

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2025

Lukáš Talman

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Pohled zdravotnických záchranářů na problematiku paliativní péče  
v přednemocniční neodkladné péči

Bakalářská práce

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2023/2024

# ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Lukáš Talman**  
Osobní číslo: **Z22149**  
Studijní program: **B0913P360008 Zdravotnické záchranářství**  
Téma práce: **Pohled zdravotnických záchranářů na problematiku paliativní péče v přednemocniční neodkladné péči**  
Téma práce anglicky: **The perspective of paramedics on palliative care in pre-hospital emergency care**  
Zadávací katedra: **Katedra klinických oborů**

## Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**  
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**  
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

### **Seznam doporučené literatury:**

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

Paliativní péče [online]. Praha: Centrum paliativní péče. 2018 [cit. 2021-12-17]. Dostupné z: <https://paliativnicentrum.cz/paliativni-pece>.

SKÁLA, Bohumil a kol, 2011. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP. ISBN 978-80-869-9851-0.

SLÁMA, Ondřej a KABELKA, Ladislav, 2022. *Paliativní medicína pro praxi*. Třetí, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-627-3.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Tereza Siegelová**  
**Katedra klinických oborů**

Konzultant bakalářské práce: **Mgr. Zuzana Červenková, Ph.D.**  
**Katedra klinických oborů**

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2023**  
Termín odevzdání bakalářské práce: **30. dubna 2025**

L.S.

**doc. RNDr. ThLic. Karel Sládek, Ph.D., MBA v.r.**  
děkan

**Mgr. Zuzana Červenková, Ph.D. v.r.**  
vedoucí katedry

## **PROHLÁŠENÍ AUTORA**

Prohlašuji:

Práci s názvem „Pohled zdravotnických záchranářů na problematiku paliativní péče v přednemocniční neodkladné péči“ jsem vypracoval samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byl jsem seznámen s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 24. 04. 2025

Lukáš Talman v. r.

## **PODĚKOVÁNÍ**

Rád bych tímto způsobem poděkoval mé vedoucí bakalářské práce, Mgr. Tereze Siegelové, za její nesmírnou trpělivost, podporu a neocenitelnou pomoc během zpracování této bakalářské práce. Vaše včasné a vždy ochotné odpovědi na mé neustálé dotazy, cenné rady a konstruktivní připomínky byly pro mě nepostradatelné. Bez Vaší odborné pomoci a trpělivosti bych tuto práci nemohl dokončit.

Dále bych rád vyjádřil své upřímné poděkování paní Mgr. Zuzaně Červenkové, Ph.D., která nám byla oporou během celé práce, dále za její odborné vedení a odborné konzultace, jež utvořili vzhled bakalářské práce.

## **ANOTACE**

Bakalářská práce se zabývá povědomím a pohledem zdravotnického záchranáře na problematiku paliativní péče v přednemocniční neodkladné péči a spojitostí mezi nimi, tudíž mezi paliativní péčí a urgentní medicínou. Cílem bakalářské práce je zjistit postupy a postoje zaměstnanců zdravotnických záchranářských služeb u pacientů v terénu, kteří se již nachází v terminálním stádiu života.

Teoretická část obsahuje převážně přiblížení a popis problematiky paliativní péče, bolesti a její léčby, právní a etické aspekty umírání, co je zdravotnická záchranářská služba, a jak se angažuje v oblasti péče o pacienta v terminálním stádiu. Popíše, kam se vyvíjí směr paliativní péče v přednemocniční neodkladné péči a poukáže, jaké jsou možnosti vzdělání pro zdravotnické záchranáře, lékaře a další pracovníky ve zdravotnictví v oblasti paliativní péče.

Praktická část, formou dotazníkového šetření, poté zjišťuje zkušenosti, postupy a aktuální pohledy zdravotnických záchranářů na problematiku paliativní péče v přednemocniční neodkladné péči. Dále zjišťuje jejich úroveň odbornosti a připravenosti v oblasti paliativní péče a snahou bude také identifikovat potřeby dalšího vzdělání.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Paliativní péče, zdravotnický záchranář, zdravotnická záchranářská služba, přednemocniční neodkladná péče, léčba bolesti, urgentní medicína

## **TITLE**

The perspective of paramedics on palliative care in pre-hospital emergency care

## **ANNOTATION**

The bachelor's thesis is focused on the awareness and perspective of a paramedic on the issue of palliative care in pre-hospital emergency care and the connection between them, therefore between palliative care and emergency medicine. The goal of the bachelor's thesis is to find out the procedures and attitudes of the employees of medical emergency services to patients in the terrain, who are already in the terminal stage of life.

The theoretical part mainly contains an approach and description of the issue of palliative care, pain and its treatment, juristic and ethical aspects of dying, what the emergency medical service is, and how it is involved in the field of patient care in the terminal stage. It will describe where the direction of palliative care is developing in pre-hospital emergency care and will show what the educational options are for paramedics, doctors and other health care workers in palliative care.

The practical part, in the form of a questionnaire survey, then ascertains the experiences, procedures and current views of paramedics on the issue of palliative care in pre-hospital emergency care. It also determines their level of expertise and preparedness in palliative care and will also try to identify the needs for further education.

## **KEYWORDS**

Palliative care, paramedic, emergency medical services, pre-hospital emergency care, pain management, emergency medicine,

## OBSAH

Úvod .....	16
1 Cíle a metody práce .....	18
1.1 Cíl práce.....	18
Teoretická část.....	19
2 Paliativní péče .....	19
2.1 Definice paliativní péče .....	19
2.2 Rozdělení paliativní péče.....	20
2.2.1 Obecná paliativní péče.....	20
2.2.2 Specializovaná paliativní péče.....	21
2.3 Místa poskytování paliativní péče .....	21
2.3.1 Paliativní péče v domácím prostředí .....	21
2.3.2 Paliativní péče v nemocnici .....	22
2.3.3 Paliativní péče v hospicích .....	23
2.4 Zahájení paliativní péče – přesun z intenzivní do paliativní péče.....	24
2.5 Paliativní péče v urgentní medicíně.....	24
2.6 Vývoj paliativní péče v České republice .....	24
3 Bolest.....	26
3.1 Dělení bolesti.....	26
3.2 Diagnostika a hodnocení intenzity bolesti.....	26
3.3 Léčba bolesti.....	28
3.3.1 Analgetika.....	28
4 Právní a etické aspekty umírání.....	32
4.1 Etické aspekty umírání .....	32
4.1.1 Základní etická měřítká a vodítka .....	32
4.1.2 Eutanázie .....	32
4.1.3 Lékařsky asistované suicidium.....	32

4.2	Právní aspekty umírání .....	33
4.2.1	Dříve vyslovené přání.....	33
4.2.2	Právní aspekt ukončení protinádorové léčby.....	33
4.2.3	Rozhodnutí o nezahájení kardiopulmonální resuscitace .....	34
5	Zdravotnická záchranná služba .....	35
5.1	Zdravotnická záchranná služba ČR.....	35
5.2	Vzdělání v oblasti paliativní péče pro ZZS .....	35
5.3	Konsensuální doporučení pro péči o pacienty v terminálním stádiu.....	36
5.3.1	Poskytování péče výjezdovými skupinami.....	36
5.4	Rapid-PCST (paliative care screening tool) .....	36
5.5	REMAP .....	37
	Výzkumná část .....	39
6	Metodika výzkumné části.....	39
6.1	Výzkumný soubor .....	40
6.2	Realizace výzkumu.....	40
7	Výsledky dotazníkové šetření.....	41
7.1	Otázka č. 1 – Jak byste definoval/a paliativní péči v kontextu přednemocniční neodkladné péče?.....	42
7.2	Otázka č. 2 – Vnímáte paliativní péči jako důležitou součást přednemocniční neodkladní péče? 43	
7.3	Otázka č. 3 – Byl/a jste někdy na výjezdu u osoby, která byla operačním střediskem posouzena jako paliativně relevantní pacient? .....	44
7.4	Otázka č. 4 – Dostáváte již od dispečera avízo, že jedete k pacientovi, u kterého je předpoklad paliativní péče? .....	45
7.5	Otázka č. 5 – Slyšel/a jste někdy o REMAP systému? .....	46
7.6	Otázka č. 6 – Slyšel/a jste někdy o protokolu pro dispečery RAPID-PCST? .....	47
7.7	Otázka č. 7 – Myslíte si, že posádky zdravotnické záchranné služby mají dostatečné dovednosti a vybavení k poskytování paliativní péče? .....	48

7.8	Otázka č. 8 – Jak byste hodnotili aktuální školení, které jste absolvovali k poskytování paliativní péče v přednemocniční péči?.....	49
7.9	Otázka č. 9 – Uvítal/a byste školení v rámci výjezdové základny v oblasti paliativní péče v PNP?.....	50
7.10	Otázka č. 10 – Jaké vzdělání nebo školení v oblasti paliativní péče byste chtěl absolvovat?.....	51
7.11	Otázka č. 11 – Jak často se setkáváte s pacienty, kteří by potřebovali paliativní péči?.....	53
7.12	Otázka č. 12 – Kolik procent výjezdů záchranné služby si myslíte, že předchází úmrtí ve zdravotnických zařízeních z důvodu terminální progresse onemocnění?.....	54
7.13	Otázka č. 13 – Jaký je podle Vás vztah mezi posádkami zdravotnické záchranné služby a paliativními týmy v nemocnicích?.....	55
7.14	Otázka č. 14 – Jak hodnotíte kvalitu komunikace mezi posádkami zdravotnické záchranné služby, lékaři a rodinami pacientů, kteří potřebují paliativní péči?.....	56
7.15	Otázka č. 15 – Měli by posádky zdravotnické záchranné služby hrát aktivní roli v poskytování paliativní péče?.....	57
7.16	Otázka č. 16 – Jaké metody používáte k zajištění paliativní péče u pacientů v přednemocniční neodkladné péči?.....	58
7.17	Otázka č. 17 – Co považujete za největší překážky v poskytování kvalitní paliativní péče v přednemocniční péči?.....	60
7.18	Otázka č. 18 – Jaký je Váš názor na to, že by záchranáři měli mít možnost rozhodovat o neodkladné paliativní péči u pacientů, kteří jsou nevyлéčitelně nemocní a neprocházejí aktivní léčbou?.....	62
7.19	Otázka č. 19 – Jak se cítíte při poskytování paliativní péče pacientům, u kterých není možné očekávat zlepšení nebo uzdravení?.....	63
8	Diskuze.....	64
8.1	Limitace.....	68
8.2	Doporučení pro další výzkum.....	69
9	Závěr.....	70
10	Použitá literatura.....	71
11	Přílohy.....	76

Příloha A – dotazníkové šetření „Pohled zdravotnického záchranáře na problematiku paliativní péče v PNP“ – první část (úvod, cíle a základní informativní otázky).....	77
Příloha A – dotazníkové šetření „Pohled zdravotnického záchranáře na problematiku paliativní péče v PNP“ – druhá část (otázky již k tématu) .....	79

## SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

### OBRÁZKY

Obrázek 1 Numerická škála bolesti (Sláma, 2020) .....	27
Obrázek 2 Vizuální analogová škála bolesti (Sláma, 2020).....	27
Obrázek 3 Verbální škála bolesti (Sláma, 2020).....	28
Obrázek 4 Analgetický třístupňový žebříček (Sláma, 2020).....	29
Obrázek 5 - Otázka č. 1 – Jak byste definoval/a paliativní péči v kontextu přednemocniční neodkladné péče?.....	42
Obrázek 6 - Otázka č. 2 - Vnímáte paliativní péči jako důležitou součást přednemocniční neodkladní péče? .....	43
Obrázek 7 - Otázka č. 3 – Byl/a jste někdy na výjezdu u osoby, která byla operačním střediskem posouzena jako paliativně relevantní pacient? .....	44
Obrázek 8 - Otázka č. 4 – Dostáváte již od dispečera avízo, že jedete k pacientovi, u kterého je předpoklad paliativní péče? .....	45
Obrázek 9 - Otázka č. 5 – Slyšel/a jste někdy o REMAP systému? .....	46
Obrázek 10 - Otázka č. 6 – Slyšel/a jste někdy o protokolu pro dispečery RAPID-PCST? .....	47
Obrázek 11 - Otázka č. 7 - Myslíte si, že posádky zdravotnické záchranné služby mají dostatečné dovednosti a vybavení k poskytování paliativní péče? .....	48
Obrázek 12 - Otázka č. 8 - Jak byste hodnotili aktuální školení, které jste absolvovali k poskytování paliativní péče v přednemocniční péči?.....	49
Obrázek 13 - Otázka č. 9 – Uvítal/a byste školení v rámci výjezdové základny v oblasti paliativní péče v PNP?.....	50
Obrázek 14 - Otázka 10 – Jaké vzdělání nebo školení v oblasti paliativní péče byste chtěl absolvovat?.....	51
Obrázek 15 - Otázka č. 11 - Jak často se setkáváte s pacienty, kteří by potřebovali paliativní péči? .....	53
Obrázek 16 - Otázka č. 12 - Kolik procent výjezdů záchranné služby si myslíte, že předchází úmrtí ve zdravotnických zařízeních z důvodu terminální progresse onemocnění? .....	54
Obrázek 17 - Otázka č. 13 - Jaký je podle Vás vztah mezi posádkami zdravotnické záchranné služby a paliativními týmy v nemocnicích? .....	55
Obrázek 18 - Otázka č. 14 - Jak hodnotíte kvalitu komunikace mezi posádkami zdravotnické záchranné služby, lékaři a rodinami pacientů, kteří potřebují paliativní péči? .....	56

Obrázek 19 - Otázka č. 15 - Měli by posádky zdravotnické záchranné služby hrát aktivní roli v poskytování paliativní péče? .....	57
Obrázek 20 - Otázka č. 16 - Jaké metody používáte k zajištění paliativní péče u pacientů v přednemocniční neodkladné péči?.....	58
Obrázek 21 - Otázka č. 17 - Co považujete za největší překážky v poskytování kvalitní paliativní péče v přednemocniční péči?.....	61
Obrázek 22 - Otázka č. 18 - Jaký je Váš názor na to, že by záchranáři měli mít možnost rozhodovat o neodkladné paliativní péči u pacientů, kteří jsou nevléčitelně nemocní a neprocházejí aktivní léčbou?.....	62
Obrázek 23 - Otázka č. 19 - Jak se cítíte při poskytování paliativní péče pacientům, u kterých není možné očekávat zlepšení nebo uzdravení? .....	63

## SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ZZS	Zdravotnická záchranná služba
PNP	Přednemocniční neodkladná péče
ČR	Česká republika
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)
NDZPP	Národní datová základna paliativní péče
NZIP	Národní zdravotnický informační portál
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
RV	Rendez-vous
RZP	Rychlá zdravotnická pomoc
VAS	Vizuální analogová škála
APM	Ambulance paliativní medicíny
KPR	Kardiopulmonální resuscitace
ZSP	Zdravotně sociální pracovníce
KPCR	Kardiopulmocerebrální resuscitace

## ÚVOD

Paliativní péče je velmi mladým a aktuálním „oborem“ ve zdravotnictví, neboť péče a podpora lidí s pokročilým a život ohrožujícím onemocněním se stává důležitým tématem veřejného zdravotnictví s nutným zajištěním nejen zdravotně sociální péče (Stjernswärd et al., 2007).

