



ČESKÉ VYSOKÉ UČENÍ TECHNICKÉ V PRAZE

Fakulta biomedicínského inženýrství
Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva

Paliativní péče z pohledu zdravotnického záchranáře

Paramedic's perspective on palliative care

Bakalářská práce

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví
Studijní obor: Zdravotnický záchranář

Vedoucí práce: Mgr. Eva Veverková

Pavel Nášel

Kladno 2018

Zadání bakalářské práce

Student: **Pavel Nášel**
Obor: Zdravotnický záchranář
Téma: **Paliativní péče z pohledu zdravotnického záchranáře**
Téma anglicky: Paramedic's Perspective on palliative care

Zásady pro vypracování:

Předmětem bakalářské práce bude komparace postupů ošetření pacienta zdravotnickým záchranářem v terminálním stádiu života.

V teoretické části se práce bude věnovat především vymezení a definici paliativní péče. Následně se práce bude zaměřovat také na cíle paliativní péče a vedle důležitých somatických témat se bude věnovat také sociálním, psychologickým a duchovním tématům. Hodnocení intenzity bolesti u těchto pacientů i jejich současné léčbě bolesti. Bude zde shrnuta jak ošetrovatelská, etická tak i právní složka, související s paliativní medicínou.

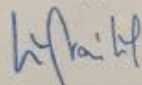
V praktické části práce bude student využívat polostrukturovaný rozhovor získaný od pracovníků ZZS v terénu, pro zjištění jejich postoje a postupů u pacientů v terminálním stádiu života.

Seznam odborné literatury:

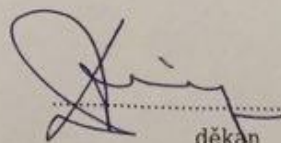
- [1] SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA, Jiří VORLÍČEK et al., Paliativní medicína pro praxi, ed. 2., nezměn., Praha: Galén, 2011, 363 s., ISBN 978-80-7262-849-0
- [2] MARKOVÁ Monika, Sestra a pacient v paliativní péči, ed. 1., Praha: Grada, 2010, 128 s., ISBN 978-80-247-3171-1
- [3] KABELKA, Ladislav, Geriatrická paliativní péče, ed. Edice postgraduální medicíny, Praha: Mladá fronta, 2017, ISBN 978-80-204-4225-3
- [4] BYDŽOVSKÝ, Jan, Jiří KABÁT a kol., Ošetrovatelství a sociální práce v paliativní péči : učební text pro studenty vysokých a vyšších odborných zdravotnických škol, ed. 1., Praha: Zdravotní ústav Most k domovu; Příbram: Ústav sv. Jana Nepomuka Neumanna Vysoké školy zdravotnictva a sociálnej práce sv. Alžbety, 2015, 140 s., ISBN 978-80-905867-0-3, 978-80-905973-2-7

Zadání platné do: 20.09.2019

Vedoucí: Mgr. Eva Veverková



vedoucí katedry / pracoviště



děkan

V Kladně dne 19.02.2018

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci s názvem Paliativní péče z pohledu zdravotnického záchranáře vypracoval 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 Praze dne 18.05.2018

.....

Poděkování

Na tomto místě bych rád srdečně poděkoval Mgr. Evě Veverkové za její neutuchající optimismus a trpělivý přístup, který mi po celou dobu dával jistotu, že tento nelehký úkol, a to vypracování bakalářské práce, zvládnu. Velký dík patří také všem respondentům, kteří si na rozhovory udělali čas, a kteří se tak tohoto průzkumného šetření zúčastnili.

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá problematikou paliativní péče z pohledu zdravotnického záchranáře, především tedy hledáním spojitosti mezi paliativní péčí a urgentní medicínou poskytovanou zdravotnickými záchranáři. Cílem práce je zjistit postoje a postupy pracovníků ZZS v terénu u pacientů v terminálním stádiu života. Paralelně s tím pak také vytvořit správný postup, který by měl být poskytován paliativním pacientům.

Teoretická část práce obsahuje především základy paliativní medicíny i paliativní péče. Shrnuje legislativní rámec problematiky DNR a dříve vyslovených přání v ČR. Zabývá se také základní léčbou bolesti, seznámením se s vybranými analgetikami a opiody. Důležitou součástí teoretické části jsou také komunikační dovednosti v oblastech bio-psycho-sociálně-spirituálních.

Praktická část, formou polostrukturovaného rozhovoru, pak zjišťuje aktuální pohled, zkušenosti a přístupy zdravotnických záchranářů k paliativní péči.

Klíčová slova

Paliativní péče; terminální fáze života; urgentní medicína; zdravotnický záchranář; léčba bolesti; polostrukturovaný rozhovor.

Abstract

Bachelor thesis is focused on problematics of palliative care from the perspective of paramedic. Particularly on searching of relationship between palliative care and urgent medicine offered by paramedics. The goal of the thesis is to determine standard approach and procedures of paramedic ambulance workers to patients in terminal stage of life. Concurrently with that there will be created a right procedure, which should be provided to palliative patients.

Theoretical part of the thesis consists mainly of basics of palliative medicine and palliative care. It sums up legislative framework of DNR and previously made wishes in Czech Republic. There is also mentioned a basic pain treatment and familiarization with selected analgesics and opioids. Very important part of the thesis consist of communication skills in the areas of bio-psycho-socialy-spiritual.

Practical part of the thesis is made in a form of a semi-structured interview. It detects present view, experiences and approaches of paramedics in the connection of palliative care.

Keywords

Palliative care, terminal stage of life, urgent medicine, paramedic, pain treatment, semi-structured interview.

Obsah

Úvod.....	11
1 Paliativní péče.....	12
1.2 Definice paliativní péče	12
1.3 Vymezení pojmu paliativní péče.....	13
2 Cíle a standardy paliativní medicíny	15
2.1 Praxe založená na důkazech v paliativní péči.....	15
2.2 EBP v paliativní péči	15
2.3 Nejdůležitější cíle paliativní medicíny	15
3 Multidisciplinární přístup k paliativní léčbě	17
3.1 Rozdělení zdravotnického personálu dle odbornosti	17
3.2 Obecná a specializovaná paliativní péče	18
3.2.1 Obecná paliativní péče	18
3.2.2 Specializovaná paliativní péče	19
3.3 Formy specializované paliativní péče v ČR.....	19
4 Uplatnění paliativní péče v oblasti intenzivní medicíny	21
4.1 Příjem pacientů na oddělení intenzivní péče	21
4.2 Rozhodování o intenzitě léčby	22
4.2.1 Plná terapie.....	22
4.2.2 Nemocný s nepříznivou prognózou.....	22
4.2.3 Nerozšiřování zavedené léčby	23
4.2.4 Omezování léčby	23
5 Fáze procesu umírání	24
5.1 Terminální stav.....	24

5.2	Umírání	24
5.2.1	Pre finem.....	24
5.2.2	In finem.....	25
5.2.3	Post finem.....	25
6	Bolest.....	27
6.1	Etiopatogeneze bolesti	27
6.2	Akutní a chronická bolest.....	28
6.2.1	Akutní bolest.....	28
6.2.2	Chronická bolest.....	29
6.2.3	Epizodická bolest	29
6.3	Dělení bolesti dle patofyziologie.....	30
6.3.1	Tabulka dělení bolesti dle patofyziologického mechanismu	30
6.4	Hodnocení a vyšetření bolesti	31
6.5	Hodnocení intenzity bolesti	32
6.5.1	Jednoduché nástroje měření intenzity bolesti.....	32
6.5.2	Vícerozměrné nástroje měření bolesti.....	33
6.6	Léčba.....	34
6.6.1	Obecné poznámky.....	34
6.6.2	Kauzální terapie	34
6.6.3	Symptomatická léčba	35
6.6.4	Medikamentózní léčba	35
6.7	Analgetický žebříček WHO	35
6.8	Neopioidní analgetika.....	36
6.8.1	Nesteroidní antiflogistika	37

6.9	Slabé opiody	37
6.10	Silné opiody	38
7	Právní aspekty paliativní péče + do not resuscitate	39
7.1	Marná léčba	39
7.2	Práva rozhodovat o léčbě	39
7.3	Do not resuscitate	40
8	Kompetence nelékařských zdravotnických pracovníků	42
8.1	Vymezení pojmu kompetence	42
8.2	Komunikace	42
8.3	Model Kübler-Rossové	43
8.4	Rozvíjení účinné komunikace	45
3	Současný stav	46
4	Cíl práce	47
4.1	Cíle výzkumného šetření	47
4.2	Průzkumné otázky	48
5	Metodika	49
5.1	Výběr metody sběru dat	49
5.2	Kvalitativní přístup ve výzkumném šetření	49
5.3	Polostrukturovaný rozhovor	49
5.4	Výběr výzkumného vzorku	50
5.5	Průzkumné okruhy vybraných témat	51
5.6	Prezentace rozhovorů	52
6	Výsledky	65
6.1	Interpretace výsledků	65

7	Diskuze.....	69
	Závěr	76
8	Seznam použitých zkratk.....	77
9	Seznam použité literatury.....	78
10	Elektronické zdroje	81
11	Seznam použitých obrázků	82
12	Seznamu použitých tabulek	83

ÚVOD

V současném světě se potýkáme s celou řadou nemocí a civilizačních chorob. Na velkou většinu z nich existuje lék, a tak i větší šance na překonání nemoci a přežití. Pokud však tyto dané principy léčby selžou, stav se začíná neodkladně zhoršovat. Pacient tedy může trpět nevléčitelnou chorobou v aktivním, progredujícím, pokročilém nebo už konečném stádiu svého života. V zásadě se tedy netýká pouze pacientů bezprostředně před jejich smrtí, ale zasahuje i do života těch, kteří svůj boj s nevléčitelnou nemocí teprve začínají. Je důležité si uvědomit, že existuje zásadní rozdíl mezi správnou a špatnou péčí o nevléčitelně nemocné. Kde končí možnost kurativní léčby, měla by být okamžitě aplikována péče paliativní. Standardy paliativní péče z roku 2013 České společnosti paliativní medicíny a České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně uvádí, že paliativní péče je celková, aktivní péče orientovaná především na kvalitu života u pacientů trpících nevléčitelnou nemocí v jakémkoliv stádiu. Jejím primárním cílem je tlumení a snižování bolesti, ale také zmírnění jak tělesného, tak duševního strádání. Klade na důraz také zachování pacientovi důstojnosti. (Česká společnost paliativní medicíny, 2013)

Celková ošetrovatelská péče v paliativní medicíně a proces, kterým si procházejí pacienti, sebou nese velkou řadu etických, sociálních, psychosociálních, ale i spirituálních aspektů. Nejenže se dotýkají nemocných, ale souvisí i s lidmi, kteří s nimi přicházejí do kontaktu. Rodina a přátelé, kterým je, podle správného paliativního přístupu, nabízena pomoc, tedy i snaha o řešení a zvládnutí zármutku i po smrti blízkého člověka. Zdravotnický personál má velmi často těžkou pozici. Snaží se zpomalovat průběh nemoci, nebo alespoň odvrátit některé nežádoucí psychické reakce, které sebou smrtelné nemoci nesou. Léčit a tišit bolest s použitím správné analgezie. Vždy by ale mezi priority zdravotníků mělo patřit také plnění přání a potřeb pacienta. I přes to všechno chápe paliativní medicína umírání jako součást lidského života.

1 PALIATIVNÍ PÉČE

1.2 Definice paliativní péče

V odborné literatuře najdeme velké množství definic, které popisují paliativní péči. Jednou z nich je i tato: *„Paliativní péče je aktivní péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stadiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání a udržet co nejvyšší kvalitu života“*. (Sláma, 2011, str. 25) Tak definují základní principy paliativní péče Sláma a Vorlíček. Pohlíží na péči jako na aktivní pomoc a kladou si velmi ambiciózní cíl, tedy především udržení kvality bio-psycho-socio-spirituálních stavů daného jedince. Dostatečná úroveň paliativy, z tohoto pohledu, není pouze tišení bolesti, neboť bolest je považována za první nejdůležitější a nejčastější příznak pro zahájení symptomatologické léčby. Snaží se především o co nejvyšší saturaci potřeb pacienta v oblasti psychické, sociální a duchovní. (Sláma, 2011) Paliativní medicína se orientuje na léčbu a péči o pacienty s aktivním, postupujícím až pokročilým onemocněním. Onemocnění není kurativní, to znamená, že i délka života těchto jedinců je omezená a cílem je především kvalita života. (Marková, 2010) Radbruch ve své knize cituje Světovou zdravotnickou organizaci, která definuje paliativní péči jako: *„Přístup, který usiluje o zlepšení kvality života pacientů a rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožujícím onemocněním, a to prostřednictvím prevence a zmírňování utrpení, včasnou identifikací a náležitým zhodnocením a léčbou bolesti. Dotýká se i dalších problémů jak fyzických, psychosociálních i duchovních.“* (Radbruch, 2010, str. 14)

V zásadě se všechny definice velice podobají a vždy vytváří průsečík v nejdůležitějších bodech. Co je zajímavé u definice Světové zdravotnické organizace (viz. Definice WHO), kterou přidala do svých standardů i Česká společnost paliativní medicíny, je to, že usiluje nejen o zlepšení kvality života pacienta, ale i jeho rodiny.

Dle nejnovější dostupné publikace Kabelka uvádí, že paliativní péče je především o: „*potřebě vnímání člověka v nevyléčitelné nemoci celostně, s vědomím propojení jeho kvality života, fyzických, psychických obtíží, sociálního stavu a vztahů i pocitu vlastní důstojnosti a ohrožení základních hodnot*“ (Kabelka, 2017, str. 20) Je také velice důležité si uvědomit, co paliativní péče není, ale za co ji široká veřejnost často zaměňuje. Za paliativní péči bývá, mezi laickou veřejností, ale i mezi některými zdravotníky, často považovaná léčba, která není kurativní, všechny možnosti selhaly a pacient stejně zemře, takže není třeba již aplikovat žádné drahé léky, nenákladné diagnostické postupy ani intenzivní léčbu. Takové chápání pojmu paliativní péče je však ale spíše důkazem nezájmu lékařů a zdravotnických pracovníků. A především nesprávného zacházení a neposkytnutí paliativní péče pacientům, kteří tuto pomoc potřebují. (Sláma, 2011)

1.3 Vymezení pojmu paliativní péče

Stále častěji dochází k nahrazování tradičního lékařského kurativního cíle, modelem integrované paliativní péče, která daleko lépe odpovídá na vývoj onemocnění a potřeb pacienta. Vzhledem k těmto změnám a trendům klade Světová zdravotnická organizace důraz na začlenění paliativní péče do systému poskytovaných zdravotních služeb. (WHO, 2014)

Při vymezení pojmu je zásadní určit místa, kde je možnost paliativní péči provádět v praxi. Základní cíle rozvoje paliativní péče v České republice poukazují na dva důležité aspekty. Tím prvním je, že ve všech odvětvích zdravotního i sociálního systému v ČR musí být dostupná paliativní péče pacientům s nevyléčitelnou nemocí. A za druhé, že každý pacient, bez výjimky, má volbu rozhodnout o prostředí, ve kterém chce dožít svůj život. (Kabelka, 2017) Na prvním místě, kde má terminálně nemocný pacient zajištěn tu nejlepší kvalitu ošetřování a péče, jsou samozřejmě hospice, jak už poskytované v domácím prostředí, tak lůžková hospicová zařízení, která jsou brána jako jeden z vybraných způsobů.

