosti	3
Výjezdová skupina	RZP
Zdůvodnění výjezdu	Zhoršení stavu
Směrování pacienta po ošetření	Interní klinika
Jednalo se již o terminální stádium nemoci?	Ano
Byla již nabídnuta paliativní péče?	Ano
Je již v péči paliativních odborníků?	Ne

**Přijatá výzva:** V dopoledních hodinách proběhlo volání z druhé ruky, kdy manželka hlásí náhlé zhoršení stavu, které setrvává od téže noci. Udává že její muž, ročník 1949, se v noci rapidně zhoršil v celkovém stavu, v komunikaci, myšlení, mobilizaci.

RZP posádka přijíždí k rodinnému domu, kde už u hlavní brány na ně čeká lehce hysterická manželka. Kdy paní vystrašeně popisuje celou událost slovy, že její manžel včera během dne chodil s pomocí chodítka, došel si sám na toaletu,



posadil se, také i něco snědl, povídali s o běžných situacích. Vše v naprosto normálním režimu, až doposud. Podle jejích slov od noci muž nedělá ani jednu z těchto činností. Paní udává, že bohužel není schopna manželovi pomoci, jelikož není v dostatečně dobré fyzické kondici, aby ho například dokázala zvednout a pomoci mu v základních denních činnostech.

Pacient při příchodu posádky jen ležel v polohovací posteli, nebyl schopen komunikace a byl apatický. Tudíž veškeré potřebné informace o stavu muže museli být zjištěny od jeho ženy. Na pohled měl pacient v obličeji bledou barvu kůže, v posteli byl pouze lehce mobilní, avšak nebyl natolik mobilní, aby byl schopen se sám například na lůžku posadit či jen dát obě dolní končetiny do extenčního postavení. U pána bylo provedeno vyšetření dle algoritmu ABCDE, také byly změřeny vitální funkce pomocí monitoru.

Záchranářka komunikovala s ženou opatrně, pomalu a klidným hlasem, s cílem, aby se paní uklidnila. Žena byla již po psychické, avšak i po fyzické stránce zhroucená, jelikož byla na manžela a na celý dům sama. Popisovala, že jeho syn rozhoduje a určuje, co s manželem bude a kam bude převezen. Záchranářka následně, i když neochotně komunikovala telefonicky s jejich synem, kdy se mu snažila vysvětlit vše ohledně tatínkova stavu, že ani není možné si určovat kam jeho tatínka převezeme. Nabídla mu, že existují hospice, domácí zdravotnické péče, ale i jiná zařízení. Všechny tyto možnosti syn i manželka zamítli, s tím že se o pána budou starat sami.

V této fázi již bylo na posádce viditelné lehké rozhořčení, protože příbuzní evidentně nepochopili vývoj situace. Manželka trvala na odvozu svého muže, aby ho pan doktor vyšetřil. Přestože posádka RZP neshledávala na pánovi nic, co by ohrožovalo jeho zdravotní stav, přiměli pacienta se posadit, a v tu chvíli došlo náhle k defekaci. Vše se vyřešilo dle hygienických postupů a následně byl

pán položen na nosítka k transportu do sanitního vozu. Během cesty do vozu pán začal více komunikovat, dělalo se mu výrazně lépe. V sanitním voze mu byla zavedena PŽK a podáván 0,9% roztok chloridu sodného, 250 ml. Poté byl převezen do nejbližší fakultní nemocnice k provedení kontroly a ostatním vyšetřením.

I v tomto případě rodina neměla zajištěnou žádnou náhradní zdravotnickou pomoc nebo péči, přestože jim to bylo nabízeno alespoň dvakrát za dobu, kdy je muž v terminálním stádiu nemoci.

### 5.3 Třetí výjezd

*Tabulka 3 kritéria výjezdu č. 3*

Věk pacienta	1959
Primární diagnóza	Bronchogenní karcinom
Stupeň naléhavosti	2
Výjezdová skupina	RV
Zdůvodnění výjezdu	Zhoršení stavu, dušnost
Směrování pacienta po ošetření	Ponechána na místě
Jednalo se již o terminální stádium nemoci?	Ne
Byla již nabídnuta paliativní péče?	Ano
Je již v péči paliativních odborníků?	Ne

**Přijatá výzva:** Volání z druhé ruky. Z historie volání i sám muž, který volal na zdravotnické operační středisko řekl, že se jedná o opakovaný výjezd posádek a výslovně požádal pouze o lékaře, který by podal jeho přítelkyni Morfin, jakožto analgosedaci.

Na místo doráží posádka rendez-vous. Ženu, rozenou v roce 1959, nacházejí v její ložnici v posteli. Lehce vystrašený přítel vyprávěl, co se přesně odehrálo a zkráceně popsal prognózu a terapii své partnerky. Ženě byl diagnostikován bronchogenní karcinom, ale bohužel léčba nepomáhala a objevily se u ní metastáze na mozku. Pacientka v minulosti podstoupila i chirurgický výkon, který nepomohl zastavit šíření onemocnění, poněvadž se objevila další ložiska, a to na játrech. V této fázi pacientka podstoupila rozhovor se svým ošetřujícím lékařem, se kterým se rozhodli na ukončení léčby, kvůli její neúčinnosti. Do onoho momentu, než muž musel volat na zdravotnické operační středisko, byl stav nemocné v normě a bez dalších nežádoucích vedlejších symptomů. Až během uplynulé noci se prý zdravotní stav natolik zhoršil, že si volající nebyl schopen odhadnout, co v takovéto situaci dělat. Muž uvedl, že již podal své přítelkyni opioidní fentanylovou náplast, avšak neměla žádný účinek.