Kvalita péče se ve zdravotnických zařízeních ve světě zvyšuje. Nemocniční přístroje jsou po technické stránce lepší, zavádí se nové techniky a postupy při léčbě a řešení jednotlivých situací. Tím, jak se zvyšuje kvalita péče, se také v posledních letech klade důraz na etické aspekty umírání a důraz na důstojnou smrt. Paliativní péče se nezavádí pouze do prostor zdravotnických zařízení (nemocnic a dalších), ale také na zdravotnické záchranné službě. Na vysokých školách se vyučuje o paliativní péči a paliativní medicíně, provádí se různá odborná postgraduální školení a kurzy pro lékaře a nelékařský zdravotnický personál včetně zdravotnických záchranářů.

Paliativní péče je zajímavá její rozmanitostí a odlišností od ostatních forem péče. Pojednává o emocích a pocitech daného jedince a neřeší pouze symptomatologickou léčbu, která je ale také její součástí. Je důležité si uvědomit, že v poslední fázi života u pacienta v terminálním stádiu to nejsou pouze léky, které léčí symptomy onoho onemocnění, ale také slova, která pacientovi pomáhají s vyrovnáním závažného onemocnění. Paliativní péče zahrnuje péči o pacienta a jeho blízké, která pokrývá jak farmakologickou, tak psychosociální a spirituální rovinu. Řeší se přání rodiny a pacienta, např. realizace svatby, dořešení závěti a dědictví a mnoho dalšího. Nedílnou součástí je také pomoc při organizaci péče v domácím prostředí prostřednictvím zdravotně sociální pracovnice (ZSP). ZSP vyřizuje žádosti o příspěvek na péči, pronájem polohovatelných lůžek a dalších zdravotnických pomůcek.

Dle zdravotnické statistiky zřizované Ústavem zdravotnických informací a statistik ČR v roce 2020 došlo k téměř ve dvou třetinách (61,2 %) všech úmrtí v nemocnici či léčebném ústavu, celkem se jednalo o 78 108 lidí. Dalších 10,7 % úmrtí se odehrálo v různých zařízeních sociální péče a v domácím prostředí zemřela více než pětina osob, bezmála 25% všech úmrtí (ÚZIS ČR, 2021).

S problematikou paliativní péče jde ruku v ruce také zdravotnická záchranná služba, poněvadž výjezdy k pacientům v terminálním stádiu jsou velice časté. Pečující rodina či blízcí, kteří se starají o terminálně nemocného, se během náhlého zhoršení stavu obracejí právě na záchranáře. V tomto případě volají tísňovou linku 155 z důvodu stresu a nevědomí, co v této situaci dělat. I přes přání pacienta a rodiny, kteří nechtějí svého blízkého transportovat do nemocnice, je transport do nemocnice v této situaci obvyklým postupem. Ročně zhruba

u 70 tisíc úmrtí je příčinou očekávatelná progresivní nevyléčitelného onemocnění. V polovině případů k nim před koncem života vyjede zdravotnická záchranná služba. V těchto případech část pacientů skončí na urgentních příjmech a na akutních lůžkách zdravotnických zařízení. Přibližně 11 tisíc pacientů ročně zdravotnická záchranná služba převezve v posledních třech dnech života do nemocnice, kde následně umírají (Loučka, Centrum paliativní péče).

To je důvod, proč je důležité brát ohled na paliativní péči nejen ve zdravotnických zařízeních, ale také v přednemocniční neodkladné péči. Neboť záchranáři, lékaři a jiní pracovníci zdravotnických záchranných služeb jsou toho nedílnou součástí.

Hlavním přínosem bakalářské práce je prohloubit povědomí o problematice paliativní péče jak v nemocničním prostředí, tak i v tom přednemocničním. Úkolem a cílem není pouze nashromáždit potřebná data pro výzkum, ale také probudit zájem o rozšíření svých odborných znalostí a vůbec zájem o tento obor.

# 1 CÍLE A METODY PRÁCE

## 1.1 Cíl práce

Teoretickým cílem je přiblížit a popsat problematiku paliativní péče v obecné rovině, co je to zdravotnická záchranná služba, a jak se angažuje v oblasti péče o paliativního pacienta. Popsat, kam se vyvíjí směr paliativní péče v přednemocniční neodkladné péči. Podívat se, jaké jsou možnosti vzdělání pro zdravotnické záchranáře, lékaře a další pracovníky zdravotnických záchranných služeb. Dále si říct něco o právním a etickém aspektu umírání a také, co je to bolest, jak se hodnotí a jaké máme možnosti léčby bolesti.

Průzkumným cílem je zjistit, jaký pohled mají zdravotničtí záchranáři a další pracovníci zdravotnických záchranných služeb na problematiku paliativní péče v přednemocniční neodkladné péči, jaké jsou jejich postupy a metody, a jaké mají zkušenosti s paliativním pacientem v přednemocniční neodkladné péči.

Dílčím cílem v rámci dotazníkového šetření, které bude zvoleno jako metoda pro naplnění průzkumného cíle, bude vyčleněno několik otázek k posouzení úrovně odbornosti a připravenosti respondentů v oblasti paliativní péče a snahou bude také identifikovat potřeby dalšího vzdělání.

# TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část bude pojednávat o problematice paliativní péče. Bude zde vypsána její definice, rozdělení paliativní péče, a kde se tato péče může poskytovat. Dále teoretická část bude zaměřena na právní a etické aspekty umírání, na léčbu bolesti a v neposlední řadě také o samotné zdravotnické záchranné službě a jejím působení v oblasti paliativní péče.

## 2 PALIATIVNÍ PÉČE

V první kapitole teoretické části se zaměříme na obecnou definici paliativní péče a její rozdělení na paliativní péči obecnou a specializovanou. Dále si popíšeme, na jakých místech může být paliativní péče poskytována, kdy je zahájena paliativní péče a již se nejedná o léčbu kurativní, a jak se vyvinula paliativní péče a paliativní medicína v České republice.

### 2.1 Definice paliativní péče

Definic paliativní péče je mnoho, a proto příkladem takové definice může být například náš zákon o zdravotních službách a jejich poskytování – tj. zákon č. 372 / 2011, §5 písmeno h), kde se paliativní péče definuje jako *„druh zdravotní péče, jejíž účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevléčitelnou nemocí.“* (Parlament ČR, 2011)

Česká republika a její zákon definuje paliativní péči tímto způsobem. Obdobným způsobem to definuje i na mezinárodní úrovni světová zdravotnická organizace WHO (World Health Organization), která přišla s tím, že paliativní péče je *„přístup, který usiluje o zlepšení kvality života pacientů a rodin, kteří čelí problémům spojenými s život ohrožujícím onemocněním, a to prostřednictvím prevence a zmírňování utrpení, včasnou identifikací a náležitým zhodnocením a léčbou bolesti a dalších problémů fyzických, psychosociálních i duchovních.“* (Světová zdravotnická organizace, 2002)

Nejen v laické společnosti může docházet k omylu, že paliativní péče je ekvivalentem péče hospicové. Dle statistik z Národní datové základny paliativní péče (NDZPP) vyplývá, že každoročně na nádorové onemocnění zemře v ČR více než 27 000 pacientů a z toho v roce 2013 zemřelo přes 2 296 (8,4 %) právě v lůžkových hospicích (Sláma a kol., 2016). Dle toho je zřejmé, že procento zemřelých pouze v lůžkových hospicích není veliké, a proto by měl být kladen důraz na všechny zdravotníky, aby byli schopni poskytnout kvalitní paliativní péče. To například vyplývá z Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících“ neboli Charta práv umírajících, kde jsou členské státy vyzváni k tomu, aby ve všech ohledech respektovaly a chránily důstojnost nevléčitelně

nemocných či umírajících lidí. Doporučení Rady Evropy spočívá v zajištění ošetřujícího personálu, který bude řádně vyškolen a veden tak, aby mohl poskytnout lékařskou, ošetrovatelskou nebo psychologickou péči v souladu s nejvyššími možnými standardy. Dále toto doporučení spočívá v zřízení dalších či rozšíření případně stávajících výukových, doškolovacích a výzkumných center pro paliativní medicínu a péči. A v neposlední řadě to spočívá v zajištění, minimálně ve větších nemocnicích, vybudování specializovaných oddělení paliativní péče, které mohou nabídnout paliativní medicínu jako součást každé lékařské činnosti (Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999, 1999).

V onkologii se mimo jiné využívá také pojem podpůrná péče, kde je cílem optimalizovat komfort pacienta, zajistit jeho fungování a poskytnout mu sociální podporu ve všech fázích jeho onemocnění. (Liao et al., 2012). Paliativní a podpůrná péče je komplexní péče se zaměřením na fyzické, psychické, sociální a duchovní potřeby pacienta, ale také jeho blízkých (Polišenská, b.d.).

V zahraničních člancích se můžeme setkat s pojmem péče o pacienta v závěru života neboli end of life care, který může být používán jako synonymum paliativní péče. Závěrem života se rozumí období jednoho až dvou let, kdy se samotný pacient a také jeho rodina dozvídají o jeho život ohrožující nemoci. Tento pojem se nevyužívá jednotně, nýbrž je vymezen jako komplexní péče o pacienta, který se nachází v posledních hodinách nebo dnech svého života či s prognózou úmrtí do šesti měsíců (Izumi et al., 2012).

## **2.2 Rozdělení paliativní péče**

Paliativní péči, jako i jiné druhy zdravotní péče, lze rozdělit na paliativní péči obecnou a specializovanou. Paliativní přístup a zapojení specializované paliativní péče u neonkologických pacientů má zřetelný význam a nejsou benefitem pouze při umírání, nýbrž v celém průběhu závažného onemocnění, to znamená již od okamžiku stanovení diagnózy. V tomto kontextu je paliativní péče možná také rozdělit na časnou a terminální. Dále ji lze také rozdělit dle místa poskytování, tomu se však bude věnovat jiná podkapitola (Sláma, 2022).

### **2.2.1 Obecná paliativní péče**

Obecnou paliativní péči by měl poskytnout každý zdravotník v rámci svých jednotlivých odborností a na každém oddělení ve zdravotnických zařízeních v rámci své specializace (chirurgické oddělení, interní oddělení apod.). Rozumí se tím rozpoznání, sledování a ovlivňování toho, co je důležité pro kvalitu pacientova života. Je to například základní léčba symptomů, respekt k pacientově samostatnosti a efektivní komunikace s ním (Sláma a kol., 2011)

Národní zdravotnický informační portál (NZIP) ve svém článku definoval obecnou paliativní péči jako „*situaci, kdy se o člověka na konci života se zřetelem k jeho přáním a preferencím stará jeho praktický lékař, ošetřující lékař v nemocnici, sestry z domácí péče, a další profesionálové, kteří nejsou specialisté na paliativní medicínu, ale znají její základní principy a postupy.*“ Mimo to obecná paliativní péče zahrnuje také pravidelně upravovaný léčebný plán, který vychází z preferencí, klinického stavu, přání a hodnot, adekvátní léčby bolesti a dalších symptomů onemocnění, kterým daný pacient trpí. Do léčebného plánu patří také sociální poradenství a sociální podpora pro pacienta včetně jeho rodiny (Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP, 2021).

### **2.2.2 Specializovaná paliativní péče**

Specializovaná paliativní péče vstupuje na scénu ve chvíli, kdy onemocnění pacienta, jeho průběh a příznaky daného onemocnění jsou natolik komplikované, že jejich komplexní řešení je již nad rámec možností běžného oddělení a jeho personálu, který je schopen aplikovat pouze obecnou paliativní péči (Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP, 2021).

Tato péče se aplikuje ve specializovaných zařízeních, která se věnují paliativní péči jako své hlavní činnosti a mají adekvátně vyškolený personál s vyšší úrovní profesní kvalifikace. Zdravotnická zařízení by měla být schopna poskytnout služby ve všech formách péče a podporu pacientům ať už jsou kdekoli, např. doma, v nemocnici, v pečovatelském domě či na specializovaném oddělení paliativní péče (Standardy hospicové paliativní péče, 2006).

Mezi specializovaná zařízení paliativní péče lze zařadit například samotné oddělení paliativní péče, lůžkový hospic či mobilní specializovaná paliativní péče, ambulance paliativní medicíny a konziliární tým paliativní péče v nemocnici (Sláma, 2022).

## **2.3 Místa poskytování paliativní péče**

Pacienti v terminálním stádiu života, kteří těží z paliativní péče je mnoho, a místa, kde takovou péči lze poskytovat jsou různá. Můžeme mezi ně zařadit samotný domov pacienta, zdravotnická zařízení, a také hospice, které jsou samy o sobě zdravotnickým zařízením, ale zaměřené na specializovanou paliativní péči. Hospic může být buď domácí nebo lůžkový.

### **2.3.1 Paliativní péče v domácím prostředí**

Velké procento pacientů v terminálním stádiu života si přejí poslední chvíle svého života trávit doma, se svojí rodinou. Jedná se hlavně o sociální a psychický aspekt, kdy domácí prostředí na pacienta působí nejlépe. Zároveň jsou však pacienti, kteří by rádi poslední chvíle života strávili

v prostředí zdravotnického zařízení z důvodu pocitu bezpečí, kde je pomoc na dosah a rychle dostupná.

Aby mohla být poskytována domácí paliativní péče, musí být splněny tři podmínky. První podmínkou je, že alespoň jeden člen rodiny musí být přítomen u pacienta 24 hodin denně a být schopen převzít celodenní péči o nemocného nebo se může střídat i více členů rodiny. Druhou podmínkou je pak souhlas samotného pacienta s touto formou péče a poslední podmínkou je nutnost týmu odborníků (sester a lékařů), kteří budou k dispozici 24 hodin po sedm dní v týdnu, a to pro případy náhle vzniklých komplikací, k řešení symptomů atd. Dále je tu pak tým také pro pečující a rodinu, kde poskytuje zejména sociální poradenství a psychickou podporu. Z důvodu, že mnoho agentur tuto službu nedokáže poskytnout kvůli nedostatku personálu, se stává bohužel často to, že i přes přání pacienta zemřít v domácím prostředí, je ze strany rodiny zavolána zdravotnická záchranná služba, která odveze pacienta do nemocnice a ten následně umírá ve zdravotnickém zařízení (Marková, 2010).

### **2.3.2 Paliativní péče v nemocnici**

Kvalita paliativní péče v nemocničním prostředí stoupá. Po celém území České republiky se ve zdravotnických zařízeních zřizují paliativní týmy a toto číslo nadále stoupá. V roce 2020 podle statistik Ministerstva zdravotnictví ČR bylo zřízeno již 40 paliativních týmů (MZČR, 2020).

Paliativní péče v nemocnicích může být zřizovaná za pomoci tzv. konziliárních paliativních týmů, který se skládají z lékařů atestovaných v oboru paliativní medicíny, zdravotních sester, psychologů, zdravotně sociálních pracovníků či duchovních. Konziliární tým slouží pak jako expertní poradenský tým pro kolegy z nemocnice a dochází tedy za svými pacienty na různá oddělení. Další možností paliativní péče v nemocnici je pak samotné lůžkové oddělení paliativní péče, které funguje na podobný princip jako lůžkový hospic (Loučka, Centrum paliativní péče).

#### **2.3.2.1 Ambulance paliativní medicíny**

Jedná se o specializovanou odbornou ambulanci vedenou lékařem se zvláštní specializovanou způsobilostí v oblasti paliativní medicíny neboli paliatrem. Ambulance paliativní medicíny (APM) se v systému zdravotních služeb bere jako samostatné zdravotnické zařízení. Občas je APM spojena s ambulancí léčby bolesti nebo v rámci nemocnice na některých pracovištích úzce spolupracuje s nemocničním konziliárním týmem paliativní péče (Sláma, 2022).

