

UNIVERZITA KARLOVA
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA
Ústav Ošetrovatelství



Alice Wollmannová

**Zkušenosti zdravotnických pracovníků ZZS při výjezdech k pacientům
v terminálním stadiu onemocnění nebo s umírajícími pacienty**

Experience of fast response healthcare workers with dying patients

Bakalářská práce

Praha, květen 2018

Autor práce: **Alice Wollmannová**

Studijní program: **Ošetrovatelství**

Bakalářský studijní obor: **Všeobecná sestra**

Vedoucí práce: **Mgr. Jana Heřmanová, Ph.D.**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetrovatelství 3. LF UK**

Předpokládaný termín obhajoby: **červen 2018**

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracoval/a samostatně a použil/a výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má diplomová/bakalářská práce byla používána ke studijním účelům. Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací. Potvrzuji, že tištěná i elektronická verze v Studijním informačním systému UK je totožná.

V Mladé Boleslavi dne 1. května 2018

Alice Wollmannová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Janě Heřmanové Ph.D. za ochotu a cenné rady, které mi poskytla v průběhu psaní mé práce.

Také bych chtěla poděkovat odbornému konzultantovi MUDr. Jaroslavu Ďurčovičovi za podporu a věcné připomínky.

V neposlední řadě bych chtěla poděkovat kolegům za poskytnutí informací, které byly hlavním zdrojem této práce.

OBSAH

ÚVOD	7
1. TEORETICKÁ ČÁST	9
1.1.1 ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA STŘEDOČESKÉHO KRAJE	9
1.1.2 TYPY VÝJEZDOVÝCH SKUPIN A PERSONÁLNÍ OBSAZENÍ ZDRAVOTNICKÉ ZÁCHRANNÉ SLUŽBY STŘEDOČESKÉHO KRAJE	10
1.1.3 SCÉNÁŘ VÝJEZDU ZDRAVOTNICKÉ ZÁCHRANNÉ SLUŽBY	11
1.1.4 METODIKA ROZHODOVACÍCH POSTUPŮ ZDRAVOTNICKÉHO PRACOVNÍKA PŘI POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNICKÉ ZÁCHRANNÉ SLUŽBY	12
1.1.5 VÝJEZDOVÉ STANOVIŠTĚ ZZS V MLADÉ BOLESLAVI	13
1.2 SMRT	14
1.2.1 DEFINICE SMRTI	14
1.2.2 DRUHY SMRTI	15
1.2.3 MOŽNOST ODVRÁCENÍ SMRTI	15
1.2.4 NEODKLADNÁ RESUSCITACE	16
1.2.5 ZAHÁJENÍ A UKONČENÍ NEODKLADNÉ RESUSCITACE	18
1.2.6 DŘÍVE VYSLOVENÉ PŘÁNÍ	20
1.3 ÚMRTÍ MIMO ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ	22
1.3.1 POSTUP PŘI ÚMRTÍ MIMO ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ	22
1.3.2 PROHLÍDKA TĚLA ZEMŘELÉHO	22
1.4 UMÍRÁNÍ	23
1.4.1 DEFINICE UMÍRÁNÍ	23
1.4.2 CHARTA UMÍRAJÍCÍCH	25
1.5 PALIATIVNÍ PÉČE	27
1.5.1 DEFINICE PALIATIVNÍ PÉČE	27
1.6 PÉČE O POZŮSTATÉ	28
1.6.1 SYSTÉM PSYCHOSOCIÁLNÍ INTERVENČNÍ SLUŽBY (SPIS)	28
2. EMPIRICKÁ ČÁST	30
2.1 METODOLOGIE	30
2.1.1 VÝZKUMNÝ CÍL A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	30
2.1.2 TECHNIKA SBĚRU DAT	31
2.1.3 JEDNOTKA ZKOUMÁNÍ	32
2.2 FENOMENOLOGICKÝ ROZHOVOR	33
2.2.1 RESPONDENT Č. 1	33
POSLEDNÍ CESTA-OČIMA ZDRAVOTNÍ SESTRY ZZS, VĚK 48 LET,	33
PRAXE 20 LET	33
2.2.2 RESPONDENT Č. 2	37
NEDÝCHÁ – OČIMA ZDRAVOTNÍ SESTRY ZZS, VĚK 37 LET,	37
PRAXE 7 LET	37
2.2.3 RESPONDENT Č. 3	41
ZHORŠENÍ STAVU-OČIMA LÉKAŘE ZZS, VĚK 70 LET, PRAXE 30 LET	41
2.2.4 RESPONDENT Č. 4	44
MAMINKA NEVÍ, ŽE MÁ NÁDOR-OČIMA ZDRAVOTNICKÉ ZÁCHRANÁŘKY, VĚK 37 LET, PRAXE 10 LET	44
2.2.5 RESPONDENT Č. 5	47
DOPORUČUJI HOSPIC-OČIMA LÉKAŘKY ZZS, VĚK 62 LET,	47
PRAXE 20 LET	47

2.3 VÝLEDKY FENOMENOLOGICKÉ STUDIE.....	50
2.3.1 SHRnutí A POROVNÁNÍ ODPOVĚDÍ NA VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	50
2.3.2 VYHODNOCENÍ VÝLEDKŮ ODPOVĚDÍ NA DÍLČÍ VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	55
DISKUSE.....	58
ZÁVĚR.....	60
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	61
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	64

Úvod

Pro svou bakalářskou práci jsem zvolila téma, které se týká zkušeností pracovníků zdravotnické záchranné služby při výjezdech k pacientům v terminálním stadiu onemocnění nebo s umírajícími pacienty.

Profesi zdravotní sestry ve výjezdové skupině ZZS se věnuji již dvacet let. Přestože je hlavní doménou záchranné služby hlavně urgentní medicína, přibývá v posledních letech výjezdů k pacientům v terminálním stadiu onkologického nebo i jiného nevyléčitelného onemocnění. Mnohdy jsou to výjezdy k umírajícím pacientům.

Rodiny pacientů, kteří jsou v terminálním stadiu onemocnění bývají bezradné, péče praktických lékařů selhává a delegují řešení těchto stavů na zdravotnickou záchrannou službu. Vzniká tím tak dilema, jak v takových případech postupovat, když cílem zdravotnické záchranné služby je život především zachraňovat.

V podmínkách přednemocniční neodkladné péče se často jak z důvodu časové tísně, tak z důvodu stresu příbuzných záchranáři nedozvědí, že jedná o pacienta nevyléčitelně nemocného, nebo o pacienta v terminálním stadiu onemocnění. Toto jsou hlavní důvody, proč nelékařští záchranáři zahajují resuscitaci.

Tyto situace staví pracovníky zdravotnické záchranné služby do nelehké pozice, ať už se jedná o komunikaci s pacientem, rodinnými příslušníky pacienta, nebo následně komunikace s lékaři ve zdravotnickém zařízení, kam tyto pacienty směřují.

V teoretické části bych chtěla přiblížit práci zdravotnické záchranné služby Středočeského kraje (dále jen ZZS SČK), její koncepci a práci posádky na místě zásahu. Zmíním se také o problematice smrti, umírání a paliativní péče, o prohlídce těla zemřelého mimo zdravotnické zařízení a o péči o pozůstalé.

V empirické části se budu věnovat rozboru rozhovorů zdravotníků ZZS SČK týkajících se jejich zkušeností s výjezdy k pacientům v terminálním stadiu onemocnění, nebo s umírajícími pacienty. Jejich názory na tuto problematiku, pocity při těchto výjezdech, zkušenosti při spolupráci s rodinou pacienta,

praktickými lékaři a v neposlední řadě s problematikou předávání pacienta do cílového zdravotnického zařízení.

V závěrečné diskusi zhodnotím výsledky studie zkušeností pracovníků ZZS SČK s výjezdy k pacientům v terminální fázi onemocnění, nebo s umírajícími.

1. Teoretická část

Cílem teoretické části je představení ZZS SČK, její koncepcí a práci posádky na místě zásahu. Ve svém výzkumu se zaměřuji na zkušenosti pracovníků ZZS SČK, a to přímo na zdravotníky výjezdového stanoviště v Mladé Boleslavi.

Dále se budu zabývat souvisejícími tématy, jako je smrt, umírání, kardiopulmonální resuscitace, paliativní péče a péče o pozůstalé.

1.1.1 Zdravotnická záchranná služba Středočeského kraje

Zdravotnická záchranná služba Středočeského kraje zajišťuje přednemocniční neodkladnou péči pro téměř celý Středočeský kraj, má nejhustší síť výjezdových stanovišť v celé republice. Sanitní vozy vyjíždějí k zásahu z 38 výjezdových stanovišť. Síť výjezdových základen je uspořádána tak, aby byla dodržena doba dojezdu na místo zásahu do 20 min od přijetí výzvy, tak jak je to stanoveno zákonem č. 374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě. (<http://www.uszssk.cz/soucasnost-zzs-stredoceskeho-kraje>)

V zákoně č. 374/2011 Sb. v § 6 se uvádí: „**(1)** Dostupnost zdravotnické záchranné služby je dána zejména plánem pokrytí území kraje výjezdovými základnami zdravotnické záchranné služby (dále jen „výjezdová základna“).

(2) Plán pokrytí území kraje výjezdovými základnami stanoví počet a rozmístění výjezdových základen v závislosti na demografických, topografických a rizikových parametrech území jednotlivých obcí a městských částí hlavního města Prahy tak, aby místo události na území jednotlivých obcí a městských částí bylo dosažitelné z nejbližší výjezdové základny v dojezdové době do 20 minut. Při stanovení počtu a rozmístění výjezdových základen se zohlední případné poskytování zdravotnické záchranné služby na území kraje také poskytovatelem zdravotnické záchranné služby zřízeným jiným krajem podle odstavce 5.

(3) Dojezdová doba se počítá od okamžiku převzetí pokynu k výjezdu výjezdovou skupinou od operátora zdravotnického operačního střediska nebo pomocného

operačního střediska. Dojezdová doba musí být dodržena s výjimkou případů nenadálých nepříznivých dopravních nebo povětrnostních podmínek nebo jiných případů hodných zvláštního zřetele; v těchto případech si poskytovatel zdravotnické záchranné služby vyžádá pomoc od ostatních složek integrovaného záchranného systému podle § 11 odst. 4, je-li podle okolností tato pomoc možná a účelná.

(4) Výjezdovou základnu leteckých výjezdových skupin lze zřídit, jsou-li pro tuto základnu zajištěna letadla podle § 21.

(5) Na poskytování zdravotnické záchranné služby na území kraje se může podílet také poskytovatel zdravotnické záchranné služby zřízený jiným krajem, a to na základě písemné smlouvy uzavřené kraji.

(6) Plán pokrytí území kraje výjezdovými základnami vydává kraj; plán musí být krajem aktualizován nejméně jednou za 2 roky. Před vydáním plánu pokrytí území kraje výjezdovými základnami a před jeho aktualizací kraj projedná návrh plánu a návrh jeho aktualizace s bezpečnostní radou kraje a vyžádá si k návrhu stanovisko Ministerstva zdravotnictví (dále jen „ministerstvo“). Podklady pro plán pokrytí území kraje výjezdovými základnami a pro jeho aktualizaci zpracovává poskytovatel zdravotnické záchranné služby.“

(<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-374>)

1.1.2 Typy výjezdových skupin a personální obsazení zdravotnické záchranné služby Středočeského kraje

Středočeská záchranná služba disponuje třemi typy výjezdových skupin. Posádkami rychlé zdravotnické pomoci (RZP), kterou tvoří všeobecná zdravotní sestra, nebo zdravotnický záchranář a řidič vozidla ZZS, posádkami rychlé lékařské pomoci (RLP), kterou tvoří lékař, všeobecná zdravotní sestra nebo zdravotnický záchranář a řidič vozidla ZZS, posádkami rendez-vous (RV), kterou tvoří lékař a řidič záchranář. Zdravotnický záchranář je absolventem specializovaného pomaturitního studia vyšší odborné školy nebo vysoké školy, všeobecná sestra je absolventkou čtyřletého studia SZŠ, následně se specializací ARIP, nebo absolventkou vysokoškolského bakalářského, nebo magisterského studia, nebo

studia na vyšší odborné škole. Řidič RZP je záchranář s praxí v řízení motorových vozidel, absolvent akreditovaného kurzu „Řidič vozidla zdravotnické záchranné služby“. Vedoucím týmu v posádkách rychlé lékařské pomoci (RLP) je lékař a v posádkách rychlé zdravotnické pomoci (RZP) je zdravotnický záchranář.

O vyslání posádek na místo zásahu rozhoduje zdravotnické operační středisko na lince 155. Výzvy se vyhodnocují podle typu naléhavosti. V současné době nevyjíždí lékař ke každému případu, jednak z toho důvodu, že by to nebylo časově možné a mnohdy by to bylo i zcela zbytečné. Tísňové výzvy je třeba diferencovat a ne každá tísňová výzva na linku 155 znamená přímé ohrožení života.

Sanitní vozy výjezdové skupiny RZP, RLP a RV jsou plně vybaveny k ošetření širokého spektra úrazů, nehod, náhlé srdeční zástavy, nebo porodu. Vybavení těchto vozů obsahuje EKG monitor s defibrilátorem, přístroj pro umělou plicní ventilaci, kyslíkové lahve, obvazový a infuzní materiál, prostředky pro transport pacienta. Lékárna je vybavena medikamenty k léčbě naléhavých a kritických stavů.