Paní po celou dobu ležela v posteli, vykřikovala nesmyslně poskládané věty a házela s sebou ze strany na stranu. Pacientka měla takovou sílu, že se zdravotnické posádce nepodařilo ani na malou chvíli ji uklidnit, a proto nebylo možné změřit její základní fyziologické funkce. Po rychlém zvážení momentálního stavu pacientky byl podán Morfin 1 ml s. c. Nemocná se po této farmakologické pomoci lehce uklidnila, ale nenabyla vědomí natolik, jako ještě předchozí den. Po plnohodnotném rozhovoru mezi partnerem pacientky a panem doktorem bylo rozhodnuto o závěru, že pacientka bude ponechána na místě v domácím prostředí.

Po celou dobu výjezdu lékař komunikoval s přítomnými příbuznými klidně, srozumitelně a profesionálně, zvládl zachovat klidnou mysl a nenechal se vyvést z míry vystrašeným partnerem a pacientčnými dětmi, byť dospělými, kteří byli taktéž na místě. Se všemi přítomnými nebyla snadná komunikace, jelikož se tento stav u ženy objevil poprvé. Pokaždé když došlo ke zhoršení zdravotního stavu, pomohla opioidní náplast proti bolesti. Nikdy předtím ale nedošlo k výraznému omezení myšlení, špatné komunikaci nebo výrazně nekontrolovatelným pohybům. Pan doktor se okamžitě zajímal, jak to mají s ošetrovatelskou péčí u paní, zda mají zařízený alespoň mobilní hospic. Rodina toto negovala. V nemocnici, ve které je žena vedena s léčbou, ji byla nabídnuta možnost mobilního hospice či lůžkového hospice, ale rodina ji odmítla, poněvadž nemocná na tom nebyla natolik špatně, aby ho potřebovala, zvládali se o ní starat svými silami. Její partner ještě uvedl, že na takový rychlý zvrát v té nemoci nebyl připraven, a proto neměl potřebu žádnou specializovanou pomoc vyhledávat ani zařizovat.

Lékař dal doporučení každému, kdo byl přítomen, kam by se měli obrátit a co by bylo třeba v nejbližších dnech zařídit, jelikož ze situace jasně plyne, že rodina není schopna se v plné míře postarat o pacientku a zajistit ji veškerou odbornou pomoc, jakou nabízí profesionální hospic.

## 5.4 Čtvrtý výjezd

Tabulka 4 kritéria výjezdu č. 4

Věk pacienta	1950
Primární diagnóza	Maligní melanom
Stupeň naléhavosti	3
Výjezdová skupina	RZP (+ HZS ČR)
Zdůvodnění výjezdu	Pád z postele, slabost
Směrování pacienta po ošetření	Ponechána na místě
Jednalo se již o terminální stádium nemoci?	Ne
Byla již nabídnuta paliativní péče?	Ano
Je již v péči paliativních odborníků?	Ne

**Přijatá výzva:** Volání z druhé ruky. Neteř volá rychlou zdravotnickou pomoc pro svou tetu, která se v noci chtěla přesunout na toaletu, ale během vstávání se jí zamotala hlava a došlo k pádu na zem. Jelikož žena trpí obezitou není v silách neteře ji zvednout a přesunout do postele.

Posádka rychlé zdravotnické pomoci přijíždí na místo do rodinného domu, kdy jsou vedeni neteří až k pacientce. Žena se nachází přímo u postele po pádu na zemi, byla komunikující, plně orientovaná místem i časem, na celou událost si

pamatovala a na žádný úraz ani bolest si nestěžovala. Pacientka byla vyšetřena dle algoritmu ABCDE, při němž jí byly změřeny veškeré základní fyziologické hodnoty. Její stav byl vyhodnocen jak aspekční, tak i palpační vyšetřovací metodou, poněvadž se záchranáři museli ujistit, zda nedošlo například k porušení kožního krytu, k fraktuře dlouhých kostí, anebo k zhmoždění některých měkkých částí. Po celou dobu vyšetření ale žena musela ležet na zemi ve stejné poloze, poněvadž jak již zmínila její neteř, pacientka trpí obezitou, přičemž odhadovaná hmotnost je okolo 170 kg. A proto si členové posádky RZP zavolali přes zdravotnické operační středisko na pomoc posádku z hasičského záchranného sboru České republiky, aby přesunuli pacientku zpět na lůžko.

Po přesunutí ženy do postele a neustálého kontrolování, zda je opravdu v pořádku, byla ponechána ve svém domě. Pacientka sama říkala, že do nemocnice nechce, že by to bylo zbytečné, sama uvedla že do hlavy se neudeřila, je si všeho vědoma a rozumí veškerým podmínkám pro to, aby mohla zůstat v domácím prostředí. Souhlasila, že na toaletu se zvedat sama již nebude, protože pociťovala, že nemá dostatek sil a mohla by opakovaně spadnout na zem.

Právě v mezičase, kdy se čekalo na HZS ČR měla záchranářka možnost zjistit informace o zdravotním stavu pacientky a odebrat i rodinnou anamnézu. Především od neteře byly popsány informace o nemoci, kterou má žena diagnostikovanou. Před třemi lety lékaři ženě potvrdili maligní melanom a dále jí byla diagnostikována Parkinsonova nemoc. Na úděl nemožnosti soběstačnosti, pacientka jen polehávala na lůžku až do fáze, kdy se stala obézní a nyní fyzické aktivity není už vůbec schopna. Neteř udávala, že se o nemocnou stará celá rodina, jelikož část příbuzných bydlí ve stejném rodinném domě, ale bylo vidět, jak ji neustálá péče o svou tetu fyzicky unavuje více a více. Právě díky spolupráci a vstřícnosti v rodině si prozatím neměli potřebu zaopatřit žádnou zdravotnickou výpomoc. Žena měla svou část domu zařízenou pro své potřeby

a možnosti, tudíž bylo vidět, že starat se o ni jejím blízkým nevadí. Byť do dnešní noci, kdy se ani sama nepřesunula na toaletu, kdy měla přistavěnou toaletní židli asi jeden metr od postele. Zhoršení bylo natolik vážné, že nebyla schopna se postavit sama na nohy, záchranářka a neteř se společně shodly, že by bylo vhodné se spojit s nějakým zdravotnickým zařízením nebo hospicovou službou, aby prodiskutovali s odborníky možnosti, které jim by jim v dané situaci více vyhovovaly.