Ambulance paliativní medicíny poskytují různé formy péče, ať už ~~pe~~ jednorázové konziliární vyšetření či pravidelné ambulantní sledování. Jednorázové konziliární vyšetření spočívá v léčbě symptomů, komunikace závažných zpráv, stanovení plánu péče a pomoc při zajištění péče

u dalších specialistů včetně členů paliativního týmu. Jednorázové konziliární vyšetření využívají pacienti se závažným pokročilým onemocněním. Dále pacienti s chronickým závažným onemocněním mohou využívat pravidelné ambulantní sledování s komplexním managementem pokročilého onemocnění. Předmětem tohoto sledování je léčba symptomů, komunikace, péče ostatních členů paliativního týmu a další (Sláma, 2022).

Nejedná se pouze o jednorázové nebo pravidelné sledování, co ambulance paliativní medicíny poskytuje. Jsou to také drobné „paliativní“ výkony nebo zprostředkovávají telefonické konzultace s ostatními lékaři v různých aspektech paliativní péče. Zejména s praktickými lékaři, kteří se s pacienty v terminálním stádiu onemocnění setkávají velice často (Sláma, 2022).

### **2.3.3 Paliativní péče v hospicích**

Hospic můžeme definovat jako zdravotně sociální zařízení, ve kterém se personál stará o terminálně nemocné pacienty. Je to specializované zařízení pro zvládnání, tlumení a tišení projevů nevléčitelných onemocnění. Mezi tyto projevy můžeme zařadit tišení bolesti, dušnosti, zvracení, úzkosti, strachu a další (Diakonie, Českobratrské církve evangelické, 2016).

Domácí hospic neboli mobilní hospic, je péče multidisciplinárního týmu. Tento tým se skládá z lékařů, zdravotních sester, sociálních pracovníků, psychologů a také dobrovolníků, kteří poskytují péči rodinám pečující o svého umírajícího člena doma. Služby domácích hospiců jsou dostupné 24 hodin denně sedm dní v týdnu. Mobilní hospic je schopný vyřešit v domácím prostředí náhle vzniklé situace spojené s koncem života. Jejich cílem je i přes tyto nastalé situace dopřát nemocnému důstojný konec života a zachovat přání zemřít doma. Tyto cíle se snaží naplnit a zároveň zajistit poskytnutí vysokého medicínského i ošetrovatelského standardu (Marková, 2010).

Domácích hospiců v České republice přibývá a dle aktualizovaného seznamu paliativních služeb se na území ČR nachází 92 specializovaných zařízení domácího hospice (umírání.cz, 2024).

Dalším typem je lůžkový hospic. Jak už název napovídá, jedná se o lůžkový typ zařízení, který poskytuje specializovanou paliativní péči pro pacienty, kteří se nacházejí v terminálním stádiu a je vhodný pro lidi, kteří závěr svého života nechtějí či nemohou prožít doma. Hospice lůžkového typu nabízejí také podporu příbuzným svých pacientů. Ti mohou využít neomezené návštěvní hodiny nebo mohou být přímo ubytováni v prostorách hospice se svými blízkými (Loučka, Centrum paliativní péče).

## **2.4 Zahájení paliativní péče – přesun z intenzivní do paliativní péče**

V kompetencích ošetřujícího lékaře je rozhodnutí o přesunu pacienta z péče intenzivní na péči paliativní. Návrh na něj může navrhnout i nelékařský zdravotnický personál, který se o pacienta stará. Vedoucí lékař příslušného oddělení pak nese zodpovědnost za závěrečné rozhodnutí o zahájení či nezahájení paliativní péče. Zahájení paliativní péče musí být zapsáno ve zdravotnické dokumentaci. Před rozhodnutím o zahájení paliativní péče musí být provedeno odborné posouzení o zdravotním stavu pacienta, medicínské odůvodnění o zahájení paliativní péče a následné zapsání do zdravotnické dokumentace. (Pařízková, 2011)

## **2.5 Paliativní péče v urgentní medicíně**

Cílem intenzivní medicíny je zachování života a zdraví pacienta tím způsobem, že se zdravotnický personál snaží o odstranění vyvolávající příčiny zhoršení pacientova zdravotního stavu a poskytnutí postupů orgánové podpory u nemocných s reverzibilním orgánovým selháním, tj. „udržovat život, ale nikoliv prodlužovat umírání.“ Pokud se na intenzivním lůžku objeví pacient, který je v terminálním stádiu a netěží již z této kurativní léčby, je pak důležité zabezpečit eliminaci jeho bolesti, zachování důstojnosti a uspokojení fyzických, psychických, sociálních a duchovních potřeb. Pokud pro pacienta je kurativní léčba již marná, není cílem vysazení takového léčebného postupu urychlit umírání nebo způsobit smrt pacienta, nýbrž pouze odstranit postup, který je z medicínského pohledu považován za nedostačující a neúčelný. (Pařízková, 2011)

## **2.6 Vývoj paliativní péče v České republice**

Historie paliativní péče se v České republice začala utvářet až v 90. letech minulého století. V tomto období bylo zdravotnickým pracovníkům včetně lékařů dovoleno vycestovat na zahraniční stáže, na základě, kterých se začala paliativní péče v ČR více rozšiřovat. V roce 1992 bylo tak zřízeno první oddělení paliativní péče v Nemocnici v Babicích nad Svitavou. O tři roky později, v roce 1995, byl otevřen v Červeném Kostelci první Hospic Anežky České (Sláma a kol., 2020).

Za poslední léta se začalo tvořit několik agentur domácích (mobilních) hospiců, které poskytují paliativní péči v domácím prostředí. Ovšem rozvoj těchto agentur je značně omezen pojišťovnami, které nehradí pacientům celou výši poskytovaných služeb. Významnou změnu přinesl rok 2004, kdy byl uznán obor Paliativní medicína a léčba bolesti. To přináší možnost dalšího rozvoje a zlepšení dostupnosti pro pacienty v oblasti paliativní medicíny (Sláma, Vorlíček, 2005).

Samozřejmě i vzdělání v oblasti paliativní péče za poslední roky zaznamenalo zlepšení a díky Centru paliativní péče, které nabízí několik kurzů jak pro zdravotníky, tak i pro nezdravotníky, je tento obor dostupnější. Centrum nabízí pestrou škálu kurzů a webinářů pro všeobecné sestry, lékaře, ale také zdravotnické záchranáře, kteří se s paliativně relevantním pacientem mohou setkat v přednemocniční neodkladné či intenzivní péči (Loučka, Centrum paliativní péče).

## 3 BOLEST

Bolest lze definovat jako nepříjemná smyslová nebo emocionální zkušenost, jenž vzniká v důsledku akutního nebo potencionálního poškození tkáně. Jedná se o subjektivní pocit závislý na věku, pohlaví, rase či etniku pacienta. Bolest lze rozdělit do několika typů, například podle délky trvání, charakteru bolesti, lokalizace a další (Turzíková, 2022).

*„Bolest je jedním z nejčastějších symptomů pokročilých stádií onemocnění, se kterými se paliativní medicína zabývá.“ (Skála, 2011)*

### 3.1 Dělení bolesti

Akutní bolest je základní ochranná funkce s cílem upozornit na nebezpečí poškození organismu, jenž je symptomem probíhajícího onemocnění (Hakl, 2009).

Nastává hned bezprostředně po bolestivém podnětu, který může být způsobem např. penetrujícím poraněním, tupým poraněním, zánětlivým onemocněním a dalším. Může trvat pouze vteřiny, ale i několik týdnů. Akutní bolest zpravidla bývá pálivá, ostrá, škubavá či tepavá. Jednat se může o bolesti svalů a kloubů, kožní bolesti, koliky nebo i bolesti zubů (Ševčík, 2011).

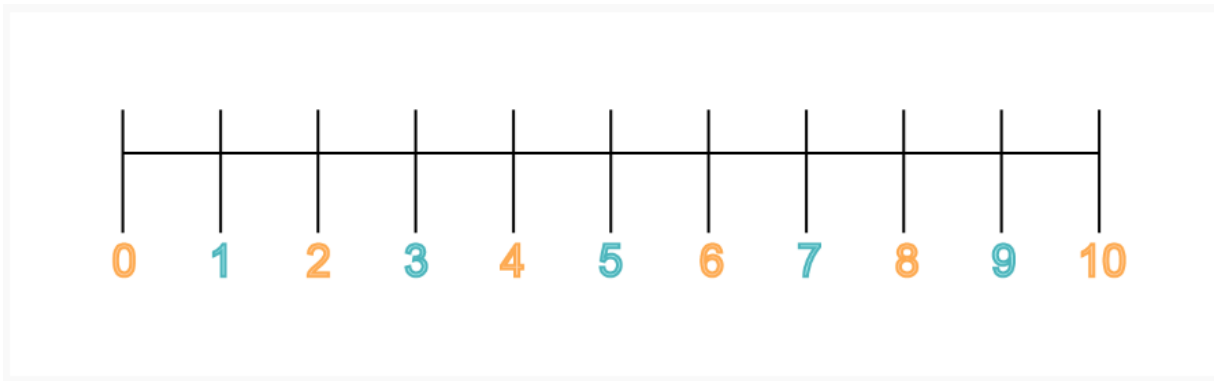
Pokud se bavíme o bolesti chronické, jedná se o bolest trvající déle než 3-6 měsíců a trvá tedy déle, než je pro daný typ postižení běžné. Bolest přetrvává i po dokončení léčby a po úplném uzdravení. Z důvodu dlouhého trvání chronické bolesti se mohou dostavit poruchy spánku, deprese, nechutenství, poruchy libida a obecně může dojít k zhoršení kvality života (Ševčík, 2011).

Bolest chronická na rozdíl od akutní bolesti neplní již ochrannou funkci, není symptomem probíhajícího onemocnění, nýbrž sama se nemocí či syndromem stává (Hakl, 2009).

### 3.2 Diagnostika a hodnocení intenzity bolesti

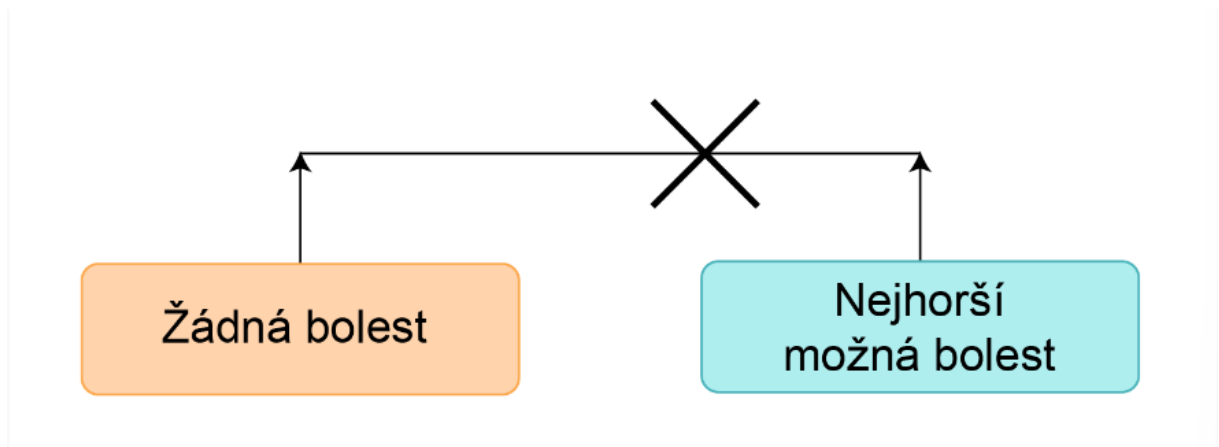
Poněvadž se jedná o subjektivní pocit, existují různé nástroje k hodnocení bolesti. Tyto nástroje slouží k hodnocení bolesti z pohledu pacienta. Dopomáhá nám nastínit stav pacienta a adekvátně tak přistoupit k analgetické léčbě. I tyto nástroje na hodnocení bolesti mají jisté nedostatky, a proto je nutné o bolesti pacienta pořádně mluvit. Zjistit, jak tuto bolest prožívá, jaká ta bolest má charakter, kdy začala, zdali má úlevovou polohu a další (Sláma, 2020).

Nejpoužívanějším nástrojem pro hodnocení intenzity bolesti je numerická škála (numeric rating scale). Numerická škála se podobá stupnici VAS (vizuální analogová škála), kdy na přímce se pohybuje rozmezí čísel od 0 až po 10, kdy 0 znamená žádnou bolest a 10 nejhorší bolest, kdy to je již k nevydržení a je třeba využít silnou analgezii za pomoci opioidů (Sláma, 2020).



**Obrázek 1** Numerická škála bolesti (Sláma, 2020)

Dalším způsobem může být již zmíněná VAS stupnice (vizuální analogová škála), kdy na 100mm dlouhou úsečku pacient označí svou aktuální bolest. Na jednom konci úsečky se nachází bod, který reprezentuje žádnou bolest a na protilehlém konci se nachází nesnesitelná bolest (Sláma, 2020).



**Obrázek 2** Vizuelní analogová škála bolesti (Sláma, 2020)

Mimo tyto dvě škály lze použít ještě škálu verbální, která využívá mimiku pacienta. Jedná se o stupnici bolesti podle výrazu obličeje pacienta, kterého bolest svírá. Výraz v obličeji napovídá, zdali pacient pociťuje žádnou bolest, lehkou nebo až velmi silnou bolest, kdy pacient nenalézá úlevovou polohu, není schopen nic dělat, křičí, nařiká a jediné, co ho zajímá je, aby jeho bolest co nejrychleji ustoupila (Sláma, 2020).



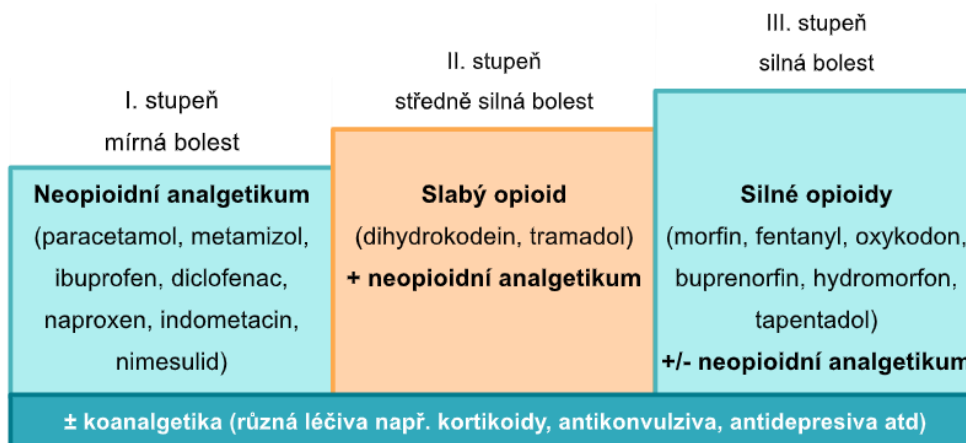
Obrázek 3 Verbální škála bolesti (Sláma, 2020)

### 3.3 Léčba bolesti

Základním kamenem pro léčbu bolesti je farmakoterapie. Můžeme rozlišovat různou škálu analgetik, kdy lze použít analgetika slabší při menších bolestech a poté silnějších analgetik, opioidů, který se využívají při velmi silných až nesnesitelných bolestech. Základním přístupem v léčbě bolesti je zhodnocení stavu, individuální nastavení léčby, použití mimo jiné nefarmakologických postupů proti bolesti a monitorace pacienta z hlediska odpovědi na léčbu. Léčba bolesti je jeden z mnoha důležitých aspektů paliativní péče a musí být tedy nedílnou součástí celkového plánu a péče pacienta (Sláma, 2022).