1.1.3 Scénář výjezdu zdravotnické záchranné služby

Scénář zásahů všech výjezdových skupin je v podstatě stejný anebo velmi podobný. Vše začíná tím, když operátor přijme výzvu na tísňové lince 155. Ještě v průběhu telefonátu zadává údaje do počítače, které vyhodnotí další operátor a okamžitě posílá výzvu prostřednictvím textové zprávy na mobilní telefon posádce, zároveň je výjezd zadán do systému Profia, který komunikuje s vysílačkami a výjezd je oznámen prostřednictvím zvukové signalizace vysílačky, zároveň se v počítači na výjezdovém stanovišti zobrazí mapa a trasa cesty k místu zásahu. Z tiskárny, která je součástí počítače je vytisknut text zprávy, kde se uvádí typ naléhavosti, druh tísňové výzvy a údaje o postiženém s adresou, kde se dotyčný nachází. Všechny vozy jsou vybaveny systémem GPS, který umožňuje operačnímu

středisku sledovat aktuální polohu vozu. Výjezdová skupina musí vyjet do 2 min od přijetí výzvy, toto se zaznamenává též v systému Profia a je to součástí dokumentace o výjezdu. Pokud dojde k prodlení, je nutné toto zdůvodnit.

Na místo vyjíždí posádka, dle závažnosti tísňové výzvy. Posádka RLP a RV nejčastěji zasahuje u tísňové výzvy typu 1 a 2, což označuje výzvy, kde je přímé ohrožení života a vitálních funkcí, posádka RZP zasahuje nejčastěji u tísňové výzvy typu 3 a 4, což jsou tzv. méně závažné stavy. Ke spolupráci posádek RV a RZP dochází nejčastěji, když je potřeba lékař ve vzdálenějším místě okresu, často dojíždí za posádkami RZP v případě výzvy naléhavosti typu 1 a 2.

1.1.4 Metodika rozhodovacích postupů zdravotnického pracovníka při poskytování zdravotnické záchranné služby

Na místě zásahu postupují zdravotničtí pracovníci dle „Metodiky rozhodovacích postupů zdravotnického pracovníka při poskytování zdravotnické záchranné služby“.

Metodika rozhodovacích postupů zdravotnického pracovníka při poskytování zdravotnické záchranné služby (dále jen metodika) byla zpracována v návaznosti na novou právní úpravu ve zdravotnictví zejména zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, zákon 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách a zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě, jenž nabyly účinnosti ke dni 1. dubna 2012.

Cílem vytvoření metodiky je vymezení právních aspektů při poskytování zdravotní péče resp. zdravotních služeb se zaměřením na oblast zdravotnické záchranné služby a s akcentem na nové pojetí vztahu zdravotnický pracovník-pacient, mající svůj základ v mezinárodním dokumentu Úmluvě na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny „Úmluva o lidských právech a biomedicině“, dále má metodika přispět ke zvýšení právní jistoty při rozhodování zdravotnických pracovníků v podmínkách přednemocniční péče.

Základním východiskem pro zpracování metodiky byly právní a etické principy v oblasti zdravotnictví, z nichž vychází koncept informovaného souhlasu, zejména koncept autonomie vůle člověka resp. pacienta, jakož i právní a etické aspekty poskytování zdravotní péče v krajních, resp. mezních situacích pro pacienta v kontextu nového pojetí vztahu zdravotnický pracovník-pacient.

Předmětem zpracování metodiky byly výhradně situace související s rozhodováním zdravotnického pracovníka a poskytnutím medicínsky indikované péče, nikoliv otázky spojené se zásahem do tělesné integrity pacienta směřujícím k úmyslnému zkrácení života na žádost pacienta (euthanasie). Metodika vešla v platnost dne 1. září 2013. (Metodika rozhodovacích postupů zdravotnického pracovníka při poskytování zdravotnické záchranné služby)

1.1.5 Výjezdové stanoviště ZZS v Mladé Boleslavi

Výjezdové stanoviště zdravotnické záchranné služby v Mladé Boleslavi disponuje také třemi typy výjezdových skupin, RLP, RZP a RV. V nepřetržitém provozu je denně 5 sanitních vozů, z nichž je pouze jedna posádka RLP a RV, naopak posádka RZP je zastoupena třikrát. Kromě výjezdového stanoviště v Mladé Boleslavi vyjíždějí záchranáři také z výjezdového stanoviště v Mnichově Hradišti, zde je umístěna posádka RZP.

Záchranáři z Mladé Boleslavi zasahují v regionu celého okresu Mladá Boleslav, v případě nouze v sousedních regionech jsou vysíláni na zásahy i mimo region Mladá Boleslav.

Průměrný počet výjezdů na den je 25, průměrný počet výjezdů za měsíc je 700 výjezdů.

1.2 Smrt

1.2.1 Definice smrti

Smrt je z medicínského hlediska definována jako zánik organismu, vyhasnutí veškerých životních funkcí. Po zástavě srdeční akce následuje zástava dechu, zaniká homeostáza vnitřního prostředí, která je neslučitelná se životem. (Pokorný, 2004).

Aby mohl lékař konstatovat smrt, musí být přítomny tzv. jisté známky smrti, mezi které patří posmrtné skvrny, posmrtná ztuhlost a hnilobné změny. (Mačák, Mačáková, 2004)

V opačném případě pokud se vyskytují nejisté známky smrti, nelze konstatovat smrt. Mezi nejisté známky smrti patří bledost kůže, snížení tělesné teploty, ochabnutí svalstva, ztráta reflexů, nepoznatelné dýchání, neslyšitelná činnost srdeční a nehmatný pulz. Tyto příznaky se mohou vyskytovat i u jiných stavů, před definitivní zástavou srdeční činnosti. (Štefan, 2012).

Z filozofického hlediska je smrt jediná jistota, jediná spravedlnost. Smrtelní jsme totiž všichni. Přestože je smrt součástí života, mnoho lidí se chová tak, jakoby byli nesmrtelní.

Lidská společnost ve svém vývoji smrt postupně vytěsnila. Málokdo rád slyší o něčí smrti, protože mu to připomíná smrt jeho vlastní a strach s tím spojený. Je tu však jeden paradox, denně jsme sice konfrontováni se smrtí prostřednictvím médií, pro mnohé je to však setkání se smrtí z bezpečné vzdálenosti, není to smrt skutečná, je zprostředkovaná. Opravdová smrt se vyskytuje za zdmi institucí, což jsou nemocnice, nebo jiné ústavy a lékaři zde zastávají funkci novodobých poslu smrti. (Špatenková, 2014).

Podle biologů existuje program života, který se střídá se smrtí. Program smrti je spuštěn poté, když je vyčerpán program života. (Haškovcová, 2007).

1.2.2 Druhy smrti

V současnosti bývá smrt důsledkem vážné nemoci, kterou označujeme jako tzv. „lékařskou smrt“. V minulosti lidé více umírali na sešlost věkem, tzv. „přirozenou smrtí“.

Smrt rozlišujeme také podle toho, jakou rychlostí se dostaví. Dělíme ji na smrt náhlou, rychlou a pomalou. Odborná literatura uvádí také pojmy avizovaná a neavizovaná smrt. Náhlá smrt je spojována s tragickou smrtí, rychlá smrt je spojována s akutní nemocí, která je příčinou úmrtí. Záleží také na tom, v jakém věku se smrt dostaví, v tomto kontextu rozlišujeme smrt předčasnou a smrt přiměřenou. Specifickým druhem smrti je sebevražda, kterou společnost považuje za osobní selhání a proto člověk, který o ní uvažuje, potřebuje odbornou pomoc. (Haškovcová, 2007)

1.2.3 Možnost odvrácení smrti

V 60. letech minulého století byla zahájena epocha, kdy se začaly zavádět a postupně rozvíjet metody a lékařské postupy, které měly mechanicky nahradit dýchání a krevní oběh. Mezi tyto postupy můžeme zařadit umělé dýchání, nepřímou srdeční masáž, možnost srdeční stimulace a defibrilace, úpravu vnitřního prostředí. (Pokorný, 2004)

Interval mezi okamžikem, kdy dojde k zástavě oběhu a ukončením funkce orgánů se jmenuje volný časový interval. Pro mozek, je tento interval 10 s. V praxi to znamená, že je důležité zahájit resuscitaci v tzv. resuscitačním čase, což je doba mezi zástavou oběhu a nástupem nezvratných změn orgánů. Nejcitlivější na hypoxii je mozek, resuscitační čas je 4-6 min. Pokud je resuscitační čas překročen, vznikají nezvratné změny buněk, následkem může být těžké neurologické poškození, kóma, nebo smrt. (Remeš, 2009)

1.2.4 Neodkladná resuscitace

Všichni občané by měli být schopni poskytnout základní neodkladnou resuscitaci, bez jakéhokoliv vybavení a speciálních pomůcek. Vše co k tomu potřebují, jsou dvě ruce. Absence pomůcek, jako je resuscitační rouška neopravňuje k ne zahájení neodkladné resuscitace.

Resuscitaci zahájíme tehdy, pokud postižený nereaguje na žádné podněty, nedýchá a nevyvíjí žádnou spontánní aktivitu s výjimkou lapavých dechů. Život zachraňujícím úkonem je záklon hlavy, tím dojde k uvolnění dýchacích cest a nepřímá srdeční masáž. Je-li dostupný automatický externí defibrilátor, patří defibrilace mezi součást základní neodkladné resuscitace. (https://www.urgmed.cz/postupy/2017_nr.pdf)

Podle doporučeného postupu Společnosti urgentní medicíny a medicíny katastrof ČLS JEP z 25.1.2017 základní neodkladná resuscitace zahrnuje

- přivolání první pomoci (tísňová linka 155), pokud operátor tísňové linky rozpozná zástavu oběhu, následuje telefonicky asistovaná neodkladná resuscitace, lokalizace nejbližšího automatického externího defibrilátoru a jeho vyslání k postiženému
- polohování postiženého (na zádech a pevné podložce), uvolnění dýchacích cest provedením záklonu hlavy
- rozpoznání zástavy oběhu
- nepřímou srdeční masáž
- umělé dýchání
- použití automatického externího defibrilátoru
- odstranění obstrukce dýchacích cest cizím tělesem

Profesionální týmy záchranářů poskytují tzv. rozšířenou neodkladnou resuscitaci, jejíž cílem je obnovení spontánního oběhu, stabilizace základních životních funkcí a transport do nemocničního zařízení, kde bude poskytnuta odborná poresuscitační péče.

Provádění rozšířené neodkladné resuscitace je podmíněno vybavením speciálními přístroji a pomůckami.

Podle doporučeného postupu Společnosti urgentní medicíny a medicíny katastrof ČLS JEP z 25.1.2017 rozšířená neodkladná resuscitace zahrnuje

- EKG-monitorace elektrické činnosti srdce
- Defibrilaci
- Zevní kardiostimulaci
- Zajištění oxygenace a ventilace postiženého
- Umělou plicní ventilaci
- Kapnometrii
- Zajištění vstupu do cévního řečiště
- Aplikace léků a infuzních roztoků
- Vyloučení a léčbu potenciálně reverzibilních příčin náhlé zástavy oběhu (např. dekomprese hrudníku nebo bilaterální torakostomie při tenzním pneumothoraxu, aktivní zahřívání při hypotermii)
- Použití speciálních pomůcek a metod (např. ultrasonografie, mechanické resuscitační přístroje apod.)

1.2.5 Zahájení a ukončení neodkladné resuscitace

Neodkladnou resuscitaci zahajujeme vždy, pokud dojde k náhlé zástavě oběhu a nejsou přítomny kontraindikace.

Kontraindikace neodkladné resuscitace dle doporučeného postupu Společnosti urgentní medicíny a medicíny katastrof ČLS JEP z 25.1.2017

- reálné riziko ohrožení zdraví, nebo života zasahujících osob
- přítomnost jistých známek smrti
- terminální stadium nevléčitelného chronického onemocnění
- poranění neslučitelná se životem
- při traumatické náhlé zástavě oběhu absence známek života prokazatelně po dobu 15 min.

Pokud není jistota, je nutné vždy zahájit neodkladnou resuscitaci.

Indikace ukončení neodkladné resuscitace dle doporučeného postupu Společnosti urgentní medicíny a medicíny katastrof ČLS JEP z 25.1.2017

- Obnovení spontánního oběhu
- Přetrvávající asystolie, pokud je rozšířená neodkladná resuscitace prováděná déle než 20 minut a nevedla k obnovení spontánního oběhu a zároveň byly vyloučeny reverzibilní příčiny náhlé zástavy oběhu
- Naprosté vyčerpání záchránců (pouze v průběhu základní neodkladné resuscitace)

- Při traumatické náhlé zástavě oběhu nedosažení oběhu po léčbě reverzibilních příčin nebo absenci aktivity komor při ultrasonografickém vyšetření
- Absence známek života novorozence po porodu po 10 minutách provádění rozšířené neodkladné resuscitace

Pokud dojde k závažné hypotermii, měla by být neodkladná resuscitace ukončena tehdy, až dojde k zahřátí tělesného jádra nad 35 stupňů Celsia.

Pokud je podezření na embolii plicní a je nasazena systémová trombolýza, musí rozšířená neodkladná resuscitace pokračovat minimálně 60-90 minut po podání trombololytika.

Neodkladnou resuscitaci ukončuje pouze lékař. (Doporučené postupy Společnosti urgentní medicíny a medicíny katastrof ČLS JEP z 25.1.2017)

1.2.6 Dříve vyslovené přání

Dříve vyslovená přání, v anglickém jazyce jsou známy pod pojmem advance directives, living will nebo DNR (do not resuscitate). Tyto dokumenty umožňují pacientům, aby vyjádřili předem svá přání týkající se léčby a zdravotnické péče v období, než nebudou schopni sami o tomto rozhodovat. (Heřmanová, 2012)

Dříve vyslovené přání pacienta, že si nepřeje být resuscitován, bývá obvykle vyjádřeno zkratkou „DNR“ (do not resuscitate).