Dalším takovým místem je neodmyslitelně nemocniční zařízení, které se dostalo na první pozici při zjišťování struktury zemřelých v ČR podle místa úmrtí. Proto je dnes velmi důležité rozšiřování paliativních konziliárních týmů v jednotlivých nemocnicích nebo vytváření samotného oddělení paliativní péče. Zásadní je celková multidisciplinární spolupráce. (Kalvach, 2004) Jedná se o lékaře, záchranáře, sestry, sociální pracovníky, nepostradatelní jsou také psychologové či spirituální pracovníci. Významnou roli však zastává rodina a blízcí přátelé nemocného. (Bydžovský, 2015)

2 CÍLE A STANDARDY PALIATIVNÍ MEDICÍNY

2.1 Praxe založená na důkazech v paliativní péči

Paliativní medicína se začíná v poslední době profilovat jako samostatný lékařský obor a snaží se léčit projevy onemocnění především metodami tzv. evidence based medicine, tedy metodami založených na důkazech. (Sláma, 2011)

2.2 EBP v paliativní péči

Tento styl léčby se snaží o co nejvyšší úroveň praxe a je založený na co nejlepších důkazech, které o pacientovi máme. Dalo by se říct, že se jedná o jasné, ale zároveň uvážlivé využití toho, co o daném pacientovi víme. Je možné to velmi dobře znázornit na jednoduchém příkladu, který uvádí Margaret O'Connor a Sanchia Aranda ve své knize Paliativní péče pro sestry všech oborů: *„když náš milovaný umírá a chce zemřít doma, kolik potřebujeme důkazů pro to, že je nutné zajistit kvalitní a dostupnou domácí péči.“* (O'Connor, 2005, str. 21) Proto si pod pojmem EBP nepředstavujeme to, že se budou zdravotničtí pracovníci bez jakéhokoliv rozmyslu řídit jen doporučením autorů systematických studií, ale také to, že musí co nejvíce dbát na dané požadavky a přání nemocných pacientů. (O'Connor, 2005)

2.3 Nejdůležitější cíle paliativní medicíny

Celkové systémové zvýšení úrovně péče o terminální pacienty pak v důsledku znamená pozitivní ovlivnění těch důležitých oblastí, které určují především způsob a přístup, jakým pacient prožije poslední část svého života. (Kalvach, 2004) Poslední část života mohou představovat pro pacienta speciální klinickou situaci, ve které je jednoznačně potřeba přizpůsobit všechny léčebné a také ošetrovatelské postupy tak, aby co nejvíce odpovídaly komfortu daného pacienta a následně požadavkům jeho rodiny. Jedním z nejdůležitějších pravidel a kodexem paliativní medicíny je, že: *„existuje zásadní rozdíl mezi dobrou a špatnou péčí o nevléčitelně nemocné“.* (Česká

společnost paliativní medicíny, 2013, str. 6). Jak uvádějí standardy z roku 2013, které vydala Česká společnost paliativní medicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, jež jsou podloženy standardy ze zahraničních společností, tak dovednostmi a zkušenostmi českých odborníků. Samozřejmě, že i přes co nejvyšší úroveň paliativní péče nemocní následně přecházejí do terminálního stádia nemoci a v důsledku své nemoci umírají. Avšak díky paliativním postupům mohou čelit bolesti a strachu, kterým pak procházejí, s daleko větším klidem. Důležité je účinné mírnění tělesných obtíží, ale také podpora nemocného psychicky, sociálně. S co nejvyšší mírou zachování pacientovy důstojnosti. Tato péče je poskytována vždy v souladu s platnými profesními a etickými kodexy, ale také s platným právním řádem. (Česká společnost paliativní medicíny, 2013) V České republice je, od roku 2004, obor Paliativní medicína a léčba bolesti brána jako samostatný specializační obor. (Sláma, 2011)

3 MULTIDISCIPLINÁRNÍ PŘÍSTUP K PALIATIVNÍ LÉČBĚ

Jak již bylo uvedeno v kapitole týkající se definic paliativní péče, paliativní péče je interdisciplinární věda. Využívá celou škálu odborníků, v první řadě se jedná o lékaře, konkrétně specialisty a experty z různých medicínských oborů: onkology, geriatry, algeziology aj. Jednou z nejdůležitějších složek je však práce zdravotnických pracovníků (sester, zdravotnických záchranářů, ošetřovatelů), a jejich společná komunikace s lékaři. Na velmi důležité pozici se nacházejí i psychologové, sociální pracovníci nebo duchovní. Paliativní péče si také klade za cíl zapojení pacientovy rodiny a jeho blízkých přátel, kteří jsou pro pacienta jeho nejsilnější oporou. (Sláma, 2011)

3.1 Rozdělení zdravotnického personálu dle odbornosti

Corneová v knize Payneové „rozlišuje mezi dvěma typy ošetřovatelů pracujícími v odborné paliativní péči“ (Payneová, 2007, str. 38) poukazuje ve své knize Principy a praxe v paliativní péči. Myslí tím rozdělení na skupinu ošetřovatelů, kteří mají určitou postkvalifikační odbornost v souvislosti s paliativní medicínou a účastní se tedy na přímé péči. Na straně druhé se pak nachází tzv. „macmillanovští“ ošetřovatelé. Tento název vznikl ve Velké Británii v souvislosti s rozvojem velké podpory financování charitativních organizací pro nemocné rakovinou tzv. Macmillan cancer relief. Tito ošetřovatelé neposkytují přímou fyzickou pomoc, ale spíše se zaměřují na osvětu a rozšiřování nejnovějších standardů, tedy všeobecných postupů a obecně známých zkušeností. (Payneová, 2007) U nás bychom mohli mezi tento druhý vzor zařadit například Centrum paliativní péče, které se zaměřuje na výzkum, pořádá kurzy a výuky a snaží se o co největší systematické rozvíjení paliativní péče v ČR.

V současné době je tedy kladen velký důraz na rozvoj paliativní medicíny jak ze strany zdravotních pojišťoven, tak i managementu nemocnic. Dochází k vytváření standardů, hodnocení kvality a jsou také udělovány akreditace, které jednoznačně pomohou ke zlepšení medicínského, tak i ekonomického stupně našeho zdravotnictví. (Vorlíček, 2004)

3.2 Obecná a specializovaná paliativní péče

3.2.1 Obecná paliativní péče

Za obecnou paliativní péči považujeme péči o nemocného v rozvíjející fázi onemocnění. Hlavním pilířem je v každém případě komunikace zdravotníka s pacientem nebo s jeho rodinou. Léčba je dále orientovaná na co nejvyšší kvalitu života, psychosociální podporu, tišení bolesti a léčba jednotlivých symptomů. (Sláma, 2011)

Jde tedy o co nejlepší klinickou praxi, kterou poskytují jednotliví zdravotníci na základě jejich specializace. Nejdůležitějšími kroky jsou včasné odhalení nevléčitelného onemocnění a určení jaké orgánové soustavy může nemoc ovlivňovat. Obecnou paliativní péči by měli vždy zvládat všichni zdravotníci dle své specifikace a odbornosti. (Česká společnost paliativní medicíny, 2013) Avšak ošetřující lékař daného pacienta kooperuje s jednotlivými specialisty, tedy dalšími lékaři, nelékařskými pracovníky, psychologem aj. a sám indikuje léčbu i ošetrovatelskou péči daného pacienta. Je zodpovědný a rozhoduje, zda je obecná paliativní péče dostatečná. (Marková, 2010) Pokud dojde k situaci, kdy pacient na základě svých potíží není schopen zvládat svou nemoc, mělo by mu být umožněno v rámci poskytovatelů péče změnit přístup z obecné na specializovanou paliativní péči. (Kabelka, 2017)

3.2.2 Specializovaná paliativní péče

Jedná se o aktivní, cílenou péči, která disponuje zkušenostmi a erudicí lékařských i zdravotnických pracovníků. Hlavní činností poskytovatele tohoto zařízení musí být paliativní péče. (Kabelka, 2017) Tým je sestaven z odborníků, kteří jsou v oblasti paliativní medicíny speciálně vyškoleni a mají zkušenosti v přístupu k těmto pacientům. Indikace této péče by měla být tam, kde je nedostatečná obecná paliativní péče. Přechod mezi těmito dvěma péčemi by však měl být co nejvíce plynulý. (Sláma, 2011) Tento typ pomoci vyhledávají nejčastěji polysymptomatictí pacienti či nemocní, kteří již nejsou dostatečně soběstační a také ti, kteří strávili většinu času své léčby na lůžku.

Dle statistik obecnou péči využívá zhruba 65 tisíc pacientů ročně, na ni navazující specializovanou pak okolo 15 tisíc nemocných. (Bydžovský, 2015)

3.3 Formy specializované paliativní péče v ČR

V ČR se v roce 2013 vyskytují následující organizační formy:

- Mobilní paliativní péče (může být označována také jako domácí péče, odehrává se ve vlastním nebo náhradním sociálním prostředí pacienta a garantuje péči 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. Bohužel je často velkým problémem finanční dostupnost, jelikož zdravotní pojišťovny tento druh péče hradí jen částečně. Hospic poskytuje symptomatickou léčbu a péči, ale také se soustředí na uspokojení pacienta v oblasti psychické, sociální a spirituální.);
- konziliární tým paliativní péče v rámci zdravotnického zařízení (pacient zůstává na daném oddělení, kde byl léčen, ale je pod dohledem interdisciplinárního týmu expertů s přímou znalostí a specializací na paliativní péči. Tento tým také může splňovat úlohu podpory pro ostatní

personál, který by mohl považovat paliativní přístupy za nesmyslné či zbytečné. V ČR zatím nejsou příliš rozšířeny);

- ambulance paliativní medicíny (Může být součástí a tzv. krystalizačním jádrem konziliárního týmu. Poskytuje nárazovou pomoc pacientům, nejen v oblasti analgezie, ale i pomoc při rozhodnutí dalšího směřování do jiné formy specializovaného zařízení);
- oddělení paliativní péče v rámci jiných lůžkových zdravotnických zařízení (neboli OPP, pokoušejí se o co největší imitaci hospicového ideálu. OPP slouží tedy především pro práci konziliárního týmu paliativní péče jako lůžková základna ve zdravotnickém zařízení);
- lůžkový hospic (jedná se o zdravotně sociální zařízení. Samostatné lůžkové zařízení, umožňující ubytování nemocného i s jeho rodinou. Personál je zaměřený přímo na pacienty v preterminální a terminální fázi nevléčitelného onemocnění, a proto je také schopen poskytovat nejvyšší možnou míru jak fyzického, tak psychického komfortu);
- denní stacionář paliativní péče;
- zvláštní zařízení specializované paliativní péče (např. specializované poradny a tísňové linky). (Česká společnost paliativní medicíny 2013; Marková, 2010; Vorlíček, 2004)

4 UPLATNĚNÍ PALIATIVNÍ PÉČE V OBLASTI INTENZIVNÍ MEDICÍNY

Zavádění stále nových postupů, jak diagnostických, tak i terapeutických, neustále zvyšuje možnosti přežití pacientů, a tedy i výrazně ovlivňuje naše vnímání smrti a orgánového selhání. Intenzivní medicína jde neustále kupředu a často tedy dochází k řešení stavů, které byly jinak dříve jednoznačně neřešitelné. Velká skupina populace si vytvořila falešnou představu o tom, že lidský život je díky medicínskému pokroku možné prodlužovat neomezeně. Paliativní medicína si však v oblasti intenzivní medicíny klade jednoznačný cíl udržet život, zejména tedy kvalitu života, ale také přání nemocného, a nikoliv prodlužování umírání. (Pařízková, 2011)

Definice intenzivní péče je součástí zákona o zdravotních službách (Zákon č. 372/2011 Sb.) a je chápána jako: *„péče která je poskytována pacientovi v případech náhlého selhávání nebo náhlého ohrožení základních životních funkcí nebo v případech, kdy lze tyto stavy důvodně předpokládat.“* (Ševčík 2000, s. 2)

4.1 Příjem pacientů na oddělení intenzivní péče

Prvním krokem, který je důležitý v celkovém přístupu k pacientovi, je třídění nemocných, tzv. triage. Není možné přijímat pacienty, kteří neodpovídají svou závažností stavu kritériím vysoké profesionality intenzivní péče. Také však není možné přijímat pacienty terminálně nemocné, jejichž hospitalizace by byla jednoznačně neefektivní, jak z hlediska nemožnosti jejich stav zlepšit, tak i z hlediska ekonomického. Pacient, který splňuje podmínky přijetí pro jednotku intenzivní péče, by měl mít reálnou šanci na celkové zlepšení všech orgánových funkcí i naději na následnou dobrou kvalitu života. (Sláma, 2011)

4.1.1 Problémy při péči o umírající pacienty v intenzivní péči

Jak již bylo uvedeno v podkapitole (Příjem pacientů na oddělení intenzivní péče), často dochází k přijetí pacientů, u kterých není možné zajištění konceptu „dobré

smrti“. Až 15-35 % pacientů umírá během léčby na JIP, obrovské procento však velice krátce po propuštění z oddělení. Velkým problémem je také čím dál tím častější přijímání pacientů s náhlým zhoršením chronického onemocnění, přičemž by měla být tato místa uvolňována spíše pacientům, u kterých došlo k úrazu nebo nemoci způsobené infekcí. Je však značně obtížné rozhodnutí zdravotnického týmu o neléčení, neboť se jedná o celkový diagnostický, ale především etický problém. Zdravotníci se pak nacházejí v těžké situaci při řešení situací zdánlivě neslučitelných zájmů. (O'Connor, 2005)

4.2 Rozhodování o intenzitě léčby

Tzv. end-of-life-care, tedy paliativní péče u pacientů v intenzivní medicíně, kteří se nacházejí na konci svého života. Intenzita nebo redukce samotné léčby se liší dle jednotlivých oddělení. (Sláma, 2011)

4.2.1 Plná terapie

Lékař se svým týmem se u tohoto typu snaží využít největší počet možností, které má k dispozici, aby byl výsledek v závěru co nejvíce pozitivní. Plná terapie léčí na základě aktuálních standardů medicíny. Soustředí se na správnou diagnózu, léčebný postup lege artis a možnou dostupnost léčby. (Sláma, 2011)

4.2.2 Nemocný s nepříznivou prognózou

Daná situace je natolik závažná, především z hlediska základního onemocnění a zhoršení dosavadního stavu, že není žádná možnost dlouhodobého přežití ani jakékoliv přijatelné kvality života. Pacient trpí nesnesitelnou bolestí, fyzickou i emocionální, nepohodlím a dalšími útrapami, které často souvisí s terapií, která jen prodlužuje ireverzibilní stav, ve kterém se nemocný nachází. (Sláma, 2011) Marná nebo neúčelná léčba, nepokračování nebo dokonce nezahajování léčby včetně aplikace (katecholaminů, použití hemodialýzy či ventilační podpora) je součástí správného paliativního přístupu, ale také paliativní terminologie. (Ševčík, 2014)

4.2.3 Nerozšiřování zavedené léčby

V některých publikacích označován také jako „withholding“. Nejprve je důležité zhodnotit výchozí celkový stav pacienta, následně řešit předpokládanou prognózu a vývoj choroby. S rozdílem oproti plné terapii se už dále nerozšiřuje spektrum léčebných ani diagnostických metod. To znamená, že terapie stávající je považována za maximální a tím pádem konečnou. Mezi tento typ léčby zařazujeme i tzv. D. N. R. (Do Not Resuscitate). (Sláma, 2011) Danému tématu se však budeme konkrétně věnovat v kapitole Právní aspekty paliativní péče.

4.2.4 Omezování léčby

K omezování intenzivní léčby dochází především u pacientů se špatnou stávající prognózou. Vyřadí se veškerá terapie orgánové podpory a zaujme se postoj tzv. bazální léčby. Ta je založena čistě na základní výživě, analgosedaci a UPV. Je popsána základními podmínkami, které ve své knize Paliativní medicína pro praxi popisuje Sláma:

- „rozhodování je týmové“;
- „rozhodnutí o omezení léčby musí být jasně zdůvodněno a dokumentováno“;
- „omezení léčby musí být opakovaně přehodnocováno“;
- „součástí tohoto přístupu je pravidelný kontakt a kvalitní komunikace s rodinou a nejbližšími“;
- „pacient má při paliativní léčbě nárok na komfort po celý zbývající život“. (Sláma, 2011 str. 282)

5 FÁZE PROCESU UMÍRÁNÍ

5.1 Terminální stav

V lékařském slovníku, pod pojmem terminální stav, můžeme najít zjednodušeně často pojem umírání. Je však důležité tyto pojmy rozlišovat. Při terminálním stavu dochází k ireverzibilním změnám a poruchám důležitých orgánů. Výsledkem je zánik jedince. (Kupka, 2014) Jedná se o poslední měsíce, týdny, popřípadě dny života. Jsou přítomny jednoznačné příznaky destabilizace onemocnění a rychlý rozvoj dalších symptomů. Terminální fáze se, u jednotlivých typů pacientů, ale i onemocnění, zásadně liší. Jak délkou, bolestí, rozsahem symptomů, tak i individuálních potřeb pacienta. (Kabelka, 2017)

5.2 Umírání

Můžeme označit spíše jako proces, který je zakončen terminálním stavem. Jedná se o různě dlouhé období, díky čemuž také vzniklo dělení na jednotlivé fáze umírání: *pre finem*, *in finem*, *post finem*. (Kupka, 2014) Toto dělení je důležité především z hlediska jakéhosi modelového scénáře umírání. Může pomoci při rozhodování o volbě formy či strategii lékařské, ošetrovatelské a psychologické intervence. (Vorlíček, 2004)

5.2.1 Pre finem

Za začátek tohoto období je možné považovat fakt, že nemoc daného jedince je natolik vážná, že pravděpodobně skončí letálně. Tedy sdělení diagnózy odstartuje fázi *pre finem*. Každý jedinec může reagovat specificky. Rozdíl reakce určuje především náš charakter, osobnostní rysy, životní zkušenosti a aktuální psychický stav. Lze vytvořit jednoduché rozdělení reakce na závažné informace.