#### 3.3.1 Analgetika

Základní přístup k léčbě bolesti vychází z třístupňového analgetického žebříčku Světové zdravotnické organizace (WHO), který byl původně vyvinut pro terapii nádorové bolesti. Díky své přehlednosti a jednoduchosti byl následně aplikován i na léčbu bolesti u neonkologických pacientů. Současný přístup k léčbě bolesti již méně zohledňuje příčiny bolesti a více se soustředí na její intenzitu a reakci na zahájenou terapii. Tento žebříček využívá dvě základní rozdělení analgetik – analgetika neopioidní, což je první stupeň a pak analgetika opioidní (2. a 3. stupeň). Podle výše bolesti, mírná bolest, středně silná bolest či silná bolest, se využijí patřičná analgetika neopioidního nebo opioidního charakteru (Hakl, 2013).



Obrázek 4 Analgetický třístupňový žebříček (Sláma, 2020)

### 3.3.1.1 Neopioidní analgetika

Jedná se o zástup léčiv, které působí proti bolesti (analgeticky), na horečku (antipyreticky) a z části i protizánětlivě (antiflogisticky). Způsob podání neopioidních analgetik můžeme rozdělit na celkové a lokální. Pro celkový způsob podání můžeme zvolit formy intravenózní (i.v.), intramuskulární (i.m.), per os (tablety, kapsle, sirupy atd.) či per rectum čípky, který se využívají především u dětských pacientů. Způsoby podání se liší převážně formou léčiva a dobou nástupu účinku. Nejrychleji začíná působit analgetikum, které je podáno intravenózně. Druhým způsobem je podání lokální, kdy využíváme aplikace různými spreji, gely, náplasti či krémy. U tohoto způsobu se musí brát ohled na senzitivitu kůže. Základními analgetiky je paracetamol a metamizol (Lüllmann, 2004).

#### 3.3.1.1.1 Paracetamol

Paracetamol je jeden z nejbezpečnějších analgetik, který funguje u více jak poloviny pacientů (Lüllmann, 2004). Jedná se o účinné analgetikum a antipyretikum tlumící bolest a snižující teplotu. Lze používat formou čípku, zejména u dětí, na subfebrilie až febrilie. Toto neopioidní analgetikum se využívá ve zdravotnických zařízeních či na zdravotnických záchranných službách. V terénu se podává formou krátkodobé infuze v dávce 1 000 mg, kdy maximální denní dávka nesmí překročit hranici 4 gramů. Vyšší dávky paracetamolu mohou způsobit jaterní selhání (Šín, 2019).

Zástupcem paracetamolu je samotný paracetamol v lahvičce určený k i.v. podání. Rozšířenější jsou však obchodní názvy, které najdeme ve všech lékárnách volně dostupné k prodeji a určené k per os podání jako například paralen, samotný paracetamol, perfalgan a další (Šín, 2019).

### **3.3.1.1.2 Metamizol**

Metamizol je první volbou u léčby bolesti viscerální, která vzniká ve vnitřních orgánech. Jeho výhodou je nižší dráždění gastrointestinálního traktu (GIT) a lze ho tím pádem použít i u bolesti z důvodu peptického (žaludečního) vředu. Nejpoužívanějším metamizolem ve zdravotnických zařízeních i na ZZS je Novalgin, který v sobě nese 500 mg metamizolu v jednom mililitru. Jedná se o dvou mililitrovou ampuli, která je určena k intravenóznímu podání. Může se podávat bolus, kdy se musí dávat pozor na rapidní snížení tlaku nebo se může ředit do 100 ml fyziologického roztoku a podat intravenózně přes infuzní set (Skálová, 2021).

### **3.3.1.2 Opioidní analgetika**

Opiáty slouží ke kontrole intenzivní bolesti akutní i chronické. Často se využívají k léčbě bolesti u onkologicky nemocných pacientů, kde bolest nastupuje postupně a její intenzita se zvyšuje. Jedná se o nenahraditelný typ analgetik, které vedou ke zlepšení kontroly bolesti samotné, ale vedou i ke zlepšení kvality života. Opiáty se mohou rozdělit dle síly jejich působení na slabé a silné opioidy (Lejčko, 2009).

Na opiáty lze vybudovat závislost a může tedy dojít k předávkování a k intoxikaci. Antidotum na předávkování je Naloxon, který funguje jako antagonist opiooidů na opiooidních receptorech. Naloxon ruší účinky opiátů na dechovém ústrojí, snížení krevního tlaku nebo útlum centrálního nervového systému. Může být podán intravenózně, intramuskulárně, subkutánně a v některých zemích také intranasálně pomocí nosního spreje (Kalina, 2001).

#### **3.3.1.2.1 Slabé opioidy**

Kodein, je slabé opiooidní analgetikum, u kterého je analgetický účinek spíše jako placebo efekt. Při kombinaci s paracetamolem se analgetický účinek kodeinu zvyšuje. Tramadol je významným analgetikem u chronické bolesti. Při kombinaci opět s paracetamolem jeho analgetický účinek stoupá. Jedním nežádoucím účinkem může být vznik lékové závislosti (Lejčko, 2009).

#### **3.3.1.2.2 Silné opioidy**

Morfin se využívá v léčbě velmi silné bolesti. Své místo má také v léčbě onkologicky nemocných, kdy lze využít morfinových kapek, u kterých lze dávka po konzultaci s lékařem titrovat. Nevýhodou u morfinu jsou toxické metabolity kumulující při renální insuficienci. Morfin také způsobuje spasmus oddího svěrače, který reguluje odtok žluče a pankreatické šťávy do duodena a také zabraňuje zpětnému toku duodenálního obsahu do pankreatických a žlučových vývodů (Lejčko, 2009).

Fentanyl se podává při léčbě silné bolesti a může se využívat u paliativní léčby nezvladatelné dušnosti. V poslední době se fentanyl rozšiřuje i jako silná droga, která má silnější účinek než heroin (Nováková, b.d.). Fentanyl lze podávat injekční formou, transdermálně či transmukózně, kdy se léková forma rozpustí sublingválně nebo bukálně. Dávka při sublingválním podání je 100 až 800 µg, kdy se využívá individuální titrace dle výše bolesti. Další možností je podání za pomoci nazálního spreje, který je určen k léčbě průlomové nádorové bolesti (Sláma, 2022).

Sufentanil lze podávat pouze v anesteziologickém prostředí a perioperační analgezií. Tento silný opioid se v paliativní péči využívá jakožto premedikace před krátkodobými bolestivými procedurami spojené s ošetřením exulcerovaných tumorózních ran, manuálním vybavením stolice apod. Dále lze opioid využít při léčbě chronické bolesti formou kontinuální intravenózní nebo subkutánní infuze (Sláma, 2022).

## **4 PRÁVNÍ A ETICKÉ ASPEKTY UMÍRÁNÍ**

### **4.1 Etické aspekty umírání**

Každý člověk na světě má právo svůj závěr života a umírání prožít důstojně. Musí být respektován se svými představami, přáními, etickými a spirituálními měřítky a že bude činěno vše pro to, aby jeho vůle byla naplněna. Mimo jiné mají také právo na komplexní medicínskou, ošetrovatelskou, psychosociální a spirituální péči. Komplexní péče by měla odpovídat jeho individuální klinické a osobní situaci. Nedílnou součástí umírání v důstojných podmínkách je zapojení do péče a podpory osoby blízké a pozůstalé (Sláma, 2022).

#### **4.1.1 Základní etická měřítká a vodítka**

Mezi základní etická měřítká a vodítka patří lidská důstojnost a základní lidská práva. Paliativní péče se zaměřuje na zachování lidské důstojnosti a usiluje o její uznání i na sklonku života. S tímto je úzce spjat respekt a ochrana, jenž je důležitou součástí k poskytnutí přiměřeného prostředí umožňujícího důstojného umírání (Sláma, 2022).

#### **4.1.2 Eutanázie**

Slovo eutanázie se skládá ze dvou řeckých slov eu (dobrý) a thatos (smrt). Tedy doslovný překlad tohoto slova by byl dobrá smrt. Eutanazii lze definovat jako usmrcení života na žádost. V České republice eutanázie není možná a je brána jako trestný čin a hodnocena jako vražda (Ptáček, 2012).

Světová zdravotnická organizace definuje eutanazii jako úmyslné ukončení života jiného člověka za následujících podmínek: dotčený, který žádá o eutanazii, je člověk plně informován s nevléčitelnou chorobou, a který ze své vůle požádal o ukončení jeho života. Osoba jednající o eutanazii je vyrozuměna o přání dotčeného zemřít a tento skutek páchá se soucitem a bez osobního zisku (Ptáček, 2012).

Eutanázie je v aktuální době aktivní a legalizovaná v Nizozemsku, Belgii, Lucembursku a také v Kolumbii. Oproti eutanazie, asistovaná sebevražda je povolena v dalších šesti státech (Špinková, Cesta domů, 2015).

#### **4.1.3 Lékařsky asistované suicidium**

Lékařsky asistované suicidium neboli také asistovaná sebevražda se od eutanázie liší. Na rozdíl od eutanázie lékař prostředek, který pacienta usmrtí, nepodává, nýbrž pouze zprostředkovává. Na přání dotčené osoby, která je s celou situací vyrozuměná a jejím přáním je zemřít, připraví

lékař specifický přípravek určený k tomuto úkonu, poskytne ji dotyčné osobě a ta ji z vlastní vůle pozře a tím spáchá asistovanou sebevraždu (Kupka, 2014).

## **4.2 Právní aspekty umírání**

Právní předpisy se vztahují na veškerou zdravotní péči, včetně paliativní, která podléhá stejným právním normám jako ostatní oblasti zdravotní péče. Lékař je povinen poskytovat péči na náležité odborné úrovni, řídit se vědeckými poznatky a uznávanými medicínskými postupy. Dále musí brát také v úvahu jedinečné potřeby pacienta a přizpůsobit péči konkrétním podmínkám a dostupným možnostem. V odborné literatuře se lze setkat s pojmem *lege artis*, což označuje v právním a medicínském kontextu postup nebo jednání prováděné v souladu s odbornými normami a pravidly (Sláma, 2022).

### **4.2.1 Dříve vyslovené přání**

V případě, že se pacient dostane do takového stavu, kdy nebude schopen vyslovit souhlas či nesouhlas s poskytnutím péče a zdravotních služeb, může tento souhlas nebo nesouhlas předem vyslovit. Jedná se o tzv. dříve vyslovené přání, na které poskytovatel zdravotních služeb musí brát zřetel, je-li toto přání zhotoveno na základě písemného poučení pacienta o jeho rozhodnutí praktickým lékařem, u něhož je registrován. Musí mít písemnou formu a být opatřen úředně ověřeným podpisem pacienta. Samotné dříve vysloveného přání musí pak obsahovat jméno, příjmení a rodné číslo/identifikační číslo pacienta a ošetřujícího lékaře. Podrobné poučení o důsledcích jeho rozhodnutí, datum a hodinu sepsání, podpis pacienta, lékaře a určitého svědka (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2019).

### **4.2.2 Právní aspekt ukončení protinádorové léčby**

Může nastat situace, kdy u pacienta dojde k selhání všech postupů standardní protinádorové léčby nebo celkový stav pacienta je spojen s vysokým rizikem závažných nežádoucích účinků a minimální šancí na úspěch. V případě vyčerpání možností protinádorové léčby je nezbytné tuto závažnou informaci srozumitelně a citlivě sdělit pacientovi a důkladně ji zaznamenat do zdravotnické dokumentace. I přes veškeré snahy může nastat situace, kdy pacient a jeho rodina tuto skutečnost neakceptují a budou po lékařském personálu požadovat pokračování v léčbě, například v chemoterapii. Tento postoj k závažné zprávě je pochopitelný, zejména pokud byl pacient dříve informován o léčebných možnostech týkajících se jeho onemocnění a nyní čelí velkému zklamání. Z právního hlediska zdravotnický personál nesmí poskytnout péči, která není na patřičné odborné úrovni, navzdory tomu že by si to pacient přál. V případě kolektivního rozhodnutí lékařů v nepokračování protinádorové léčby, pokud je rozhodnutí řádně

medicínsky zdůvodněno a zdokumentováno, nelze označit výrok jako neposkytnutí pomoci (§ 207 zákona č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, v platném znění), ublížení na zdraví (§ 146 zákona č. 40/2009 Sb.) nebo dokonce jakožto některý trestný čin proti životu (§ 140 téhož zákona). Pacient umírá v důsledku svého chronicky nevléčitelného onemocnění, nikoliv z důvodu neposkytnutí další léčby v podobě chemoterapie (Sláma, 2022).

### **4.2.3 Rozhodnutí o nezahájení kardiopulmonální resuscitace**

Rozhodnutí o nezahájení kardiopulmonální resuscitace (KPR) je ve světě i v České republice předmětem rozsáhlých diskusí, hlavně z etického a právního hlediska, kdo je oprávněn takové rozhodnutí učinit. Na kardiopulmonální resuscitaci se v České republice pohlíží jako na léčebný výkon, jenž má své indikace a kontraindikace. V České republice je terminální stádium chronického nevléčitelného onemocnění považováno za kontraindikaci pro zahájení kardiopulmonální resuscitace. Lékař není tedy povinen tuto resuscitaci zahájit, pokud existuje medicínský důvod a její provedení by bylo v rozporu s odbornými standardy (Sláma, 2022).

V paliativní péči je důležitá komunikace mezi pacientem a zdravotnickým personálem. I zde je třeba dbát na otevřenou komunikaci a zapojovat do rozhodování jak pacienta, tak jeho rodinu. V praxi se setkáváme se situacemi, kdy rozhodování často převládá ze strany lékařů, místo aby bylo důrazněji založeno na vůli pacienta či jeho zástupců. V současné době se setkáváme se spory, které vznikají nejen z důvodu nezahrnutí rodiny pacienta do rozhodování o nezahájení KPR, ale především proto, že není následně o rozhodnutí lékařů ani informována. (Sláma, 2022).

## **5 ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA**

Tato kapitola se bude věnovat jednomu z orgánů integrovaného záchranného systému, a to konkrétně zdravotnické záchranné službě. Stručně bude shrnuto, co to zdravotnická záchranná služba je, co je jejím úkolem, a jaké mají možnosti v oblasti paliativní péče a jeho vzdělání.

### **5.1 Zdravotnická záchranná služba ČR**

Zdravotnická záchranná služba, zkráceně ZZS, je součástí integrovaného záchranného systému (IZS), kam mimo ní spadá také například policie ČR a hasičský záchranný sbor České republiky. Je také součástí systému zdravotních služeb ČR (Špaček, 2009).

Základním úkolem zdravotnické záchranné služby je poskytnutí tzv. přednemocniční neodkladné péče (PNP) v situacích, kdy dojde k náhlému vzniku onemocnění, úrazu či jinému zhoršení zdravotního stavu (Franěk, b.d.).

Poskytovatelem jednotlivých zdravotnických záchranných služeb je příspěvková organizace, která je zřizována územně příslušným krajem. Základní organizace, struktura a provoz daných zdravotnických záchranných služeb jsou dány příslušnými ustanoveními zákona č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě. Další opatření organizačního uspořádání mohou spadat pod jednotlivé kraje a zahrnovat plnění dalších úkolů stanovených zřizovatelem (Šín, 2019).

### **5.2 Vzdělání v oblasti paliativní péče pro ZZS**

V poslední době vzrůstá počet dostupných kurzů v oblasti paliativní péče pro posádky zdravotnické záchranné služby, ale také pro ostatní nelékařský zdravotnický personál. Takovým příkladem mohou být kurzy, konference, mentoring či různé webináře pořádané Centrem paliativní péče pro profesionály jak ze zdravotnických, tak i nezdravotnických zařízení, kteří přijdou do kontaktu s umírajícími pacienty a jejich rodinami (Loučka, Centrum paliativní péče).