Ustanovení § 36 zákona 372/2011 Sb. o zdravotních službách z roku 2011 o dříve vysloveném přání stanoví: „**(1)** Pacient může pro případ, kdy by se dostal do takového zdravotního stavu, ve kterém nebude schopen vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb a způsobem jejich poskytnutí, tento souhlas nebo nesouhlas předem vyslovit (dále jen „dříve vyslovené přání“).

(2) Poskytovatel bude brát zřetel na dříve vyslovené přání pacienta, má-li ho k dispozici, a to za podmínky, že v době poskytování zdravotních služeb nastala předvídatelná situace, k níž se dříve vyslovené přání vztahuje, a pacient je v takovém zdravotním stavu, kdy není schopen vyslovit nový souhlas nebo nesouhlas. Bude respektováno jen takové dříve vyslovené přání, které bylo učiněno na základě písemného poučení pacienta o důsledcích jeho rozhodnutí, a to lékařem v oboru všeobecné praktické lékařství, u něhož je pacient registrován, nebo jiným ošetřujícím lékařem v oboru zdravotní péče, s níž dříve vyslovené přání souvisí.

(3) Dříve vyslovené přání musí mít písemnou formu a musí být opatřeno úředně ověřeným podpisem pacienta. Součástí dříve vysloveného přání je písemné poučení podle odstavce 2.

(4) Pacient může učinit dříve vyslovené přání též při přijetí do péče poskytovatelem nebo kdykoliv v průběhu hospitalizace, a to pro poskytování zdravotních služeb zajišťovaných tímto poskytovatelem. Takto vyslovené přání se zaznamená do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi; záznam podepíše pacient, zdravotnický pracovník a svědek; v tomto případě se nepostupuje podle odst. 3.

(5) Dříve vyslovené přání

a) není třeba respektovat, pokud od doby jeho vyslovení došlo v poskytování zdravotních služeb, k nimž se toto přání vztahuje, k takovému vývoji, že lze důvodně předpokládat, že by pacient vyslovil souhlas s jejich poskytnutím; rozhodnutí o nerespektování dříve vysloveného přání pacienta a důvody, které k němu vedly, se zaznamenají do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi,

b) nelze respektovat, pokud nabádá k takovým postupům, jejichž výsledkem je aktivní způsobení smrti,

c) nelze respektovat, pokud by jeho splnění mohlo ohrozit jiné osoby,

d) nelze respektovat, pokud byly v době, kdy poskytovatel neměl k dispozici dříve vyslovené přání, započaty takové zdravotní výkony, jejichž přerušení by vedlo k aktivnímu způsobení smrti.

(6) Dříve vyslovené přání nelze uplatnit, jde-li o nezletilé pacienty nebo pacienty s omezenou svéprávností“.

V ojedinělých případech lékař nemusí respektovat dříve vyslovené přání podle vlastní úvahy. Může to být v případě, kdy od doby vyslovení přání došlo k takovému vývoji v poskytování zdravotních služeb, že lze předpokládat, že by pacient dal souhlas s jejich poskytováním. Toto rozhodnutí a důvody, které k tomuto vedly, musí být zaznamenány do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi.

Lékař není povinen zjišťovat, zda pacient v minulosti sepsal „dříve vyslovené přání“. Postupuje *lege artis* v situaci, kdy ho nemá k dispozici, zvláště v případech, pokud je pacient ohrožen na životě.

(Mach, *Tempus Medicorum* 5/17, s. 28)

1.3 Úmrtí mimo zdravotnické zařízení

1.3.1 Postup při úmrtí mimo zdravotnické zařízení

Postup při úmrtí mimo zdravotnické zařízení je stanoven v zákoně č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách, §83. Zde se uvádí, že úmrtí osoby, nebo nález těla, nebo jeho částí mimo zdravotnické zařízení se oznamuje praktickému registrujícímu lékaři, pokud není znám, tak se toto oznamuje na jednotnou evropskou tísňovou linku 112.

Oznamovací povinnost má každý, kdo se dozvěděl o úmrtí, nebo našel tělo, nebo jeho částí, bez ohledu na to, zda toto, již bylo hlášeno. (<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>)

1.3.2 Prohlídka těla zemřelého

Postup o prohlídce těla zemřelého je stanoven v zákoně č. 372/2011 Sb., §84. Zde se uvádí, že prohlídku těla zemřelého je třeba provést vždy. Účelem prohlídky je zjistit příčinu úmrtí, datum a čas úmrtí, určit, jestli bude provedena pitva. Označuje se též tělo zemřelého.

Také se zde stanovuje, kdo provádí prohlídky těl zemřelých. Prohlídky těl zemřelých jsou povinni zajišťovat všeobecní praktičtí lékaři a praktičtí lékaři pro děti a dorost u svých registrovaných pacientů během pracovní doby. Dále může těla zemřelých prohlížet lékař vykonávající lékařskou pohotovostní službu, nebo lékař, s kterým má kraj k těmto účelům uzavřenou smlouvu, nebo poskytovatel zdravotnické záchranné služby, pokud došlo k úmrtí během poskytování přednemocniční neodkladné péče.

Lékař, který provádí prohlídku těla zemřelého, vyplní List o prohlídce zemřelého a zajistí předání jednotlivých částí příslušným subjektům. Lékař také určí, jestli bude provedena pitva a o jaký druh pitvy se bude jednat a toto vyznačí v

Listu o prohlídce zemřelého. Informuje též osobu blízkou zemřelému, je-li tato osoba známa, pokud není známa, kontaktuje Policii České republiky. Lékař též zajistí převoz těla, pokud nařídil pitvu.

V případě, že má lékař podezření, že úmrtí bylo způsobeno trestným činem, nebo sebevraždou, nebo je zemřelý neznámé totožnosti či se jedná o úmrtí za nejasných okolností, neprodleně kontaktuje Polici České republiky. (<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>)

1.4 Umírání

1.4.1 Definice umírání

Umírání je pojem, který je v lékařské terminologii vyjádřen jako terminální stav. Terminální stav je tedy proces, ve kterém dochází k postupnému selhávání životních funkcí. Tento proces někteří odborníci rozdělují na několik různých dlouhých období: pre finem, in finem a post finem. (Kutnohorská 2007)

Období pre finem začíná v okamžiku, kdy se pacient dozví o tom, že trpí vážnou, nevléčitelnou nemocí. Smrt se stává očekávanou v relativně dlouhém čase, mnohdy se jedná o měsíce, týdny. V tomto období je vhodné, když je pacientovi poskytnuta pomoc nejen lékařská, ale i psychologická a lidská. Je nutné uchránit nemocného od tzv. „sociální smrti“. Pojem sociální smrt znamená, že je pacient izolován od společnosti. Pacient by měl v tomto období v tzv. „stínu smrti“ nadále vykonávat takové činnosti, tak jako před onemocněním. Bylo by dobré, kdyby každý vážně nemocný člověk měl alespoň jednoho člověka, s kterým by si mohl otevřeně promluvit o svých problémech.

Období in finem je totožné s tzv. terminálním stavem. V moderní společnosti, ve vyspělých zemích je zvyklostí, že 80 % lidí umírá v nemocnicích a většinou osaměle. Smrt a umírání, jako by se diskrétně skrylo do pozadí naší pozornosti. Společnost podléhá iluzi, že by se o umírající měl starat tým specialistů

k tomuto vyškolen a rodina často doslova „odsouvá“ své umírající příbuzné do nemocnice.

V minulosti mělo umírání svůj řád a smrt byla procesem, kterým se zabývala celá komunita. Umírání a smrt v dnešní společnosti nejsou součástí sociálního aktu, mnohdy nemají nejbližší ani možnost se s umírajícím rozloučit. (Haškovcová, 2002)

Období post finem je v podstatě péče o mrtvé tělo, ale vztahuje se i na péči o pozůstalé. V současné době nastává dilema, kam uložit mrtvé tělo na předepsaný dvouhodinový klid, než se odveze do márnice. Bohužel v praxi bývá mnohdy obtížně zvolit důstojné místo, kam mrtvé tělo uložit. Pokud mrtvý zůstává v nemocničním pokoji, tak vyvolává nepříjemné pocity u ostatních pacientů. Nakonec to většinou dopadá tak, že mrtvé tělo je „odloženo“ v koupelně, nebo čistící místnosti, doslova jako odpad.

Péče o pozůstalé spočívá v první řadě v oznámení úmrtí a předání pozůstalosti. Jak uvádí Haškovcová : *„Ritualizace způsobů předávání informací o úmrtí, ale i nezbytných dokladů a osobních věcí, je nutná, neboť usnadní nejbližším pozůstalým unést právě prožívanou extrémní ztrátu“*.(Haškovcová 2002, s.234)

Dnešní doba se změnila, málokdo dodržuje rituály spojené s pohřbem a pohřbíváním. V dřívějších dobách pozůstalí nosívali černý oděv, čímž dávali jasně najevo, že je potkalo neštěstí. V současné době není na „smrt čas“ a mnohdy ani peníze. Pohřební obřad se zkracuje a mnoho lidí upřednostňuje pohřeb žehem. Smrt byla z naší společnosti vytěsněna a způsob pohřbívání je důkazem vztahu k našim předkům.(Haškovcová, 2002). Jak uvádí Kutnohorská: *„Každé umírání znamená loučení se vším, co měl člověk rád a se všemi, které měl rád. Bylo by určitě dobré, kdyby toto rozloučení proběhlo důstojně a umírající se stačil připravit na poslední cestu“*. (Kutnohorská 2007, s.71)

1.4.2 Charta umírajících

Smrt a umírání se v první řadě týká umírajících, proto bych se zde ráda zmínila o tom, jaká práva umírající mají.

Charta umírajících vyjadřuje přání a potřeby těžce nemocných a umírajících, jako příklad zde uvádím americkou Chartu umírajících:

- Mám právo na to, aby se se mnou až do smrti zacházelo jako s lidskou bytostí.
- Mám právo na naději, a nezáleží na tom, že se mění moje životní perspektiva.
- Mám právo vyjádřit své pocity a emoce týkající se blízké smrti.
- Mám právo podílet se na rozhodnutích týkajících se péče o mě.
- Mám právo na stálou zdravotnickou péči, přestože se cíl “uzdravení“ mé nemoci mění na „zachování pohodlí a kvality života“.
- Mám právo zemřít neopuštěn.
- Mám právo být ušetřen bolesti.
- Mám právo na poctivé odpovědi na otázky.
- Mám právo nebýt klamán.
- Mám právo na pomoc rodiny a na pomoc pro rodinu v souvislosti s přijetím mé smrti.
- Mám právo zemřít v klidu a důstojně.
- Mám právo uchovat si svou individualitu a mám právo na laskavé pochopení svých rozhodnutí a názorů.
- Mám právo být ošetřován pozornými, citlivými a zkušenými lidmi, kteří se pokusí porozumět mým potřebám a kteří budou prožívat zadostiučinění z toho, že mi budou pomáhat tváří v tvář smrti. (Haškovcová, 2002)

V celé řadě zemí postupně vznikaly podobné dokumenty, za zmínku stojí hlavně dokument „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících“. Tento dokument byl schválen 25.6.1999 parlamentem Rady Evropy, jako doporučení č. 1418/1999. Na tvorbě dokumentu se podíleli odborníci, kteří pracovali pod vedením rakouského profesora lékařské etiky a morální teologie Güntera Virta¹.

Hlavní cíle tohoto dokumentu

- symptomatická léčba
- zmírňující péče
- efektivní terapie somatické a psychické bolesti
- emotivní podpora
- spirituální pomoc
- sociální zázemí
- aktivní nebo aktivizační individuální program pro umírající
- doprovodnou odbornou pomoc rodině umírajících

¹ Prof. ThDr. Günter Virt (nar. 1941 ve Vídni) působil od roku 1981 jako profesor morální teologie v Paderbornu, pak od roku 1983 na univerzitě v Salcburku. Nyní, od roku 1986, přednáší na vídeňské univerzitě a je přednostou univerzitního Ústavu lékařské etiky.

1.5 Paliativní péče

1.5.1 Definice paliativní péče

Zakladatelkou moderní paliativní péče je považována Cicely Saundersová. Celý život zasvětila trpícím a těžce nemocným lidem. Roku 1967 byl otevřen v Londýně Hospic svatého Kryštofa, který vybudovala. Jak uvádí Svatošová: *“Myšlenka hospice vychází z úcty k životu z úcty k člověku jako jedinečné, neopakovatelné bytosti. Hospic nemocnému garantuje, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, každé situaci bude respektována jeho lidská důstojnost a v posledních chvílích života nezůstane osamocen.”* (Svatošová, 2003, s.123)

Paliativní péče je filozofie, kterou lze uplatnit, jak v nemocnicích, hospicích, ale i domácím prostředí. Termín má původ v latinském slově pallium, což v překladu znamená maska, pokrytí, zakrytí pláštěm. Jejím cílem tedy je *“zamaskovat“* příznaky nevléčitelné nemoci a překrýt pláštěm ty, kteří trpí, pokud jim není pomoci kurativní péčí. Základním cílem je zlepšení kvality života nevléčitelně nemocných.

V definici WHO z roku 2002 se uvádí: *„Paliativní péče je takový přístup, který zlepšuje kvalitu života nemocných a jejich rodin a který čelí problémům spojených s život ohrožujícími chorobami pomocí prevence a úlevy utrpení, a to jeho časným zjištěním, dokonalým zhodnocením a léčbou bolesti a ostatních problémů fyzických a spirituálních.“* (Munzarová, 2005 s. 62)

V současné době se s umírajícími pacienty můžeme setkat téměř v každém zdravotnickém zařízení. Z tohoto důvodu by znalosti paliativní péče měly být dostupné pro všechny sestry a zdravotníky, kteří pečují o umírající pacienty a nezáleží na tom, zda se jedná o onkologicky, nebo jiné chronicky nevléčitelně nemocné (O'Connor, 2003)

Paliativní péče má za cíl zajistit důstojné umírání, jednat ve prospěch umírajícího.