1. Člověk danou informaci přijme jak rozumem, tak i emočně: jedinec je evidentně zasažen informací, je však schopen zajímat se o okolnosti a možné perspektivě léčby nebo zbylého života.
2. Člověk danou informaci přijme rozumově, emočně ji však odmítne: takový člověk může vypadat jako by se ho daná situace netýkala.
3. Člověk odmítne informaci jak rozumově, tak i emočně: dotyčný není schopen věřit dané situaci, shazuje problém, tvrdí, že se musí jednat o omyl.
4. Člověk informaci přijme emočně, rozumem ji však nepřijme: je viditelně emočně zasažen, přesto nám podává argumenty, proč naše zpráva nemůže být pravdivá. (Kupka, 2014)

5.2.2 In finem

Vorlíček uvádí, že tato fáze „reprezentuje umírání ve vlastním slova smyslu. Z praktického i etického hlediska se zde otevírají dva problémové okruhy: ritualizace smrti, a to zejména v podmínkách hospitalizace, a problematika eutanázie.“ (Vorlíček, 2004, str. 436) Tato situace může být v rámci lékařského pojetí spojována s terminálním stavem. V této fázi by bezpodmínečně mělo dojít k znovuzapojení rodiny a blízkých přátel. Možností je kombinovaná hospitalizace, kdy jeden z členů rodiny může být v přítomnosti nemocného neomezeně. Jinou možností je využití kontinuálních či prodloužených návštěv. Je také vhodné zvážit, zda člověk nemůže zemřít doma, v kruhu svých nejbližších, je ale potřeba zajištění profesionála, aby rodina nezůstala osamocena. (Kupka, 2014)

5.2.3 Post finem

Typickým úkonem v této fázi je péče o mrtvé tělo. Velký důraz klade na péči o pozůstalé. (Vorlíček, 2004) Prvotní chvíle po smrti jsou zvlášť významné pro pozůstalé. Přímo ovlivňují charakter a podobu zármutku. Může dojít ke vzniku patologické formy žalu a zármutku, ze kterých mohou vzniknout úzkostné až depresivní stavy. Mezi časté situace se také řadí posttraumatické stavy, ty nejčastěji

nastávají, pokud zemře dítě rodičům, nebo pokud ke smrti došlo drasticky či za specifických okolností. (Kupka, 2014)

Zdravotnický personál je povinen plnit předepsaný postup tak, aby probíhal co nejvíce taktně. Mezi úkony, které musí splnit, patří vyplnění úmrtního listu a předání věcí po pozůstalém. Nejblíže příbuzní by měli být ujištěni, že bylo vykonáno vše dle lege artis, a že zemřelý nijak netrpěl. (Vorlíček, 2004)

Tato doba, ke konci života, je unikátní zkušenost pro zdravotnický tým co nejvíce pomoci nemocnému, ale především jeho blízkým. Míra zármutku a žalu je závislá na profesionalitě našich postupů a postojů v této fázi. (Kabelka, 2017)

6 BOLEST

I přes to, že je paliativní medicína jednoznačně založena na multidisciplinární spolupráci, v klinické praxi má své pevné místo léčba bolesti – algeziologie. I z historického hlediska byla v popředí u pacientů v terminální fázi vždy soucitná péče rodiny s odborným dohledem lékaře. Terapie byla však omezená na malé množství léku, především na morfium, který u pacientů jednoznačně tiší bolest, jeho název je odvozen od řeckého boha spánku Morfea. (Vorlíček, 2004)

Bolest je považována za nepříjemný emocionální i sensorický prožitek, který je vázán na reálné nebo potencionální poškození tkáně. Bolest je u každého pacienta vždy subjektivní. (Lejčko, 2016)

„Bolest je jedním z nejčastějších symptomů pokročilých stádií onemocnění, kterými se paliativní medicína zabývá“. (Sláma, 2011 str. 39) Liší se u každého člověka a konkrétně jen osoba, která ji prožívá, ji může prakticky kvantifikovat. Jedná se o subjektivní pocit, vnímán také na základě dosavadních zkušeností. Jak již bylo zmíněno, je důležitá kvantifikace, a také je důležité hodnocení samotné bolesti, bez tohoto základu není možné rychle a účinně bolest léčit. (Amery, 2017) Jako koncept celkové bolesti, neboli total pain, označujeme bolest jako: *„multidimenzionální prožitek zahrnující aspekty fyzické, psychické, sociální a spirituální“.* (Amery, 2017, str. 78) Jedná se o skutečnost, že celková bolest vytváří komplexní krizovou situaci. Přičemž správný management se soustředí a adekvátně řeší především čtyři základní dimenze lidského bytí. (Amery, 2017)

6.1 Etiopatogeneze bolesti

Pokud budeme mluvit o fyzické části bolesti, vedou ji specifické nervové dráhy – vzruch se šíří z periferních nociceptorů, což jsou receptory bolesti, skrz spinotalamický trakt až do thalamu. Descendentní dráhy, během vedení impulsu, tlumí vzestupné nervové dráhy. (Amery, 2017)

6.2 Akutní a chronická bolest

Lze zaujmout tradiční rozdělení bolesti na akutní a chronickou, přičemž chronická je trvající déle než 3 měsíce. Pro chronickou bolest jsou však než délka daleko charakterističtější změny ve funkci a struktuře, jak v centrálním, tak periferním systému. Označované také jako senzitivace, chápána jako přecitlivělost či zvýšená citlivost k určitým podnětům, což vede ke změně ve zpracování nociceptivní stimulace. (Sláma, 2011). Toto rozdělení je však zásadní především kvůli časné, co nejúčinnější analgezii, ale také pro rozhodnutí o správné strategii léčby. Zaměřujeme se především na anamnézu, délku trvání bolesti, zásadní je dále intenzita a charakter bolesti, faktory, které ovlivňují celkový průběh nemoci a také tzv. pain figure neboli grafický záznam bolesti. (Lejčko, 2016)

6.2.1 Akutní bolest

Při ohrožení zdraví splňuje akutní bolest velmi důležitý úkol. Je signálem pro ochrannou funkci těla, vydává organismu informaci, že došlo k poruše integrity a tím pádem i zabrání dalšímu poškození. Obvykle se jedná o bolest palčivou, ostrou, a lze ji dobře lokalizovat dle místa, které vyvolalo příčinu. (Hakl, 2016) Akutní neboli bolest, která trvá omezenou dobu, můžeme chápat také jako jeden z klinických symptomů, který vznikl na základě určitého onemocnění či poranění. Lidé se daleko lépe vyrovnávají s akutní bolestí, která je více intenzivnější, ale netrvá příliš dlouho. V medicínském oboru algeziologie se považuje za akutní taková bolest, která vznikla nejčastěji následkem úrazu nebo i pooperační bolest. Je morální i právní povinností lékaře i dalších nelékařských pracovníků tyto stavy adekvátně řešit, neboť pacient má právo na vyloučení strádání a zmírnění akutní bolesti. (Rokyta, 2006)

6.2.2 Chronická bolest

Chronickou bolest pacienti zvládají daleko hůř. Tato bolest trvá déle a její příčiny jsou často velmi složité a zároveň hroživé. (Rokyta, 2006) Může se jednat o opakující se bolest, nebo trvající déle než 3-6 měsíců a jedná se již o specifické samostatné onemocnění. Chronická bolest vyžaduje jednoznačně zcela jiný zdravotnický přístup, než léčba akutní bolesti. Mezi základní terapeutické postupy řadíme, na prvním místě, jednoznačně farmakoterapii, dále pak rehabilitační postupy a psychoterapeutické i analgetické metody. Důležitá je také sociální podpora a je možnost využít stále více se rozšiřujících alternativních postupů medicíny jakými jsou např. akupunktura. (Sláma, 2016) Cílem už často není úplné uzdravení pacienta, ale odhalení podstaty všech souvislostí jak biologických, psychologických, tak i sociálních. Zásadní je následná péče ve spolupráci multidisciplinárního týmu. (Rokyta, 2006)

6.2.3 Epizodická bolest

Dělíme ji na spontánní a incidentální – je přímo vyvolaná nějakou typickou aktivitou. Jinak označována také jako průlomová. Vzniká následkem zhoršení chronické bolesti, i za dostatečné a kvalitní kontroly. Mezi základní pravidlo při léčbě tohoto typu chronické bolesti řadíme plán „SOS“ neboli „záchrannou medikaci“, která je charakteristická rychlým nástupem účinku, potlačuje vzniklé příznaky a zdravotník ji aplikuje v co nejčasnějším stádiu vzniklé bolesti. Zdravotnický personál tedy musí v prvním kroku akutně diagnostikovat symptom, pro který ošetřující lékař stanovil farmaka a provést co nejrychlejší aplikaci. Zajišťuje tedy zjednodušeně, v rámci pohotovosti, podporu a kontrolu podávaných léků. Neinvazivní medikaci je možné aplikovat, pokud je dostatečně edukována, rodina či blízcí nemocného. (Bydžovský, 2015)

6.3 Dělení bolesti dle patofyziologie

6.3.1 Tabulka dělení bolesti dle patofyziologického mechanismu

Tabulka 1 Dělení typů bolesti, charakteristika a jejich příklady

Typ bolesti	Charakteristika	Příklady
Nociceptorová somatická	Tento typ bolesti je vyvoláván především iritací nervových zakončení – nociceptorů, současně při místním poškození tkání. Nejčastěji je lokalizován v daném místě poškození tkáně.	Kostní metastázy
		Nádor prorůstá do oblasti svalů až kůže
Nociceptorová viscerální	Ke dráždění receptorů bolesti dochází v oblasti malé pánve nebo dutiny břišní. Bolest však nelze obvykle přesně lokalizovat a pacient může označovat lokalizaci na povrchu těla.	Často bolest nádorová některých z orgánů dutiny břišní či malé pánve. Střev, jater, slinivky břišní či močového měchýře.
Neuropatická	Dochází k poškození periferního nebo centrálního nervového systému. Pacient popisuje často bolest jako brnivou nebo pálivou. V lokalizaci, kterou popisuje, však nenacházíme žádné známky po poškození tkáně.	Neuropatie po chemoterapii
		Plexopatie nejčastěji poškození brachiálního plexu. Často vzniká jako následek po chemoterapii.
		Přímý vliv nádorového infiltrátu na nervové plexy.
Smíšená	Tento typ má vlastnosti jak nociceptorové, tak neuropatické bolesti.	Může se jednat o nádor lokalizován v malé pánvi, který však současně prorůstá do svalů až kostí pánve. Přitom ničí nervové plexy.

(Sláma, 2011, str. 40)

6.4 Hodnocení a vyšetření bolesti

Co nejpřesnější hodnocení bolesti začíná celkovým systematickým vyšetřením, které se orientuje na pacienta, ale i na jeho rodinu. (O'Connor, 2005) Objasnění příčiny bolesti považujeme za prvotní předpoklad pro správnou a úspěšnou léčbu. Na místě je celková anamnéza pacientů, ptáme se na následující otázky. Kde to bolí? Jak velká je bolest? Kdy bolesti začaly? Jsou pravidelné? Co bolest vyvolává? Jaká je iradiace – tedy kam se bolest šíří? Co bolesti ulevuje? (Sláma, 2011) Je možné využít také mnemotechnickou pomůcku „OPQRST“, pro odběr anamnézy a dotazy na bolest.

- O – od kdy bolest začala;
- P – potlačující nebo naopak provokující faktory, jaké polohy bolest ulevují, jaké je naopak vyvolávají;
- Q – kvalita, ptáme se na otázky jako: je bolest pálivého, svíravého, palčivého či tlakového charakteru? Kvantita, požádáme pacienta, aby popsal bolest na stupnici od 0-10 nebo od 0-100;
- R – region, lokalizace bolesti, ale také její iradiace;
- S – spánek;
- T – terapie, její dosavadní účinek. (Bydžovský, 2015)

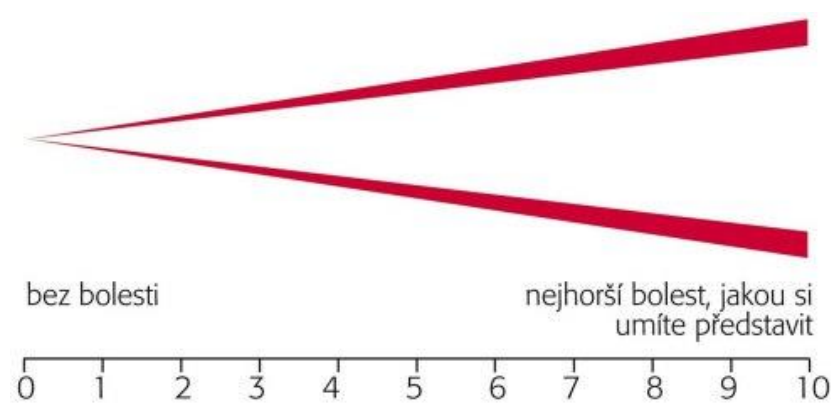
Navazujeme fyzikálním a následně neurologickým vyšetřením. V nemocničním prostředí je možné provést také některá laboratorní nebo elektrofyziologická vyšetření. (Sláma, 2011) Základní vyšetřovací metody bolesti patří k základním technikám, které musí bezpodmínečně zvládat zdravotnický personál v paliativní péči. Postupy, dávkování a kontraindikace léků, obsluha přístrojů, které slouží pro kontinuální podávání analgetika. Správně hodnotit bolest dle standardů, a nakonec podat podrobnou zprávu a popis aktuálního stavu pacienta. Je také možné využívat dalších metod, jako je například deník bolesti, který může být užitečnou pomůckou v rámci komplexního hodnocení pro multidisciplinární tým. (Bydžovský, 2015)

6.5 Hodnocení intenzity bolesti

„Intenzita bolesti je nejvýznamnější parametr při rozhodování o vhodném léčebném postupu.“ (Sláma, 2011, str. 42) Sláma v knize Paliativní medicína pro praxi také popisuje, že „zlatý standard“, při hodnocení intenzity, jsou především údaje pacienta. Zachycení a správné rozlišení intenzity bolesti, která je udávána pacientem, může být velmi komplikované. Rozlišit intenzitu bolesti od stresu způsobeného bolestí. (Sláma, 2011)

6.5.1 Jednoduché nástroje měření intenzity bolesti

Základním faktorem je správná a pravidelná monitorace. Za standard je považována tzv. vizuální analogová škála neboli VAS. (Lejčko, 2016) Jedná se o numerické hodnocení, na vytvořené stupnici od 0 – chápanou jako žádnou bolest, do 10 – což představuje nejhorší bolest, kterou si pacient může představit. Je také možné vytvořit stupnici od 0 do 100. Pro některé pacienty může být představa numerické škály příliš složitá a abstraktní, a proto je možné využít verbální škály. Pacient dostává nabídku jednotlivých kategorií. Například – žádná bolest– mírná – střední – silná –krutá- či nesnesitelná bolest a vybírá jednotlivou úroveň bolesti, která odpovídá jeho aktuálnímu stavu. Poslední možností jednoduchého měření intenzity bolesti jsou vizuální analogové škály. Na úsečce či trojúhelníku může nemocný popisovat kontinuum intenzity bolesti. (Sláma, 2011; Bydžovský, 2015)



Obrázek 1. vizuální analogová škála a numerická škála (Sláma, 2011, str. 43)

U geriatrických pacientů se syndromem demence či syndromem deliria a dětských pacientů může být komunikace a vyšetřování bolesti značně ztíženo. Je proto nutné věnovat dostatečnou pozornost neverbálním projevům. Míru bolesti můžeme odhalit díky objektivním symptomům bolesti. Jedná se o tzv. syndrom bolesti, kdy nemocný není schopen o své bolesti mluvit ani ji jinak popsat, ale většinou jsou typické obličejové grimasy, pocení a pláč, zatínání pěstí a hypertonus svalů. Postižený se pohybuje jen málo, pomalými pohyby a především vyhledává úlevovou polohu. (Bydžovský, 2015)

6.5.2 Vícerozměrné nástroje měření bolesti

Označované jako multidimenzionální nebo také jako dotazníky bolesti. Tyto nástroje jsou daleko podrobnější, ale zároveň patří mezi složitější metody. Pro zdravotnický personál mohou být dobrou pomůckou, jak pokládat systematicky otázky, abychom se dozvěděli o pacientově bolesti co nejvíce. (Sláma, 2011) Patří sem Pain Assessment Guide neboli průvodce k hodnocení bolesti, McGillův dotazník, škála PAINAD, sloužící k hodnocení bolesti u pacientů s pokročilou demencí. Nejznámějším a nejčastěji používaným je však krátký inventář bolesti (Brief Pain Inventory). (Bydžovský, 2015)

BRIEF PAIN INVENTORY (česká verze)

SD nemocného.....
Datum.....

1.) Po celý život většinu z nás čas od času něco zabolí (hlava, ruka, záda, koleno). Čižka) jste dnes jinou než takovou vřední bolest?

AHO NE

2.) Na obrázku označte místo, která vás boří. Nejbolestivější označte 10

3.) Ohodnoťte svou bolest zakroužkováním čísla, které odpovídá vaší nejhorší bolesti za posledních 24 h.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
žádná bolest nejvíce

4.) Ohodnoťte svoji bolest zakroužkováním čísla, které odpovídá vaší nejmenší bolesti za posledních 24 h.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
žádná bolest nejvíce

5.) Ohodnoťte svoji bolest zakroužkováním čísla, které odpovídá vaší průměrné bolesti za posledních 24 h.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
žádná bolest nejvíce

6.) Ohodnoťte svoji bolest zakroužkováním čísla, které odpovídá, jakou bolest máte právě teď.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
žádná bolest nejvíce

7.) Jaké léky užíváte proti bolesti, či jakou léčbu proti bolesti jste podstoupil(a)?

8.) Jak velkou úlevu vám přinesly léky, či léčba proti bolesti v posledních 24 h? Označte %, které nejlépe vyhovuje, jak moc léky či léčba slouží.

0% 10 20 30 40 50% 60 70 80 90 100%
žádná úleva naprostá úleva od bolesti

9.) Označte čísla, která popisuje, jak bolest v posledních 24 h ovlivnila vaši CELKOVOU AKTIVITU:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
bez ovlivnění kompletně ovlivnila

NÁLADU:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
bez ovlivnění kompletně ovlivnila

SCHOPNOST CHODIT:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
bez ovlivnění kompletně ovlivnila

BĚŽNOU PRÁCI (DOMA I MIMO DOMOV):

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
bez ovlivnění kompletně ovlivnila

VZTAHY S JINÝMI LIDMI:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
bez ovlivnění kompletně ovlivnila

SPÁNEK:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
bez ovlivnění kompletně ovlivnila

RADOST ZE ŽIVOTA:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
bez ovlivnění kompletně ovlivnila

Obrázek 2. Brief Pain Inventory – inventář bolesti (Sláma, 2011, str. 44,45)

6.6 Léčba

6.6.1 Obecné poznámky

Léčení bolesti se snažíme vždy co nejvíce přizpůsobit konkrétnímu pacientovi. Jedná se o tzv. tailoring. Bolest musí být také trvale pod dostatečnou kontrolou, aby nedocházelo k opakování bolesti. I proto jsou analgetika předepisována pacientům pravidelně. Za cíl léčby je považována úleva od bolesti a co nejvyšší míra bezbolestnosti. Bohužel, docílit u některých nemocných úplného odstranění symptomu bolesti, je téměř nemožné. Často je za reálné řešení bolesti považované takové tlumení bolesti, které je pro daného pacienta přijatelné. Na zdravotnickém týmu je však hned několik důležitých rozhodnutí. *„Musíme zvažovat přínos, rizika i vedlejší účinky analgetické léčby. Účinná kontrola bolesti by měla být součástí celkové snahy o zlepšení kvality života.“* (Vorlíček, 2004, str. 38)

Léčba bolesti může být jednak kauzální či symptomatická, ale je také důležité rozdělení, zda-li se jedná o nádorové či nenádorové onemocnění. A v poslední řadě pak uplatnění postupů, buď farmakologických nebo nefarmakologických. (Vorlíček, 2004)

6.6.2 Kauzální terapie

Kauzální léčbu bolesti je možné využít u nádorové bolesti s použitím onkologických postupů. (Marková, 2010) Mezi její obvyklé postupy řadíme odstraňování nádorů, a to hned velkým množstvím technik (chirurgické odstranění, radioterapie, chemoterapie a hormonální léčba). Za nejúčinnější z nich je v klinické praxi považována metoda chirurgická, např. odstranění nádoru operací. (Sláma, 2011)

6.6.3 Symptomatická léčba

Častější však, v paliativní péči, zůstává léčba symptomatická. (Marková, 2010) Postupy tohoto typu léčby ovlivňují stimulaci periferního a centrálního nervového systému, především vnímání, vedení a vznik bolestivé stimulace. (Sláma, 2011) Tento typ léčení tedy zahrnuje především farmakoterapii, postupy anesteziologické i neurochirurgické, ale soustředí se také na psychologickou stránku jedince. (Vorlíček, 2004)

6.6.4 Medikamentózní léčba

Základem, při léčbě bolesti medikamenty, jsou analgetika. Pokud se dále kombinují s dalšími doplňkovými léky jedná se o tzv. komedikaci. (Vorlíček, 2004) Správná volba a vedení analgezie je dána klinickým stavem pacienta, intenzitou a povahou bolesti. Na prvním místě tedy vždy řešíme intenzitu bolesti, nikoliv to, co bolest způsobuje (biologický původ nádorový nebo nenádorový). (Lejčko, 2016)

Pro výběr co nejvhodnějšího analgetika využíváme analgetický žebříček WHO.