Jedním z těchto kurzů se nazývá PEACE neboli palliative and emergency care essentials. Tento kurz je určen pracujícím v urgentní medicíně jako jsou zdravotničtí záchranáři, lékaři či všeobecné a praktické sestry. Kurz obsahuje teoretický základ paliativní péče a praktické dovednosti s ošetřením paliativního pacienta jak v přednemocničním prostředí, tak na urgentním příjmu. Mimo jiné se v kurzu učí evidence-based doporučené postupy pro sdělování závažných zpráv v prostředí neodkladné péče. Významným lektorem je například PhDr. David Peřan, Ph.D., FERC, zdravotnický záchranář se specializací pro urgentní medicínu a zároveň člen Evropské resuscitační rady pro rozšířenou resuscitaci dospělých, členem výboru České resuscitační rady

a také je členem Společnosti urgentní medicíny a medicíny katastrof ČLS JEP (Loučka, Centrum paliativní péče).

### **5.3 Konsensuální doporučení pro péči o pacienty v terminálním stádiu**

Doporučení České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP pojednává o postupech poskytování přednemocniční neodkladné péče u paliativních pacientů nacházejících se v terminálním stádiu svého onemocnění. Doporučení je cíleno na prostředí zdravotnických záchranných služeb a urgentních příjmů (Uhlíř, Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP, 2022).

#### **5.3.1 Poskytování péče výjezdovými skupinami**

Dle části B v konsensuálním doporučení pro péči o pacienty v terminálním stádiu, který se věnuje zdravotnickým záchranným službám, výjezdové skupiny postupují u pacienta s klasifikací „Paliativní pacient“ standardním postupem v souladu s poskytováním péče na odborné úrovni (Uhlíř, Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP, 2022).

Cílem péče u pacienta v terminálním stádiu není v souladu se Zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách prodloužení života, nýbrž zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, mohou operátoři dispečinku indikovat samostatný výjezd RV (rendez-vous), bez posádky RZP, k symptomatické léčbě a následnému ponechání pacienta doma (Uhlíř, Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP, 2022).

### **5.4 Rapid-PCST (paliative care screening tool)**

Jedná se o unikátní protokol určený pro dispečery, díky kterému mohou poznat již při telefonátu na operační středisko, zdali se jedná o paliativně relevantního pacienta. Za paliativně relevantní pacienty se považují lidé, kteří jsou již v terminálním stádiu nevyléčitelného onemocnění, které současná medicína nedokáže vyléčit a z akutní hospitalizace by pacient neprofitoval. Pro identifikaci těchto pacientů slouží právě již zmíněný světově využívaný protokol Rapid-PCST (paliative care screening tool), který pražská zdravotnická záchranná služba ve spolupráci s Centrem paliativní péče vyvinula v rámci pilotního projektu. Tento protokol obsahuje sérii otázek, díky kterým operátoři dispečinku dokáží tyto pacienty za necelou minutu identifikovat již během telefonického rozhovoru (Poštová, 2023).

Protokol Rapid-PCST obsahuje konkrétně sérii tří otázek. První otázkou je „S čím se pacient dlouhodobě léčí?“, při které operátoři zjistí pacientovu diagnózu. Během této otázky dispečer hledá, zdali se dotýčný nemá v anamnéze onkologickou diagnózu s metastázemi, chronickou obstrukční plicní nemoc (CHOPN), srdeční selhání, amyotrofickou laterální sklerózu

či roztroušenou sklerózu, chronickou dialýzu nebo domácí oxygenoterapii (Uhlíř, Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP, 2022).

## 5.5 REMAP

Jedná se o vstup do konverzace s paliativním pacientem. Je to vodítko, které pomáhá vést správně konverzaci s pacientem v terminálním stádiu, o čem s takovým pacientem hovořit, co můžeme očekávat, a jak na to můžeme reagovat. Každé písmenko z akronymu REMAP zastává jeden bod konverzace. Při dodržení tohoto postupu lze docílit vytvoření společného plánu. Ředitel Centra excellence Anthony Back v roce 2017 na konferenci v České republice o paliativní péči prohlásil, že: *„Pro cíle péče na konci života používáme zkratku REMAP, tedy znovuzmapování. Je třeba nové nastavení, nový pohled na situaci, pak se podíváte na emoce a jejich zvládnutí, mapujete základní hodnoty pacienta a snažíte se najít společnou řeč s pacientem i rodinou. Pak naplánujete léčbu, která bude brát v potaz vyslovené hodnoty,“* (Koubková, 2017).

R – reframe why the status quo isn't working – rámeček. Snaha o nastínění celé situace, jak to pacient vnímá, co vše o své nemoci ví a zdali tomu všemu rozumí i jeho rodina. Otázky mohou směřovat také na blízké osoby – „Když se podíváte, jak se ten stav vyvinul v posledních týdnech. Zdá se vám, že se spíše stav zlepšuje či zhoršuje? Překvapila Vás tato situace?“ Pomocí těchto pilotních otázek dotyčný pozná, jaké je povědomí o problematice, jaké jsou nedostatky v informacích, a jaké kroky budou následovat.

E – expect emotion & empathize – emoce. Nebát se emocí a dlouhého ticha. Pro pacienta informace mohou být nové a potřebuje si je zpracovat. Jsou třeba očekávat různá emoce a je v této chvíli zapotřebí být empatický a pracovat s emocemi. K pomoci mohou posloužit empatické obraty:

- „Vidím, že je to pro vás teď těžké.“
- „Moc rád bych pro vás měl/a lepší zprávy.“
- „Je mi to hrozně líto.“

M – map the future – mapování. Zjišťování priorit a hodnot pacienta a rodiny. Kdo je pro pacienta důležitý, jaký člověk by mu mohl pomoci se překlenout přes tuto situaci. Zjistit, co je pro něho v tuto chvíli nejdůležitější, jaké jsou jeho obavy, co by mu pomohlo se cítit lépe či co by si přál.

A – align with the patient's values – propojení. Shrnutí všech získaných informací, které byly od pacienta a jeho rodiny po dobu rozhovoru získány. Jejich propojení a následná rekapitulace, zdali je všemu dobře porozuměno. Příkladem může být „Pokud tomu dobře rozumím, nechcete maminku odvádět do nemocnice, ona by si to taky nejspíše nepřála, ale máte strach, ...“

P – plan medical treatments that match patient values – plán. Zhotovení výsledného plánu a prezentace následujících kroků (Back, VitalTalk, 2019).

Během konverzace u pacienta v terminálním stádiu onemocnění je třeba počítat s různými otázkami navíc, na které bude chtít pacient odpovědět. Můžeme očekávat otázky například ohledně protirakovinné léčby. Dále je zapotřebí, před představením lůžkové hospicové péče, zmínit také jiné možnosti péče jako domácí hospicovou péči, denní stacionář a další (Back, VitalTalk, 2019).

## VÝZKUMNÁ ČÁST

Výzkumná část má za cíl zjistit a popsat pohled pracovníků zdravotnických záchranných služeb ze dvou odlišných krajů na problematiku paliativní péče v přednemocniční neodkladné péči.

Dále bylo cílem zjistit zkušenosti a znalosti pracovníků zdravotnických záchranných služeb v problematice paliativní péče. Zdali se již s touto problematikou na zdravotnické záchranné službě setkali, jak často nebo zdali zkoušeli také kontaktovat paliativní tým či hospic. Zjistit, jaké jsou znalosti v této oblasti, zdali dostávají školení na téma paliativní péče nebo jaké jiné školení by v tomto oboru uvítali.

## 6 METODIKA VÝZKUMNÉ ČÁSTI

Pro účely tohoto výzkumu je zvolena kvantitativní výzkumná metoda a k získávání dat je vytvořen dotazník vlastní konstrukce, který je distribuován online formou do obou zapojených zdravotnických záchranných služeb, u kterých bylo získáno schválení k provedení výzkumu. Dále z důvodu zachování anonymity zkoumaných subjektů a z důvodu ochrany osobních údajů autora nebyly tyto zdravotnické záchranné služby konkrétně zmiňovány a byly popisovány jako zdravotnická záchranná služba 1 a zdravotnická záchranná služba 2, zkrácenou verzí ZZS 1 a ZZS 2.

Dotazníkové šetření je složeno z celkem 23 otázek, kdy 4 otázky z dotazníkového šetření jsou zaměřeny na informace o respondentech, tj. věk, pohlaví, pozice a kraj příslušné zdravotnické záchranné služby. Zbýlých 19 otázek se již věnuje přímo problematice paliativní péče. Otázky byly navrženy tak, aby na ně mohl odpovědět každý člen posádky výjezdových skupin zdravotnické záchranné služby (řidič/ka vozidla ZZS, zdravotnický záchranář a další), kromě lékařského personálu, který do dotazníkového šetření nebyl zahrnut. Na základě návrhu jednoho pracovníka ze zdravotnické záchranné služby bylo dotazníkové šetření rozšířeno o pracovní pozici „zdravotnický záchranář pro urgentní medicínu“. Dotazníkové šetření bylo sestaveno z různých typů otázek. Nejčastěji se vyskytoval uzavřený typ otázek, dále polouzavřený typ, který umožňoval respondentům vyjádřit svůj názor nebo zkušenost v krátkém souvětí. V dotazníku se rovněž objevily otázky využívající Likertovu škálu a dichotomické otázky, na které respondenti odpovídali pouze „ano“ nebo „ne“.

Odpovědi z dotazníkového šetření byly ručně přepsány do excelové tabulky pro lepší zpracování. Jednotlivé odpovědi poté byly převedeny do grafické podoby jakožto graf, kde hodnoty jednotlivých otázek byly označeny v procentuální míře. V případě, kdy bylo v otázce možné

zaškrtnout jednu nebo více odpovědí, autor rozdělil data a uvedl je podle toho, jak často byly jednotlivé odpovědi zvoleny v procentech. Posléze byly grafy z programu Excel převedeny do bakalářské práce a rozřazeny pod jednotlivé otázky. Pro lepší orientaci ve výsledcích byly k jednotlivým procentům odpovědí doplněny do závorkách i jejich absolutní hodnoty (to znamená, že například 26,80 % (12) vyjadřuje, že danou odpověď zvolilo 12 respondentů, což odpovídá 26,80%).

Celé znění dotazníkového šetření je součástí bakalářské práce jakožto „Příloha A“.

## **6.1 Výzkumný soubor**

Do profilu respondentů byli vybráni zaměstnanci dvou zdravotnických záchranných služeb pro účel jejich porovnání. Pro dotazníkové šetření byly zahrnuty tyto konkrétní profese: zdravotnický záchranář, zdravotnický záchranář pro urgentní medicínu, všeobecná sestra se specializovanou způsobilostí v oboru intenzivní péče, všeobecná sestra se specializovanou způsobilostí v oboru intenzivní péče a s certifikovaným kurzem ošetrovatelská péče o pacienta v přednemocniční neodkladné péči a operační řízení přednemocniční neodkladné péče a jako poslední řidič či řidička vozidla zdravotnické záchranné služby. Z důvodu, že výzkum byl zaměřen na nelékařský zdravotnický personál, lékaři zdravotnických záchranných služeb nebyli do dotazníkového šetření zahrnuti.

## **6.2 Realizace výzkumu**

Dotazníkové šetření probíhalo v rozmezí od 20. ledna do 20. února 2025. V trvání jednoho měsíce bylo nashromážděno 101 odpovědí ze zdravotnické záchranné služby z dvou odlišných krajů. Dotazník byl zpracován online formou prostřednictvím webové platformy google forms.

Získaná data byla převedena do programu Microsoft Excel, kde byly otázky a jejich výsledky přiřazeny do jednotlivých sektorů a následně vytvořena grafická znázornění. Tyto grafy byly poté upraveny do finální podoby, vloženy do bakalářské práce a následně autor interpretoval výsledky jednotlivých grafů.

## **7 VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ**

V následující kapitole jsou interpretována sesbíraná analyzovaná data jednotlivých otázek. Pro účel porovnání zdravotnické záchranné služby 1 a zdravotnické záchranné služby 2 jsou data vložena do jednoho grafu a počet odpovědí jsou zobrazeny v procentuální míře.

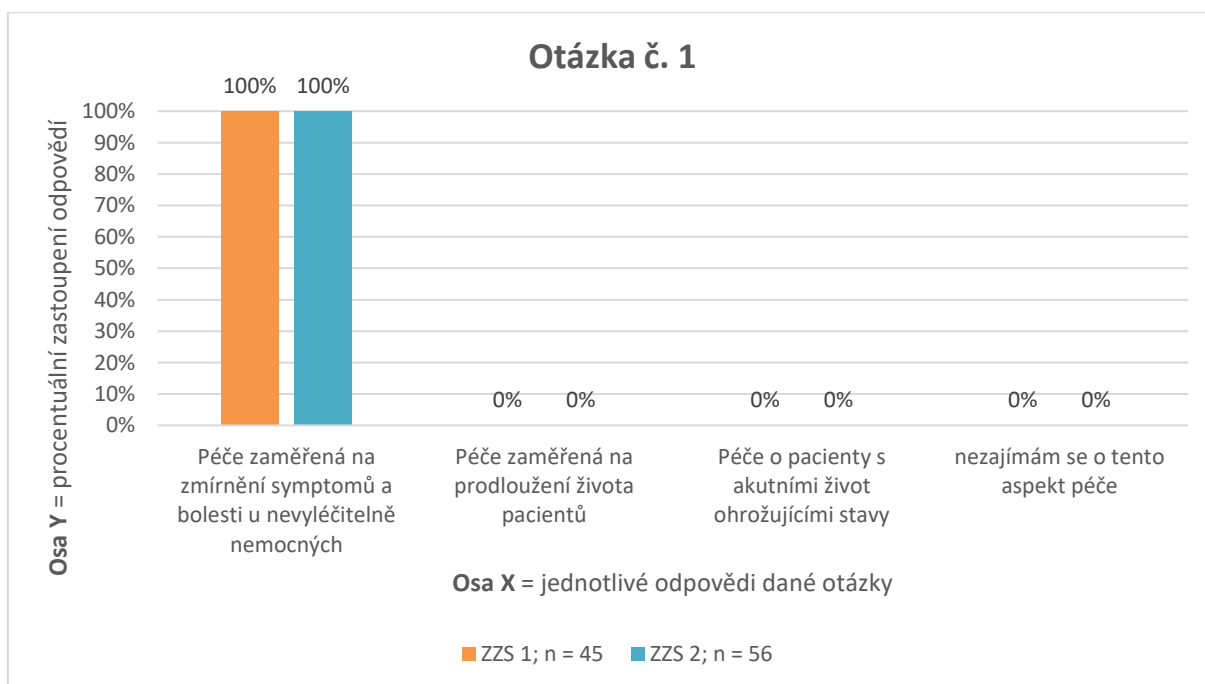
Ze zdravotnické záchranné služby 1 bylo do výzkumu zahrnuto 45 respondentů a ze zdravotnické záchranné služby 2 bylo zahrnuto celkem 56 dotazovaných. Celkem do výzkumu bylo tedy zahrnuto 101 respondentů, nelékařských zdravotnických pracovníků výjezdových základen ZZS.

## 7.1 Otázka č. 1 – Jak byste definoval/a paliativní péči v kontextu přednemocniční neodkladné péče?

První otázka z dotazníkového šetření na problematiku paliativní péče v přednemocniční neodkladné péči. Tato otázka je vstupním bodem do výzkumu, kdy cílem je zjistit, zdali si respondenti jsou vědomi, co přesně znamená paliativní péče, a jak by ji definovali v kontextu s přednemocniční neodkladnou péčí. Jedná se o uzavřený typ otázky se čtyřmi možnými odpovědi - péče zaměřená na zmírnění symptomů a bolesti u nevléčitelně nemocných; péče zaměřená na prodloužení života pacientů; péče o pacienty s akutními život ohrožujícími stavy; nezajímám se o tento aspekt péče.