Prospěšnost (beneficence) se vyznačuje základními pravidly

- Ochráňuj a braň práva druhých
- Předcházej poškození druhých
- Odstraňuj okolnosti, které způsobily poškození druhých
- Pomáhej postiženým osobám
- Zachraň osoby v nebezpečí (Beauchamp, Childress, 2001, s. 167)

1.6 Péče o pozůstalé

1.6.1 Systém psychosociální intervenční služby (SPIS)

V této kapitole bych se chtěla zmínit o možnosti poskytnutí odborné pomoci nejen pro pozůstalé, ale i pro zdravotníky, tzv. Systému psychosociální intervenční služby (SPIS). Poskytování psychosociální podpory ve zdravotnictví je bohužel zatím ve stadiu rozvoje oproti jiným složkám integrovaného záchranného systému v České republice.

Počátky sahají do r. 2009, kdy prostřednictvím Odboru krizové připravenosti Ministerstva zdravotnictví vznikla odborná pracovní skupina. Jejím cílem byla koordinace systému psychické podpory pro potřeby poskytovatelů zdravotních služeb s využitím pro potřeby obyvatelstva. V témže roce byl vytvořen ve spolupráci s Národním centrem ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů desetidenní certifikovaný kurz „Peer program péče a podpory zdravotnickým pracovníkům. Strategie zvládnání psychicky náročných situací“. Výcvik má platnost na území České republiky.

System psychosociální služby (SPIS) v České republice vznikl v r. 2010 na základě podpisu ministra zdravotnictví. V roce 2011 byl zakotven v zákoně č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě, jako jedna z povinností poskytovatele ZZS. Nejprve, do r. 2012 organizačně SPIS garantovalo ministerstvo zdravotnictví, následně na jaře r. 2012 přešel pod patronát Asociace záchranných služeb České republiky s odbornou garancí Společnosti urgentní medicíny a medicíny katastrof ČLS J. E. Purkyně. V r. 2014 SPIS rozšířila své služby o tzv. první psychickou pomoc, která je poskytována osobám stíženým náročnou životní situací, především psychického charakteru, je určena také pro pozůstalé rodinné příslušníky.

SPIS nabízí i podporu profesionálům, kteří se v rámci profese dostali do náročné stresové situace. System pracuje na bázi „peer“, což je kolegiální podpora. Základem aktivit SPIS je prevence a včasné rozpoznání rizik. Péče bývá jednorázová, účelná a směřuje ke zvládnutí stresu. (www.spis.cz)

Jak uvádí Humpl a kol.: *“Vždy je nutné uvědomit si, že vnímání situace, kdy došlo k úmrtí, mívá z časového hlediska a obvykle i emoci, zcela jinak profesionál než blízký člověk zemřelého. Vhodné je, když pozůstalému může být k dispozici poučený a vyškolený zdravotnický pracovník, který má na jeho potřeby dostatek času“.* (Humpl a kol., 2013, s.51)

2. Empirická část

V empirické části popisují hlavní výzkumný cíl, stanovují výzkumné otázky, popisují výzkumnou metodu a techniku sběru dat. Rozpracovala jsem jednotlivé fenomenologické rozhovory, které jsou obohaceny o autentické odpovědi respondentů. V závěrečné zprávě jsem vyhodnotila a porovнала výsledky rozhovorů, z kterých vyplývá závěr celé studie.

2.1 Metodologie

2.1.1 Výzkumný cíl a výzkumné otázky

Cíl práce jsem zvolila dle hlavního tématu: “ Zjistit, jaké mají zkušenosti pracovníci zdravotnické záchranné služby s výjezdy k pacientům v terminálním stadiu onemocnění a s umírajícími pacienty?” Jako hlavní výzkumnou strategii jsem zvolila kvalitativní výzkum pomocí fenomenologického zkoumání. Jak uvádí Hendl: *„Hlavním cílem tohoto zkoumání je popsat a analyzovat prožitou zkušenost se specifickým fenoménem, kterou má určitý jedinec nebo skupina jedinců. Výzkumník se snaží vstoupit do vnitřního světa jedince, aby porozuměl významům, jež fenoménu přikládá.“* (Hendl, 2005, s.128) Dále Hendl uvádí: *„Fenomenologická studie nemusí začít s nějakou určitou výzkumnou otázkou. Určuje se pouze směr zaměření a širší definice sledovaného fenoménu. Výzkumná otázka vzniká v průběhu sběru dat a jejich analýzy jako implicitní část snahy výzkumníka, aby porozuměl uvažovanému fenoménu.“* (Hendl, 2005, s. 128)

Téma které jsem se rozhodla zkoumat, je velice obsáhlé a každý respondent má jiné vnímání a prožívání situace. Z tohoto důvodu jsem se rozhodla doplnit základní výzkumný problém dílčími výzkumnými otázkami. Výzkumné otázky vznikaly v průběhu sběru dat ve snaze porozumět lépe dané zkušenosti.

Dílčí výzkumné otázky

1. Jak často zasahujete u pacientů v terminálním stadiu onemocnění, nebo u umírajících pacientů?
2. Myslíte si, že máte vždy dostatečné informace o zdravotním stavu, diagnóze a prognóze onemocnění pacienta?
3. Jaký máte názor na převoz umírajícího pacienta v terminálním stadiu onemocnění do nemocnice?
4. Podle čeho se rozhodujete v dané situaci?
5. Jaké máte zkušenosti s komunikací s pacientem a jeho rodinou v domácím prostředí?
6. Jaké máte zkušenosti se spoluprací s praktickými lékaři, s agenturami domácí péče, nebo paliativními týmy?
7. Jaké jsou vaše zkušenosti při předávání umírajících a terminálně nemocných pacientů v cílovém zdravotnickém zařízení?
8. Máte dostatečné informace o paliativní medicíně?

2.1.2 Technika sběru dat

Výzkum jsem vedla formou rozhovorů. Vyzvala jsem respondenty, kteří předem souhlasili s účastí, aby mi vyprávěli příběhy, které zažili při výjezdu k pacientům v terminálním stadiu onemocnění, anebo k umírajícím pacientům. Mezi respondenty patřili moji kolegové, kteří pracují na zdravotnické záchranné službě Středočeského kraje, na výjezdovém stanovišti v Mladé Boleslavi. Celkem jsem oslovila 8 respondentů, z toho tři odmítli účast z osobních důvodů, nebylo jim příjemné téma výzkumu, nechtěli se vracet k nepříjemným vzpomínkám.

Dotazování probíhalo od října 2017 do ledna 2018. Většina rozhovorů probíhala přímo na výjezdové základně v Mladé Boleslavi, snažila jsem se respondentům zajistit soukromí a klid na vyprávění.

Každému jsem vysvětlila účel sběru dat a ujistila je, že vše je absolutně anonymní a nikdo se nemusí obávat následné identifikace jejich osoby. Z důvodu odmítnutí audiozáznamu jsem zaznamenávala data písemnou formou. Vyprávění jsem si pečlivě zapisovala, následně jsem text kódovala a provedla jsem poznámky. Po analýze vyprávění jsem respondentům položila doplňující výzkumné otázky. Po sběru všech potřebných dat jsem opět výsledky vzájemně analyzovala a vyhodnotila.

2.1.3 Jednotka zkoumání

Jednotkou zkoumání je skupina, kterou tvoří zdravotničtí pracovníci ZZS SČK výjezdového stanoviště Mladá Boleslav. Do výzkumu jsem zařadila lékaře, zdravotní sestry a zdravotnické záchranáře. Celkem jsem dotazovala 5 respondentů.

Respondent č. 1

Zdravotní sestra, specializace ARIP, věk 48 let, praxe na ZZS 20 let

Respondent č. 2

Zdravotní sestra, specializace ARIP, věk 37 let, praxe na ZZS 7 let

Respondent č. 3

Lékař, specializace intenzivní péče, urgentní medicína, věk 70 let,
praxe na ZZS 30 let

Respondent č. 4

Zdravotnická záchranářka, věk 40 let, praxe na ZZS 10 let

Respondent č. 5

Lékařka, specializace urgentní medicína, věk 62 let, praxe na ZZS 20 let

2.2 Fenomenologický rozhovor

V kapitole fenomenologický rozhovor jsem zaznamenala vyprávění všech respondentů o zkušenostech které zažili při výjezdech k pacientům v terminálním stadiu onemocnění nebo k umírajícím pacientům. Jsou zde autenticky popsány příběhy, tak jak je respondenti sami vnímali a prožívali. Příběhy jsou doplněny odpověďmi na dílčí výzkumné otázky.

2.2.1 Respondent č. 1

Poslední cesta-očima zdravotní sestry ZZS, věk 48 let, praxe 20 let

V dopoledních hodinách jsme obdrželi výzvu k šedesátileté pacientce, která je onkologicky nemocná a neotevřela byt příbuzným, kteří ji přijeli navštívit. Výzva zněla: „Otevření bytu, uvnitř onkologická pacientka, neotevřela byt.“ Na místo zásahu vyjízděla posádka RZP a RV.

Při příjezdu na místo zásahu jsou přítomny složky IZS, hasiči a PČR. Hasiči se pokouší zjistit pohledem do okna, kde se pacientka nachází a v jakém stavu je? Na ulici čeká syn s manželkou, kteří nám sdělují účel návštěvy. Přijeli pro maminku, která má rakovinu prsu, chtějí ji převézt k sobě domů, kde se o ni postarají v závěru jejího života.

Mezitím se podařilo hasičům otevřít byt. Našli jsme pacientku sedící na gauči, při vědomí, orientovanou, zesláblou, výrazně ikterickou. Lékař ZZS vyšetřil pacientku, vzhledem k dg. terminální stadium Ca prsu s metastatickým procesem do jater neviděl důvod k hospitalizaci. Diagnózu a prognózu zjistil prostřednictvím lékařské zprávy, kterou měla pacientka doma. Vyslechl též rodinu pacientky, která mu sdělila, že chtějí maminku převést cca 300 km do jejího rodiště, kde se o ni

postarají v domácím prostředí. Chtěli však znát názor lékaře na transport pacientky v terminálním stadiu onkologického onemocnění na zadním sedadle osobního vozu.

Lékař zvážil možná rizika a nakonec jim transport odsouhlasil. Nabídl pacientce léky proti bolesti a antiemetika. Tato pacientka odmítla, s převozem souhlasila.

Domnívám se, že v dané situaci to bylo pro pacientku a její rodinu nejlepší možné řešení. Pokoušeli jsme se též zajistit dopravní zdravotní službu, ale tato služba je velmi finančně náročná, převoz 300 km by vyšel na cca 20 tis. Kč. Problém nastal s tím, jak pacientku přemístit z bytu do vozu? Bylo jasné, že rodina to sama nezvládne, nemá potřebné pomůcky a pacientka již nebyla schopna chůze. Nabídli jsme rodině ještě další pomoc, naložili jsme pacientku na transportní křeslo a dovezli ji k jejich vozu a následně jsme ji uložili na zadní sedadlo.

Možná by někdo mohl podotknout, že toto nepatří k náplni práce záchranářů, někdy je však nutné přistupovat k jednotlivým případům individuálně a řídit se i svým svědomím, nejen striktně doporučenými postupy.

Z tohoto zásahu mám smíšené pocity. Během té krátké chvíle, co jsem komunikovala s příbuznými pacientky, jsem se dozvěděla, že jejich maminka v bytě žije společně s přítelem, který bagatelizoval její zdravotní obtíže a zabraňoval dřívějšímu převozu do jejího původního rodiště, do rodiny jejího syna., kde by bylo o pacientku v těchto chvílích postaráno a kde byl v plánu i pohřeb a uložení do hrobu.

Tuto situaci bych hodnotila ze strany zdravotníka, jako hodně emočně vypjatou. Došlo zde k přímé konfrontaci s blížící se smrtí a plánováním poslední cesty. Byla to nelehká situace i pro rodinu pacientky, domnívám se, že velkou roli sehrálo i to, že příbuzní pocházeli z Moravy, kde jsou lidé více věřící a dodržují určité tradice, jako je např. péče o umírající a s tím spojené rituály při úmrtí.

Pacientka na mne působila smířeným dojmem, byla ráda, že je mezi svými blízkými. Domnívám se, že naši pomoc pacientka i rodina ocenila a váží si jí. Během týdne přišel děkovný dopis od snachy pacientky, kde nám děkovala za lidský přístup a pomoc.