6.7 Analgetický žebříček WHO

Tabulka 2 Analgetický žebříček dle WHO

I. Stupeň	II. stupeň	III. stupeň
Mírná bolest	Středně silná bolest	Silná bolest
Neopiodní analgetikum	Slabé opiody + neopiodní analgetikum	Silný opiod +/- neopiodní analgetikum
+/- koanalgetik		

(Sláma, 2011, str. 47)

U mírné bolesti, jak je možné vidět v tabulce, se doporučuje začínat neopioidními analgetiky. Pokud tento typ léků nedostačuje, přidáváme k neopioidním analgetikům i slabé opiody. Ty nasazujeme při středně silné bolesti. Jestliže nemocný pocítuje silnou bolest a první dva stupně nedostačují, je třeba přistoupit ke kroku 3 a aplikovat místo slabých opiodů, opiody silné. (Lejčko, 2016)

Je naprosto nezbytné odlišit při použití analgetického žebříčku bolest akutní od chronické. U akutní bolesti je postup tzv. step down, tedy začínáme nejprve třetím krokem, a postupujeme v tabulce tzv. shora dolů. Je vhodné parenterální podání medikamentů, pokud je akutní bolest intenzivního charakteru a vybíráme analgetika s rychlým nástupem účinku, aby požadovaný efekt byl docílen co nejrychleji. (Lejčko, 2016)

U bolesti chronické je postup opačný, od prvního stupně po stupeň třetí neboli „zdola nahoru“. (Lejčko, 2016) Analgetika nepodáváme jen dle potřeby, ale především ve chvíli, kdy dochází k odeznění předchozí dávky a bolest znovu začíná stupňovat. Dávky aplikujeme tzv. podle hodin, tím je myšleno v pravidelných intervalech. U chronického léčení bolesti oproti akutní, jsou nejlepší volbou lékové formy s pozvolným uvolňováním a prodlouženým účinkem. Nejvhodnější způsobem aplikace je pak použití náplastí (transdermální systém), nebo možnost využít injekční pumpy, která pacientovi zajišťuje lineární doplňování analgetika, takový způsob podání označujeme jako PCA. (Bydžovský, 2015)

6.8 Neopioidní analgetika

Jsou využívána při léčbě viscerální a nocicepční somatické, buď samostatně nebo je kombinujeme s opiody. Důležitým pravidlem je dodržování maximálních denních dávek, pokud dojde k podání vyššímu, automaticky se zvýší analgetický účinek, ale přináší velké množství nežádoucích účinků. (Sláma, 2011)

Paracetamol

Lékem první volby je paracetamol/acetaminofen. Obvyklá dávka se pohybuje od 750 - 1000mg. Maximální denní dávka je do 4g. Při častém překročení této dávky vzniká větší riziko hepatotoxicity. Nemá protizánětlivý účinek a nedráždí GIT. Kontraindikací podání může být hladovění, malnutrice či chronický abúzus alkoholu. (Bydžovský, 2015; Sláma, 2011; Lejčko, 2016)

Metamizol

Dávka 0,5 – 2g zhruba po 4-6 hodinách. Mají velmi dobrou analgetickou i antipyretickou účinnost. Mírný spazmolytický účinek, bez výrazného ovlivnění trávicího traktu. (Bydžovský, 2015; Lejčko, 2016; Sláma, 2011)

6.8.1 Nesteroidní antiflogistika

NSA mají protizánětlivý, antipyretický a velmi účinný analgetický účinek. Analgetický efekt je závislý na velikosti dané dávky. Mezi nevýhody patří bolesti či až rozvoj krvácení do GIT. Jsou kontraindikovány u seniorů, kde může docházet k rozvoji hypertenze, iktu, srdečního selhání či infarktu myokardu. U geriatrických pacientů se proto doporučuje monoterapie paracetamolem, popřípadě jeho kombinace s acetaminofenu s opiody. (Bydžovský, 2015; Lejčko, 2016; Sláma, 2011)

6.9 Slabé opiody

Mezi jejich společné znaky patří: *„přítomnost klinicky významného stropového efektu. Od určité dávky dochází při jejím dalším zvyšování pouze k velmi malému nárůstu analgetického účinku.“* (Sláma, 2011, str. 52) Mohou způsobovat velké množství nežádoucích účinků jako je nevolnost, zvracení, obstipace, ovlivnění myšlení. Velmi jednoduše může vzniknout závislost na těchto medikamentech jak fyzická, tak psychická. Mezi dostupné slabé opiody v České republice patří:

Tramadol

Ovlivňuje především descendentní antinocicepční dráhy. Prokazatelný účinek u neuropatické bolesti, ale jeho samotná analgetická aktivita může být často nedostatečná. V takových situacích je vhodná kombinace s paracetamolem, v konkrétní dávce paracetamolu (650mg) a tramadolu (75mg). Jeho samotná dávka je od 50-100mg po 4 hodinách. Přičemž za maximum je považována dávka do 600mg za den. Po podání často pacienti cítí závratě až nauzeu. Proto je vhodné kombinovat je s antiemetiky a potlačit tak pocit na zvracení či samotné zvracení. (Lejčko, 2016; Bydžovský, 2015)

Kodein

Poměrně slabé analgetikum. Při samostatném použití známé pro tlumení kašle, suchého i dráždivého. Často ho kombinujeme s paracetamolem. Dávka 15 – 60mg, maximální dávka přes den je 4x denně. (Lejčko, 2016; Bydžovský, 2015)

6.10 Silné opiody

Určeny především pro intenzivní léčbu akutní bolesti, či bolesti, která nelze zmírnit na přijatelnou úroveň. (Lejčko, 2016) Jedná se o efektivní léky, které pozitivně ovlivňují vytvořené příznaky. Nemocný, který nikdy neužíval silné opiody, může mít daleko větší sklony k rozvoji NÚ. (Kabelka, 2017) Mezi nežádoucí účinky patří jednoznačně nauzea či zvracení. Mohou vyvolat také těžkou zácpu, kterou je potřeba okamžitě řešit například laktulózou. Déle mohou způsobovat snížení krevního tlaku až útlum dýchání. Po několika dávkách velmi jednoduše vzniká abúzus. Při použití transdermálních náplastí, je třeba uvědomit si, že účinek může mít pozvolný charakter. (Bydžovský, 2015)

7 PRÁVNÍ ASPEKTY PALIATIVNÍ PÉČE + DO NOT RESUSCITATE

„Poskytování paliativní péče je v České republice upraveno zákonem č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách, který paliativní péči prohlašuje za druh zdravotní péče“. (Bydžovský, 2015, str. 91) Pro paliativní péči platí stejné právní předpisy jako pro všechny ostatní medicínské obory a oblasti zdravotnické péče. Je však důležité upozornit na některé rozdíly, které u pacientů v terminálních stádiích nemoci musíme respektovat a dodržovat. Vystává otázka, jaký postup je u takových nemocných správný, tedy lege artis. (Sláma, 2011) Členové multidisciplinárního týmu musí mít základní informace a souvislosti v právních ohledech paliativní péče. Smyslem paliativní péče je udržet co nejvyšší kvalitu pacientova života a ne udržovat jeho život za každou cenu. Je potřeba respektovat každého pacienta zvlášť a brát zřetel na jeho požadavky, ale také možnosti. Nemělo by však docházet k zatěžování terminálně nemocných tzv. marnou léčbou. (Bydžovský 2015)

7.1 Marná léčba

Zdravotnický tým musí umět rozpoznat, kdy už léčba nezajišťuje pacientovi dostatečnou úlevu. V takovém případě je vhodné přistoupit na přechod z kurativní na péči paliativní. Zaměřujeme se v takovém případě na poradenství a kvalitu zbývajících dní pacienta. Určit však, kdy už je léčba marná, je velice složitým úkolem. O tomto rozhodnutí však rozhoduje sám pacient nebo jeho zvolený zástupce, nikoliv lékař. Lékař může nabídnout tuto možnost, ale sám ji provést nemůže. Lze doufat, že problematiku tohoto tématu zmírní alespoň dokumenty tzv. living will nebo DNR. (Kupka, 2014)

7.2 Práva rozhodovat o léčbě

Pozitivní úlohu, z hlediska právních věcí v oblasti paliativní péče, sehrála především „listina základních práv a svobod, článek 6“, ten konkrétně popisuje že:

„každý má právo na život. Lidský život je hoden ochrany již před narozením a nikdo nesmí být zbaven života“. (Sláma, 2011, str. 327) Velmi důležitým mezníkem v historii je v České republice také rok 2001, kdy u nás byla Parlamentem České republiky ratifikována také Konvence o biomedicíně. Ta zaručuje, že bude brán zřetel na pacientova dříve vyslovená přání a také, že osoba, která podstoupí určitý zákrok musí svobodně poskytnout informovaný souhlas. Samotná práva nemocných jsou pak podmíněna etickému kodexu, ten respektuje zdravotnické zákony, sám však legislativní normou není. (Vorlíček, 2004) Z hlediska intenzivní medicíny a paliativní péče je zde velké množství etických otázek a problémů. Situace je natolik složitá především kvůli tomu, že pacientův stav v některých případech neumožňuje jeho samostatné svévolné rozhodnutí. V takovém případě dochází často k těžkému rozhodování o dalším léčebném postupu. Zvážení přiměřenosti léčby, i základní etické principy a hodnoty, které paliativní medicína ctí. Můžeme si pro příklad uvést několik praktických doporučení pro řešení těchto situací, se kterými se každý zdravotník setká. Od terminálně nemocného se snažíme získat stanoviska a přání ke konci jeho života, dodržujeme je co nejvíce, podle jeho vlastního rozhodnutí. Tento postup nazýváme tzv. advanced directives. Druhým praktickým tipem může být co největší dostupnost paliativní péče a léčby bolesti v souvislosti s intenzivní medicínou. (Sláma, 2011)

7.3 Do not resuscitate

DNR je aktuální otázkou, jak ve světě, tak v České republice, z hlediska etického i právního. Vede se bouřlivá diskuze o tom, kdo a kdy je oprávněn rozhodovat o nezahájení KPR. Ve většině zemí je KPR brána jako léčebný metoda, tento postup má tedy své kontraindikace i indikace. Mezi výpis kontraindikací byl postupně zařazen i pacient v terminální fázi nevléčitelného onemocnění. Zde by tedy nemělo být KPR zahajováno. (Sláma, 2011) Jednoznačně však platí, že zdravotník je garantem odbornosti péče, která je poskytnuta pacientovi lege artis. Pokud by se však stalo, že kdokoliv ze zdravotnického týmu poskytne péči mimo právní řád,

příčemž by došlo k ublížení, přímého ohrožení života, či dokonce smrti pacienta, mohlo by se jednat o trestný čin. (Bydžovský, 2015) Případ z praxe: „posádka zdravotnické záchranné služby vyjela k 96leté pacientce pravého prsu s metastázami do pravého podpaží, s dalšími diagnózami: stav po oboustranné plicní embolii, chronická ischemická choroba srdeční chron., stav po infarktu myokardu spodní stěny, ejekční frakce levé komory srdeční 48%, esenciální hypertenze III. Stupně, chronická žilní insuficience dolních končetin, extrapyramidový syndrom parkinsonský atd. Zdravotnická záchranná služba byla volána dcerou pacientky pro náhlé zhoršení zdravotního stavu pacientky (dechová nedostatečnost). Po příjezdu byla pacientka vyšetřena – neměřitelný nízký krevní tlak, frekvence srdečního akce 62/min. Byl zaveden žilní vstup pro případné podávání léků či infuzí. Po cca deseti minutách došlo k náhlému zhoršení stavu pacientky a selhání základních životních funkcí. Ošetřující lékař rozhodl o nezahájení resuscitace, neboť ji vyhodnotil jako marnou, a informoval dceru pacientky“ (Bydžovský, 2015, str. 92) Tato kazuistika ukazuje případ, u kterého lékař rozhodl na základě odebrané anamnézy, že zahájení KPR by bylo kontraproduktivní z hlediska vysoké polymorbidity pacientky. Existují však i případy, kdy jsou pacienti přesvědčeni o prospěchu resuscitace i ve chvíli, kdy je součástí jejich diagnózy nevyлéčitelné onemocnění. Platí zde Úmluva o lidských právech a biomedicíně, konkrétně ustanovení článku 9, který poukazuje na důležitost dříve vyslovených přání pacientů. Ve zdravotnických zařízeních je proto nutné dbát na dostatečnou komunikaci zdravotnického personálu s nemocným, ale i jeho rodinou o diagnóze, prognóze a vytvořit tak další postupy péče dle rozhodnutí a pravidel, které si terminálně nemocný zvolil. Lékař ani jeho tým tedy nejsou povinni zahájit KPR, i v tomto případě postupují dle lege artis. Poskytují totiž především paliativní, a ne intenzivní resuscitační péči. Je však důležité zvážit dostatečně vážnost situace a vyhodnotit ji vždy individuálně. (Sláma, 2011)

8 KOMPETENCE NELÉKAŘSKÝCH ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ

8.1 Vymezení pojmu kompetence

Kompetence je pojem, na který lze nahlížet z různých pohledů. V pracovním prostředí budeme toto slovo chápat jako schopnost či způsobilost vykonávat danou činnost. Z hlediska právního může vyjadřovat spíše rozsah pravomoci. Je překvapující, že v základních kompetencích, které zformuloval Poradní výbor Evropské komise pro vzdělávání ve zdravotnictví v roce 1997, stojí v popředí spíše organizace, plány práce, edukace v oboru a komunikační dovednosti než osvojování odborných zdravotnických kompetencí. Pro naplňování této směrnice je zásadní vzdělávací systém nelékařských zdravotnických pracovníků. V některých případech je však zdravotnický personál nemotivován k další edukaci, a tím pádem se jejich dovednosti a znalosti v příslušných oborech nijak nerozvíjí. V České republice jsou kompetence stanoveny dle zákona č. 96/2004, o nelékařských zdravotnických povoláních, který upravuje podmínky pro uznávání klasifikací a další odborné vzdělávání. (Marková, 2010)

8.2 Komunikace

Komunikace je založena na přenosu informací, využíváme ji také pro vytváření lidských vztahů. Základem v paliativní medicíně je správně vedená a dostatečně empatická komunikace mezi zdravotnickým personálem, dále pak mezi zdravotníky a pacientem i jeho rodinou či blízkými. (Kabelka, 2017) *„Dobrá paliativní péče dává co největší prostor nemocnému člověku, maximálně respektuje jeho přání a potřeby. Nabízí vedle lékařské a ošetrovatelské péče pravdivou a citlivou komunikaci, poskytuje sociální, psychickou a duchovní podporu a celostní doprovázení nemocného i jeho rodiny.“* (Cesta domů, 2017) Cesta domů takto definuje správnou komunikaci ve vztahu k paliativní péči. Poukazuje také na tři důležité body, kterými vstupujeme na

krátkou chvíli do života pacienta a jeho rodiny a je tak důležité uvědomit si tuto skutečnost a snažit se podle ní také zachovat.