Zdravotnická záchranářka vedla komunikaci s neteří velice klidně s přátelským podtónem.

## 5.5 Pátý výjezd

Tabulka 5 kritéria výjezdu č. 5

Věk pacienta	1958
Primární diagnóza	Karcinom prostaty
Stupeň naléhavosti	2
Výjezdová skupina	RZP + RV
Zdůvodnění výjezdu	Dušnost, zhoršení stavu
Směrování pacienta po ošetření	Interní klinika
Jednalo se již o terminální stádium nemoci?	Ano
Byla již nabídnuta paliativní péče?	Ano
Je již v péči paliativních odborníků?	Ne

**Přijatá výzva:** Volání z druhé ruky. Žena volající o zdravotnickou pomoc. Uvádí, že se manželovi náhle špatně dýchá a není schopen komunikace.

Obě posádky RZP a RV přijíždí ve stejný čas na danou adresu do bytového domu, přičemž pacient se společně se svou ženou nachází ve čtvrtém patře, do kterého vedlo pouze vysoké točité schodiště. Už při tomto zjištění nebyla ani



jedna posádka nadšená, poněvadž jim dochází, že případný transport bude hodně náročný.

Všichni vcházejí do bytu a jsou vedeni ženou do ložnice, kde se na polohovací posteli nachází muž ve věku 60 let. Pacient byl při vědomí, v podstatě vnímal přítomnost posádek, ale jeho komunikace a reakce nebyly stoprocentní. Reagoval spíše na silnější zvukové i dotekové podněty, a také se mu na první pohled velice špatně dýchalo. Lékař se hned zajímal o to, co se přesně stalo a v jakém stavu je pán aktuálně. Paní popisovala jeho klinický stav, kdy udává že její muž je onkologicky nemocný a přesně se léčí s rakovinou prostaty. Bohužel pár měsíců nazpět mu v nemocnici oznámili, že se CA progreduje a na snímcích z vyšetřovacích metod se objevily metastázy v kostech. Vzhledem k tomu, že manželka je vystudovaná zdravotní sestra, trvala na tom, že si muže vezme do své péče domů a bude mu moct podávat léky případně i Morfin proti bolesti. Pán byl již v terminální fázi nemoci, tudíž bolestí měl dost každý den a v silné míře. Jeho žena sama tvrdila, že mu občas podala větší dávku, anebo nedodržela časový interval mezi jednotlivými dávkami. Všem přítomným zdravotníkům bylo v tu chvíli jasné, že dochází k útlumu dechového centra právě kvůli vyšším dávkám podaného Morfinu. Ihned byla pacientovi nasazena oxygenoterapie, po které se mu výrazně zlepšilo dýchání i saturace krve kyslíkem. Avšak celkový stav pána se nijak nezměnil. Po dlouhém rozmýšlení a probírání situace s manželkou byl muž transportován na interní kliniku do nemocnice.

V tomto případě rozhovor probíhal opět mezi ženou a panem doktorem. Manželka v rychlosti převyprávěla lékaři celou situaci, aby se mohl orientovat a dle toho i jednat. Muže zařadili do paliativní péče, ovšem hospic či domácí péče byly ze strany ženy zamítnuty, chtěla manžela výhradně do své péče, aby mohl prožít poslední chvíle života v domácím prostředí po boku své ženy a již dospělých dětí. Také si stála za tím, že je zdravotní sestra, tudíž pomoc od jiných

nebude potřeba. Avšak byla poněkud zaskočena z rychlosti celého procesu, protože prý nečekala že zvrát nemocnění bude takto razantně rychlý, proto mu podávala občas morfinové dávky jinak, jelikož chtěla svému manželovi, byť na chvíli ulevit. Ovšem když se objevily obtíže s dýcháním, musela zavolat o rychlou zdravotnickou pomoc.

Lékař už během celého výjezdu z výrazu v obličeji, ale i podle naměřených základních fyziologických hodnot a chování usoudil, že pánovi zbývají poslední hodiny života, proto vedl i s ženou delší rozhovor o rozhodování, zda bude pacient odvezen do zdravotnického zařízení, anebo raději ponechán na místě doma. Vystrašená manželka lehce zpanikařila a uvedla, že bude raději když ho v nemocnici řádně vyšetří, aby se mu případně nepřitížilo.

O tomto celkovém rozhovoru si každý přítomný myslel své. Někdo soucítil s ženou, na někom bylo vidět rozhořčení a nechápavost, avšak všichni zachovali profesionální stránku osobnosti a nechali rozhovor na lékaři a žádným způsobem neměli za potřebí přesvědčovat či moralizovat ženu, která již nebyla dobře psychicky vyrovnaná.

V závěru tento muž ve stejný den hospitalizace v nemocnici zemřel.

## **5.6 Porovnání jednotlivých kritérií u výjezdů**

Prvním kritériem byl věk pacienta, kdy bylo zjištěno, že u všech 5 výjezdů se jednalo o věkové rozmezí 64-83 let. Avšak věk je pouze orientační, co se týče nevyléčitelného onemocnění. Právě takovými nemocemi mohou být zasaženi lidé mladšího věku a i děti.

Druhým kritériem byla primární diagnóza nemocného. Bylo zjištěno, že u všech pěti pacientů se právě primárně jednalo o různé typy nádorového onemocnění. I když terminální stádia onemocnění se netýkají pouze nádorů, tak

i přesto jsou stále nejvíce zastoupeny a lidé tímto typem onemocnění jsou zasaženi nejčastěji. Na víc k této primární nemoci mohou mít i přidružená onemocnění, kdy jedna z pacientek měla diagnostikovu i Parkinsonovu chorobu.

Třetím kritériem byl stupeň naléhavosti pro daný výjezd, zde bylo vyzorováno, že u třech výjezdů ZOS vyhodnotil stupeň č. 3 a u zbylých dvou šlo o stupeň č. 2. Naléhavost se určuje podle vytěžených informací od volajícího. V těchto uvedených pěti případech příslušné číslo odpovídalo.