Odpovědi na dílčí výzkumné otázky

Otázka č. 1: Jak často zasahujete u nemocných v terminálním stadiu onemocnění, nebo u umírajících pacientů? Respondentka odpověděla: „Mám pocit, že je to v poslední době skoro každou službu, odhadem tak 9x za měsíc, občas se jezdí opakovaně k těm samým pacientům.“

Otázka č. 2: Myslíte si, že máte vždy dostatečné informace o zdravotním stavu, diagnóze a prognóze onemocnění pacienta? Respondentka mi odpověděla: „Je to jak kdy. Někdy mám ale dojem, že si lidi myslí, že jsme jak opraváři praček, zavedou mě k pacientovi a řeknou.“ No, tady je, tak se podívejte, jak je na tom špatně“ Když je požádám o lékařskou zprávu, tak se diví, na co ji chci, že ji už nemají doma, protože se přece musí okamžitě odevzdat obvodnímu lékaři, kterému je ale nakonec zpráva k ničemu, protože kolikrát pacienta ani osobně nevidí. Jindy se mi stane zase opak, nejprve mi příbuzní strčí do ruky stoh lékařských zpráv a teprve potom mne zavedou k pacientovi. Takže je to případ od případu.“

Otázka č. 3: Jaký máte názor na převoz umírajícího pacienta v terminálním stadiu onemocnění do nemocnice? Respondentka mi odpověděla: „Na toto je těžká odpověď, dovedu pochopit příbuzné a jejich strach ze smrti, ale myslím si, že pokud má rodina doma člověka v terminálním stadiu nemoci a je schopna se o něho postarat, nechápu, proč volají záchranku ve fázi umírání. Myslím si, že v této chvíli je to pro umírajícího člověka traumatizující zážitek, takže moje odpověď je, že s tím nesouhlasím.“

Otázka č. 4: Podle čeho se rozhodujete v dané situaci? Respondentka odpověděla toto: „Většinou se snažím vyjít vstříc rodině, protože mi je jasné, že pokud rodina nebude chtít se postarat o svého příbuzného, já s tím nic bohužel neudělám. Naopak, pokud rodina např. vyžaduje aplikaci analgetik, nebo opiátů kvůli bolestem příbuzného, snažím se udělat maximum, kontaktuji lékaře. Takže se rozhoduji na základě přání rodiny.“

Otázka č. 5: Jaké máte zkušenosti s komunikací s pacientem a jeho rodinou v domácím prostředí? Respondentka odpověděla toto: “Co se týče komunikace s pacientem, tak ta obvykle nebývá dobrá vzhledem k závažnosti jeho nemoci, komunikaci většinou přebírají příbuzní pacienta. Ve velkém počtu případů se stává,

že rodina není dostatečně informována o závažnosti a prognóze onemocnění a očekávají zázraky a trvají na převozu do nemocnice. Jindy se zase setkávám s lidmi, kteří plně chápou situaci, ale zaleknou se, pokud se stav jejich příbuzného zhorší, nechají si od lékaře vysvětlit situaci a mnohdy si pacienta ponechají doma do poslední chvíle.

Otázka č. 6: Jaké máte zkušenosti se spoluprací s praktickými lékaři, s agenturami domácí péče, nebo paliativními týmy? Odpověď zněla: „S obvodními lékaři je obecně špatná, spíš žádná spolupráce. Často se stává, že se rodina pacienta obrátí na obvodního lékaře a ten jim řekne, ať raději zavolají 155, že tím se to vyřeší. Co se týče spolupráce s agenturami domácí péče, nebo paliativními týmy, tak je také nulová. Občas se u pacientů setkám s pečovatelkami, které provádějí pouze hygienickou péči, ale s odborným paliativním týmem jsem se ještě nesetkala.

Otázka č. 7: Jaké jsou vaše zkušenosti při předávání umírajících a terminálně nemocných pacientů v cílovém zdravotnickém zařízení? Respondentka odpověděla: „Obecně špatné, stává se mi při předávání pacienta, který má více malignit, ale já ho vezu do nemocnice např. se zhoršením stavu, který spadá svou problematikou na interní oddělení, že mi tohoto pacienta odmítají převzít a přeposílají mě na jiné oddělení. Když tam ale pacienta přivezu, tak lékaři také odmítají, že to nespadá do jejich kompetencí. V naší nemocnici chybí lůžkové onkologické oddělení, nebo oddělení paliativní péče.

Otázka č. 8: Máte dostatečné informace o paliativní medicíně? Respondentka odpověděla takto: „Vzhledem k tomu, že mám v poslední době opravdu mnoho výjezdů k onkologicky nemocným, začala jsem se sama o tuto problematiku zajímat. Díky tomu mohu předávat validní informace, jak pacientům, tak jejich rodinám.

2.2.2 Respondent č. 2

Nedýchá – očima zdravotní sestry ZZS, věk 37 let, praxe 7 let

V ranních hodinách jsme obdrželi výzvu k 38letému muži, který náhle přestal dýchat a byl v bezvědomí. Výzva zněla: „Náhlá zástava oběhu“. Při příjezdu na místo zásahu nacházíme muže ležícího na zemi, bez známek života, manželka zahájila na doporučení dispečinku resuscitaci. Na místě zásahu jsem byla v posádce RZP, což je složení řidič a zdravotní sestra. Ihned jsme zahájili neodkladnou resuscitaci. Situace na místě zásahu byla velmi dramatická, rozrušená manželka pacienta, plačící dvě malé děti, přítomnost matky pacienta. Po chvíli přijíždí lékař ve voze RV. Mezitím nám manželka pacienta sdělila diagnosu jejího manžela. Přinesla i lékařskou zprávu.

Jednalo se o zhoubný novotvar žaludku s mnohočetnými metastázami. Onemocnění bylo zachyceno již pozdě, manžel podstoupil chemoterapii, ale bylo jasné, že se jedná o terminální stadium onkologického onemocnění a takto to bylo i zapsáno v lékařské zprávě. Lékař RV na místě zhodnotil situaci a dal pokyn k ukončení resuscitace.

Tím však naše práce neskončila. V obývacím pokoji se nacházela matka zemřelého muže a tiskla k sobě dvouletého chlapečka a usedavě plakala, na gauči seděla pětiletá holčička. Byly to děti právě zemřelého muže. Manželka zemřelého se psychicky zhroutila.

Mým úkolem bylo odreagovat matku zemřelého a převzít z její náruče malého chlapce a popovídat si s dcerou zemřelého, která mi začala klást otázky typu: Kde je tatínek? Co se s ním stalo? Věděla, že byl nemocný.

Mezitím lékař na místě zásahu začal ohledávat zemřelého, psát úmrtní listy. Manželka zemřelého bilancovala svůj život, s pláčem mi sdělovala, že zůstala sama s dvěma dětmi, na mateřské. Její tchyně a matka zemřelého stále plakala. Všem byly přítomny i děti, protože dispozice bytu neumožňovala s nimi jít do jiné místnosti, jelikož mrtvý tatínek ležel v předsíni a zrovna se provádělo ohledání mrtvého.

Z pohledu zdravotní sestry pro mne byla tato situace velmi náročná. Zcela jsem si uvědomovala, že všechna slova jsou v tuto chvíli zbytečná. Kolega záchranář řidič z vozu RV navrhl lékaři, aby se na místo zavolal krizový intervent, který je na takové situace školený a dokáže poskytnout první psychickou pomoc, překonat takto tíživou situaci pozůstalým. S přítomností interventa musí pozůstalí souhlasit, v tomto případě souhlasili. Jelikož nás ihned odvolali k dalšímu naléhavému případu, odjížděla jsem z místa zásahu s rozpačným pocitem, stále jsem přemýšlela o tom, co jsem mohla více udělat, jak pomoci pozůstalým? Na místě zůstal lékař spolu se záchranářem. Zpětně jsem se dozvěděla, že brzy přijel i krizový intervent a pozůstalé ženy s dětmi nezůstaly v této situaci úplně samy.

Odpovědi na dílčí výzkumné otázky

Otázka č. 1: Jak často zasahujete u nemocných v terminálním stadiu onemocnění, nebo u umírajících pacientů? Respondentka odpověděla: „Řekla bych že je to poměrně často, z mých čtrnácti služeb, určitě šestkrát, někdy jsou výjezdy k těmto pacientům i několikrát za den, liší jen důvody výjezdů. Někdy příbuzní volají kvůli tomu, že má pacient velké bolesti, jindy, že chtějí pacienta převést do nemocnice.“

Otázka č. 2: Myslíte si, že máte vždy dostatečné informace o zdravotním stavu, diagnóze a prognóze onemocnění pacienta? Respondentka odpověděla takto: „Ve většině případů nemáme dostatečné informace, příbuzní obvykle vědí, že pacient má rakovinu a metastázy, ale stává se poměrně často, že nevědí, o jaký typ onemocnění se přesně jedná. Mnohdy nevědí ani jaké léky pacient trvale užívá a dohadují se mezi sebou. Lékařskou zprávu doma obvykle lidé nemívají, zvláště starší lidé, protože je nenapadne si zprávu okopírovat a ani nemají možnost, naopak mladší lidé kopie mívají, takže jsou informace dostupnější.“

Otázka č. 3: Jaký máte názor na převoz umírajícího pacienta v terminálním stadiu onemocnění do nemocnice? Respondentka mi odpověděla: „Myslím si, že je to vůči umírajícímu člověku nefér, pokud ho rodina měla celou dobu v domácí péči. Působí to na mne, jako že se ho chtějí narychlo zbavit, odklidit. Už jsem pár takových pacientů ošetřovala, dokonce se mi stalo, že mi jeden zemřel při převozu do nemocnice. Připadá mi to neetické.“

Otázka č. 4: Podle čeho se rozhodujete v dané situaci? Respondentka odpověděla toto: „Rozhoduji se hlavně na základě mých kompetencí a podle závažnosti diagnózy, někdy je to obtížné, pokud nemám k dispozici lékařskou zprávu a jsme voláni k zástavě oběhu a příbuzní nám řeknou, že pacient má rakovinu v terminálním stadiu, musím i přesto zahájit resuscitaci, ačkoliv vím, že je to neindikované. V tomto případě čekám, až na místo přijede lékař a ten rozhodne o ukončení resuscitace. Jindy se rozhoduji podle toho, co si myslím, že je prospěšné pro pacienta i když se to třeba výrazně liší s doporučenými postupy, např. nezavádím permanentní žilní katetr u hypotenze, pokud je pacient v terminálním stadiu a ve fázi umírání, nechci pacienta traumatizovat.“

Otázka č. 5: Jaké máte zkušenosti s komunikací s pacientem a jeho rodinou v domácím prostředí? Respondentka odpověděla toto: „Co se týče komunikace s pacientem, pokud je plně při vědomí, tak se ho zeptám, jaké má obtíže, jestli má bolesti a jak se cítí, tím obvykle naše komunikace končí, protože ve většině případů přebírají slovo příbuzní se kterými bývá mnohdy obtížná komunikace. Tyto rozhovory jsou pro mne nepříjemné, hlavně když se jedná o to, že příbuzní trvají na tom, abychom odvezli umírajícího pacienta do nemocnice.“

Otázka č. 6: Jaké máte zkušenosti se spoluprací s praktickými lékaři, s agenturami domácí péče, nebo paliativními týmy? Odpověď zněla: „Obvodního lékaře jsem snad nikdy nepotkala osobně na výjezdu u pacienta, párkrát se mi stalo, že tam sice obvodní lékař byl a zavolal ZZS, ale u pacienta neponechal ani záznam o návštěvě a odjel před naším příjezdem. S agenturami domácí péče se v těchto případech vůbec nepotkáváme, paliativní tým jsem také nikdy neviděla. Možná to bude tím, že vyjíždíme k pacientům, kteří tyto služby nevyužívají, anebo o nich ani nevědí.“

Otázka č. 7: Jaké jsou vaše zkušenosti při předávání umírajících a terminálně nemocných pacientů v cílovém zdravotnickém zařízení? Respondentka odpověděla: „Myslím si, že vše je hlavně v lidech, takže záleží na tom, kdo má zrovna službu. Pokud slouží lékař, kterému nechybí empatie, tak vše probíhá bez problémů, horší je, když na mne lékař hned ve dveřích začne pokřikovat, proč to tam vozíme, že je snad jasný, že ten člověk umírá a co má s ním jako dělat? Tyto situace jsou mi nepříjemné.“

Otázka č. 8: Máte dostatečné informace o paliativní medicíně? Respondentka odpověděla takto:“ Víím, že existují paliativní týmy a domácí hospice, ale nic bližšího o tom nevím, znám to spíš z vyprávění od kolegů, kteří o tom slyšeli na seminářích a kongresech.“

2.2.3 Respondent č. 3

Zhoršení stavu-očima lékaře ZZS, věk 70 let, praxe 30 let

V dopoledních hodinách jsme obdrželi výzvu od dispečinku ZZS k ženě r. 1978, která zněla: „Zhoršení stavu u onkologicky nemocné pacientky, k zaléčení“.

Při příjezdu na místo zásahu nacházíme ležící ženu na gauči, v bezvědomí, lapavě dýchající. V místnosti je také větší počet lidí, kteří odříkávají modlitby, je zde i kněz, v místnosti jsou zapálené svíčky.

Manžel pacientky mi dává nahlédnout do zdravotnické dokumentace, kde se dozvídám, že pacientka je již v terminálním stadiu onemocnění karcinomu prsu. Z onkologie, kde je dispenzarizována má ordinované opiáty v podobě náplastí, léčba je pouze paliativní. Vznesl jsem dotaz, z jakého důvodu nás rodina volala, jestli měla pacientka bolesti, nebo co konkrétně se nyní zhoršilo? Také jsem se zeptal, jestli je rodina srozuměna se stavem, v jakém se pacientka nyní nachází? Manžel mi odpověděl, že je plně informován a vše si uvědomuje a z toho důvodu je zde také komunita nejbližších příbuzných a věřících sester a bratrů, kteří se za manželku modlí, aby její duše v klidu odešla z tohoto světa.

Pacientku jsem vyšetřil. Byla již v bezvědomí, lapavé terminální dechy, na EKG byla bradykardie a vše nasvědčovalo, že se blíží konec. Toto jsem sdělil manželovi a vysvětlil, že pacientka je nyní již v bezvědomí a netrpí bolestí a že je to v podstatě otázka minut, kdy se zastaví dýchání a činnost srdce, že jediné, co mohu udělat je, že s nimi chvíli počkáme společně s kolegou záchranářem. Netrvalo to ani deset minut a pacientka přestala dýchat, na EKG byla asystolie, mohl jsem tedy konstatovat smrt.

Kolega záchranář provedl poslední „zatlačení očí“. Přítomný kněz započal modlitbu společně s komunitou věřících, kteří průběžně omývali tělo zemřelé a masírovali ji nohy. Manžel nám děkoval, že jsme v tak těžké chvíli „byli s nimi“, že si nebyl jistý, co přesně má dělat a jestli se ještě nedalo učinit něco více?