- Na změny, které přicházejí, nebo které v určitých fázích nemoci dojdou, je důležité pacienta i jeho rodinu důsledně připravovat;
- Zásadní je dát nemocnému prostor pro vyslovení jeho osobních potřeb a přání;
- Na vyslovené potřeby je v každém případě vhodné reagovat a respektovat tyto hodnoty. (Kabelka, 2017)

8.3 Model Kübler-Rossové

V souvislosti s komunikací je důležité nejprve si uvědomit fáze, kterými si terminálně nemocný prochází, jedná se o reakce a adaptace na informaci o nevyлéčitelném onemocnění. Dělení stádií prožívání nemoci dle Elisabeth Kübler-Rossové nám může poukázat v jaké fázi se pacient nachází, co zrovna prožívá a jak by bylo vhodné s ním komunikovat. (Kabelka, 2017)

Mezi tyto fáze řadíme:

- Negace – v tomto stádiu nemocný nejprve prožívá fázi šoku a překvapení ze složité informace, která mu byla sdělena. Často se izoluje od svých blízkých a všech lidí, kteří se mu snaží jakkoliv pomoci;
- Agrese – projevuje se především vztekem a výbušným chováním nemocného, častá je vzpoura proti jakékoliv pomoci. Může se objevovat nespokojenost s banálními věcmi jako je například málo oslazený čaj či nepohodlný polštář;
- Smlouvání – nemocný často smlouvá především o čas. Chce se například dožít ještě nějaké budoucí významné události;

- Deprese – smutné období, pocit ztráty všech dosavadních životních hodnot a cílů. Je důležité být co nejvíce nablízku nemocnému, v této fázi je potřeba blízkosti nejvyšší;
- Smíření – tzv. „složení zbraní“. Smíření s nemocí. Bohužel však nemusí k této fázi dojít a často ji nahrazují projevy zoufalství či rezignace. (Kupka, 2014)



Obrázek 3. Trajektorie vyrovnávání podle Kübler-Rossově (Kabelka, 2017, str. 271)

U pacienta se však nemusí projevit všechna tato jednotlivá stadia. Není podmínkou ani to, aby bylo zachované pořadí, ve kterém jsme je popsali. Je však jisté, že vždy nastanou alespoň dvě z výše popsaných fází, tyto etapy se pak mohou neustále opakovat. Je důležité vidět za jednotlivými projevy, životní krizi, kterou pacient v danou chvíli prožívá. Pochopit složitost jeho situace a adekvátně reagovat, i přes to, že to může být často velice těžký úkol. (Kabelka, 2017)

8.4 Rozvíjení účinné komunikace

Naším primárním cílem v oblasti komunikace je vytvořit léčebné prostředí, které bude pro daného pacienta co nejvíce optimální a terminálně nemocný se tak nebude cítit osamocen. Pro získání důvěry a vytvoření pevného kontaktu je důležité projevit skutečný zájem pečujícího. Pokud je tato podmínka splněna, je zásadní osvojení technik aktivního naslouchání, kde spíše, než že bychom kladli otázky my, necháme pacienta, aby povídal on. Otevřené otázky jsou také daleko vhodnější než otázky, na které může nemocný odpovědět ano či ne. (Marková, 2011) Rozhovor, by neměl probíhat v prostředí ostatních pacientů či jiných osob. Je vhodné oslovovat pacienta jménem, popřípadě tak jak si přeje on. V žádném případě neprobíráme některá z hlubokých existenciálních témat, pokud je prováděna například intimní hygiena, stejně tak nikdy nesnižujeme hodnotu pacientova pocitu a vyjádření. Po skončení rozhovoru můžeme krátce shrnout body, které byly během dialogu zásadní. (Bydžovský, 2014)

Emoční stabilita pacienta v paliativní péči je často velice opomíjenou oblastí léčby. I přes to, že se jedná o jednu z nejdůležitějších složek, která ovlivňuje kvalitu dalšího pacientova života. Dosavadní postupy a znalosti z psychologie jsou však dobrým základem pro celkové zlepšení emočního stavu u pacientů v terminální fázi života. Je proto důležité brát na tuto složku paliativní medicíny maximální zřetel. (Kabelka, 2017)

3 SOUČASNÝ STAV

Jak už sám název předkládané bakalářské práce napovídá, v praktické části práce se budeme zaměřovat na vnímání a nalézání spojitosti a vztahu mezi urgentní medicínou na ZZS a paliativní péčí při práci zdravotnických záchranářů v terénu. V této kapitole zaznamenáváme průběh šetření, postoje a vnímání této problematiky očima zdravotnických záchranářů působících na ZZS a vymezujeme cíl, výzkumného šetření, včetně techniky sběru dat a způsobu výběru respondentů.

4 CÍL PRÁCE

4.1 Cíle výzkumného šetření

1. Cílem této bakalářské práce je zjistit, zda-li dotazovaní nalézají ve své práci spojitost s paliativní medicínou, popřípadě jak často se s ní setkávají a jaký pohled na ni mají.
2. Identifikovat zkušenosti zdravotnických záchranářů k otázce „do not resuscitate“ a získat jejich osobní pohled a rozhodování o zahájení neodkladné resuscitace.
3. Zaznamenat u dotazovaných postup a přístup k pacientovi v terminální fázi života, na základě předkládané smyšlené kazuistiky.
4. Zmapovat vzdělanostní úroveň zdravotnických záchranářů v oblasti paliativní péče. Identifikovat jejich pohled na postgraduální vzdělávání v této oblasti a zjistit zda-li by ocenili vypracování edukačních listů, pro tuto specifickou skupinu pacientů.

Cílem předkládaného výzkumného šetření je snaha objasnit a zmapovat situaci v oblasti přístupu a používání metod a postupů u pacientů v terminální fázi života ze strany nelékařských pracovníků ZZS v terénu. Tím máme na mysli především to, jaké spojení nacházejí respondenti mezi paliativní péčí a urgentní medicínou v terénu, zda-li se jich tato problematika vůbec nějak dotýká. Jaký vztah a formy ve své práci tito lidé upřednostňují k pacientům s nevléčitelnou nemocí. Jak nahlíží na tuto problematiku z hlediska legislativy, ale zajímají nás i otázky vlastního přesvědčení a postoje k paliativě.

Cílem výzkumu je také zjistit, jak se respondenti orientují a nahlíží na problematiku DNR a dříve vyslovených přání. A konečně nás zajímají také reakce a postupy zdravotnických záchranářů v konkrétních předkládaných smyšlených

kazuistikách. Tedy to, jak by se zachovali a jak by danou situaci na místě výjezdu řešili. Jestli by volili, po konzultaci s lékařem, možné ponechání pacienta na místě s případnou edukací blízkých nemocného, či kontaktování dostupné pomoci, která se na paliativní péči orientuje. Máme tím na mysli mobilní či lůžkové hospice, či paliativní týmy, které se stále více stávají dostupným standardem paliativní medicíny u nás. Posledním cílem je také pokusit se najít řešení, které by zajistilo lepší péči o tyto pacienty a zvážit možnost další edukace zdravotnických pracovníků působících na výjezdových základnách ZZS.

4.2 Průzkumné otázky

1. Nacházejí zdravotničtí pracovníci v terénu spojitost mezi paliativní péčí a urgentní medicínou?
2. Jaký je postoj zdravotnických záchranářů k problematice DNR?
3. Je nelékařský zdravotnický pracovník, v případě rozhodnutí o nezahájení resuscitace z důvodu vysoké polymorbidity, ovlivněn vlastním svědomím nebo se řídí dle legislativy?
4. Pokud zvažuje ponechání terminálně nemocného pacienta na místě, je pro záchranáře důležitá konzultace s lékařem?
5. Má zdravotnický personál působící na zdravotnické záchranné službě zájem o další edukaci ohledně paliativní péče?

5 METODIKA

5.1 Výběr metody sběru dat

Když jsem se po výběru tématu bakalářské práce zamýšlel nad tím, jaká metoda sběru dat bude pro toto téma nejvhodnější, jako první mě napadla retrospektivní analýza dat. Pro tu jsem se také následně rozhodl. Bohužel mi však nebylo vyhověno ze strany vzdělávacích a výcvikových středisek, kde jsem nezískal možnost nahlédnout do zdravotnické dokumentace. Z tohoto důvodu jsem musel volbu metody přehodnotit a vybrat jinou. Po konzultaci s vedoucí mé práce jsem se rozhodl provést kvalitativní výzkum metodou polostrukturovaného rozhovoru. Domnívám se, že díky zvolení metody rozhovoru, jsem byl schopen ještě lépe zjistit a následně analyzovat postupy záchranářů u pacientů v terminálním stádiu života.

5.2 Kvalitativní přístup ve výzkumném šetření

Kvalitativní výzkum nám nabízí velké množství rozmanitých postupů, kde na první pozici je vždy snaha o porozumění jevům, které zkoumáme. Ve chvíli, kdy rozhovor probíhá, je možné základní okruhy a otázky modifikovat či doplňovat, tak abychom získaly co nejvíce a co nejvíce kvalitní informace od daného respondenta. Tento typ výzkumu, je díky těmto možnostem, brán jako pružný způsob pro získávání relevantních dat a informací. Výzkumník pracuje při rozhovoru přímo v terénu a nabízí se mu tak možnost získávat i subjektivní pocit z daných respondentů. (Miovský, 2006)

5.3 Polostrukturovaný rozhovor

Zvolenou výzkumnou metodou byla uplatněna metoda polostrukturovaného rozhovoru, který je někdy označován také jako řízený, obsahující otevřené otázky.

Rozhovor neboli (interview), je současně jedna z nejvýhodnějších metod pro získávání kvalitativních dat. Získáváme nejen důležitá fakta, ale můžeme díky tomu proniknout do osobních pocitů a vnímání problematiky daným respondentem. Během rozhovoru je také možné vnímat jak verbální, tak nonverbální složku osoby, která nám rozhovor poskytuje a podle toho pohotově usměrňovat další průběh kladení otázek. Je však vhodné, aby tazatel vytvořil určité schéma neboli okruhy otázek, kterých se chce ve své práci dotknout. Během interview je možné pořadí otázek měnit podle aktuálního stavu rozhovoru. Součástí tematických okruhů by měly být i doplňující otázky, nebo vyžadování dovysvětlení, které následně obklopují tzv. jádro rozhovoru. (Miovský, 2006)

5.4 Výběr výzkumného vzorku

Jako základní kritérium pro kvalitní výběr respondentů jsme si stanovili, že dotazovaní musejí být pracovníky ZZS na pozici zdravotnický záchranář s praxí v oboru minimálně tři roky. Důležité bylo také to, aby respondent dokázal vhodně prezentovat své postoje a najít spojitosti urgentní medicíny a paliativní péče. Samotné rozhovory pak byly předem dohodnuty v určitý den, čas a na určitém místě. Délka rozhovoru pak byla většinou zhruba čtyřicet minut.

Mezi nejdůležitější faktory pro výběr respondentů jsme stanovili tato kritéria:

- Zaměstnanec zdravotnické záchranné služby;
- Praxe v oboru nejméně 3 roky;
- Zkušenost s umírajícím pacientem;
- Dostatečná orientace terénního pracovníka ZZS v současných medicínských oborech.

V konečném stádiu výběru respondentů jsme zjistili, že všichni zdravotničtí záchranáři námi stanovená kritéria pro výběr respondentů splňují, jelikož mají praxi nejméně 5 let a s pacienty v terminální fázi života se setkávají téměř denně. Všichni

dotazovaní měli velmi kladný vztah k daným otázkám a našli hned několik užitečných případů z praxe, skrze které se dokázali v dané problematice orientovat a poskytnout mi tak velké množství relevantních informací.

Tabulka 3 Údaje o respondentech

<i>Počet respondentů</i>	5
<i>Muž</i>	4
<i>Žena</i>	1
<i>Středočeský kraj</i>	1
<i>Zlínský kraj</i>	2
<i>Olomoucký kraj</i>	2
<i>Průměrný věk</i>	34
<i>Průměrná délka praxe</i>	11

5.5 Průzkumné okruhy vybraných témat

Ve spojitosti s dostupnou a prostudovanou literaturou, které v České republice stále více přibývá, jsme se rozhodli stanovit pět základních tematických okruhů.

- Paliativní péče a její spojitost s urgentní medicínou na ZZS;
- Problematika „do not resuscitate“ a dříve vyslovená přání;
- Postoj záchranářů k otázkám legislativy a vlastního přesvědčení v souvislosti s paliativní medicínou;
- Postup a reakce daných respondentů na předkládané možné případy výjezdů;
- Edukace a budoucnost paliativní péče na ZZS.

5.6 Prezentace rozhovorů

Rozhovor č. 1

První respondent je muž (38let) a má již 16 let praxe na zdravotnické záchranné službě. Jeho nejvyšší dosažené vzdělání je vysoká škola oboru všeobecná sestra zakončená bakalářským titulem s nadstavbou ARIP. Nyní pracuje jako zdravotnický záchranář Zdravotnické záchranné služby Zlínského kraje a to již 10 tím rokem. Jako nelékařský zdravotnický pracovník se za celou dobu svého působení na ZZS setkal s velkou řadou případů, tedy s pacienty v terminální fázi života, tak i s pacienty paliativními. Navíc má i osobní zkušenost s paliativní péčí v rámci své vlastní rodiny. Tím také náš rozhovor začíná. *„můj taťka, byl poslední rok svého života taky součástí paliativní péče, řešili jsme to nejprve v rámci mobilního hospice, nakonec pak individuálně. Dojížděli jsme na ambulanci bolesti, měl permanentní katetr, a také mu byly indikovány opiáty v různých kombinacích a tak. Jinak bydlel doma, sem tam jsme jeli na onkologii, kde mu udělali třeba rehydrataci. Takže toto téma je mi vlastně dost blízké.“* Respondent uvádí, že pod paliativní péčí si představuje hlavně péči domácích. Spojitost mezi jeho zaměstnáním a paliativní medicínou nachází velmi často. Především v případech, kdy dojíždí do domácího prostředí ke geriatrickým pacientům či do domovů pro seniory. Po konzultaci s lékařem je ochoten podat pacientovi úlevu v podobě různých analgetik, u onkologických pacientů s chronickými bolestmi pak také silnější opioidní analgetika. Neměla by chybět dostatečná rehydratace na místě. Všechny tyto kroky chápe jako součást své profese a tím nalézá nemalou spojitost mezi těmito dvěma medicínskými obory. Na místě se snaží vždy zjišťovat z dostupné dokumentace aktuální stav pacienta. *„Paliativní pacienty můžeš poznat z lékařských zpráv, pokud je mají u sebe, taky z předepsané medikace, většinou mají porty nebo PEG, které slouží právě pro další aplikaci například podpůrné výživy či léčby.“* Dotazovaný sám vnímá, že péče o terminálně nemocné pacienty je mu velmi blízká a dotýká se ho dennodenně v práci.

Problematika „do not resuscitate“ a dříve vyslovených přání je, podle respondenta, velmi závažné téma. Orientuje se v ní však, i díky zkušenostem z praxe, velmi dobře. *„Pokud přijedu k takovému pacientovi, a zaznamenávám, že na monitoru není akce srdeční, pacient nedýchá. Samozřejmě stočím EKG, podívám se na křivku, můžu ho zkusit prodechnout ambuvakem, ale pokud nejsou patrné známky života. Snažím se hodně mluvit s rodinou. Pobavit se o té složité situaci. Na prvním místě by ale vždy měly vždy být osobní přání umírajícího. Tyto případy jsou velmi složité, především v situacích, kdy rodina není smířena s nevyléčitelnou nemocí svého blízkého. Ze své zkušenosti popisuje dotazovaný jeden z případů, kdy k pacientce, která byla prokazatelně v paliativní péči a u které byl status „do not resuscitate“ byla opakovaně volána ZZS. Téměř vždy byla tato pacientka ponechávána na místě, v konečné fázi jejího života však propuklo velké množství projevů, jako je například masivní krvácení či vysoká míra dušnosti. Stav pak nezvládli blízcí z komunity, kde tato žena bydlela a pod náporom emocí začali útočit na přítomné záchranáře, kteří nezačali resuscitaci z důvodu vysoké polymorbidity pacientky. I s takovými případy se může zdravotnický záchranář během své práce setkat. Většinou však rodina, či blízcí nemocného volají ZZS, jelikož neví, jakým způsobem naložit s umírající osobou v rámci případné smrti a následné administrativy s tím spojené. Jen ve výjimečných případech nezvládnou blízcí fyzický či psychický stav pacienta. V takových případech postačuje kvalitní komunikace s přítomnými na místě výjezdu a vyřízení náležitostí v rámci úmrtí. „Rodina je už většinou smířená, málokdy se nám stalo, že bychom na místě zásahu, v takových případech něco dělali.“*

Dotazovaný si uvědomuje své kompetence a složitost legislativy u terminálně nemocných pacientů a přistupuje k nim co nejvíce zodpovědně. Lékaře si dovolává po telefonu téměř vždy a konzultuje s nimi stav pacienta, případnou medikaci, a především ponechání pacienta na místě. *„Pokud se s pacientem, ale také s rodinou či blízkými nemocného na místě domluví a lékař mi potvrdí, že můžu pacienta nechat na místě. Pak na závěr vždy ujistím blízké, že v případě jakýchkoliv komplikací, ať se nebojí a zavolají na ZOS a my přijedeme znovu. Ponechání takového pacienta na místě v domácím*

prostředí je pro mě v těchto případech vždy nejdůležitější prioritou“. Samozřejmě je vyložene na rozhodnutí pacienta, jestli by chtěl jet do nemocnice, někteří chtějí zajistit převoz a dostat se do odborné péče. Pak můžeme ještě konzultovat s oddělením, kde pacient pobýval například na onkologické oddělení, oni ho většinou znají, nebo si vyhledají jeho dokumentaci a doporučí mi, jak postupovat dál. Jestli mají místo, zajistí mu péči nebo by bylo lepší vzít to přes cestu interního příjmu.“ Možností, jak danou situaci řešit je mnoho, zaleží na povaze a postoji záchranářů, jakou cestu si zvolí. Zásadní je také komunikace s rodinou a vysvětlení, že převoz nemusí být v těchto případech přínosný.