U čtvrtého kritéria se zjišťovala samotná výjezdová skupina, do které daný výjezd spadá. Pouze k jednomu z pěti případů jel lékař v týmu RV, poněvadž již z vytěžených informací od blízkých dané pacientky věděli, co chtějí, kdy se už s hodně podobnou situací setkali. K dalším čtyřem případům vyjížděla hlavně posádka RZP, kdy k jednomu pánovi vyjížděli i v kombinaci s RV, jelikož došlo k rapidnímu zhoršení stavu až k útlumu dechu. RZP posádka spolupracovala u jiného výjezdu i s výjezdovou skupinou HZS ČR, jelikož pacientka byla natolik obězná, že samotní záchranáři by samostatně nezvládli manipulaci s ní.

Pátým kritériem se hodnotilo zdůvodnění pro výjezd zdravotnických posádek, kdy bylo vyzorováno, že dva případy byly spojeny s pády pacientů, kdy přecenili své síly. U zbylých třech se především jednalo o zhoršení stavu, přičemž zdravotnické posádky museli na místě vyhodnotit o jak závažné zhoršení se jedná a dle toho postupovat včetně následného transportu. U těchto třech případů bylo zhoršení stavu již v očekávání, jelikož s těmito riziky byli už dříve obeznámeni při propouštění z poslední návštěvy od ošetřujícího lékaře.

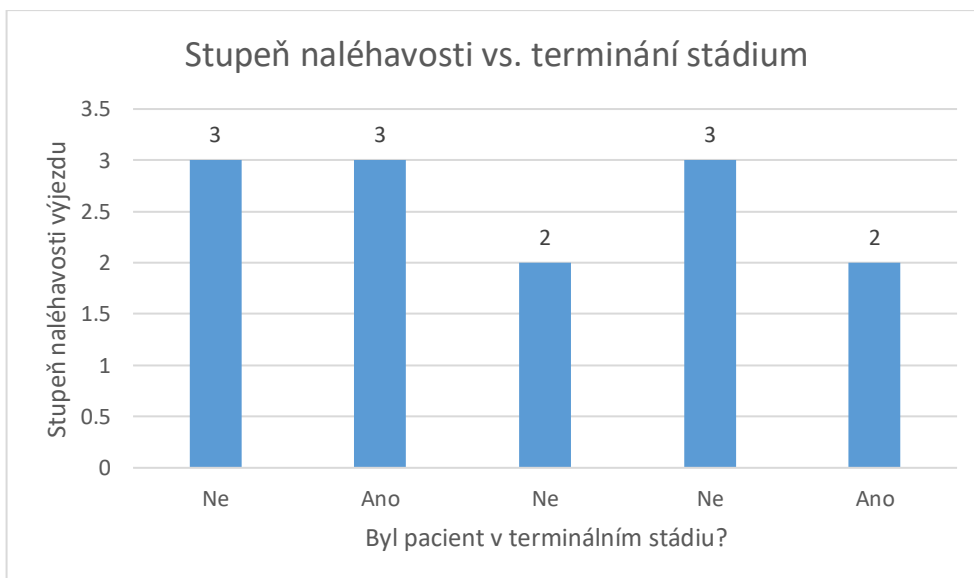
Šesté kritérium k popsání je, kam byli směřováni pacienti po ošetření, kdy jeden pacient byl převezen z důvodu fraktury DK na urgentní příjem, další dva byli vezeni na interní kliniku do nejbližšího nemocničního zařízení a zbylí dva byli po konzultaci s lékařem ponecháni na místě. Ti, kteří byli ponecháni doma v péči své rodiny, byli zcela indikováni. Po ošetření nebyly nalezeny žádné

důvody proč by měli být vezeni pryč a obě rodiny byly ochotné a chtěli si doma nemocného nechat.

Sedmé kritérium byla otázka „*Jednalo se již o terminální stádium nemoci?*“ Z příslušných odpovědí či z lékařských zpráv byli jen dva pacienti z pěti již v terminálním stádiu. U ostatních byla ZZS volána z jiných potíží, například důvodu úrazu. U ostatních případů se zdravotničtí záchranáři shodli, že právě okamžik volání, na zhoršující se stav, byl následně krok k určení, že se nadále bude jednat o terminální stádium nemoci.

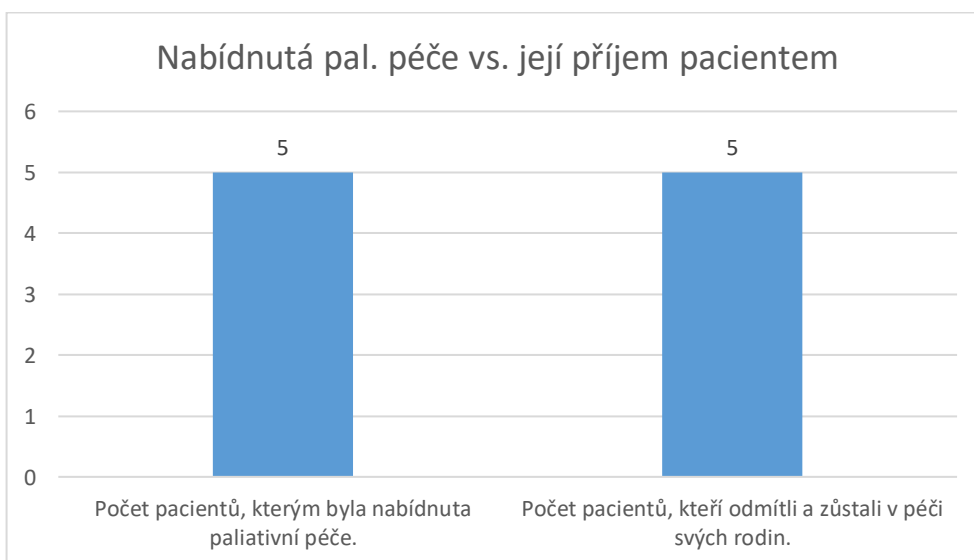
Osmé kritérium byla otázka „*Byla již nabídnuta paliativní péče?*“ U všech tázaných během výjezdů byla řečena odpověď „Ano.“ Je zřejmé, že lékaři a odborní pracovníci chtějí dopřát nemocným s nevléčitelným onemocněním řádnou a příslušnou péči. Jenže nabídky a poučení o péči, které jsou poskytnuty jsou to jediné, co specializovaní pracovníci mohou udělat. Hlavní krok, a to je prokonzultování, doptávání se na bližší informace a rozhodování je vždy už přímo na pacientovi, anebo na blízkých příbuzných.