Celá situace na mne působila zvláštním, ale dobrým dojmem. Ačkoliv jsem během své lékařské praxe zažil mnohé, s těmito rituály spojenými s umíráním a se smrtí jsem se setkal velmi zřídka. Tyto rituály jsem měl spojené s životem spíše na vesnici, nikoliv ve městě. Důležité je zmínit, že pacientka pocházela ze Slovenska,

kde je daleko větší počet věřících lidí a stále jsou zachovány jisté tradice a rituály týkající se umírání a smrti. Domnívám se, že se rodina zachovala velmi hezky, rozloučili se s umírající pacientkou náležitě a s úctou. Jen si myslím, že přítomnost záchranné služby jejich rituál více méně narušila. Rodinu ale chápu a oceňuji jejich sílu a citlivost.

Odpovědi na dílčí výzkumné otázky

Otázka č.1: Jak často zasahujete u nemocných v terminálním stadiu onemocnění, nebo u umírajících pacientů? Respondent odpověděl: „Řekl bych, že docela často, vzhledem k tomu, že jsem již v důchodu a do práce chodím jen 1x v týdnu, dovolím si říci, že je to téměř každou mou službu, ale počítám do toho i ohledání těl při úmrtí na maligní onemocnění“.

Otázka č.2: Myslíte si, že máte vždy dostatečné informace o zdravotním stavu, diagnóze a prognóze onemocnění pacienta? Respondent odpověděl takto: „Když se nad tím zamyslím, tak ve většině případů ne. Jsou ale výjimky a někteří pacienti a jejich rodiny jsou informováni lépe než jejich obvodní lékař. Myslím, že to záleží na přístupu toho daného člověka na jeho zodpovědnosti, ale tak je to asi se vším v životě.“

Otázka č.3: Jaký máte názor na převoz umírajícího pacienta v terminálním stadiu onemocnění do nemocnice? Respondent mi odpověděl: „V tomto mám zcela jasno! Po tolika letech praxe, jako mám já, bych se musel stydět, kdybych řekl, že jsem zastáncem převozu umírajících v terminálním stadiu. Samozřejmě, že nejsem. Chápu však rodiny, které to z nejrůznějších důvodů doma nezvládají, od toho jsou ale jiné instituce, jako např. hospice, paliativní oddělení nemocnice, nebo LDN. Pokud však rodina trvá na převozu, tak jim vyjdu vstříc“.

Otázka č.4: Podle čeho se rozhodujete v dané situaci? Respondent odpověděl toto: „Promiňte, myslíte obecně, nebo jen u těchto případů? Odpovím takto, vždy se rozhoduji tak, abych se za své rozhodnutí nemusel stydět. Takže logicky z toho vyplývá, že v naší profesi jde hlavně o lidi, takže se rozhoduji ve

prospěch pacienta, protože kvůli tomu jsem před mnoha lety šel studovat lékařskou fakultu. Bohužel v dnešní době mám takový neblahý pocit, že hodně mladších kolegů řeší hlavně sebe, svůj úspěch a mít co nejrychleji po problému s pacientem“.

Otázka č.5: Jaké máte zkušenosti s komunikací s pacientem a jeho rodinou v domácím prostředí? Respondent odpověděl toto: “Věřte, že mám opravdu mnoho zkušeností a mohl bych tady vyprávět pohádky tisíce a jedné noci. Shrnu to do jedné věty. Lidi potřebují vidět, že o ně máte zájem, a to opravdový zájem, nepředstíraný. Když jim tohle dáte, pak není žádná komunikace obtížná. Hlavně nedělat z lidí blbce, což v naší profesi zas není takový problém. Jsem zastáncem jednání narovinu, pokud něčemu zúčastnění nerozumí, rád vysvětlím, když to nejde, pochopím, že to holt nejde. Takže žádná velká věda ta komunikace“.

Otázka č.6: Jaké máte zkušenosti se spoluprací s praktickými lékaři, s agenturami domácí péče, nebo paliativními týmy? Respondent odpověděl takto: „Opravdu to chcete slyšet? S obvod'ákama zkušenosti žádné, protože ti jsou nejčastěji zalezlí na svých obvodech za stolem. Sice by mohli u svých pacientů leccos vyřešit, kdyby zvedli zadek a jeli na návštěvu. Jednodušší je přece vytočit magické číslo 155. Co se týče paliativních týmů, tak to je, jako byste se mě zeptala, jestli jsem viděl někdy Ježíše Krista, takže neviděl, ale prý existují. Domácí péče se občas někdy vyskytla, ale také žádná sláva.“

Otázka č.7: Jaké jsou vaše zkušenosti při předávání umírajících a terminálně nemocných pacientů v cílovém zdravotnickém zařízení? Respondent odpověděl: “Párkrát se mi stalo, že se objevil problém. Mám dojem, že to ani není vina těch lékařů, ale spíš nařízením „shora“. Často totiž argumentují tím, že nemůžou přijmout pacienta s takovou a makovou diagnózou protože to nespadá do kompetence jejich oddělení, přestože je jasné, že se jedná např. o pacienta s primárním onkologickým onemocněním spadajícím do chirurgického oboru. Takže, když to shrnu, mám jak dobré, tak i špatné zkušenosti.

Otázka č.8: Máte dostatečné informace o paliativní medicíně? Respondent odpověděl takto: „Nevím, jestli mám dostatečné informace, ale nějaké mám, a to si myslím, že stačí, protože v našem okrese to stejně nefunguje. Doufám, že se to v budoucnosti vylepší“.

2.2.4 Respondent č. 4

Maminka neví, že má nádor-očima zdravotnické záchranářky, věk 37 let, praxe 10 let

Ve večerních hodinách jsme obdrželi od dispečinku ZZS výzvu k 82leté ženě, která zněla: „Dušnost u onkologického onemocnění“. Při příjezdu na místo na nás před domem čekala dcera pacientky. První, co nám sdělila, bylo to, že maminka vůbec neví, že má rakovinu a že si rodina nepřeje, aby se to dozvěděla.

Dcera nás zavedla do pokoje a doslova mi strčila do ruky lékařskou zprávu, kde se psalo, že pacientka má zhoubný novotvar plic, inoperabilní s metastázami do pohrudnice. Pacientka užívala nějaký čas chemoterapii, ale ta byla neúčinná. Nyní se jednalo v podstatě o terminální stadium onemocnění s progredující dušností, nereagující na medikamenty. Dcera žádala převoz do zdravotnického zařízení, protože stav maminky se zhoršil a rodina má strach, co bude dál, co kdyby zemřela, co kdyby se udusila?

Vyšetřila jsem pacientku, byla při vědomí, klidově dušná, měla nízký krevní tlak, bolestmi netrpěla. Pacientka mi položila dotaz: „Sestřičko a co mi vlastně je? Proč se mi tak blbě dýchá, dcera říkala, že je to prý asi zápal plic“. Ačkoliv jsem byla tak trochu připravená na tento dotaz, v první chvíli jsem nevěděla přesně, co mám pacientce říci. Snažila jsem se z toho „vykroutit“ a řekla jsem, že to je možné a proto bude potřeba, aby jela do nemocnice, kde se udělá rentgen plic a nějaká další vyšetření. Pacientka souhlasila, v jejích očích jsem zahlédla naději na to, že ji tam pomohou, že se jí zase bude lépe dýchat.

Během transportu do nemocnice jsem dala pacientce inhalovat kyslík. Pacientka se snažila dalšími dotazy zjistit znova, co se s ní vlastně děje? Protože měla na obličej masku s kyslíkem, tak jsem pacientce taktně sdělila, že bude lepší, když si bude dýchat kyslík a že ji přes tu masku stejně moc nerozumím.

Z mého pohledu to pro mne nebyla příliš příjemná situace. Měla jsem dilema, jak se zachovat? Respektovala jsem však přání rodiny a ze sebe jsem dělala „tak trochu hloupou“ když jsem odpovídala pacientce vyhýbavě a odkazovala jsem se nesmyslně na masku nasazenou na obličej. Domnívám se, že není příliš moudré

zatajovat tento typ diagnózy před pacientem. Na druhou stranu neznám povahu pacientky a nevím, co by s ní taková informace udělala?

Při příjezdu do nemocnice na plicní oddělení, kam dle charakteru onemocnění pacientka patřila, mne přivítala lékařka se slovy: „Proč ji sem zase vezete“, vždyť tady byla nedávno a jasně jsem dceru informovala o stavu a závažnosti onemocnění. Nechápu, proč zase volali?“ Mezitím sestra z oddělení odvezla pacientku na pokoj. Vysvětlovala jsem lékařce celou situaci, jak to probíhalo v domácnosti u pacientky. Lékařka řekla, že si tam paní nechají a že se pokusí promluvit s dcerou, jestli by nebylo lepší říci mamince pravdu a nechat ji v domácím prostředí v klidu odejít.

Odpovědi na dílčí výzkumné otázky

Otázka č.1: Jak často zasahujete u nemocných v terminálním stadiu onemocnění, nebo u umírajících pacientů? Respondentka odpověděla: “Nepočítala jsem to nikdy, ale odhadem tak 5 výjezdů za měsíc, z mých zkušeností převažují výjezdy ve večerních hodinách. Dělá to na mne dojem, že s příchodem večera stoupá i úzkost a strach příbuzných.“

Otázka č.2: Myslíte si, že máte vždy dostatečné informace o zdravotním stavu, diagnóze a prognóze onemocnění pacienta? Respondentka odpověděla takto: „To záleží na lidech, někdo je dobře informovaný a tím pádem dokáže tyto informace předávat dál. Často se stává, že pacienti nemají u sebe aktuální lékařskou zprávu a ukazují někdy záznamy i několik let staré, což je k ničemu. Když to shrnu, tak přesné informace nemáme skoro nikdy“.

Otázka č.3: Jaký máte názor na převoz umírajícího pacienta v terminálním stadiu onemocnění do nemocnice? Respondentka odpověděla takto: “Je to smutné, ale už jsem si na to zvykla. Nelíbí se mi to, ale hlavní slovo má stejně rodina a já nemám dostatek síly na to je přemlouvat, aby si ponechali příbuzného v takovém stavu doma. Nesouhlasím s tím, ale v tomto případě mám pocit beznaděje“.

Otázka č.4: Podle čeho se rozhodujete v dané situaci? Respondentka odpověděla toto: „Já se rozhoduji většinou podle toho, co si přeje rodina, a to bývá často, že žádají převoz. Pokud si rodina přeje podání analgetik, tak kontaktuji lékaře, který se dostaví na místo, a rozhodování nechám na něm. Co se týče výkonů u pacientů, tak provádím samozřejmě základní fyzikální vyšetření a snažím se být ohleduplná při manipulaci s pacientem.“

Otázka č.5: Jaké máte zkušenosti s komunikací s pacientem a jeho rodinou v domácím prostředí? Respondentka odpověděla toto: „Komunikace s pacientem se odvíjí podle jeho aktuálního stavu, většinou jednám s příbuznými. Obvykle rodina žádá převoz do nemocnice, snažím se jím vycházet vstřícně.“

Otázka č.6: Jaké máte zkušenosti se spoluprací s praktickými lékaři, s agenturami domácí péče, nebo paliativními týmy? Respondentka mi odpověděla takto: „S obvodními lékaři jsem se snad nepotkala nikdy u těchto případů. Párkrát se mi stalo, že tam sice obvodní lékař byl, zanechal pouze krátkou zprávu, zavolal 155 a odjel. Paliativní tým jsem neviděla nikdy. Domácí péče se občas vyskytuje, většinou volá ZZS na přání rodiny.“

Otázka č.7: Jaké jsou vaše zkušenosti při předávání umírajících a terminálně nemocných pacientů v cílovém zdravotnickém zařízení? Respondentka odpověděla: „Zkušenosti při předávání jsou různé, záleží na tom, kdo má službu. Někdy je problematické umístit pacienta v terminálním stadiu, mnohdy se stane, že zemře ještě na příjmu.“

Otázka č. 8: Máte dostatečné informace o paliativní medicíně? Respondentka odpověděla takto: „Asi nemám, uznávám, že bych si je měla doplnit.“

2.2.5 Respondent č. 5

Doporučuji hospic-očima lékařky ZZS, věk 62 let, praxe 20 let

V dopoledních hodinách jsme obdrželi výzvu k ženě r. 1950, výzva zněla: „Zhoršení stavu u onkologického onemocnění“. Při příjezdu na místo mi dcera pacientky sdělila, že maminka již delší dobu nepřijímá potravu a tekutiny a že si s ní nevědí rady, že jsou velmi nešťastní. Před dvěma dny byla propuštěna z interního oddělení, kde byla hospitalizována pro totéž. Z dokumentace, která byla k dispozici, jsem se dozvěděla, že má pacientka zhoubný nádor hlavy pankreatu s metastatickým procesem do jater. Byla zahájena paliativní léčba, pacientka má na bolest náplasti Durogesic.

Pacientka byla plně při vědomí, orientovaná, eupnoická, dominoval icterus kůže a sklér, jazyk byl oschlý a snížený kožní turgor, což jsou jasné známky dehydratace. Bolesti pacientka neudávala. Po vyšetření jsem pacientce a rodině navrhla řešení jejich situace. Doporučila jsem převoz pacientky na interní oddělení, kde provedou rehydrataci a pak by bylo vhodné zajistit hospicovou péči. Vysvětlila jsem pacientce a příbuzným princip tohoto zařízení a možnosti, které poskytuje a že by se i tímto vyřešil problém s tím, že maminka nepřijímá tekutiny a potravu. Také jsem zmínila, že do hospicu mohou příbuzní kdykoliv na návštěvu, mohou tam trávit čas se svými příbuznými neomezeně. Toto jsme probíraly i během cesty do nemocnice s pacientkou. Pacientka vše pochopila a zdálo se, že je ráda, že se dozvěděla o takové možnosti.