Paliativní péče lze shrnout jako péče zaměřená na zmírnění symptomů a bolesti u nevléčitelně nemocných. Předpokladem byla stoprocentní úspěšnost u této otázky, která byla naplněna.

Graf na obrázku č. 5 poukazuje na skutečnost, že respondenti z obou zdravotnických záchranných služeb, v případě tohoto šetření tedy respondenti ze ZZS 1 a ZZS 2 odpověděli stejně, a to na první možnou odpověď, že paliativní péče je brána jako obor zaměřený na zmírnění symptomů a bolesti u pacientů v terminálním stádiu onemocnění. V procentuální míře se tedy jednalo o 100 % (45) respondentů ze ZZS 1 a také 100 % (56) respondentů ze ZZS 2, kteří odpověděli na první odpověď, jež se považovala za správnou.

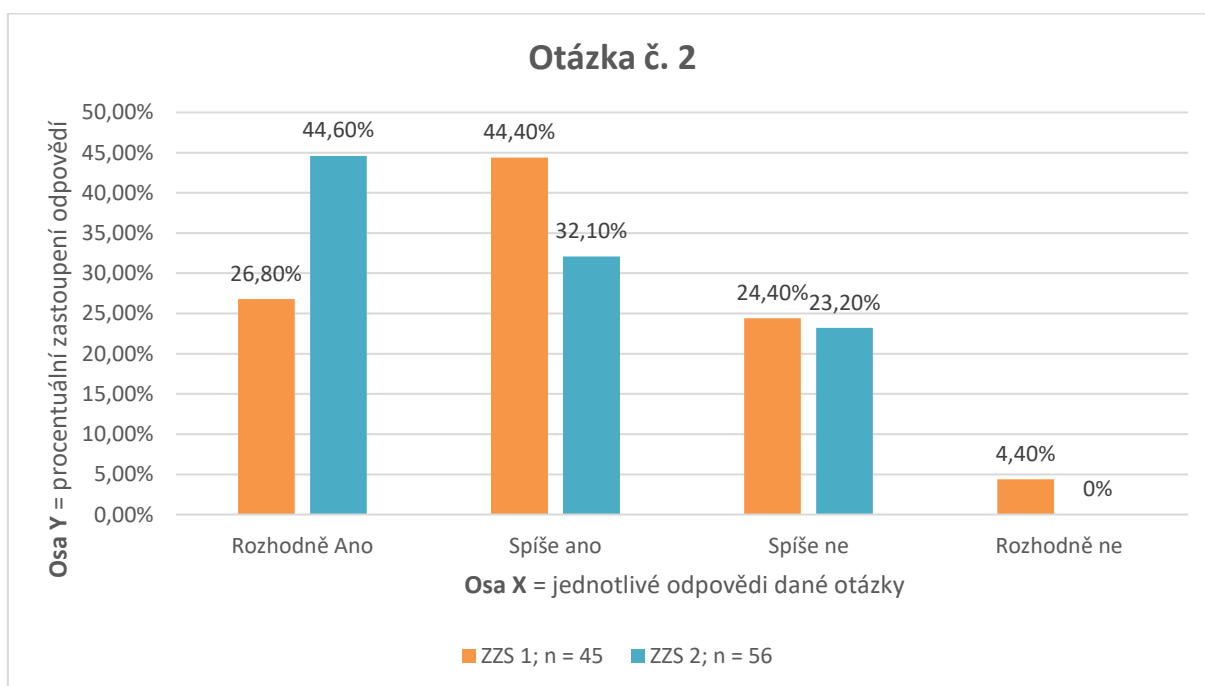


Obrázek 5 - Otázka č. 1 – Jak byste definoval/a paliativní péči v kontextu přednemocniční neodkladné péče?

## 7.2 Otázka č. 2 – Vnímáte paliativní péči jako důležitou součást přednemocniční neodkladní péče?

Otázka č. 2 je formulována pomocí Likertovy škály, která obsahuje odpovědi – rozhodně ano, spíše ano, spíše ne a rozhodně ne. Otázka se zaměřuje na pohled pracovníků zdravotnických záchranných služeb ohledně důležitosti paliativní péče jako součástí přednemocniční neodkladné péče. S narůstajícím stárnutím populace lze předpokládat, že paliativně relevantních pacientů bude přibývat a autora zajímá, zdali to vnímají také pracovníci zdravotnických záchranných služeb.

Respondenti ze ZZS 2 hlasovali procentuálně ve vyšší míře pro možnost „Rozhodně ano“ než ZZS 1, jak je možné vidět na grafu na obrázku č. 6. Konkrétně pro tuto možnost se vyjádřilo 44,60 % (25) respondentů ZZS 2, zatímco u ZZS 1 to bylo pouze 26,80 % (12). Druhá odpověď, „spíše ano“, byla naopak více vybírána respondenty ZZS 1, kde pro tuto možnost hlasovalo 44,40 % (20) dotazovaných, zatímco u ZZS 2 to bylo pouze 32,10 % (18). Odpověď „spíše ne“ byla v obou skupinách respondentů zvolena téměř stejně – 24,40 % (11) respondentů ZZS 1 a u ZZS 2 takto hlasovalo 23,20 % (13) respondentů. Pouze 4,40 % (2) respondentů ZZS 1 se domnívá, že paliativní péče rozhodně není důležitou součástí přednemocniční neodkladné péče.

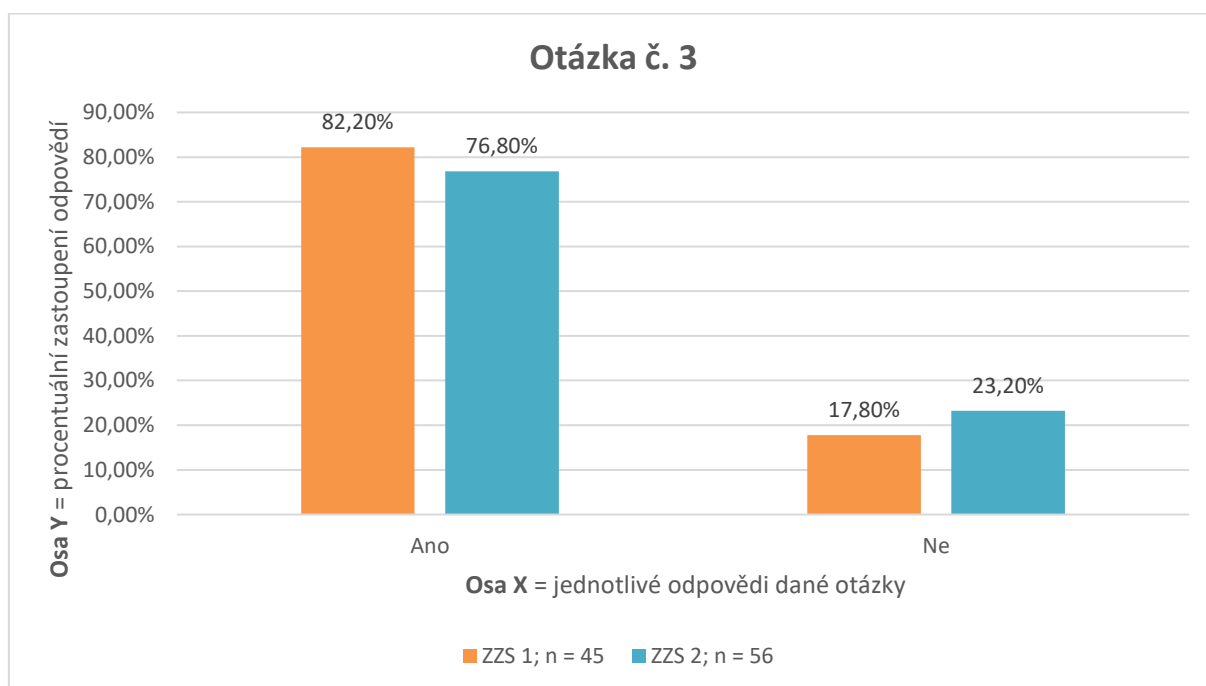


Obrázek 6 - Otázka č. 2 - Vnímáte paliativní péči jako důležitou součást přednemocniční neodkladní péče?

### 7.3 Otázka č. 3 – Byl/a jste někdy na výjezdu u osoby, která byla operačním střediskem posouzena jako paliativně relevantní pacient?

Paliativně relevantní pacient je v této otázce vysvětlen jako pacient s potřebou rychlé a účinné léčby symptomů, který má snížený benefit z akutní hospitalizace, avšak zvýšenou potřebu paliativní péče. Otázka číslo tři dichotomického typu byla vytvořena pro získání informace ohledně fungování spolupráce mezi zdravotnickým operačním střediskem a výjezdovými skupinami. Ukazuje, zdali již operátoři posílají avízo posádkám, že se může jednat o paliativně relevantního pacienta s benefitem v paliativní péči.

Odpovědi respondentů ze ZZS 1 i ZZS 2 byly téměř totožné. Dle grafu na obrázku č. 7 je u ZZS 1 výsledkem 82,20 % (37) dotazovaných, kteří se setkali na výjezdu s osobou posouzenou zdravotnickým operačním střediskem jako paliativně relevantní pacient. Zbýlých 17,80 % (8) respondentů ze ZZS 1 uvedlo, že na výjezdu u paliativně relevantního pacienta nebyli. U ZZS 2 pro první variantu hlasovalo méně respondentů než u ZZS 1, tj. 76,80 % (43) respondentů se na výjezdu setkalo s paliativně relevantním pacientem. Naopak 23,20 % (13) nelékařských zdravotnických pracovníků ze ZZS 2 se nikdy s paliativně relevantním pacientem neseťkalo.



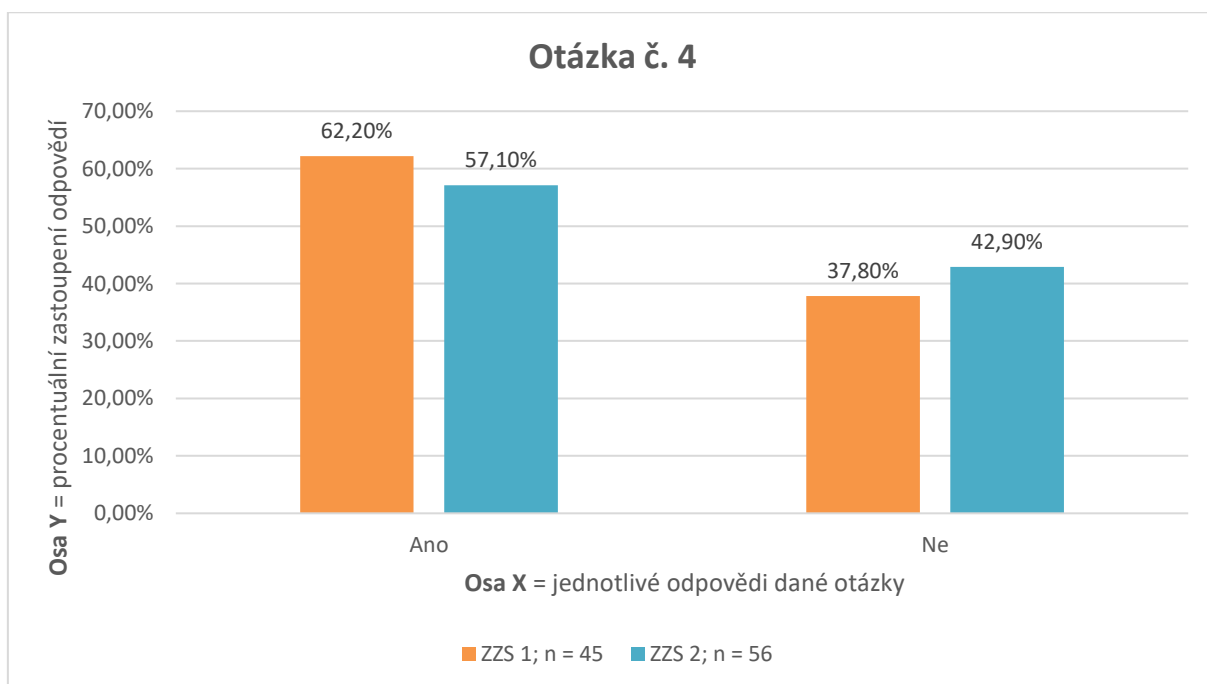
Obrázek 7 - Otázka č. 3 – Byl/a jste někdy na výjezdu u osoby, která byla operačním střediskem posouzena jako paliativně relevantní pacient?

## 7.4 Otázka č. 4 – Dostáváte již od dispečera avízo, že jedete k pacientovi, u kterého je předpoklad paliativní péče?

Otázka číslo čtyři dichotomického typu s odpověďmi „ano“ a „ne“ získává informaci, zda je na zdravotnických operačních střediscích již v rané fázi zjišťováno, jestli bude pacient profitovat z paliativní péče, a zdali funguje propojení zdravotnického operačního střediska s výjezdovými posádkami na podkladě informovanosti výjezdovými posádkami ohledně výjezdu k paliativně relevantnímu pacientovi.

Z výsledků, které lze vidět pomocí grafu na obrázku č. 8, vyplývá, že ve více než polovině případů, zdravotnické operační středisko informuje výjezdové skupiny zdravotnické záchranné služby o pacientovi, který byl dispečerem vyhodnocen jako paliativně relevantní a je u něho předpoklad benefitu z paliativní péče.

U ZZS 1 odpovědělo 62,20 % (28) respondentů, že již někdy obdrželi avízo o předpokládaném benefitu paliativní péče pro pacienta. U ZZS 2 tuto odpověď uvedlo 57,10 % (32) respondentů. Je však třeba vzít v úvahu, že u ZZS 2 je více dotazovaných, a není zaručeno, že zbylých 42,90 % (24) respondentů, kteří odpověděli „ne“, se v budoucnu s takovým avízem od zdravotnického operačního střediska nesečkají. Stejně tak u ZZS 1, kde na tuto otázku záporně odpovědělo 37,80 % (17) respondentů.

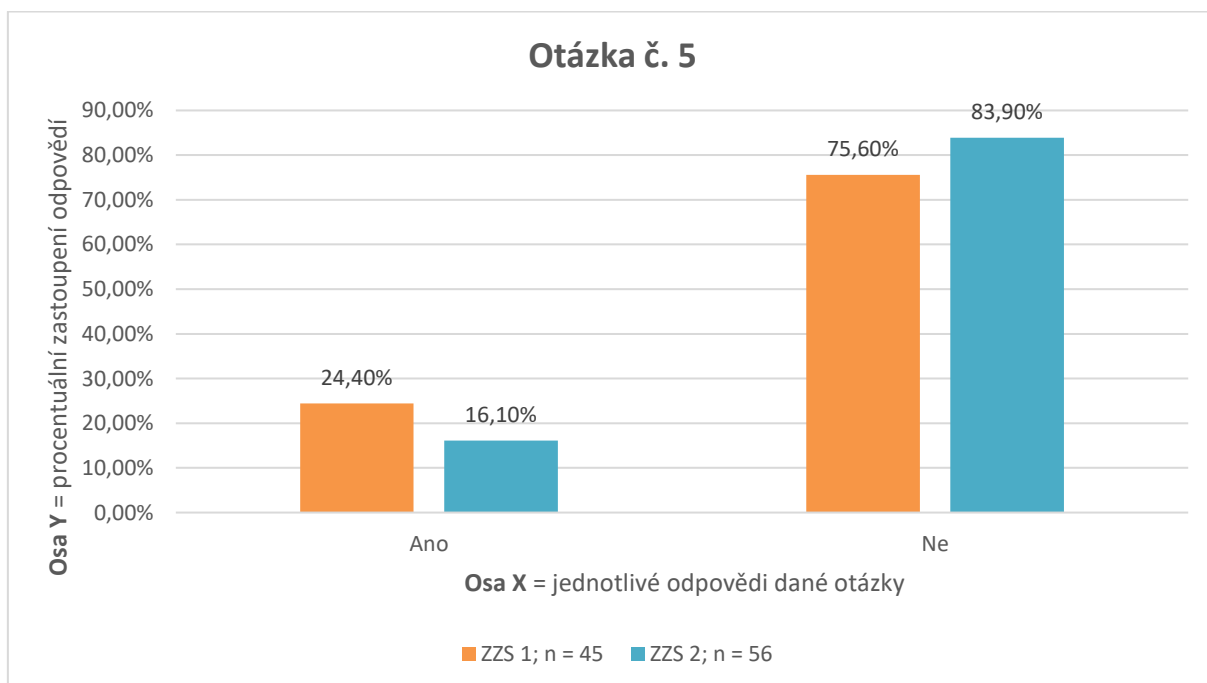


Obrázek 8 - Otázka č. 4 – Dostáváte již od dispečera avízo, že jedete k pacientovi, u kterého je předpoklad paliativní péče?