Následně předkládáme dotazovanému smyšlenou kazuistiku č. 1, kde prezentujeme, že je volána ZZS k pacientovi, pro náhlé zhoršení stavu. Pacient trpí demencí, arteriální hypertenzí, je v terminální fázi života, ale FF jsou stabilní. Pobývá dlouhodobě v domově pro seniory. Do nejbližšího zdravotnického zařízení je dojezdová vzdálenost 66 kilometrů. Dotazovaný reaguje velmi podobným postupem, jak již několikrát předtím během našeho rozhovoru. *„Po prvotním vyšetření fyziologických funkcí bych dále zajistil žilní vstup a nejdůležitějším krokem by byla konzultace s lékařem, který v daném centru pro seniory působí. Pokud bych se mu nedovolal, prokonzultoval bych stav s lékařem, který slouží na ZZS, ale jak už jsem několikrát řekl, snažil bych se stav řešit na místě a ponechat pacienta v domácí péči“.* V tomto případě je velkou výhodou relativně edukovaný personál, který může velké množství nelékařských zdravotnických úkonů provádět sám bez přítomnosti záchranné služby. Také případné doporučení o konzultování stavu s lékařem příslušného domova důchodců. Kde jinde, než právě v těchto specifických zařízeních pro geriatrické pacienty by měla být chápána paliativní medicína a péče včetně všech jejích rizik a následných řešení?

Co se týká otázky postgraduálního vzdělávání nelékařských pracovníků v medicínském oboru paliativní péče, respondent by byl velmi ochotný se kurzů s touto tematikou zúčastnit. Myšlenka vytvořených guidelines a standardů pro ZZS,

v přístupu k pacientům v terminální fázi života či paliativním pacientům, se mu velice líbí a takové postupy by ve své práci velice ocenil.

Respondent č. 2

Druhý respondent je také muž (29 let), který má 6 let praxe v oboru urgentní medicíny. Z toho tři roky pracoval na oddělení ARO na plný úvazek, což jeho náhled na spojitost urgentní medicíny a paliativní péče velmi ovlivnilo. Dnes již třetím rokem pracuje pro Zdravotnickou záchrannou službu Olomouckého kraje na poloviční úvazek a do toho stále působí na ARU, kde jeho kariéra začala. Vystudoval obor Diplomovaný zdravotnický záchranář na Vyšší odborné škole zdravotnické v Brně.

Pod pojmem paliativní pacient si představuje člověka, který má před sebou jen velmi omezené časové období života. *„Mojí náplní práce je v tomto případě umožnit umírajícímu, aby tyto poslední chvíle prožil co nejkvalitněji a aby je zvládl bez větších bolestí, v co největší psychické a fyzické pohodě. Chci mu nabídnout to co můžu, ale zároveň nechci dělat věci, které jsou zbytečné a které jakkoliv prodlužují utrpení terminálně nemocného.“* Spojitost mezi urgentní medicínou a paliativní péčí nachází, ale vnímá že dnešní systém je v některých případech nedokonalý a neprůstupný. Proto často i v případech, kde by už nemusela být prováděná plná péče, je i přesto indikována. Respondent, díky svým zkušenostem i z oddělení anesteziologicko-resuscitačního, dokáže posoudit tuto problematiku hned z několika pohledů. Na lůžkovém oddělení se setkával s pacienty, kteří byli kategorizováni jako:

1. Plná resuscitační péče, kde v případě zástavy se poskytuje péče v plném rozsahu;
2. DNR, kdy v případě zástavy, se nebude provádět KPR, ale o tuto kategorii pacientů se ve všech ostatních ohledech pečuje v rozsahu plné péče;

3. Zadržaná terapie: stav pacienta, který není příznivý ani perspektivní a u kterého se nenavyšuje další medikace. Hodnoty farmak nemůžou jít nad stupeň aktuálních dávek.
4. Paliativní péče, další léky k udržování se již nepodávají, pacient dostává pouze analgetika, tekutiny a stravu. *„S tímto stavem jsem se však setkal jen zřídka, hlavně z toho důvodu, že doktorům trvá delší dobu, než pacienta překategorizují do této úrovně a většina tak umírá ve fázi předešlých kategorií.“*

Dotazovaný by však tyto kategorie ocenil i v rámci zdravotnické záchranné služby. Vidí, že záchranář se pak může kvalitně orientovat u výjezdu, kde rozhodnutí musí být v řádech minut, a tak raději zvolí nejrychlejší variantu a to, že pacienta odveze do nemocničního zařízení. Ze svých zkušeností uvádí příklad, kdy zdravotnická záchranná služba byla povolána na místo výjezdu k pacientce, která měla hemato-onkologickou diagnózu. *„Pacientka byla opravdu ve špatném a zuboženém stavu, po příjezdu byly jisté známky multiorgánového selhání. Takovým pacientům bych já, ze svého pohledu a ze svého svědomí dopřál spíše klidné umírání než resuscitaci. Bohužel když jsme se doptávali rodiny, která se se stavem pacientky zřejmě ještě nesmířila a po zjištění, že nemocná nemá v papírech nikde kategorii DNR, rozhodli jsme se na základě této skutečnosti, že zahájíme resuscitaci.“* Je patrné, že respondentovi je nepříjemné o této skutečnosti mluvit, rozporuje se v něm na jedné straně otázka legislativy a na straně druhé vlastní svědomí. V tomto případě ho přesvědčila stránka legislativy, neboť měl strach z možných následků. *„Byla to pacientka s plnou terapií, což jsem nechápal. Ta situace je složitá, rodina okolo vás stojí a je ve stresu. Po příjezdu doktora na místo, jsme dostali vyzvání, proč takovou pacientku resuscitujeme. Snažil jsem se obhájit legislativou, ale doktor to stejně moc nechápal.“* Dotazovaný by se proto raději rozhodl vždy pro resuscitaci, pokud by neměl jednoznačně zjištěno, že u pacienta je potvrzená paliativní péče, či je kategorizován jako DNR. *„Já mám tolik negativních zkušeností s lidmi v těchto situacích a s legislativou, že se toho prostě bojím. V tomto případě bych se vykašlal na etiku a vzal bych ho raději do nemocnice. První chci chránit sám sebe.“*

U předkládané kazuistiky by respondent zkontroloval stav pacienta na místě. Vyšetřil by základní fyziologické funkce a zajistil žilní vstup. Jednoznačně by však nemocného odvezl do nemocnice. Stav by s lékařem nekonzultoval. Uvědomuje si však, že stav pacienta převoz do zdravotnického zařízení nezlepší. Tvrdí: *„Vím, že kvalita života takového pacienta je hodně bídná, ale moje práce nespočívá v posuzování kvality života. Já mám životy zachraňovat.“*

Medicínský obor Paliativní medicína ho velmi zajímá, ocenil by rychlejší a strukturovanější systém v rámci kategorií u terminálně nemocných. Co se týká dalšího vzdělávání, rád by se zúčastnil kurzů zaměřených na paliativní péči, pořádané pro zdravotnický personál. Standardy a postupy pro zdravotnické záchranáře v terénu, ale i na oddělení ARO či urgent, by ocenil, ale domnívá se, že pokud se systém nezačne měnit legislativně a záchranáři nezískají větší možnosti rozhodování v těchto otázkách, není možnost situaci řešit komplexně.

Respondent č. 3

Dalším respondentem v řadě rozhovorů je žena (35 let). Pracuje již 15 let pro Zdravotnickou záchrannou službu Středočeského kraje a za tuto dobu získala velké množství zkušeností. Vystudovala obor Diplomovaný zdravotnický záchranář a dnes, při práci na ZZS, studuje kombinovaně obor Všeobecná sestra na 3. lékařské fakultě Univerzity Karlovy. Tato skutečnost nám pomáhá otevřít jednoduše první otázku, neboť vím, že 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy se velmi ráda dotýká témat jako je paliativní medicína či etických otázek spojených s medicínou. *„Díky vysoké škole, kterou teď třetím rokem dodělávám, jsem se začala dost orientovat v této problematice, začala jsem si uvědomovat, jak často se mě v práci na pozici zdravotnického záchranáře tyto případy dotýkají.“* Spojitost paliativní péče z pohledu zdravotnického záchranáře tedy jednoznačně nalézá. Zmiňuje se také o tom, že právě k pacientům v paliativní péči jsou výjezdy záchranné služby v současnosti velmi časté. *„V takových případech se jedná o nemocné, u kterých provádíme rehydrataci, měníme infúze,*

vstupy do žilního řečiště, či tišíme bolest. Mám pocit, že v těchto situacích nahrazujeme funkci mobilních hospiců, které bohužel zatím nejsou rozšířené v podvědomí lidí. Hlavní je o stavu pacienta nutné mluvit. S rodinou častokrát řeším alternativní možnosti, nabízím jim řešení situace právě cestou mobilních hospiců či ambulance bolesti, většinou jim nechám kontakt nebo doporučení na některé z těchto specializovaných pracovišť.“ Onkologičtí pacienti jsou, dle slov respondentky, nejčastější skupinou paliativních pacientů se kterými se pracovníci zdravotnické záchranné služby v terénu setkávají.

Druhým okruhem otázek je pohled na problematiku „do not resuscitate“, kde na prvním místě je, dle dotazované, povinnost záchranáře pomoci pacientovi a zajistit mu co nejrychlejší a nejkvalitnější péči ve všech ohledech. *„Je však pravdou, že v některých případech by měla být důležitější etika. Nevím, je to složité, záleží na přístupu přítomného zdravotníka. Někteří se rozhodnou pro resuscitaci, jiní považují například u onkologického pacienta resuscitaci jako kontraindikaci a zbytečné prodlužování pacientova utrpení. Postoj respondentky je tedy takový, že se rozhoduje vždy na základě skutečností, které v dané situaci zaznamená. „Jednám na základě posouzení stavu pacienta, to následně rozhodne, jakou zvolím terapii, či jestli pacienta převezu do nemocnice nebo ho ponechám na místě. Legislativa v tomto případě nehraje žádnou roli. Nejdůležitější je moje vlastní rozhodnutí.“* Avšak s touto problematikou se přímo v terénu dotazovaná záchranářka přímo nesečkala.

V komplexním rozhodování ji ovlivňuje hned několik faktorů jako je postoj pacienta, věk, aktuální stav nemocného, anamnéza či psychický stav rodiny. *„Rodina je častou komplikací, nemusí zvládat terminální stav svého blízkého a chtějí za každou cenu pacienta převést na co nejspecializovanější pracoviště. Je obtížné vysvětlit jim, že s prognózou, kterou nemocný má, je šance na další léčbu opravdu mizivá. A tak se tato situace řeší nesmyslnou resuscitací či pokud je pacient při vědomí převozem na urgentní či interní příjem.“*

Po předložení kazuistiky by dotazovaná postupovala následovně. Nejprve by zjistila stav vitálních funkcí, následně by volila zajištění žilního vstupu a rehydrataci pacienta. Stav by s lékařem však nekonzultovala. *„Většinou, když jsem se pokoušela volat lékaři, který působí v daném domově seniorů, nikdy jsem se nedovolala. Proto bych to ani v tomto případě už nezkoušela.“* Nicméně, dle předkládaného stavu, by klienta v žádném případě neponechávala na místě. A to hlavně z důvodu, že prioritní je pro respondentku stav pacienta než status „terminální fáze života“. Podle jejího názoru by se jednalo o neposkytnutí pomoci.

„Doporučené postupy bych stoprocentně ocenila, obzvlášť když standardy jsou už dnes na všechny možné věci. Hlavně by se mělo do podvědomí záchranářů dostat to, že existují možnosti, jak situaci řešit.“ Tímto respondentka naráží na formy specializované paliativní péče, jako je například mobilní či lůžkový hospic. *„Seznámit rodinu s možnostmi, které by pro ně mohli být v této nelehké situaci výhodné“.* To je za mě nejdůležitější. *„Někteří lidé, dle jejich slov, neví, že tyto formy paliativní péče vůbec existují. „No a ještě je často problém s dokumentací, často ji mají i takto nemocní pacienti u svého praktického lékaře“.* V takovém případě nejsou zdravotničtí záchranáři dostatečně informováni o stavu pacienta, přičemž jednou z možností je dovolat si praktického lékaře nemocného a zjistit tak jeho aktuální stav nebo pacienta odvézt do nemocnice.

Respondent č. 4

Muž ve věku 32 let. Vystudoval před 8 lety obor Diplomovaný zdravotnický záchranář v Brně. Dnes pracuje třetím rokem pro Olomouckou záchrannou službu. Do chvíle, než nastoupil na ZZS, pracoval na urgentním oddělení Fakultní nemocnice Olomouc. Zde získal, dle jeho slov, *„dobrý základ a hodně zkušeností pro práci na záchranné službě“.* Respondent mi vysvětluje, že problematika paliativní péče ho poměrně zajímá, a to byl také jeden z důvodů proč s daným rozhovorem souhlasil. Po krátkém seznámení se dostáváme k první otázce. *„No ono je to těžké,*

jestli nějaká spojitost existuje. Přijde mi, že bychom ji mohli nacházet, pokud by si tuto problematiku uvědomovali hlavně lékaři, ale i záchranáři působící na ZZS“. Jedním z hlavních problému je, podle něj, především neochota ze strany zaměstnanců záchranných služeb, pomoci a řešit pacientovu životní situaci komplexně. „Já, pokud jsem na místě výjezdu, chci pacientovi nabídnout všechny možnosti co můžu. Na prvním místě stojí vždy komunikace“. Dotazovaný popisuje výčet věcí, které jsou pro něj při kontaktu s pacientem v terminální fázi života nezbytně nutné. Už při příjmu pokynu k výjezdu se zamýšlí podle věku a popsanych symptomů o jakého pacienta nejspíš půjde. Po příjezdu na místo mapuje situaci v rodině, snaží se však primárně komunikovat s pacientem a podle jeho stavu se doptává rodiny. „U takových pacientů komunikují však většinou bohužel s rodinou, protože pacient není schopný sám promluvit nebo si uvědomovat závažnost svého stavu.“ Rodina pak často požaduje od zdravotníků zajištění převozu, protože psychicky situaci nezvládá. Tím se celá situace relativně komplikuje. Dodává, že se již několikrát dostal do vnitřního konfliktu s tím, že pacient si žádal zůstat na místě, ale rodina chtěla zajištění převozu do nemocničního zařízení. V takových případech se rozhodne vysvětlit blízkým nemocného, že převoz pro pacienta není v této chvíli prioritou. „Na interním příjmu může nemocný dlouhou dobu ležet na chodbě nebo v místech, kde mu to nemusí být příjemné. Převoz takových pacientů je pro celý systém kontraproduktivní.“ Rodina nebo blízcí si však většinou stojí za svým. Dotazovaný záchranář uvádí, že rodinu alespoň edukuje o dalších možnostech pro terminálně nemocného pacienta. „Nejčastěji doporučuji konkrétní mobilní hospic Nejste sami, kde znám pár sester a jejich péče je opravdu na úrovni“. Je tedy zřejmé, že respondent se s touto problematikou osobně během své práce setkává a ví, jak k této specifické skupině pacientů přistupovat.

Na otázku problematiky dříve vyslovených přání a DNR, uvádí pro příklad dotazovaný jednu skutečnou kazuistiku. „Byli jsme voláni k pacientovi, který byl prokazatelně v posledních chvílích svého života. Jednalo se o onkologického pacienta a hlavním projevem jeho onemocnění byla hemoptýza, která přešla do poměrně masivního krvácení.“ Rodina u tohoto pacienta nezvládla náročnost situace, což je pochopitelné

a zavolala na operační středisko. Po příjezdu byl pacient v bezvědomí, a tak jediným možným řešením by bylo zahájit resuscitaci. Když jsme dorazili, na místě výjezdu byl již přítomný lékař „Nalepili jsme pacientovi defibrilační elektrody a na EKG byla patrná zástava. Zajistili jsme žíly a odsáli z úst větší množství krve a během toho lékař s rodinou domluvil, že zahajování resuscitace by nemělo větší smysl. Vnímám jen celou situaci a snažil se z ní vzít co nejvíce zkušeností“. Lékař v tomto případě dokázal udělat ten nejdůležitější krok a to vykomunikovat s rodinou stav pacienta a zjistit, že pacient si dříve přál aby u něho již nebyla zahajována KPR. Díky této zkušenosti získal dotazovaný záchranář nový pohled na tuto problematiku. „Asi bych se snažil rodině domluvit a resuscitaci bych nezačínal, je pravda, že je to u takových lidí dost neetické“. Dotazovaný však nikdy v praxi nezažil pacienta, u kterého by v dokumentaci byla popsána kategorizace DNR.

Na předkládanou kazuistiku by postupoval dle běžných kroků, které popisuje během celého rozhovoru. „Pacienta komplexně vyšetřím a pokud je potřeba, zahájím terapii. Nejčastěji jde o rehydrataci pacienta. V tomto případě, bych dělal vše pro to, abychom mohli ponechat nemocného na místě.“ Záchranář však vždy ctí přání daného pacienta. Pokud nemocný vyžaduje převoz, je na místě tyto potřeby respektovat. „Je vhodné zavolat našemu lékaři a konzultovat to s ním“. Respondent vysvětluje, že konzultace s lékařem je pro něj zásadní. Chrání tím sebe před potenciálním legislativním napadením, ale pomáhá mu to prý i v situacích, kdy toto rozhodnutí není lehké. „Pak už hodně záleží na tom, jaký lékař zrovna slouží. U některých doktorů vím, že jim s takovou věcí nemám ani telefonovat, protože by byli jednoznačně proti.“ Na závěr tohoto okruhu dodává, že složitost této situace vznikne často právě na základě komunikace mezi lékařem nebo sestrami působících v domově seniorů a záchranářem. „Chtějí, abychom pacienta převezli do nemocnice a to je pro ně v takové situaci primární. Možná by právě lidé pracující na těchto pozicích měli mít o této problematice větší přehled, pak by to bylo všechno jednodušší“.

Tím také otevíráme poslední otázku, která právě na téma dalšího vzdělávání zdravotnických pracovníků navazuje. *„Já pro další vzdělávací kurzy rozhodně jsem, nevadí mi to však protože jsem v praxi kratší dobu, většina mých kolegů, kteří pracují v oboru více než 20 let by podle mě tak nadšená nebyla.“* Nápad o vytvoření doporučených postupů se mu zamlouvá, ale myslí si, že většina zdravotníků, kteří již pracují na ZZS, bude svoji práci dělat tak, jak je zvyklá. Dle jeho slov je zásadní, aby probíhala výuka této problematiky již na středních zdravotnických a vysokých školách, aby absolventi škol znali doporučené postupy a přístupy k pacientům v terminální fázi života a věděli, jak tyto nelehké situace můžou řešit.