Druhý den jsem se dozvěděla od primáře, že na mne přišla stížnost od rodiny výše zmíněné pacientky. Dcera pacientky mne nařkla z toho, že jsem si chtěla ušetřit práci a výjezd, proto jsem navrhovala rodině a pacientce hospicovou péči. Dcera podotkla, že maminka celý život pracovala a odváděla daně a že tudíž má nárok na lékařskou pomoc, pokud jí potřebuje. Údajně jsem také ublížila svým vyjádřením mamince hlavně psychicky. K celé záležitosti jsem se musela následně vyjádřit a rodině poslat omluvný dopis.

Odpovědi na dílčí výzkumné otázky

Otázka č.1: Jak často zasahujete u nemocných v terminálním stadiu onemocnění, nebo u umírajících pacientů? Respondentka odpověděla: “Odhaduji, že k těmto pacientům jezdím minimálně 5x za měsíc. Nejčastěji se jedná o převozy do nemocnice z důvodu zhoršení stavu ve smyslu dehydratace, malnutrice.

Otázka č.2: Myslíte si, že máte vždy dostatečné informace o zdravotním stavu, diagnóze a prognóze onemocnění pacienta? Respondentka odpověděla: “Myslím, že často nemám přesné informace, příbuzní sice vědí, že pacient je těžce nemocný, ale nejsou schopni podat přesné informace. Ideální je, pokud je k dispozici lékařská zpráva, což nebývá tak časté“.

Otázka č.3: Jaký máte názor na převoz umírajícího pacienta v terminálním stadiu onemocnění do nemocnice? Odpověď zněla: „Obecně nemám nic proti převozu pacientů v terminálním stadiu onemocnění, jen si myslím, že k těmto účelům slouží jiná zdravotnická zařízení, než do kterých převáží ZZS, např. hospic, nebo oddělení paliativní péče. Pokud rodina trvá na převozu, nemám s tím problém.“

Otázka č.4: Podle čeho se rozhodujete v dané situaci? Respondentka odpověděla toto: „Rozhoduji se na základě aktuálního stavu nemocného a dostupných informací o pacientovi. Snažím se rodině vyhovět, ne vždy to je však ideální. Moje zkušenosti jsou takové, že někdy je lepší si nechat své názory pro sebe.“

Otázka č.5: Jaké máte zkušenosti s komunikací s pacientem a jeho rodinou v domácím prostředí? Respondentka odpověděla toto: „Komunikace přímo s pacientem obvykle bývá špatná vzhledem k závažnosti stavu. Rodina pacienta bývá úzkostná, vystrašená. Pokud to jde, tak se snažím navodit klidnou atmosféru a vyslechnout příbuzné, vyhovět jejich přáním. Jsem si vědoma toho, že tito lidé jsou v nelehké situaci a nejsou schopni mnohdy racionálního myšlení.“

Otázka č.6: Jaké máte zkušenosti se spoluprací s praktickými lékaři, s agenturami domácí péče, nebo paliativními týmy? Respondentka mi odpověděla takto: „S obvodními lékaři zkušenosti nemám, protože se s nimi na těchto výjezdech nepotkávám. Je to možná i z důvodu, že velké procento výjezdů bývá

v odpoledních, nebo večerních hodinách, kdy obvodní lékaři nemají ordinální hodiny. S paliativními týmy jsem se zatím nesetkala. S domácí péčí také ne, ale asi to je tím, že pokud o někoho pečují sestry z domácí péče, tito lidé se tak často nepřevážejí do nemocnice, protože rodina bývá lépe edukována.“

Otázka č.7: Jaké jsou vaše zkušenosti při předávání umírajících a terminálně nemocných pacientů v cílovém zdravotnickém zařízení? Respondentka odpověděla: “Občas se vyskytnou problémy, hlavně, když je pacient polymorbidní, tak se stává, že ho tzv. „přehrají“ na jiné oddělení. Osobně to nijak neřeším, důležité je, že ho vůbec přijmou.“

Otázka č.8: Máte dostatečné informace o paliativní medicíně? Respondentka odpověděla: „Ano, slyšela jsem na toto téma zajímavou přednášku na kongresu, jen je škoda, že to zatím nefunguje ve všech okresech a krajích.“

2.3 Výsledky fenomenologické studie

V této kapitole jsem shrnula výsledky práce. Zdrojem dat je vyprávění zdravotnických pracovníků záchranné služby. Rozhovory jsou obohaceny též dílčími výzkumnými otázkami, které byly položeny všem respondentům. Nyní shrnu odpovědi na jednotlivé otázky.

2.3.1 Shrnutí a porovnání odpovědí na výzkumné otázky

V této studii jsem uskutečnila rozhovory s pěti respondenty, kteří pracují jako zdravotničtí pracovníci na záchranné službě Středočeského kraje, na výjezdovém stanovišti v Mladé Boleslavi. Všem jsem položila celkem osm stejných otázek. Nyní jednotlivé otázky porovnám.

Otázka č.1

Jak často zasahujete u pacientů v terminálním stadiu onemocnění, nebo u umírajících pacientů?

Respondentka č. 1 odpověděla, že téměř každou službu, odhadem tak 9x za měsíc.

Respondentka č. 2 odpověděla, že často, odhadem tak 6x do měsíce.

Respondent č. 3 také odpověděl, že často, ale přestože chodí do práce jen 1x v týdnu, tak je to každou jeho službu.

Respondent č. 4 a č. 5 přesně neví, ale shodli se na pěti výjezdech měsíčně.

Otázka č.2

Myslíte si, že máte vždy dostatečné informace o zdravotním stavu, diagnóze a prognóze onemocnění pacienta?

Respondentka č. 1. odpověděla, že je to jak kdy, ale většinou nemá k dispozici lékařskou zprávu.

Respondentka č. 2 odpověděla, že ve většině případů nemá dostatečné informace, příbuzní obvykle vědí, že pacient má rakovinu a metastázy, ale stává se poměrně často, že nevědí o jaký typ onemocnění se přesně jedná.

Respondent č. 3 odpověděl, že když se nad tím zamyslí, tak ve většině případů ne. Jsou ale výjimky a někteří pacienti a jejich rodiny jsou informováni lépe, než jejich obvodní lékař.

Respondentka č. 4 odpověděla, že to záleží na lidech, někdo je dobře informovaný a tím pádem dokáže tyto informace předávat dál. Často se stává, že pacienti nemají u sebe aktuální lékařskou zprávu, přesné informace nemá skoro nikdy.

Respondentka č. 5 odpověděla, že často nemá přesné informace, příbuzní sice vědí, že pacient je těžce nemocný, ale nejsou schopni podat přesné informace.

Otázka č. 3

Jaký máte názor na převoz umírajícího pacienta v terminálním stadiu onemocnění do nemocnice?

Respondentka č. 1 odpověděla, že na toto je těžká odpověď, že dovede pochopit příbuzné a jejich strach ze smrti, ale myslí si, že pokud má rodina doma člověka v terminálním stadiu nemoci a je schopna se o něho postarat, nechápe, proč volají záchranku ve fázi umírání. Myslí si, že v této chvíli je to pro umírajícího člověka traumatizující zážitek, takže její odpověď je, že s tím nesouhlasí.

Respondentka č. 2 odpověděla, že si myslí, že je to vůči umírajícímu člověku nefér, pokud ho rodina měla celou dobu v domácí péči. Působí to na ní, jako že se ho chtějí narychlo zbavit, odklidit. Připadá jí to neetické.

Respondent č. 3 odpověděl, že v tomto mám zcela jasno, že není zastáncem převozů těchto pacientů do nemocnice, pokud však rodina trvá na převozu, tak jim vyjde vstříc.

Respondentka č. 4 odpověděla, že se jí to nelíbí, ale hlavní slovo má stejně rodina.

Respondentka č. 5 odpověděla, že obecně nemá nic proti převozu pacientů v terminálním stadiu onemocnění, jen si myslí, že k těmto účelům slouží jiná zdravotnická zařízení, než do kterých převáží ZZS, např. hospic, nebo oddělení paliativní péče. Pokud rodina trvá na převozu, nemá s tím problém.

Otázka č. 4

Podle čeho se rozhodujete v dané situaci?

Respondentka č. 1 odpověděla, že se rozhoduje na základě přání rodiny.

Respondentka č. 2 odpověděla, že rozhoduje na základě kompetencí a podle závažnosti diagnózy, ale rozhoduje se také podle toho, co je prospěšné pro pacienta i když se to třeba výrazně liší s doporučenými postupy.

Respondent č. 3 odpověděl, že se rozhoduje tak, aby se za své rozhodnutí nemusel stydět a že se rozhoduje hlavně ve prospěch pacienta.

Respondentka č. 4 odpověděla, že se rozhoduje většinou podle toho, co si přeje rodina.

Respondentka č. 5 odpověděla, že se rozhoduje na základě aktuálního stavu nemocného a dostupných informací o pacientovi, snaží se též vyhovět rodině.

Otázka č. 5

Jaké máte zkušenosti s komunikací s pacientem a jeho rodinou v domácím prostředí?

Respondentka č. 1 odpověděla, že komunikaci většinou přebírají příbuzní, kteří nejsou dostatečně informováni o závažnosti a prognóze onemocnění a očekávají zázraky a trvají na převozu do nemocnice. Jindy se setkává s lidmi, kteří

plně chápou situaci, ale zaleknou se, pokud se stav jejich příbuzného zhorší, nechají si vysvětlit situaci a mnohdy si pacienta ponechají doma do poslední chvíle.

Respondentka č. 2 odpověděla, že ve většině případů přebírají slovo příbuzní, se kterými bývá obtížná komunikace. Tyto rozhovory jsou pro ni nepříjemné, hlavně když se jedná o to, že příbuzní trvají na tom, abychom odvezli umírajícího pacienta do nemocnice.

Respondent č. 3 odpověděl, že nevidí problém v komunikaci, že je zastáncem jednání na rovinu, pokud něčemu zúčastnění nerozumí, rád jim to vysvětlí.

Respondentka č. 4 odpověděla, že komunikace s pacientem se odvíjí podle jeho aktuálního stavu, většinou jedná s příbuznými, kterým se snaží vycházet vstříc.

Respondentka č. 5 odpověděla, že komunikace přímo s pacientem obvykle bývá špatná vzhledem k závažnosti stavu. Pokud to jde, tak se snaží navodit klidnou atmosféru a vyslechnout příbuzné, vyhovět jejich přáním.

Otázka č. 6

Jaké máte zkušenosti se spoluprací s praktickými lékaři, s agenturami domácí péče, nebo paliativními týmy?

Respondentka č. 1 odpověděla, že s praktickými lékaři je obecně špatná, spíš žádná spolupráce. Často se stává, že se rodina pacienta obrátí na praktického lékaře a ten jim řekne, ať raději zavolají 155, že tím se to vyřeší. Co se týče spolupráce s agenturami domácí péče, nebo paliativními týmy, tak je také nulová.

Respondentka č. 2 odpověděla, že praktického lékaře snad nikdy nepotkala osobně. S agenturami domácí péče se v těchto případech vůbec nepotkává, paliativní tým také nikdy neviděla.

Respondent č. 3 odpověděl, že s praktickými lékaři nemá žádné zkušenosti, protože ti jsou nejčastěji zalezlí na svých obvodech za stolem, paliativní týmy také nikdy neviděl, to samé platí i o domácí péči.

Respondentka č. 4 odpověděla, že s praktickými lékaři se nepotkala nikdy u těchto případů., to samé platí i o paliativních týmech. Domácí péče se občas vyskytuje.

Respondentka č. 5 odpověděla, že s praktickými lékaři zkušenosti nemá, protože se s nimi na těchto výjezdech nepotkává. S paliativními týmy a s domácí péčí se také zatím nesešla.

Otázka č. 7

Jaké jsou vaše zkušenosti při předávání umírajících a terminálně nemocných pacientů v cílovém zdravotnickém zařízení?

Respondentka č. 1 odpověděla, že má zkušenosti špatné, stává se jí při předávání pacienta, který má více malignit, že pacienta odmítají převzít a přeposílají ho na jiné oddělení. Když tam ale pacienta přiveze, tak lékaři také odmítají, že to nespadá do jejich kompetencí.

Respondentka č. 2 odpověděla, že vše je hlavně v lidech, takže záleží na tom, kdo má zrovna službu. Pokud slouží lékař, kterému nechybí empatie, tak vše probíhá bez problémů.

Respondent č. 3 odpověděl, že párkrát se mu stalo, že se objevil problém. Má dojem, že to ani není vina těch lékařů, ale spíš nařízením „shora“. Lékaři argumentují tím, že nemůžou přijmout pacienta s určitou diagnosou, protože to nespadá do kompetence jejich oddělení, přestože je jasné, že se jedná např. o pacienta s primárním onkologickým onemocněním spadajícím do chirurgického oboru. Zkušenosti při předávání pacientů má jak dobré, tak i špatné.

Respondentka č. 4 odpověděla, že zkušenosti při předávání jsou různé, záleží na tom, kdo má službu. Někdy je problematické umístit pacienta v terminálním stadiu, mnohdy se stane, že zemře ještě na příjmu.

Respondentka č. 5 odpověděla, že občas se vyskytnou problémy, hlavně, když je pacient polymorbidní, tak se stává, že ho tzv. „přehrají“ na jiné oddělení. Osobně to nijak neřeší, důležité je, že ho vůbec přijmou.

Otázka č. 8

Máte dostatečné informace o paliativní medicíně?

Respondentka č. 1 odpověděla, že vzhledem k tomu, že má v poslední době mnoho výjezdů k onkologicky nemocným, začala se sama o tuto problematiku zajímat. Díky tomu může předávat validní informace, jak pacientům, tak jejich rodinám.

Respondentka č. 2 odpověděla, že ví, že existují paliativní týmy a domácí hospice, ale nic bližšího o tom neví, zná to spíš z vyprávění od kolegů, kteří o tom slyšeli na seminářích a kongresech.

Respondent č. 3 odpověděl, že neví, jestli má dostatečné informace, ale nějaké má a myslí si, že to stačí, protože na okrese to stejně nefunguje.