## 7.5 Otázka č. 5 – Slyšel/a jste někdy o REMAP systému?

Jedná se o dichotomický typ otázky, kdy odpověď se skládá pouze z výběru ANO či NE. Poněvadž se jedná o akronym k tématu paliativní péče, který je zmiňovaný na konferencích či školeních, předpokládala se neznalost, a tudíž k otázce byla přidělena následující vysvětlivka REMAP systému – „Jedná se o akronym, o vstup do konverzace s paliativním pacientem. Je to vodítko, které pomáhá vést správně konverzaci s pacientem v terminálním stádiu, o čem s takovým pacientem hovořit, co můžeme očekávat, a jak na to můžeme reagovat.“

REMAP systém je odborným akronymem, který se učí na specializovaných kurzech na téma paliativní péče. Předpokladem výsledku byla většinová neznalost onoho systému, který se následným dotazníkovým šetřením potvrdil. Graf obrázku č. 9 prezentuje, že na tuto otázku u ZZS 1 kladně odpovědělo 24,40 % (11) respondentů. To poukazuje na skutečnost, že více pracovníků ZZS 1 bylo buď na specializovaných kurzech v oblasti paliativní péče nebo se s tímto akronymem setkali častěji než respondenti ZZS 2. O REMAP systému u ZZS 2 slyšelo 16,10 % (9) dotazovaných. Zbýlých 83,90 % (47) u ZZS 2 a zbylých 75,60 % (34) respondentů u ZZS 1 nikdy neslyšelo o systému REMAP, jenž se využívá při komunikaci s pacientem v terminálním stádiu závažného onemocnění.

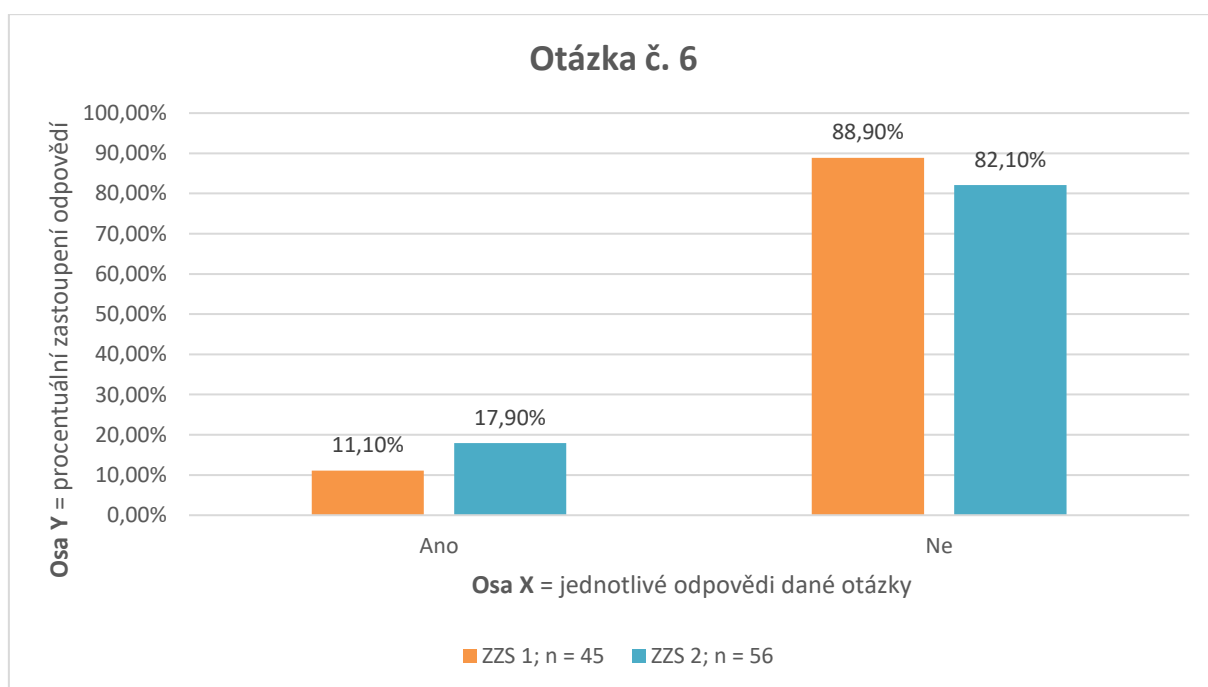


Obrázek 9 - Otázka č. 5 – Slyšel/a jste někdy o REMAP systému?

## 7.6 Otázka č. 6 – Slyšel/a jste někdy o protokolu pro dispečery RAPID-PCST?

Jako u předchozí otázky, i u této otázky se jedná o dichotomický typ, kdy je na výběr pouze ze dvou odpovědí ANO nebo NE. Otázka získává informaci o znalosti posádek výjezdových skupin, co se týče hodnotícího protokolu pro posouzení paliativně relativního pacienta. V tomto případě se jednalo o protokol určený pro dispečery zdravotnických operačních střediscích, který byl vysvětlen respondentům následovně: „RAPID-PCST neboli rapid paliative care screening tool je protokol určený pro dispečery zdravotnického operačního střediska. Tento protokol se skládá ze tří otázek či kritérií. Pokud pacient bude splňovat všechna tato tři kritéria, může dispečer označit pacienta jako paliativně relevantního a může se předpokládat, že bude mít benefit z paliativní péče.“

Obdobně jako u otázky č. 5, i zde autor očekával spíše neznalost protokolu RAPID-PCST. Důvodem je skutečnost, že tento protokol je primárně využíván dispečery na zdravotnických operačních střediscích. Posádky výjezdových skupin jednotlivých zdravotnických záchranných služeb se s tímto protokolem běžně neseškávají, pokud nemají zároveň pracovní poměr na operačním středisku. Z grafu, který je součástí obrázku č. 10 je patrné, že z celkových 45 respondentů ze ZZS 1 o protokolu pro dispečery RAPID-PCST slyšelo 11,10 % (5). U ZZS 2 bylo toto procento vyšší, konkrétně 17,90 % (10). V případě možnosti „Ne“ tak hlasovalo 88,90 % (40) respondentů ze ZZS 1. O něco méně, 82,10 % (46) respondentů, pro tuto možnost hlasovalo ze ZZS 2.

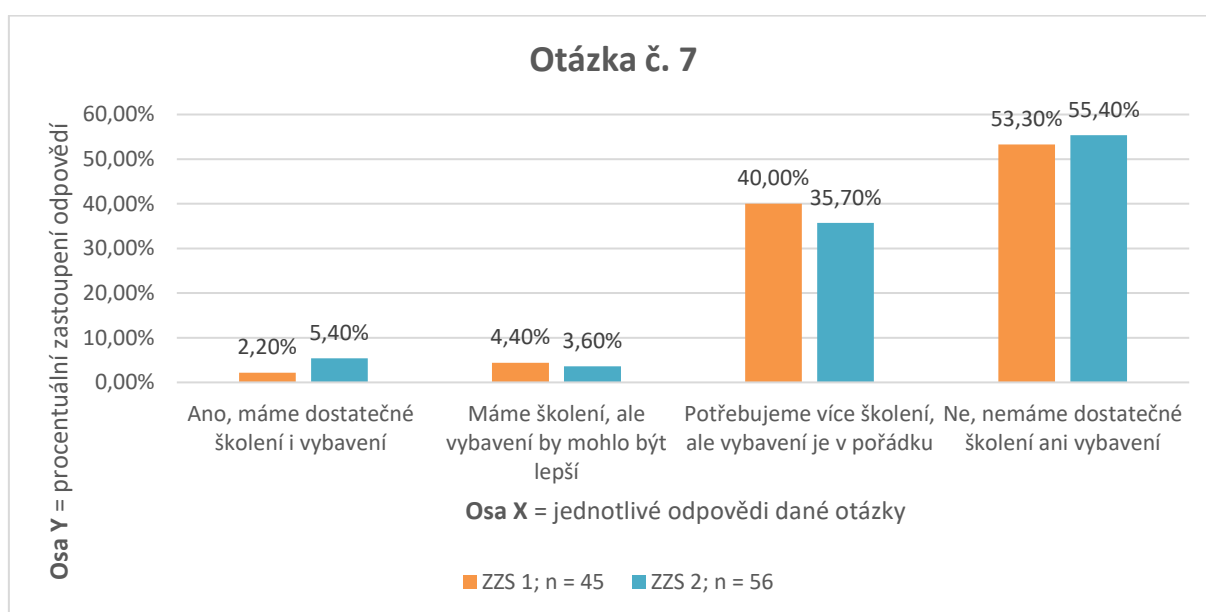


Obrázek 10 - Otázka č. 6 – Slyšel/a jste někdy o protokolu pro dispečery RAPID-PCST?

## 7.7 Otázka č. 7 – Myslíte si, že posádky zdravotnické záchranné služby mají dostatečné dovednosti a vybavení k poskytování paliativní péče?

Otázka č. 7 se zaměřuje na zhodnocení schopností a vybavení posádek zdravotnické záchranné služby v oblasti poskytování paliativní péče. Cílem je zjistit, zda respondenti považují dovednosti a vybavení, které mají k dispozici, za dostatečné pro efektivní a kvalitní poskytování paliativní péče pacientům v terminálních stádiích. Dále tím lze zjistit, jak posádky vnímají svou vlastní připravenost a zda mají pocit, že jejich školení a vybavení jsou adekvátní k řešení těchto specifických situací. Mohlo by to také naznačit případné nedostatky v oblasti vzdělání nebo vybavení, které by mohlo bránit v poskytování optimální paliativní péče.

Ani jedna ze zkoumaných zdravotnických záchranných služeb není přesvědčena, že by měla dostatečné školení a také vybavení pro poskytování paliativní péče. Na tento fakt poukazuje graf obrázku č. 11, kde u ZZS 1 je 2,20 % (1) přesvědčeno, že je jejich školení i vybavení adekvátní a dostatečné. O něco více je to pak u ZZS 2, kde si to myslí 5,40 % (3) respondentů. Podobná procentuální část respondentů se domnívá, že školení jsou adekvátní, ale vybavení by mohlo být lepší. Tuto možnost zvolilo 4,40 % (2) respondentů u ZZS 1 a 3,60 % (2) u ZZS 2. Rapidní skok nastal u odpovědi, že naopak potřebují více školení, ale vybavení je v pořádku. U ZZS 1 tuto možnost zvolilo 40,00 % (18) dotazovaných, zatímco u ZZS 2 hlasovalo pro tuto odpověď o něco méně, konkrétně 35,70 % (20) respondentů. Pro poslední možnost hlasovalo u obou zdravotnických záchranných služeb nejvíce lidí. U ZZS 1 si myslí 53,30 % (24) dotázaných, že nemají jak dostatečné školení, tak vybavení, u ZZS 2 to je 55,40 % (31).

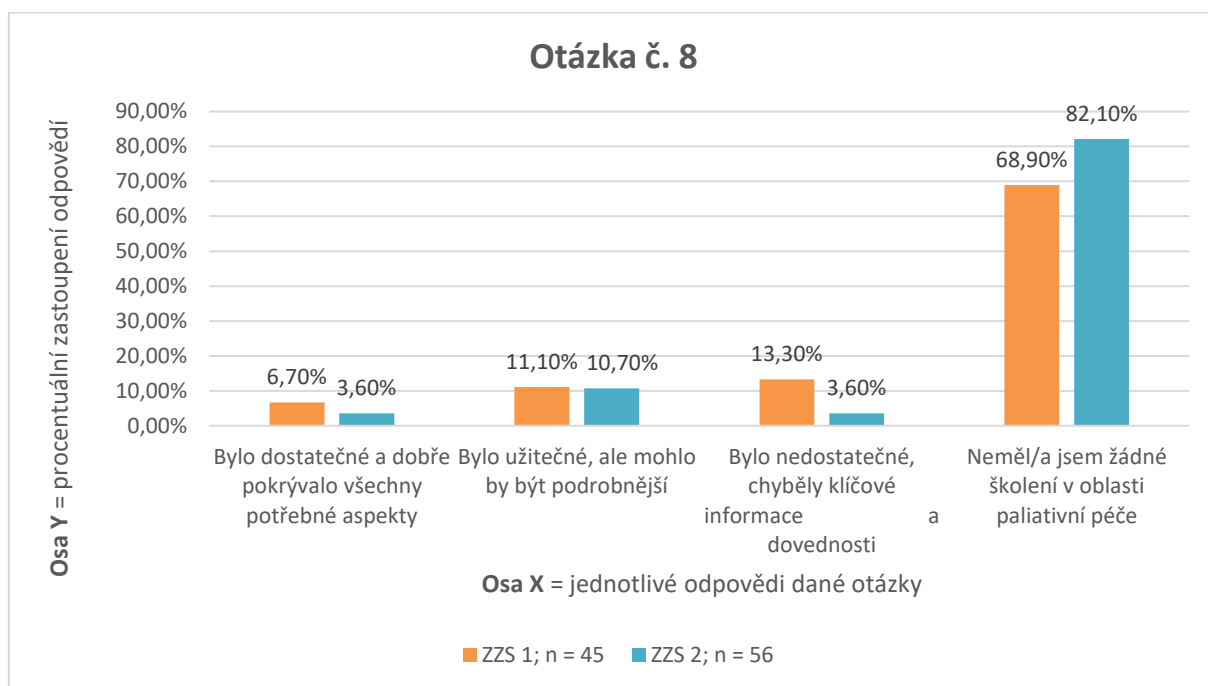


Obrázek 11 - Otázka č. 7 - Myslíte si, že posádky zdravotnické záchranné služby mají dostatečné dovednosti a vybavení k poskytování paliativní péče?

## 7.8 Otázka č. 8 – Jak byste hodnotili aktuální školení, které jste absolvovali k poskytování paliativní péče v přednemocniční péči?

Osmá otázka tohoto dotazníku se zaměřuje na zhodnocení aktuálního školení, které respondenti zdravotnických záchranných služeb absolvovali, a na to, zdali se respondenti vůbec již nějakého školení v této oblasti zúčastnili. Cílem je zjistit, zda školení bylo dostatečné a dalo jim potřebné znalosti a dovednosti, které by jim umožnily správně reagovat na situace, kde je cílem zajistit kvalitní a důstojnou péči pro pacienty, u nichž nelze očekávat zlepšení stavu.