Devátým kritériem byla otázka „*Je již nemocný v péči paliativních odborníků?*“ Při odebrání osobní anamnézy a bližších informací o pacientovi, mě zajímala i tato otázka, jelikož všichni u předchozí otázky odpověděli „Ano.“, předpokládala jsem, že blízcí svým nemocným chtějí poskytnout co nejvyšší možnou péči, případně léčbu, alespoň ve smyslu rychlého řešení nežádoucích symptomů. Kterou je možné poskytovat skrz domácí péči či mobilní hospicovou péči. Avšak všichni odpověděli „Ne.“ U všech popsaných případů svědci řekli, že se chtěli o své milované postarat sami a nezatěžovat zdravotnický personál či obsazovat místa ve specializovaných zařízeních.



Graf 1 Stupeň naléhavosti vs. terminální stádium

Graf poukazuje na to, zda označení, že pacient je již v terminálním stádiu má vliv na určení stupně naléhavosti pro výjezd zdravotnických posádek. Výsledek ukazuje, že nikoliv. Zdravotnické operační středisko číslo naléhavosti určí dle zjištěných informací od volajícího a pokud se pacient nachází v přímém ohrožení života, vyšší naléhavost není nutná.



Graf 2 Nabídnutá pal. péče vs. její příjem pacientem

Graf je shrnutím popsanych pěti výjezdů v oblasti, kdy všem nemocným byla nabídnuta paliativní péče včetně jejich možnosti, aby pacientům byla poskytnuta

veškerá specializovaná pomoc. A i přesto u všech pozorovaných byla odmítnuta, kdy si jejich rodiny raději nemocného nechali doma ve své péči.

## 6 DISKUZE

Snahou této bakalářské práce bylo navržení možných změn v úkonech s terminálně nemocnými pacienty v přednemocniční péči. Kdy v praktické části byly následně detailně popsány výjezdy, a jejich jednotlivá data byla zpracována kvalitativním výzkumem pomocí pozorování, s následným písemným záznamem.

Odpověď na průzkumnou otázku. Kolik pacientů umírá tam, kde by si přálo? Z odborného článku z Medical Tribune vyplývá, že v Londýně v roce 2015 probíhalo šetření, bylo zjištěno že 88 % lidí si přeje zemřít doma, avšak 48 % následně zemřelo v nemocnicích. V Halifaxu v 70 % chtějí lidé zemřít taktéž doma, ovšem takové přání se splnilo pouze u 24 % dotazovaných. V České republice by si v domácím prostředí přálo dožít 80 % populace, ve skutečnosti je to naopak a stejný počet zemře tam, kde si to nejméně přejí. Asi 60 % úmrtí nastává v nemocničních zařízeních, především v rámci akutní péče, okolo 19 % umírá v jiných sociálních zařízeních. (Kolářová, 2022)

Z mého pohledu tyto údaje vyplívají právě ze skutečnosti, že rodiny mají snahu a chtíč se starat o svého nemocného, jenomže si neuvědomují nebo si nechtějí připustit, že daná prognóza nebude lepší a ve fázi, kdy nastává přímé umírání, se zaleknou a volají na tísňovou linku 155. Přičemž je pacient ve většině případech následně převezen do nemocničního zařízení. Tímto chci poukázat, že kdyby byla důkladně a včasně řešena problematika týkající se paliativní medicíny a její možnosti byly interpretovány pacientům a jejich rodinám, tak by dožadování se zdravotnických posádek nebylo tak markantní. Terminálně nemocní pacienti by byli v péči paliativních týmů, anebo by měli zařízení mobilní hospic, domácí péči apod., které by jim mohly jinak a lépe pomoci.

Velkým plus u paliativních týmů, mobilních hospiců či domácích péčí je, že mají veškerou dokumentaci o pacientovi. Jsou jim poskytnuty veškeré informace, tudíž mají větší přehled o celkovém stavu svých pacientů, o které pečují. A proto je jejich pomoc mnohdy rychlejší a efektivnější. Pokud si nevyléčitelně nemocní pacienti zavolají zdravotnické posádky ZZS, je tu vždy riziko, že budou převezeni do zdravotnického zařízení, právě proto že nedostupnost veškerých informací a náležitých dokumentů je stále vysoká. Právě během sběru dat v průběhu odborných praxí, kdy jsem analyzovala výjezdovou dokumentaci nebylo ve výsledku mnoho informací, poněvadž nejsou veškeré informace vždy správně odebrány od dotyčných, zároveň hlavním problémem je, že pacienti si nenechávají veškeré dokumenty u sebe.