Respondent č. 5

Na poslední rozhovor v tomto výzkumném šetření odpovídá zdravotnický záchranář (35 let), který aktuálně pracuje již osmým rokem na Zdravotnické záchranné službě Zlínského kraje. *„Vystudoval jsem obor diplomovaný zdravotnický záchranář ve Zlíně a pak jsem si dodělával dálkově bakaláře ve stejném oboru“.* S problematikou paliativní péče se v rámci vzdělání nikdy nesetkal. Až postupně časem začal vnímat, že se jedná o medicínský obor, který se ho během jeho práce dotýká. *„Ona i samotná práce na záchrance se dost změnila za tu dobu co tu jsem, dřív se jezdilo vyloženě na urgentní stavy, dnes je to z velké části multidisciplinární obor. Přičemž zasahujeme právě u starých, nemohoucích a nemocných lidí. Říkáme tomu tzv. akutní gerontologie“.* Nachází tedy mezi těmito medicínskými obory velmi úzké spojení. Na péči u této kategorie pacientů nahlíží respondent ze dvou pohledů. První skupinou jsou ti pacienti, kteří kolem sebe mají blízké, kteří o ně pečují. V těchto případech je volána ZZS jen tehdy, pokud nastane nějaké akutní zhoršení stavu. Druhou skupinou jsou pak *„rodiny, které se o svého blízkého v terminální fázi již starat nechtějí nebo to nevoládají a nás volají abychom pacienta převezli do nemocnice a jejich tíživou situaci tak tímto vyřešili“.* Velmi častým místem, kde je tento specifický typ péče aplikován, jsou také domovy pro seniory. Aktuální situace v mobilní paliativní péči totiž není, dle slov dotazovaného záchranáře, ještě dostatečně zvládnutá. *„Myslím, že problém*

hodně vyřeší to, že začne vznikat víc a víc mobilních hospiců. Pak bude většina těchto pacientů dostatečně zajištěna, ale především jejich pečující budou v tomto vzdělání i a budou znát postupy, jak i ty nejtěžší situace zvládnout.“ Bohužel lidé zatím nemají o těchto možnostech dostatečně podvědomí a tak není divu, že volají zdravotnickou záchrannou službu. Záchranář se také zmiňuje o tom, že se vždy snaží za každou cenu s rodinou vykomunikovat, aby u takového pacienta nebyl indikován převoz do nemocničního zařízení, ale aby právě spíše našli řešení, jak tuto situaci vyřešit komplexně. „Ve většině případů se mi blízké nemocného povede přesvědčit. Do dokumentace pak napíšu, že si rodina přeje po залечení, nechat pacienta v domácí péči. A hlavně to, že pacienta převezu na internu, tím mu život nezachráním. Mám s touto skupinou velký soucit, sám bych nechtěl, aby ve chvíli, kdy budu umírat, pro mě přijeli záchranáři a odvezli mě na interní oddělení, kde stejně zemřu.“ Z rozhovoru je zřejmé, že u dotazovaného převažuje složka vlastního svědomí a soucitu s terminálně nemocným, které jsou pro jeho konečné rozhodnutí zásadní.

V praxi se setkal za celé své působení jednou s tím případem, že pacient měl v dokumentaci zapsaný status „do not resuscitate“. „Situace se odehrávala v domově důchodců, kde jsme z karty vyčetli, že pacient si už nepřeje, aby u něho byla zahajována resuscitace, a tak jsem se po domluvě s přítomnou rodinou dohodli, že ji tedy nezahájíme“. Je zásadní v takovém případě komunikovat s rodinou. „Chcete abychom zahajovali resuscitaci?“ Správně položená otázka totiž může celou situaci jednoduše vyřešit. Je však jisté, že v případech, kdy si rodina zásadně přeje, aby byl pacient resuscitován, by měl záchranář KPR zahájit, především z hlediska právního. „Já s touto problematikou negativní zkušenost nemám, ale na jednoho lékaře od nás byla podána žaloba právě z tohoto důvodu. Manželka pacienta situaci psychicky neunesla i když byl pán polymorbidní, čímž byl lékař vlastně oprávněn resuscitaci nezahajovat podala na něj trestní oznámení za neposkytnutí péče.“ Respondent však uvádí, že se snaží řídit podle svého vlastního uvážení a ne podle legislativních rámců, kterých by se musel obávat pokaždé když provádí jakýkoliv zdravotnický výkon.

Léčebný postup, který by zahájil na předkládanou kazuistiku je následující: „podle popsaného popisu, bych pacientovi nechal kapat fyziologický roztok z důvodu sníženého krevního tlaku a počkal bych jak se stav bude vyvíjet dál.“ Důležitou složkou je znovu komunikace s pracovníky daného zdravotnického zařízení, zda-li jsou schopni tento stav pacienta zvládnout. Je také možnost zatelefonovat rodině a zjistit jejich pohled na věc. „Rodina by o tomto postupu měla vědět a měla by být s naším rozhodnutím srozuměná.“ Poslední složkou postupu by byla konzultace s lékařem působícím na ZZS. „U nás na záchrance v 95 % případů, nám tyto kroky naši doktoři odsouhlasí, i tak jim, ale raději volám v takových případech“. Pokud by se jednalo o pacienta s velkými bolestmi, je možné zahájit analgetickou léčbu. „Takový pacient však většinou bude mít již zahájenou léčbu například nasazené slabé opiody a můžeme třeba dávku zvýšit případně přejít na silnější opiody“. Dotazovaný zná analgetický žebříček dle WHO a v případě léčby bolesti by dle něj postupoval.

Závěrečný okruh otázek je zaměřen na další vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků v oblasti paliativní péče. Respondent pociťuje velkou potřebu, aby tato složka byla začleněna do vzdělávacího systému, jak během studia, tak i v rámci postgraduálního vzdělávání. „Každé vzdělání, které je, je pro nás velké plus. Takže si myslím, že zrovna vzdělání zaměřené na tuto problematiku by se mělo u záchranářů prohlubovat, protože jak jsem již řekl na začátku, skoro nejčastěji jezdíme právě k této skupině pacientů“. Případné vytvoření doporučených postupů se zdá dotazovanému jako velice dobrý nápad, hlavně z důvodu rozpraudění diskuze na toto téma. „Myslím, že je hlavně důležité dostat tuto tematiku mezi lidi. Jak mezi laiky, tak mezi zdravotníky“. Potenciální vytvoření doporučených postupů by mohl být první krok k tomu, jak tuto diskuzi započít.

6 VÝSLEDKY

6.1 Interpretace výsledků

1. Nacházejí zdravotničtí pracovníci v terénu spojitost mezi paliativní péčí a urgentní medicínou?

Cílem této otázky bylo zjistit, zda dotazovaní vnímají spojitost mezi paliativní péčí a urgentní medicínou poskytovanou ZZS.

Z rozhovorů vyplývá, že tuto spojitost nacházejí všichni dotazovaní. Velice často však spíše propojení paliativní péče a jejich práce na ZZS, než samotné spojení urgentní a paliativní medicíny. Většina respondentů uvádí, že jde však vždy o geriatrickou paliativní péči, přitom četnost výjezdů k této skupině pacientů je velmi vysoká. S dětskou paliativní péčí se během své praxe neseťkal ani jeden z dotazovaných.

Zajímavé komentáře k této průzkumné otázce:

„Mám pocit, že v těchto situacích nahrazujeme funkci mobilních hospiců, které bohužel zatím nejsou rozšířené v podvědomí lidí.

“Říkáme tomu tzv. akutní gerontologie“.

2. Jaký je postoj zdravotnických záchranářů k problematice DNR?

Touto otázkou jsme chtěli především zjistit, zda-li se ve své kariéře někdy s touto problematikou respondenti setkali. Jaký je jejich postoj, ale i postup v otázce resuscitace u polymorbidních, geriatrických pacientů.

Tři z pěti respondentů se přímo s pacientem, který by byl kategorizován jako DNR, nikdy nesetkali. Významná většina z nich však byla svědkem situace, kdy pacient mohl být do této kategorie zařazen, a tudíž se přímo o resuscitaci nemuselo ani uvažovat. Šlo nejčastěji o onkologické pacienty v terminální fázi jejich nemoci, či vysoce polymorbidní nemocné. Dva z pěti pak tuto kategorizaci v dokumentaci u pacienta zaznamenali. Resuscitace v těchto případech nebyla zahajována.

3. Je nelékařský zdravotnický pracovník v případě rozhodnutí o nezahájení resuscitace z důvodu vysoké polymorbidity ovlivněn vlastním svědomím nebo se řídí dle legislativy?

V rámci průzkumu nás zajímalo, jaké aspekty nejčastěji ovlivňují záchranáře při rozhodování o možnostech nezahájení KPR u terminálně nemocných pacientů.

Z rozhovorů je patrné, že všichni dotazovaní znají své kompetence v této problematice a ví o možnostech právního napadení ze strany rodin a blízkých pacientů. Jeden z pěti uvádí, že by zahajoval resuscitaci vždy, pokud by nebyl prokazatelný právní dokument o kategorizaci pacienta do skupiny DNR. Další tři dotazovaní, se však stejně rozhodují spíše na základě vlastního přesvědčení, snaží se však vždy s rodinou vykomunikovat samotné nezahájení. Následně konzultují toto rozhodnutí s lékařem. Jediná respondentka odpověděla, že se rozhoduje vždy na základě skutečností, které v dané situaci zaznamená, legislativa ji však v jejím rozhodování neovlivňuje.

Zajímavé komentáře k této průzkumné otázce:

„Jednám na základě posouzení stavu pacienta. Legislativa v tomto případě nehraje žádnou roli“.

„Chcete abychom zahajovali resuscitaci?“

4. Pokud zvažuje ponechání terminálně nemocného pacienta na místě, je pro záchranáře důležitá konzultace s lékařem?

Tři z pěti záchranářů v rozhovorech uvádí, že konzultují ponechání nemocného v domácí péči s lékařem působícím na ZZS vždy. Chrání tím sebe, před možným právním napadením ze strany blízkých nemocného. Dle jejich odpovědí totiž nemají kompetence k tomu ponechat pacienta na místě pouze v rámci svého vlastního úsudku. Zbylí dva by stav s lékařem nekonzultovali a pacienta by, podle jeho aktuálního stavu, na základě svého rozhodnutí buď ponechali na místě či převezli do nejbližšího zdravotnického zařízení.

Zajímavé komentáře k této průzkumné otázce:

„Na interním příjmu může nemocný dlouhou dobu ležet na chodbě nebo v místech, kde mu to nemusí být příjemné. Převoz takových pacientů je pro celý systém kontraproduktivní.“

5. Má zdravotnický personál působící na zdravotnické záchranné službě zájem o další edukaci ohledně paliativní péče?

Vzhledem k celkovému tématu nás zajímala otázka postgraduálního vzdělávání v tomto medicínském oboru. Dotazovali jsme se, zda-li by respondenti uvítali vytvoření doporučených postupů pro přístup k pacientům v terminální fázi života?

Všichni dotazovaní by měli zájem o další edukaci zaměřenou na toto téma. Jeden z respondentů se domnívá, že je to víc než nutné, především z toho důvodu, že by se díky tomuto kroku mohla rozpoutat diskuze. Na otázku vytvoření doporučených postupů pro tuto specifickou skupinu reagovalo pět z pěti kladně. Jeden z nich se však domnívá, že kolegové, kteří jsou v praxi více než 20 let, by tyto

postupy stejně nerespektovali. Dva záchranáři v rozhovoru také uvedli, že by tato tematika měla být jednoznačně začleňována do vzdělávání na vyšších odborných školách či vysokých školách, kde by se přímo tyto postupy mohly vyučovat.

Zajímavé komentáře k této průzkumné otázce:

„Doporučené postupy bych stoprocentně ocenila, obzvlášť když standardy jsou už dnes na všechny možné věci.“

7 DISKUZE

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou paliativní péče z pohledu zdravotnického záchranáře. Na základě konzultací s paliativními lékaři jsem se rozhodl, jak u teoretické, tak i u praktické části práce, pro specifikaci na pacienty geriatrické. Problematika dětské paliativní péče je totiž daleko složitější a nelékařský zdravotnický pracovník působící na ZZS se s ní často neseťkává. Ve výzkumném šetření jsem se snažil objasnit a zmapovat situaci v oblasti přístupu, používání metod a postupů u pacientů v terminální fázi života ze strany nelékařských pracovníků ZZS v terénu. Domnívám se, že paliativní péče je často obklopována řadou předsudků nejen ze strany laické veřejnosti, ale i samotnými zdravotnickými profesionály. Toto téma je v dnešní době jednoznačně aktuální a po delší době, kdy byla paliativní medicína neprávem opomíjený obor, se znovu dostává mezi lidi a má pro pacienty i celou společnost velký význam. (Bydžovský, 2014) Velmi obdobně vidí celou situaci i Bydžovský, který tuto problematiku shrnuje v knize Ošetřovatelství a sociální práce v paliativní péči: učební text pro studenty vysokých a vyšších odborných zdravotnických škol. Celou situaci komplikuje v první řadě především neefektivita zdravotnického systému v tomto oboru. V druhé řadě absence multidisciplinárního přístupu zdravotníků, dále pak netolerance vůči vysoké polymorbiditě pacientů. Také péče, u které nefunguje komunikace s pacientem ani blízkými nemocného. Problematiku zdravotnických služeb a jejího systému ve spojení s paliativní péčí dobře shrnuje v úvodu své knihy Kabelka: *„nejasný právní rámec a vymahatelnost vztahů a rolí ve zdravotních službách. Časná indikace ochranného rámce kvalitní paliativní péče tak nemůže být a není v současném českém zdravotnickém systému plošně reálná, byť tak potřebná“*. (Kabelka, 2017, str. 9)

Pro získání co nejkvalitnějších informací týkající se této problematiky, jsem uskutečnil celkem 5 hloubkových polostrukturovaných rozhovorů se zdravotnickými záchranáři. Tyto rozhovory a jejich výsledky jsou prezentovány

v praktické části práce a nastiňují základní pohledy a myšlenky jednotlivých zdravotníků, především však to, jak nahlíží samotní záchranáři na paliativní péči.

Za první cíl jsme si stanovili zjistit, zda-li dotazování nalézají ve své práci spojitost s paliativní medicínou, popřípadě jak často se s ní setkávají a jaký pohled na ni mají.

Výzkum nám přinesl zjištění, že 100 % dotazovaných se setkává s určitými formami paliativní péče téměř denně. Dle dotazovaných se jedná především o pacienty geriatrické s onkologickou diagnózou. Symptomy, které se spojují s touto problematikou, totiž právem spadají do oblasti urgentní medicíny. Dušnost, epilepsie či masivní krvácení, klasicky tvoří příznaky typické pro terminální stádium života. Tyto jednotlivé symptomy má v kompetencích, a může je eliminovat právě i zdravotnický záchranář. Diagnostika a řešení situace u pacienta například s aktuální dušností, který je kategorizován do paliativní péče by měla být řešena na úrovni komunikace a zjištění významu dušnosti pro nemocného či jeho blízké. Pokud totiž zásadním způsobem neovlivňuje kvalitu života měla by být považována za méně závažnou. V takovém případě zvažujeme příčiny dušnosti, pokročilost hlavního onemocnění či potenciál nemocného. Především však klademe důraz na preference pacienta. (Kabelka, 2017) S těmito názory se výhradně shodují s Kabelkou, který ve své nové publikaci z roku 2017, takto popisuje nejvhodnější postup zdravotnických pracovníků. Problematika této otázky je však daleko rozsáhlejší. Především v ohledu systematičnosti, kterou samotná paliativní péče zatím postrádá. Je proto jisté, že se organizování tohoto typu péče ještě nedostalo do všech medicínských oborů. Záchranáři by ocenili kategorizaci terminálně nemocných a především dostupnou dokumentaci u pacientů na místě výjezdu. To by následně mohlo přinést ulehčení situace při rozhodování. Rehydratace, volba správné medikace, konzultace s lékařem, převoz do nemocničního zařízení to vše je otázkou pro zdravotníky na místě výjezdu. Výčet těchto úkonů, však záchranáři zvládají poměrně dobře. Díky uskutečněným rozhovorům jsem dospěl také k tomu,

že velmi důležitá až klíčová je edukace pacienta či blízkých a doporučení možných řešení, které dostupná paliativní péče v České republice nabízí. Nejedná se o přenášení problémů na jinou formu zdravotnického zařízení, ale o nabídku profesionálnější a strukturovanější péče, ve které se například mobilní hospic orientuje dnes velmi dobře. Zaměstnanci hospiců či jiných paliativních zařízení, totiž velmi dobře zvládají celkové provázení a boj s nevléčitelnou nemocí a následné řešení tohoto nelehkého období. Je to jejich náplní práce, ve které se dostatečně vzdělávají a na tuto problematiku se zaměřují. Za ideální stav bych pak považoval to, když by zdravotník působící na ZZS doporučil pacientovi potažmo jeho rodině a blízkým tuto možnost léčby v hospicu, který v daném okrese zná. Domnívám se, že tím pacientovi pomůže nejrychleji a nejefektivněji v komplexním přístupu.

Jako cíl druhý, pak identifikovat zkušenosti zdravotnických záchranářů k otázce „do not resuscitate“, získat jejich osobní pohled a rozhodování o zahájení neodkladné resuscitace.