Respondentka č. 4 odpověděla, že informace nemá, že by si je měla doplnit.

Respondentka č. 5 odpověděla, že slyšela na toto téma zajímavou přednášku na kongresu, jen je škoda, že to zatím nefunguje ve všech okresech a krajích.

2.3.2 Vyhodnocení výsledků odpovědí na dílčí výzkumné otázky

Jako hlavní téma této studie jsem zvolila zkoumání zkušeností pracovníků zdravotnické záchranné služby při výjezdech k pacientům v terminálním stadiu onemocnění, nebo k umírajícím pacientům.

Před zahájením této studie jsem v úvodním zamyšlení předpokládala, že v podmínkách přednemocniční neodkladné péče se zdravotníci často setkávají se situacemi, kdy nemají dostatek informací o pacientovi, tyto situace staví zdravotnické pracovníky do nelehké pozice, ať už se jedná o komunikaci s pacientem, rodinnými příslušníky pacienta, nebo následně komunikace s lékaři ve

zdravotnickém zařízení, kam tyto pacienty směřují. Dalším znepokojivým faktem je, že selhává péče praktických lékařů a delegují řešení těchto stavů na zdravotnickou záchrannou službu. Veřejnost není dostatečně informována o možnostech paliativní medicíny. Vzniká tím tak dilema, jak v takových případech postupovat, když cílem zdravotnické záchranné služby je život především zachraňovat.

Vedením jednotlivých rozhovorů jsem zjistila, že všichni dotazovaní se shodli v tom, že výjezdy k pacientům v terminálním stadiu onemocnění, nebo k umírajícím bývají časté, v průměru 6x za měsíc.

Dále se respondenti jednohlasně shodli, že téměř nikdy nemají dostatečné informace o zdravotním stavu a prognóze pacienta, většinou je to tím, že pacient u sebe nemá aktuální lékařskou zprávu a sám není schopen přesně sdělit charakter svého onemocnění, příbuzní také nejsou dostatečně informováni.

Shodli se též v tom, že vnitřně nesouhlasí s převozem umírajících pacientů, ale pokud rodina trvá na převozu do nemocnice, vyjdou jí vstříc, protože nemají na vybranou.

Většina respondentů se též shodla v tom, že se na místě rozhodují hlavně podle toho, co si přeje rodina a na základě aktuálního zdravotního stavu pacienta. Jeden respondent se rozhoduje na základě doporučených postupů a jeden se řídí hlavně svým svědomím.

Všichni respondenti se shodli, že většinou komunikují ohledně zdravotního stavu s příbuznými pacienta, kterým se snaží vyjít vstříc. Pro jednoho respondenta bývají rozhovory s příbuznými nepřijemné, hlavně, když se jedná o převoz umírajícího pacienta do nemocnice. Jiný respondent odpověděl, že nevidí v komunikaci problém a že má rád jednání na rovinu a vše náležitě příbuzným vysvětlí.

Všichni respondenti se jednohlasně shodli v tom, že mají špatné zkušenosti se spoluprací s praktickými lékaři, protože je v podstatě nikdy na výjezdech tohoto charakteru nepotkali, to samé platí i o paliativních týmech a agenturách domácí péče. Pouze jeden respondent uvedl, že se setkal se sestrami domácí péče.

Co se týče předávání pacientů v cílovém zařízení, tak se též respondenti shodli na tom, že vše je v lidech a záleží na tom, kdo má z lékařů službu.

Respondenti se též shodli, že se často setkávají i odmítnutím pacienta a jsou nuceni ho převést na jiné oddělení, kde pacienta rovněž odmítají převzít.

Informace o paliativní medicíně respondenti získávají většinou na kongresech, nebo z odborných článků, obecně je však informovanost na špatné úrovni, jeden respondent uvedl, že mu informace, které má stačí, protože na okrese to stejně nefunguje.

Šetřením na tomto malém výzkumném vzorku jsem potvrdila svou prvotní myšlenku, že se zdravotníci na výjezdech ZZS k terminálně nemocným, anebo k umírajícím pacientům potýkají s mnoha problémy. Mezi tyto problémy patří hlavně špatná informovanost o zdravotním stavu pacienta, problémy s komunikací s příbuznými, problémy s předáváním pacienta v cílovém zařízení a absence spolupráce s praktickými lékaři a paliativními týmy.

Diskuse

Než jsem začala psát tuto práci měla jsem možnost nahlédnout do statistik výjezdů ZZS SČK za poslední rok. Zaměřila jsem se na výjezdy, které svou problematikou korespondují s tématem mé bakalářské práce. K mému údivu jsem zjistila, že statistika sice věda je, ale nemá přesné údaje. Z celkové počtu výjezdů bylo jen malé procento výjezdů k pacientům v terminálním stadiu onemocnění anebo k umírajícím pacientům, potažmo k onkologicky nemocným pacientům. Důvod je prostý, statistika pracuje pouze s diagnózami a ty následně vyhodnocuje. V přednemocniční neodkladné péči se používají pracovní diagnózy, které se mnohdy liší od diagnózy definitivní. Jinými slovy, terminální stadium onemocnění zhoubného novotvaru plic se může skrývat za diagnózou dušnost, zhoubné onemocnění slinivky břišní se může skrývat za diagnózou bolest břicha. Je zcela jasné, že z tohoto důvodu jsem nemohla brát tuto statistiku jako relevantní podklad pro mou bakalářskou práci.

Z výše uvedených důvodů jsem se rozhodla pro kvalitativní výzkum, který spočíval ve fenomenologickém zkoumání. Oslovila jsem celkem osm mých kolegů, zaměstnanců ZZS SČK, konkrétně z výjezdového stanoviště v Mladé Boleslavi. Požádala jsem je o to, aby mi vyprávěli své zkušenosti a zážitky při výjezdech k pacientům v terminálním stadiu onemocnění anebo k umírajícím pacientům, následně jsem každého respondenta požádala o odpovědi na osm výzkumných otázek. Tři kolegové mi rovnou řekli „NE“, protože vzpomínky tohoto typu jsou pro ně nepříjemné a vyvolávají v nich zpětně negativní emoce. Pět kolegů souhlasilo s výzkumem a s velkou ochotou spolupracovali. Díky tomu vznikla tato výzkumná studie s nepříliš lichotivým závěrem.

Ačkoliv není nikde statisticky přesně podloženo, kolik výjezdů se uskuteční k pacientům v terminálním stadiu onemocnění anebo k umírajícím pacientům, je z této studie patrné, že se toto odehrává poměrně často a že tyto výjezdy jsou tzv. „denním chlebem“ záchranářů.

Záchranáři v podmínkách přednemocniční neodkladné péče bojují v těchto případech s větrnými mlýny v podobě špatné informovanosti o zdravotním stavu pacienta a s ignorancí praktických lékařů. Je na ně vytvářen nátlak ze strany

příbuzných, bojují s neochotou lékařů při předávání pacientů v cílovém zdravotnickém zařízení a v neposlední řadě jsou každý den konfrontováni se smrtí a lidským utrpením.

Postojem zdravotnických záchranářů ke smrti a umírání se ve své bakalářské práci zabývá také Kateřina Ševčíková a problematikou umírání a smrti z pohledu pracovníků ZZS se zabývá ve své bakalářské práci i Jana Malčicová. Metody zkoumání a zaměření těchto prací jsou odlišné od mé práce, ale po prostudování těchto dvou bakalářských prací jsem došla k závěru, že záchranáři prožívají setkání s umírajícími a se smrtí podobným způsobem. Řeší také podobné problémy, jako je např. problém s umístěním umírajícího pacienta do zdravotnického zařízení. Mezi hlavní pocity, které záchranáři prožívají patří bezmocnost a smutek. Dále se autorky zmiňují ve výsledcích svých výzkumů i o tom, že záchranáři nejsou dostatečně informováni o možnostech paliativní medicíny a mnohdy o toto nemají ani zájem.

Závěr

Ve své bakalářské práci se věnuji tématu, které se týká zkušeností pracovníků zdravotnické záchranné služby s výjezdy k pacientům v terminálním stadiu onemocnění, nebo k umírajícím pacientům.

Domnívám se, že toto téma je velmi aktuální nejen pro zdravotnické pracovníky záchranných služeb, ale i pro rodiny pacientů a v neposlední řadě i pro cílová zdravotnická pracoviště. Narůstající počet výjezdů k těmto pacientům je jasným důkazem toho, že někde něco nefunguje, tak jak by mělo. V první řadě selhává péče praktických lékařů. Pacienti a příbuzní nejsou dostatečně informováni o možnostech paliativní medicíny a záchranná služba tento problém jen stěží vyřeší. V nejhorší pozici se nakonec ocitá pacient, který je doslova vláčen v „poslední hodině“ do nemocnice.

Podnětem k sepsání této práce byly mé osobní zkušenosti s touto problematikou, neboť pracuji dvacet let jako zdravotní sestra ve výjezdové skupině ZZS.

V teoretické části mé bakalářské práce nejprve představuji zdravotnickou záchrannou službu Středočeského kraje, její koncepci a scénář výjezdů. Dále se zabývám tématy jako je smrt, umírání a paliativní péče. Zmiňuji se též o prohlídce těla zemřelého mimo zdravotnické zařízení a o péči o pozůstalé.

V empirické části mé bakalářské práce jsem zvolila metodu kvalitativního výzkumu, konkrétně fenomenologické zkoumání. Vyzvala jsem pět kolegů z řad lékařů, zdravotních sester a zdravotnických záchranářů, aby mi vyprávěli zkušenosti z výjezdů k těmto pacientům. Všem respondentům jsem položila osm stejných výzkumných otázek. Výzkum poukázal na závažné negativní zkušenosti záchranářů, které by měly být předmětem odborné i veřejné diskuse a dalšího zkoumání.

Všichni dotazovaní se shodli, že tato problematika je plná úskalí a překážek. Téměř každý den se záchranáři potýkají s podobnými problémy. Mezi tyto problémy se řadí špatná informovanost o zdravotním stavu a prognóze pacienta, problematická komunikace s příbuznými pacienta, nezájem praktických lékařů a v poslední řadě problémy a odmítání pacientů v cílovém zdravotnickém zařízení.

Seznam použité literatury

BEAUCHAMP, Tom. L. James. F. CHILDRESS. *Principles of biomedical ethics*. Oxford: Oxford University Press, 2001. ISBN 13 978-0-19-514332-4.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika. Třetí, rozšířené vydání*. Praha: Galén, 2002. ISBN 8072621327.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie, Nauka o umírání a smrti. Druhé, přepracované vydání*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-471-3.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-736-7040-2.

HEŘMANOVÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-3469-9.

HUMPL, Lukáš, Jiří Maxmilián PROKOP a Alena TOBIÁŠOVÁ. *První psychická pomoc ve zdravotnictví*. Brno: NCONZO, 2013. ISBN 978-80-7013-562-4.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelsví. 1. vydání*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2069-2.

MAČÁK, Jiří a Jana MAČÁKOVÁ. *Patologie*. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0785-3.

MUNZAROVÁ, Marta. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1025-0.

MUNZAROVÁ, Marta. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1024-2.

O'CONNOR, Margaret. Sanchia ARANDA a Jana HEŘMANOVÁ. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1295-4.

POKORNÝ, Jiří et.al. *Urgentní medicína*. Praha: Galén, 2004. ISBN 80-7262-259-5.

SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Ecce Homo, 2003. ISBN 80-902049-4-5.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda et. al. *O posledních věcech člověka, Vybrané kapitoly z thanatologie*. Praha: Galén, 2014. ISBN 978-80-7492-138-4.

ŠTEFAN, Jiří, Jiří HLADÍK a kol. *Soudní lékařství a jeho moderní trendy*. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-3594-8.

VIRT, Günther, Dagmar POHUNKOVÁ a Theodora STARNOVSKÁ. *Žít až do konce: etika umírání, smrti a eutanazie*. Praha: Vyšehrad, 2000. ISBN 80-7021-330-2.

Článek v časopise

MACH, Jan. *KPR a dříve vyslovené přání pacienta-neresuscitovat*. *Tempus Medicorum* 5/2017 str.28-29. ISSN 1214-7524.

Bakalářské práce

MALČICOVÁ, Jana. *Problematika umírání a smrti z pohledu pracovníků zdravotnické záchranné služby*. Bakalářská práce obhájená na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta v r. 2012

ŠEVČÍKOVÁ, Kateřina. *Postoj zdravotnických záchranářů k umírání a smrti*. Bakalářská práce obhájená na Fakultě zdravotnických studií v Plzni v r. 2014

Další dokumenty

Metodika rozhodovacích postupů zdravotnického pracovníka při poskytování zdravotnické záchranné služby, Zpracovatel: Společnost medicínského práva o.s., Michalská 432/12, Praha 1- Staré Město.

REMĚŠ, Roman. *Urgentní medicína stručně, trochu jiný pohled, Studijní materiál verze 4/10*. Olomouc: Lékařská fakulta univerzity Palackého v Olomouci.

Internetové zdroje

www.urgmed.cz/postupy/2017_nr.pdf

www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372

www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-374

www.spis.cz

www.uszssk.cz

Seznam použitých zkratk

ZZS	Zdravotnická záchranná služba
ZZS SČK	Zdravotnická záchranná služba Středočeského kraje
RLP	Rychlá lékařská pomoc
RZP	Rychlá zdravotnická pomoc
RV	Rendez-vous
EKG	Elektrokardiografie
GPS	Globální polohový systém
ČLS JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
DNR	Do not resuscitate
SPIS	Systém psychosociální intervenční služby
ARIP	Anesteziologie, resuscitace, intenzivní péče
IZS	Integrovaný záchranný systém
PČR	Policie České republiky
Ca	Karcinom
Dg	Diagnóza
WHO	World Health Organization