Z již zmíněného odborného článku, z Medical Tribune vyplývá, že v Londýně Murphy-Jonesová představující paliativní péči londýnské ZZS popisuje, že k správnému propojení zdravotnické záchranné služby s paliativní péčí napomohl systém Coordinate My care (CMC). Tento elektronický portál je vhodný k tomu, že pacienti s nevyléčitelným onemocněním mohou do tohoto registru vložit své dříve vyslovené přání, žádosti a představy, jak strávit poslední dny života. K těmto informacím mají zdravotničtí pracovníci přístup, tudíž mají větší přehlednost o pacientovi, přičemž se jejich komunikační a pracovní postupy mohou náležitě přizpůsobit. V Kanadě MUDr. Carterová udává, že byla do provozu zařazena databáze, kam mohou nemocní vkládat svá přání. Je to pro pacienty, kteří jsou paliativně relevantní. Díky tomu, že do systému mají záchranáři přístup, mohou se na daného pacienta předem připravit. Vidí, v jaké péči případně nemocný je a jaké postupy by sám propagoval. (Kolářová, 2022) Oproti tomu v České republice, teprve nedávno, byl roku 2021 spuštěn pilotní projekt TIERA (Terminal Disease Early Recognition in Ambulance Settings) Centra paliativní péče, kdy jeho vedoucí Mgr. Marek Uhlíř udává že veškeré volání na ZZS hl. m. Prahy bylo posouzeno díky Rapid-Paliative care screening



tool (PCST), který dokáže vyhodnotit pacienta jakožto paliativně relevantního či nikoliv. Pokud screeningové šetření u pacienta vyhodnotí daná kritéria, v daný okamžik se u nemocného mění postupy a myšlení, jak celý výjezd bude veden. Velkým přínosem v následném řešení je hospicová domácí péče Cesty domů, která je schopna pacienta převzít od záchranáře na svůj akutní příjem. Po téměř třech letech je tato prvotní fáze projektu ukončena. Rapid-PCST podle výsledků všechny překvapil, kdy z 290 pacientů 85 % vyhodnotil správně tak, aby těm, kteří vyžadují speciální péči byla i následně poskytnuta. Dále systém 9 % vyhodnotil špatně u zbývajících 6 % se nedohledaly doplňující informace. Momentálně se již pracuje na další fázi, kdy má vzniknout Konsenzuální doporučení SUMMK a ČSPM pro péči o pacienty v terminálním stádiu. Podle Mgr. Marka Uhlíře se jedná o postupy, které jsou navrženy přímo pro zdravotnické záchranáře, aby práce s terminálně nemocnými byla snazší. (Uhlíř, 2023; Kolářová, 2022)

Je důležité neopomenout, že nedílnou součástí každého výjezdu k terminálně nemocným je komunikace a chování zdravotnického záchranáře k příbuzným a naopak. V průběhu vyzorovaných výjezdů jsem se setkala pouze s jednou chvílí, kdy záchranářka ztrácela trpělivost, byť to po celou dobu nechtěla na sobě nechat znát a přenést to na ostatní. U ostatních případů s příbuznými nenastaly žádné komplikace v komunikaci ani v jednání. Naopak byla přítomna oboustranná pochopení a tolerance v rámci situace, ve kterých jsme se nacházeli.

Ve výzkumném článku, který vznikl v severní Anglii, se autor zabýval dotazníkovým šetřením mezi zdravotnickými záchranáři. Tato studie poukazuje na to, že v 50 % je přítomen respekt a obavy z případně vzniklých komunikačních konfliktů ze stran rodiny a příbuzných. (Kirk, et al., 2017) Na základě vlastních zkušeností bych ráda upozornila, že obavy z případných problémů nemusí být tak zásadní. Je důležité, aby rodina nemocného byla důkladně informována

jasnými fakty a měla pocit, že skutečně všichni mají snahu pacientovi pomoci a nebere se zde nic na lehkou váhu.

Co se týče ponechání nemocného na místě či jeho transport do nemocničního zařízení, právě závisí na čase, který je v přednemocniční neodkladné péči omezen. Záchranáři se musí rozhodnout a uvážit několik údajů, jakožto klinický stav pacienta, jeho potřeby a přání, ale také jasné pochopení prognózy, dále informovanost a ochota se starat o nemocného ze strany rodiny. K úvaze se musí brát i kompetence a způsob, jak mohou danému člověku pomoci. (Sojka, 2022) Dle mých vypočítaných faktů, to tak ve skutečnosti určitě je. Zdravotníci záchranáři musí správně vyhodnotit celou situaci a relevantně jednat. Nad otázkou týkající se transportu pacienta se zamyslí během prvních minut od příjezdu na dané místo. Musí zvážit veškeré informace, které jsou podstatné. Pokud ovšem dojdou k závěru, že transportování by mohlo pacientův stav více zhoršit, je zapotřebí si o tom promluvit s příbuznými. Ve stavech nevyléčitelné nemoci je nejdůležitější, aby nemocný strávil poslední dny života tam, kde je to pro něj nejpříjemnější jak ze zdravotního hlediska, tak z psychologického. Myslím si, že většina zdravotníků raději nechává takovéto pacienty v domácím prostředí, poněvadž se nacházejí v místě, které mají rádi a okolo sebe mohou mít své příbuzné či kamarády.

Jak již byly pospány myšlenky všech autorů, např. dle Markové A., uspokojování potřeb a důstojné umírání si zaslouží každý člověk, proto poskytovaná přednemocniční neodkladná péče by měla být tomu určitým způsobem podřizována. (Marková, 2021) Avšak stále neexistují speciálně upravené postupy pro zdravotnické záchranné služby, které by mohli pacientům v těžkých a posledních chvílích nabídnout. Tudíž se posádky ZZS musí snažit, aby nemocným poskytly takovou péči, která by jim mohla alespoň trochu pomoci

od potíží, anebo podat příslušná farmakologická léčiva na utlumení vedlejších symptomů.

Cílem bylo poukázat na možnosti zlepšení postupů při práci s terminálně nemocnými pacienty v rámci přednemocniční neodkladné péče. Krok navržený Mgr. Uhlířem představuje jednu z možností pro zlepšení řešení těchto situací v PNP.