V tomto okruhu otázek pocituji, během rozhovorů, jednoznačné názorové rozdíly mezi jednotlivými respondenty. Pro dotazované je tato otázka velmi složitá z toho důvodu, že často v sobě řeší dvě možnosti, jak situaci řešit. Jednat podle svého vlastního svědomí a pocitu? Nebo u pacientů s nevléčitelnou nemocí zahájit KPR, a to z toho důvodu, že tím chrání zdravotník především sebe, před případnou možností žaloby ze strany blízkých o neposkytnutí péče. Během svého působení na zdravotnických záchranných službách se s problematikou DNR přímo setkali čtyři z pěti představených respondentů, pouze jeden dotazovaný se zatím nedostal do situace, kdy by dostal informaci o dříve vysloveném přání pacienta či by se se přímo setkal s problematikou DNR. Ostatní, kteří se v praxi s touto situací setkali, většinou resuscitaci zahájí. Pro dva z vybraných respondentů bylo zachování etického přístupu mnohem důležitější, než samotná obava před legislativním rámcem. Skrze své kompetence však zdravotnický záchranář není oprávněn, lege artis nezahájit

resuscitaci i u pacienta v terminální fázi nevyléčitelného onemocnění. Přesto že je kardiopulmonální resuscitace u těchto pacientů považována za jednu z kontraindikací. V rámci dnešní legislativy je pouze lékaři na základě jeho kompetencí umožněno nezahájit KPR, a to v tom případě, že pokud poskytuje pacientovi nikoliv intenzivní resuscitační, ale paliativní péči. (Sláma, 2004) Nejen v České republice, ale i po celém světě je předmětem diskuzí na toto téma otázka: *Kdo je oprávněn rozhodnout, že u pacienta nebude zahájena KPR?* Například ve Spojených státech amerických je jasně stanovená právní zásada, že resuscitace musí být zahájena za všech okolností. Jedinou výjimkou je případ, že prokazatelně existuje dokument, který obsahuje vyjádření pacienta o tom, že kardiopulmonální resuscitaci zásadně odmítá. Velmi dobře tuto tematiku rozebírá ve svém článku v časopisu Urgentní medicína doktorka Šébllová. Ta se danou problematikou zabývá už řadu let. Následující řádky jsou tak spíše jakýmsi zamyšlením týkajícím se této problematiky v kombinaci mých myšlenek s jejím podkladem. V roce 2017 proběhl v Kodani, na kongresu záchranných služeb, průzkum, který se tohoto tématu týkal. Přítomní lékaři z terénu, záchranáři, psychologové i studenti zdravotnických oborů měli právě u konkrétních případů rozhodovat zda-li by resuscitaci zahajovali. Jednalo se o skutečné případy z praxe. K zahájení resuscitace se dle výsledků klonilo přes 2/3 dotazovaných. Nejčastějšími důvody byly právě legislativní rámec či názor, že pacient může mít i přes vysokou polymorbiditu stále naději na záchranu. Rozhodovací schéma bylo vždy doplněné o konkrétní postup záchranářů v reálné situaci. V rámci tohoto výzkumu probíhala otázka právě přímo na zdravotnické profesionály. Zda-li by si přáli, aby byla zahájena KPR u jejich blízkých a také konkrétně, jestli by si přáli, aby byli v takové situaci resuscitováni oni sami. Je zajímavé, že z výsledků vychází fakt, že 90 % z nich by si přálo, aby jejich příbuzný byl resuscitován. Devadesát procent by však pak tuto možnost přímo na sobě aplikovat nechtělo. Domníváme se, že se k tomuto faktu se přímo hodí známé přísloví: *Chceš činit druhým, co nechceš, aby druzí činili tobě?*

Dalším cílem výzkumného šetření byla otázka - **Zda-li zvažuje záchranář ponechání terminálně nemocného pacienta na místě, je pro něj důležitá konzultace s lékařem?**

Překvapením bylo, že i na tuto otázku měli respondenti různé názory. Na jedné straně stáli záchranáři, kteří si dovolávají lékaře pro schválení některých kroků a rozhodnutí téměř vždy. Nejenže tím sebe právně chrání, ale je u nich také patrné, že problém chtějí řešit a chtějí věci konzultovat, případně se s daným lékařem poradit. Na straně druhé je pak skupina, která si za svými rozhodnutími stojí a konzultuje s lékaři jen v případech, kdy je to nezbytně nutné. Konzultace s lékařem působícím na ZZS či obvodním ošetřujícím lékařem daného pacienta, by totiž podle mého názoru měla být pro nelékařské zdravotnické pracovníky pravidlem.

Poslední otázka našeho výzkumu byla zaměřená na edukaci v tomto oboru, ale také na případnou budoucnost paliativní péče na ZZS. **Má zdravotnický personál působící na zdravotnické záchranné službě zájem o další edukaci ohledně paliativní péče?**

Z rozhovorů jednoznačně vyplývá, že všichni dotazovaní by takový kurz velmi ocenili. Součástí kurzu by pak, podle jejich odpovědí, mohla být diskuze, proč například resuscitaci u pacientů s nepříznivou prognózou nezahajovat. Nebo samotná edukace pomocí vytvořených standardů, a tedy i přístup k pacientovi s onkologickou diagnózou, situace zjevně infaustního (nepříznivého) případu či postup u terminálně nemocných geriatrických pacientů, především tedy u paliativních. Vorlíček nahlíží, ve své knize Paliativní medicína, na další vzdělávání v paliativní péči na základě tří perspektiv. Z pohledu nemocných a jejich rodin, následně z úhlu dobrovolníků, kterých stále více v této sféře přibývá, ale především z pohledu zdravotnických pracovníků, kteří se během svého profesionálního působení dostávají stále více do intenzivnějšího kontaktu s touto skupinou. Během každodenní praxe je tedy na jedné straně situace nemocný pacient, jehož stav se

zásadně nezlepšuje. Na straně druhé frustrovaný zdravotník, který často pociťuje své výrazné nedostatky v rámci profesionálního přístupu. Výsledkem je nespokojenost obou stran. Velkým problémem je tedy skutečnost, že zatím toto téma není dostatečně začleňováno do výuku během pre- i postgraduálního studia. Optimálně by vzdělávání mělo být zaměřováno na tři základní složky. Kognitivní, psychomotorickou a afektivní. Tedy samotná výuka tohoto medicínského oboru, nácvik praktických dovedností, i subjektivní postoj daného zdravotníka. (Vorlíček, 2004)

Samotná rozpolcenost záchranářů, v rámci některých otázek, je jednoduše pochopitelná. Zdravotníci totiž často neví, jak samotná laická veřejnost na tuto problematiku vlastně nahlíží. Proto pak ve chvílích, které často doprovázejí emočně vypjaté situace, zvolí i zkušený zdravotnický profesionál spíše ofenzivnější přístup. Jedná se totiž o přístup, který je lépe obhájitelný ve všech ohledech. Je však v těchto chvílích hlavním předmětem a nejdůležitějším cílem pacientův komplexní stav? To už zůstává otázkou. Zdravotníci ze všech oborů se shodují, že by mělo docházet u velké většiny onkologických či terminálně nemocných pacientů na jednoznačnou indikaci paliativní péče. Zatím je to ale spíše teorie, praxe v tomto ohledu totiž značně pokulhává. Překategorizování pacientů je totiž aktuálně neefektivní a často zdoluhavé. Pokud k němu dojde, tak už i paliativní péče je aplikována ve velmi pozdích fázích neléčitelného stavu. Tento záznam by pak měl být jednoznačně zvýrazněn ve zdravotnické dokumentaci nemocných. Pro celkovou lepší orientaci právě ve vypjatých situacích, kde by následně nedocházelo například k situacím, které zmiňuje znovu Šéblová: *„Pak by pečovatelé v různých domovech pro seniory nevolali záchranku jen proto, že v noci není přítomen žádný zdravotník a oni se bojí, že jim rodina klienta vyčte nedostatečnou péči, nebo jen prostě nedokáží dobře odhadnout co se děje.“* (Šéblová, 2017, 42) Pokud by však zdravotnickou službu na místo přivolali, po nahlédnutí do dokumentace by nelékařský zdravotnický pracovník jednoduše mohl na základě kategorizace „paliativní pacient“, poskytovat ne intenzivní, ale již paliativní péči. Nejdůležitějším bodem, který je u přístupu k této skupině pacientů

zásadní zůstává jednoznačně dovednost profesionální komunikace. Šéblová se však domnívá, že otevřená a pravdivá komunikace by měla začínat u těchto pacientů daleko dříve než ve chvíli, kdy přijíždí záchranná služba s majáky na místo. Já si však myslím, že kvalitní komunikace je na místě vždy a v tomto případě by jí mělo následovat také nabídnutí možností dalších a lepších variant pro léčbu terminálně nemocného pacienta.

Ač může být profesionální zdravotník jakkoliv empatický či vzdělaný, velkým problémem je celkový pohled na paliativní péči. Samotný fakt, že paliativní medicína byla mezi medicínské obory zařazena v ČR až v roce 2004 ukazuje, že je ještě velmi dlouhá cesta, aby se na tento obor nahlíželo z různých perspektiv. Média, která často reprezentují dnešní medicínu jako hrdinskou a neporazitelnou, můžou přinášet laické veřejnosti pohled, že za každé situace je možné nad nemocí zvítězit. Bohužel v některých případech je opak pravdou. Z těchto zdrojů však nezazní, že člověk je bytost smrtelná a že si zaslouží poslední chvíle svého života prožít bez jakékoliv traumatizace. (Šéblová, 2017)

ZÁVĚR

Smyslem této bakalářské práce bylo objasnit situaci týkající se paliativní péče z pohledu zdravotnických záchranářů. Toto téma se stává stále více naléhavějším, především ve spojitosti s narůstající dlouhověkostí společnosti. Přičemž se u těchto pacientů setkáváme s novými typy nemocí a s velkou řadou příznaků a komplikací, které většina nevyléčitelných nemocí přináší, ale které může zdravotnický záchranář přímo ovlivnit.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že především teoretické znalosti zdravotnických záchranářů v problematice paliativní péče jsou malé, z důvodu nedostatečné výuky předmětů týkajících se paliativy během studia. Výjimkou byla respondentka č. 3, která studovala na 3. lékařské fakultě Univerzity Karlovy, kde je tomuto tématu věnováno velké množství času. Praktické dovednosti však byly na velmi dobré úrovni. Záchranáři se dobře orientovali a věděli, jak komunikovat s touto specifickou skupinou pacientů i s jejich blízkými. Díky zkušenostem z praxe také velmi dobře ovládali znalosti základních léků pro tišení bolesti.

Na základě vypracování této práce, jsem se rozhodl pokračovat v tomto výzkumném šetření dál, nezávisle na této bakalářské práci. Zahájit spolupráci s vrchními odborníky, kteří se v paliativní medicíně orientují a vytvořit doporučeného postupu pro zdravotnické záchranáře v přístupu k paliativním pacientům a nemocným v terminální fázi života. Tyto standardy by mohli záchranářům rozšířit obzor v této problematice a ukázat jim například nové možnosti, jak situace s touto specifickou skupinou pacientů řešit.

8 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ARO – anesteziologicko resuscitační oddělení

D. N. R. - (Do Not Resuscitate) - neresuscitovat

EBP - evidence based practice – praxe založená na důkazech

GIT – gastrointestinální trakt

JIP – jednotka intenzivní péče

KPR – kardiopulmonální resuscitace

NSA – nesteroidní antirevmatika

NÚ – nežádoucí účinky

OPP – oddělení paliativní péče

PAINAD – Pain Assessment in Advanced Dementia Scale

PCA – pacientem kontrolovaná analgezie.

PEG – perkutánní endoskopická gastrostomie

VAS - vizuální analogová škála bolesti

WHO – World health organization – světová zdravotnická organizace

ZOS - zdravotnické operační středisko

ZZS - zdravotnická záchranná služba

9 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ADAM, Zdeněk, VORLÍČEK, Jiří a Yvona POSPÍŠILOVÁ, ed. *Paliativní medicína*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0279-7.

AMERY, Justin. *Opravdu praktický průvodce dětskou paliativní péčí pro doktory a zdravotní sestry kdekoli na světě: a Breviř Asociace dětské paliativní medicíny*. Přeložil Lucie HRDLIČKOVÁ. Praha: pro Českou společnost paliativní medicíny vydalo nakladatelství Cesta domů, 2017. ISBN 978-80-88126-34-8.

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

GAWANDE, Atul. *Nežijeme věčně: medicína a poslední věci člověka*. Přeložil Bronislava BARTOŇOVÁ. Praha: Dokořán, 2016. ISBN 978-80-7363-702-6.

HAKL, Marek, Jitka FRICOVÁ a Tomáš GABRHELÍK. *Metodické pokyny pro farmakoterapii akutní bolesti: Speciální část. Bolest*, Praha: Tigis, 2016, roč. 19, Suppl. 1, s. 15-18. ISSN 1212-0634

KABELKA, Ladislav. *Geriatrická paliativní péče*. Praha: Mladá fronta, 2017. Edice postgraduální medicíny. ISBN 9788020442253.

KALVACH, Zdeněk. *Umírání a paliativní péče v ČR: (situace, reflexe, vyhlídky)*. Praha: Cesta domů, c2004. ISBN 80-239-2832-5.

KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing, 2010. Sestra. ISBN 978-80-247-1830-9.

KUPKA, Martin. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada Publishing, 2014. Psyché. ISBN 978-80-247-4650-0.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2713-4.

LEJČKO, Jan, Jiří, KOZÁK. Metodické pokyny pro farmakoterapii akutní bolesti : Obecná část . Bolest, Praha: Tigis, 2016, roč. 19, Suppl. 1, s. 4-5. ISSN 1212-0634.

LEJČKO, Jan, Miroslav, KRŠIAK. Metodické pokyny pro farmakoterapii akutní bolesti : Farmakologická příloha. Bolest, Praha: Tigis, 2016, roč. 19, Suppl. 1, s. 6-14. ISSN 1212-0634.

MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3171-1.

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada Publishing). ISBN 978-80-247-1362-5.

O'CONNOR, Margaret. Paliativní péče. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, ISBN 80-247-1295-4

PAYNE, Sheila, Jane SEYMOUR a Christine INGLETON. *Paliativní péče: principy a praxe*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. Paliativní péče. ISBN 978-80-87029-25-1.

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

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada, 2014. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-5471-0.

RADBRUCH, Lukas a Sheila PAYNE. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě: doporučení Evropské asociace pro paliativní péči*. Praha: Cesta domů, 2010. ISBN 978-80-904516-1-2.

ROKYTA, Richard, Miloslav KRŠIAK a Jiří KOZÁK, ed. *Bolest: monografie algeziologie*. 1. vyd. Praha: Tigris, 2006. ISBN 80-235-00000-0-0.

SLÁMA, Ondřej, Jiří, KOZÁK. Metodické pokyny pro farmakoterapii chronické nenádorové bolesti: Speciální část. *Bolest*, Praha: Tigris, 2016, roč. 19, Suppl. 1, s. 15-18. ISSN 1212-0634.

SLÁMA, Ondřej. *Klinické, etické a právní aspekty rozhodování o kardiopulmonální resuscitaci u terminálně onkologicky nemocných pacientů*. 2009.

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

ŠÉBLOVÁ, Jana. *Resuscitovat! – vždy a za všech okolností?* *Urgent Med* 04, 2017; 40-41. ISSN: 1212-1924

ŠEVČÍK Pavel a kol. *Intenzivní medicína*. 3. vyd. Praha: Galén, 2014. ISBN 9788074920660

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

VÁCHA, Marek Orko, Radana KÖNIGOVÁ a Miloš MAUER. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-7367-780-0.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *National cancer control programmes: policies and managerial guidelines*. 2nd ed. Geneva: World Health Organization, c2002. ISBN 92-4-154557-7.

10 ELEKTRONICKÉ ZDROJE

ČERNÝ, V., Cvachovec K. Pařízková R. et al.: *Konsensuální stanovisko k poskytování paliativní péče u nemocných s nezvratným orgánovým selháním*. [online]. [cit. 2018-03-15]. Dostupné z https://www.urgmed.cz/postupy/cizi/2009_paliativni.pdf

ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA. *Doporučení představenstva ČLK č.1/2010- k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli*. [online]2010 [cit. 2018-03-22] Dostupné z: <http://www.lkcr.cz/doporučení-představenstev-clk-227.html>

ČESKÁ SPOLEČNOST PALIATIVNÍ MEDICÍNY. *Standardy paliativní péče 2013* [online] 2013 [cit. 2018-02-13] Dostupné z: <https://www.paliativnimedicina.cz/paliativni-medicina/standardy-paliativni-pece/>

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Práva pacientů* [online] [cit. 2018-03-15] Dostupné z: http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/prava-pacienta_2401_18.html

PAŘÍZKOVÁ, Renata. *Paliativní léčba v intenzivní medicíně. Interu Akut Kardiol*[online]. 2011, 10(Suppl.B):15–17 [cit. 2018-04-09]. Dostupné z: <http://www.iakardiologie.cz/pdfs/kar/2011/89/05.pdf>

CESTA DOMŮ. *Komunikace s umírajícím pacientem a jeho blízkými* [online] [cit. 2018-01-15] Dostupné z: <http://h-com.eu/cesta-domu/>

WHO. *Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment within the continuum of care. Adopted by 67th World Health Assembly on 23 January 2014*. [online] [cit. 2018-02-11] Dostupné z: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_R7-en.pdf

11 SEZNAM POUŽITÝCH OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Vizualní analogová škála a numerická škála	32
Obrázek 2 Brief pain inventory – inventář bolesti.....	33
Obrázek 3 Trajektorie vyrovnávání podle Kübler-Rossově.....	44

12 SEZNAMU POUŽITÝCH TABULEK

Tabulka 1 Dělení typů bolesti, charakteristika a jejich příklady.....	30
Tabulka 2 Analgetický žebříček dle WHO.....	35
Tabulka 3 Statistické údaje o respondentech.....	51