Změny týkající se samotných postupů během výjezdu k nemocným v terminálním stádiu jsou především v oblasti komunikace. Konverzace je jedna z hlavních věcí, na kterou by se měla většina posádek ZZS zaměřit ve směru jak verbální, tak neverbální. Jelikož komunikace je nedílnou součástí našich životů, je vnímána ve všem a u všech lidí. I když pacient není schopen odpovědi, neměl by neustálý kontakt mezi záchranářem a jím chybět. Nemocný, byť to nedá najevo, nás poslouchá a jako každý člověk má právo vědět, co ho čeká a jaké postupy jsou jeho případě v plánu. Nepřehlížet je, nekonverzovat jen s blízkými, kteří jsou na místě, nemanipulovat s nemocným, dokud i jemu nebude vše vysvětleno. Dalším možným návrhem je změna v rychlém řešení dané situace. Samozřejmě v PNP je dáno, že výjezd nemá být extrémně časově náročný, ale co se týče takovýchto výjezdů, vůči nemocným by se to mělo změnit. Zdravotníci záchranáři bývají po 10 minutách, co nevidí výsledky po své snaze, většinou nervózní a začínají pospíchat pryč, aby se uvolnili a byli zde pro další pacienty. Vzhledem k tomu, že terminálně nemocný pacient potřebuje taktéž pomoc, byť to zabere více času, tak i jeho stav je důležitý a měla by mu daná výjezdová posádka dopřát čas na rozmyšlení a na to, co by si přál. Nemocný by neměl pocítit, že je někomu na obtíž. Tímto chci říct, že pracovat v postupech ve směru duchovním a psychologickým by bylo přínosem nejen pro pacientovo uklidnění, ale i samotnému zdravotnickému záchranáři by to do praxe přineslo další zkušenosti a rozvoj k vylepšení sebe samotného v této komplexní problematice.

Dle mého názoru by byla obecně propagace této celé problematiky paliativního směru a terminálního stádia nemoci mezi lidmi velmi prospěšná. U odborníků by se mohlo takové téma více začlenit do odborných seminářů a školení, kde by se sdílely přímé zkušenosti týkající se péče o terminálně nemocné a v nichž prováděných postupech. Semináře či školení by mohly být vedeny i lékaři zejména specializující se na onkologii, kteří dokážou rozšířit znalosti o konkrétních nevléčitelných nemocech a přiblížili by tak zdravotníkům, s čím se pacienti mohou potýkat a s jakými léčbami se mohou případně setkat.

## 7 ZÁVĚR

Bakalářská práce se zaměřovala na terminálně nemocné pacienty a možnosti intervence ZZS. Cílem práce bylo navrhnout možné změny v postupech při práci s terminálně nemocnými pacienty.

Čtenářům v teoretické části byla přiblížena problematika terminálního stádia onemocnění a popsání paliativní péče a její role při poskytování péče u nevléčitelně nemocných pacientů. V praktické části bylo podrobně popsáno pět případů výjezdů k nevléčitelně nemocným pacientům, přičemž zásadní data byla zaznamenávána do předem definované tabulky.

Celá práce přináší podrobné popisy výjezdů k paliativním pacientům z pohledu zdravotnické záchranné služby tak, jak se ve skutečnosti odehrávají. Výsledkem práce byly navrženy postupy pro práci s terminálně nemocnými. Zároveň bylo zjištěno, že procentuálně více pacientů stále umírá v prostředí, ve kterém si nepřejí.

## 8 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

CA	Karcinom
CMC	Coordinate My care
ČSMP	Česká společnost paliativní medicíny
DK	Dolní končetina
DNR	„Do not resuscitate“
EEG	Elektroencefalografie
EKG	Elektrokardiografie
HZS	Hasičský záchranný sbor
PCST	Palliative care screening tool
PNP	Přednemocniční neodkladná péče
PS	Paliativní sedace
PŽK	Periferní žilní kanylka
RV	Rendez-vous systém
RZP	Rychlá zdravotnická pomoc
S.C.	Subkutánně
SUMMK	Společnost urgentní medicíny a medicíny katastrof

TIERA Terminal Disease Early Recognition in Ambulance Settings

WHO World Health Organization

ZOS Zdravotnické operační středisko

ZZS Zdravotnická záchranná služba

## 9 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BRANDOVÁ, Helena. *Terminální fáze života člověka umírajícího v sociálním zařízení*. Hradec Králové, 2017. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové.

BUBLÁKOVÁ, Jana. *DNR jako eticko-ošetrovatelský problém*. České Budějovice, 2012. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.

BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-540-4.

ČAJKOVÁ, Lucie. *Sociální smrt v hospicové péči*. Ostrava, 2014. Bakalářská práce. Ostravská univerzita v Ostravě.

ČESKO. Vyhláška č. 391/2017 Sb., vyhláška, kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb.. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2023 [cit. 27. 4. 2023]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-391>

ČESKO. Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2023 [cit. 27. 4. 2023]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>

ČESKO. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2023 [cit. 30. 4. 2023]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

FORMÁČKOVÁ, Jitka. *Marná léčba v intenzivní medicíně*. Praha, 2014. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén, c2007. ISBN 978-80-7262-471-3.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.



KABELKA, Ladislav. *Nemocné rozhovory: komunikace a narativní terapie s nevyлéčitelně nemocnými pacienty a jejich blízkými*. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-1688-1.

KALVACH, Zdeněk. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. Praha: Cesta domů, 2010. ISBN 978-80-904516-4-3.

KALVACH, Zdeněk. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: Pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. 2. Praha: Cesta domů, 2019. ISBN 978-80-88126-54-6.

KIRK, Andrew. Paramedics and their role in end-of-life care: perceptions and confidence. *Journal paramedic practice* [online]. The United Kingdom: MA Healthcare, 2017 [cit. 2023-05-12]. Dostupné z: <https://www.paramedicpractice.com/features/article/paramedics-and-their-role-in-end-of-life-care-perceptions-and-confidence>

KOLÁŘOVÁ, Zdenka. Spolupráce v zemi nikoho aneb když se setká záchranář s potřebou paliativní péče.... *Medical Tribune*. 2022, **2022**(2).

KOLÁŘOVÁ, Zdenka. Unikátní spolupráce urgentní a paliativní medicíny posouvá Česko na post světového leadera. *Medical Tribune*. 2023, **2023**(5).

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Přeložil Jiří KRÁLOVEC. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0911-9.

*Léčebny pro dlouhodobě nemocné* [online]. Brno: Veřejný ochránce práv, Ombudsman, 2017 [cit. 2023-05-02]. ISBN 978-80-87949-61-0. Dostupné z: [https://www.ochrance.cz/uploads-import/ESO/LDN\\_souhrnna\\_zprava\\_2017\\_web.pdf](https://www.ochrance.cz/uploads-import/ESO/LDN_souhrnna_zprava_2017_web.pdf)

LIPKOVÁ, Lenka. *Kvalita života v paliativní péči o nemocné*. Opava, 2022. Diplomová práce. Slezská univerzita v Opavě.

MALÁSKA, Jan, Jan STAŠEK, Milan KRATOCHVÍL a Václav ZVONÍČEK. *Intenzivní medicína v praxi*. 1. Praha: Maxdorf, [2020]. Jessenius. ISBN 978-80-7345-675-7.

MARKOVÁ, Alžběta. *Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy*. 3. aktualizované vydání. [Praha]: Cesta domů, 2021. ISBN 978-80-88126-77-5.

MATĚJEK, Jaromír a Irena ZÁVADOVÁ. *Dříve vyslovené přání: Manuál pro lékaře*. 2015. 2. vydání. Praha: Cesta domů, 2015.

MOŘKOVSKÁ, Lucie. *Paliativní péče v České republice*. Plzeň, 2019. Bakalářská práce. Fakulta zdravotnických studií.

NAKLÁDAL, Jakub. *Bezpečná analgesie v přednemocniční péči*. Brno, 2015. Bakalářská práce. Masarykova univerzita.

NOVÁKOVÁ, Lucie. *Problematika paliativní péče v praxi*. Opava, 2021. Bakalářská práce. Fakulta veřejných politik v Opavě.

OPOVÁ, Lenka. *Euthanasie z pohledu zdravotnického personálu ve vybraných jihočeských nemocnicích*. České Budějovice, 2013. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.

Palliative care. *Queensland Government* [online]. The State of Queensland: Queensland Government, 2018 [cit. 2023-05-12]. Dostupné z: <https://www.qld.gov.au/health/support/end-of-life/care/palliative>

POSPÍŠILOVÁ, Jana. *Péče o pacienty v terminálním stádiu onemocnění*. Brno, 2019. Bakalářská práce. Masarykova univerzita.

POSPÍŠILOVÁ, Markéta. *Potřeby pečujících o umírající v domácím prostředí*. Olomouc, 2019. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci.

*Průvodce domácí péčí: pro ty, kteří péči zvažují, pro ty, kteří ji poskytují*. 4. aktualizované a přepracované vydání. V Praze: Cesta domů, 2021. ISBN 978-80-88126-90-4.

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮŇEK. *Eutanazie - pro a proti*. Praha: Grada, 2012. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-4659-3.

SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK. *Paliativní medicína pro praxi*. 2., nezměn. vyd. Praha: Galén, c2011. ISBN 978-80-7262-849-0.

SNOZOVÁ, Monika. *Smrt a umírání z pohledu nelékařských zdravotnických pracovníků na interním oddělení*. Brno, 2016. Bakalářská práce. Masarykova univerzita.

SOJKA, Michal. *Terminální stavy v přednemocniční péči*. Praha, 2022. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., Praha 5.

STEINLAUF, Barbora. *Právo a péče v závěru života: Rozhodování na pomezí intenzivní medicíny a paliativní péče*. Praha: Wolters Kluwer, 2022. ISBN 978-80-7598-714-3.

STĚPANOV, Alexandr, Jan STUDNIČKA a a kol. *Oční projevy systémových onemocnění*. Praha: Grada Publishing, 2021. ISBN 978-80-271-1683-6.

ŠORALOVÁ, Tereza. *Paliativní péče v domovech pro seniory*. České Budějovice, 2020. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.

UHLÍŘ, Marek a Marek BROŽEK. *Péče o paliativní pacienty. Jde to i jinak*. TEP [online]. Praha, 2021 [cit. 2023-05-12]. Dostupné z: <https://tep.zzshmp.cz/tep-2-2021-zpravodaj-zzs-hmp/pece-o-paliativni-pacienty-jde-to-i-jinak/>

VAŘEKA, Karel. *DNR v podmínkách České Republiky*. Zlín, 2013. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně.

VEVERKOVÁ, Eva a KOL. *Ošetřovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře II*. Druhé. Praha: Grada Publishing, 2019, 192 s. II. ISBN 978-80-271-2099-4.

VOKURKA, Samuel. *Komplikace onkologických pacientů a možnosti jejich řešení v primární péči*. Praha: Grada Publishing, 2022. ISBN 978-80-271-3556-1.

WATSON, Max, Stephen WARD, Nandini VALLATH, Jo WELLS a Rachel CAMPBELL. *Oxford Handbook of Palliative Care* [online]. 3. UK, Oxford: Oxford University Press, 2019 [cit. 2023-04-28]. ISBN 9780191807688. Dostupné z: <https://academic.oup.com/book/29611>

## 10 SEZNAM POUŽITÝCH OBRÁZKŮ

Obrázek 1 žebříček analgezie dle WHO (<https://www.prolekare.cz>) ..... 16

## 11 SEZNAM POUŽITÝCH TABULEK

Tabulka 1 kritéria výjezdu č. 1 .....	46
Tabulka 2 kritéria výjezdu č. 2 .....	48
Tabulka 3 kritéria výjezdu č. 3 .....	50
Tabulka 4 kritéria výjezdu č. 4 .....	53
Tabulka 5 kritéria výjezdu č. 5 .....	56

## 12 SEZNAM POUŽITÝCH GRAFŮ

Graf 1 Stupeň naléhavosti vs. terminální stádium.....	61
Graf 2 Nabídnutá pal. péče vs. její příjem pacientem .....	61