Respondenti měli na tuto otázku možnost zvolit jednu ze čtyř odpovědí. Na obrázku č. 12 lze vidět, že 6,70 (3) % respondentů u ZZS 1 považovalo své dosavadní školení v oblasti paliativní péče za dostatečné a dobře pokrývající všechny potřebné aspekty. U ZZS 2 tuto možnost zvolilo méně respondentů, konkrétně 3,60 % (2). Stejná míra respondentů měla zkušenost se školením, které bylo užitečné, ale mohlo by být podrobnější. Tuto možnost zvolilo 11,10 % (5) respondentů u ZZS 1. U ZZS 2 hlasovalo pro tuto odpověď 10,70 % (6) respondentů. Pro 13,30 % (6) dotazovaných ze ZZS 1 bylo absolvované školení nedostatečné, chyběly klíčové informace a dovednosti, zatímco ze ZZS 2 tuto možnost zvolilo 3,60 % (2) respondentů. Většina respondentů jak ze ZZS 1, tak i ze ZZS 2 dosud neabsolvovala žádné školení v oblasti paliativní péče. U ZZS 1 tuto možnost zvolilo 68,90 % (31) respondentů, zatímco u ZZS 2 to bylo 82,10 % (46).

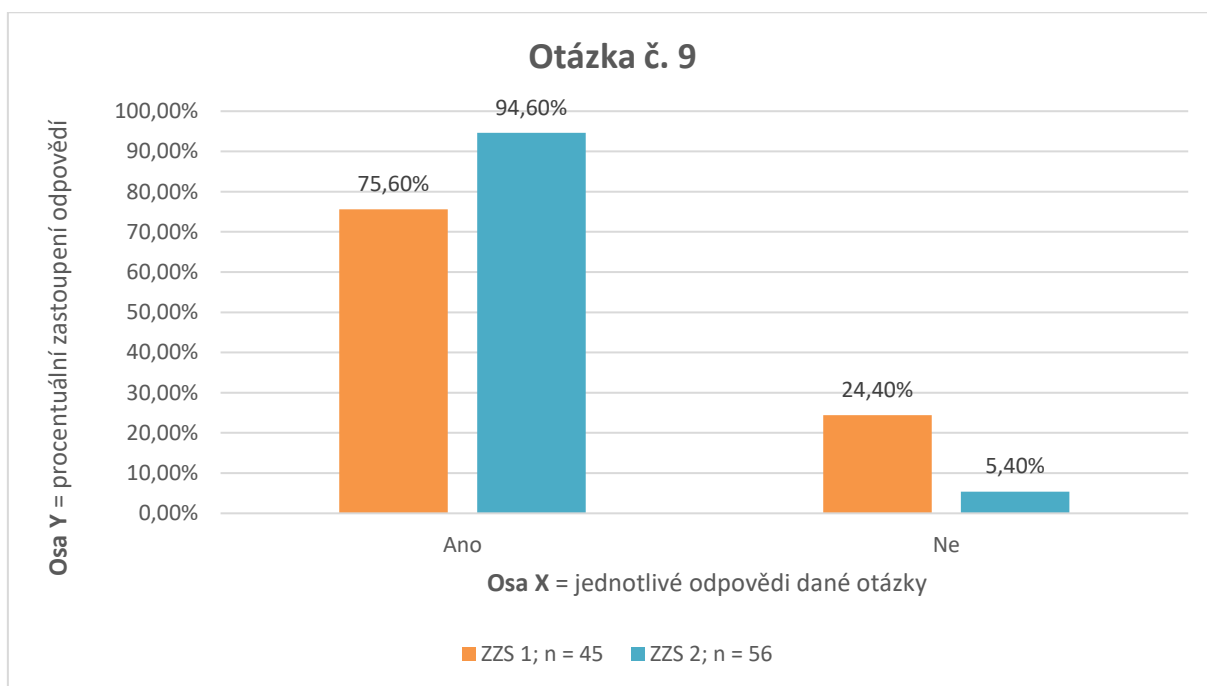


Obrázek 12 - Otázka č. 8 - Jak byste hodnotili aktuální školení, které jste absolvovali k poskytování paliativní péče v přednemocniční péči?

## 7.9 Otázka č. 9 – Uvítal/a byste školení v rámci výjezdové základny v oblasti paliativní péče v PNP?

Dichotomický typ otázky zjišťující zájem o školení v rámci výjezdových základen v oblasti paliativní péče. Otázka č. 9 zjišťuje, zda posádky projevují zájem o tento typ školení a jsou si vědomi narůstajících pacientů s benefitem této péče a důležitosti dovedností v paliativní péči.

Z výsledků deváté otázky, jež je grafem znázorněna na obrázku č. 13, je zřejmé, že respondenti ze ZZS 2 jsou více otevřeni možnosti uskutečnění školení v oblasti paliativní péče v rámci výjezdové základny. Pro možnost „Ano“, tedy zájem o různé typy školení na téma paliativní péče, se vyjádřilo 94,60 % (53) respondentů. Výběr konkrétního typu školení byl předmětem následující otázky. Naopak 5,40 % (3) respondentů ze ZZS 2 neprojevilo zájem o žádný typ školení a hlasovalo pro možnost „Ne“. Respondenti ze ZZS 1 hlasovali v 75,60 % (34) pro první možnost „Ano“. Nejevili tak velký zájem o školení jako respondenti ze ZZS 2 a přibližně ¼ respondentů ze ZZS 1, přesně 24,40 % (11) z nich, by takové školení vůbec neuvítalo.

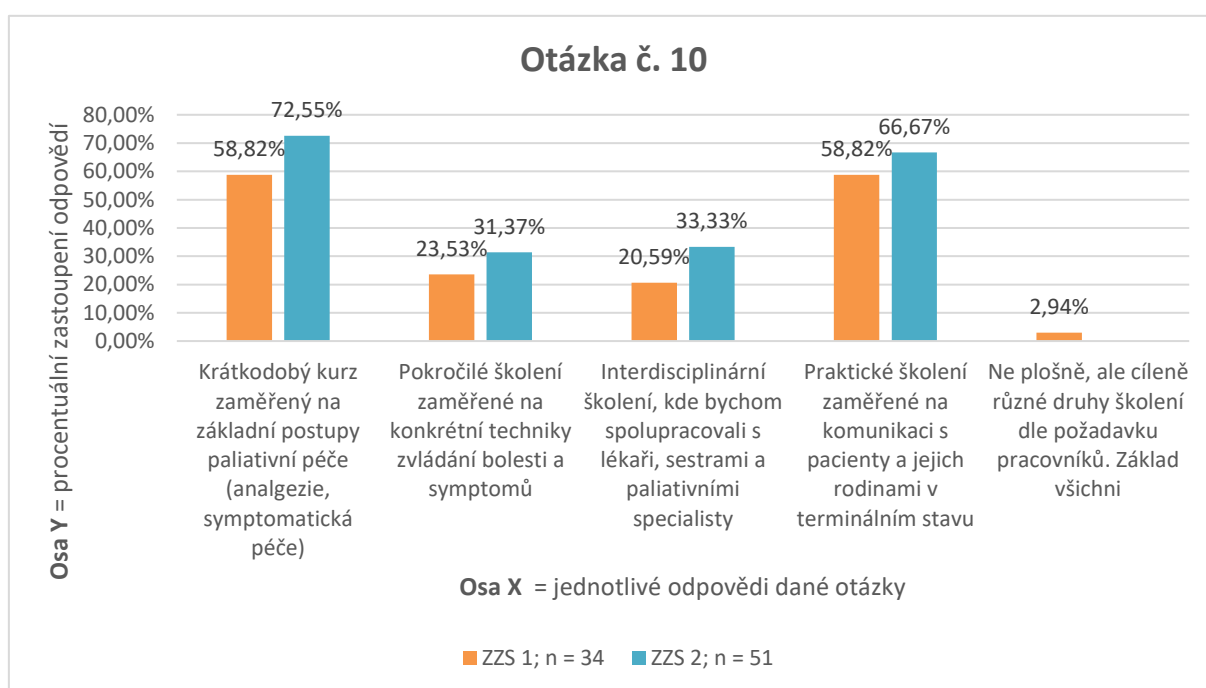


Obrázek 13 - Otázka č. 9 – Uvítal/a byste školení v rámci výjezdové základny v oblasti paliativní péče v PNP?

## 7.10 Otázka č. 10 – Jaké vzdělání nebo školení v oblasti paliativní péče byste chtěl absolvovat?

Navazující polouzavřená otázka v případě kladné odpovědi „ANO“ na předchozí otázku č. 9. Pokud respondent odpoví na předchozí otázku „NE“, na tuto otázku neodpovídá a dotazník pokračuje následující otázkou č. 11.

Z odpovědí na tuto otázku získáme přehled o typech školení, která by respondenti zdravotnických záchranných služeb rády absolvovaly, a které jsou podle nich relevantní pro zlepšení poskytování péče. Mohlo by se jednat například o školení zaměřená na komunikační dovednosti v paliativní péči, rozpoznávání symptomů, zvládání bolesti, nebo specifika péče o pacienty v terminální stadiu.



**Obrázek 14 - Otázka 10 – Jaké vzdělání nebo školení v oblasti paliativní péče byste chtěl absolvovat?**

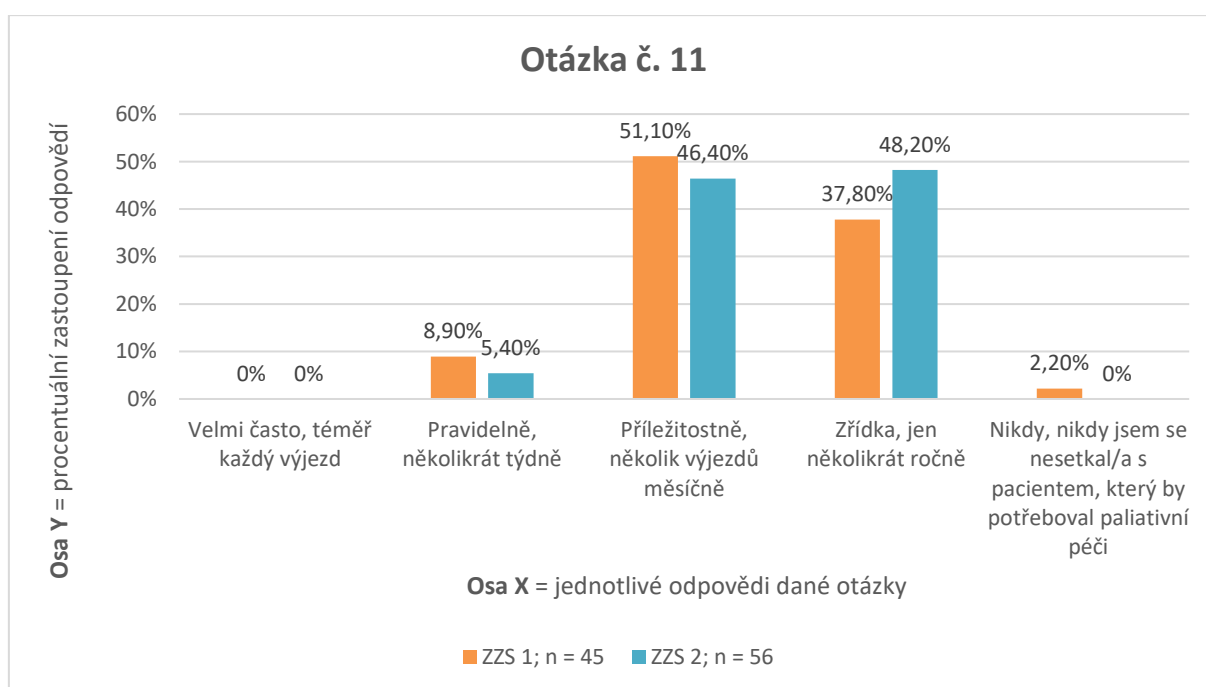
Respondenti měli možnost vybírat z několika odpovědí nebo zvolit možnost „jiné“ a napsat svůj vlastní názor na to, jaké vzdělání či školení v oblasti paliativní péče by chtěli absolvovat. Lze tak sledovat na obrázku č. 14, kde je graficky znázorněno, že tento prostor využil jeden respondent (2,94 %) ze ZKS 1, který uvedl: „Ne plošně, ale cíleně různé druhy školení dle požadavků pracovní. Základ všichni.“ Zbytek respondentů zvolilo předdefinované odpovědi. Ve 58,82 % (20) případech by výjezdové posádky ze ZKS 1 uvítaly krátkodobý kurz zaměřený na základní postupy v paliativní péči, jako je analgezie, symptomatická péče apod. Tento typ kurzu by ze ZKS 2 uvítalo 72,55 % (37) respondentů, tedy více než členové posádek ze ZKS 1. Pokročilé školení by chtělo 23,53 % (8) dotazovaných ze ZKS 1. Více pro možnost pokročilého

školení hlasovalo u ZZS 2, konkrétně tak hlasovalo 31,37 % (16) pracovníků ZZS 2. Podobné procento respondentů by také uvítalo interdisciplinární školení, kde by spolupracovali s lékaři, sestrami a paliativními specialisty. Toto školení by ocenilo 20,59 % (7) dotazovaných ze ZZS 1, zatímco interdisciplinární školení by uvítalo o více jak polovinu, konkrétně 33,33 % (17), respondentů ze ZZS 2. Obdobně jako pro krátkodobý kurz, byli respondenti také pro možnost praktického školení zaměřené na komunikaci s pacienty a jejich rodinami v terminálním stavu. Stejně procento ze ZZS 1, 58,82 % (20), bylo pro možnost praktického školení. Oproti krátkodobého kurzu, ze ZZS 2 by praktické školení uvítalo menší procento respondentů, konkrétněji 66,67 % (34).

## 7.11 Otázka č. 11 – Jak často se setkáváte s pacienty, kteří by potřebovali paliativní péči?

Tato informace je důležitá pro pochopení rozsahu výzev, kterým posádky čelí při poskytování péče pacientům v terminálních fázích života, a pomáhá zjistit, jak běžně se takové případy vyskytují v praxi přednemocniční neodkladné péči. Z odpovědí na tuto otázku lze získat přehled o tom, jak časté jsou situace, kdy posádky musí reagovat na potřeby pacientů, u nichž nelze očekávat zlepšení stavu, a pro které je kladen důraz na kvalitní a důstojné umírání.

Dle grafu na obrázku č. 15 lze vyčíst, že žádný z respondentů obou zdravotnických záchranných služeb (ZZS 1 a ZZS 2) se nesetkává s pacienty, kteří by potřebovali paliativní péči, velmi často nebo téměř při každém výjezdu. Naopak, 2,20 % (1) respondentů ze ZZS 1 uvedlo, že se nikdy nesetkali s pacientem, který by potřeboval paliativní péči. Pravidelně nebo několikrát týdně se s paliativními pacienty setkává 8,90 % (4) respondentů ze ZZS 1. U ZZS 2 se takto setkává pravidelně, několikrát týdně, s paliativními pacienty 5,40 % (3) respondentů. Podle dalších odpovědí je zřejmé, že pacientů, kteří mají prospěch z paliativní péče, není málo a posádky zdravotnických záchranných služeb se s těmito případy setkávají. Příležitostně, tedy několikrát měsíčně, se 51,10 % (23) respondentů ZZS 1 a 46,40 % (26) dotazovaných ze ZZS 2 vydává k pacientům, kteří mají prospěch z paliativní péče. Zřídka, pouze několikrát ročně takto jezdí k pacientům 37,80 % (17) ze ZZS 1 a 48,20 % (27) ze ZZS 2.

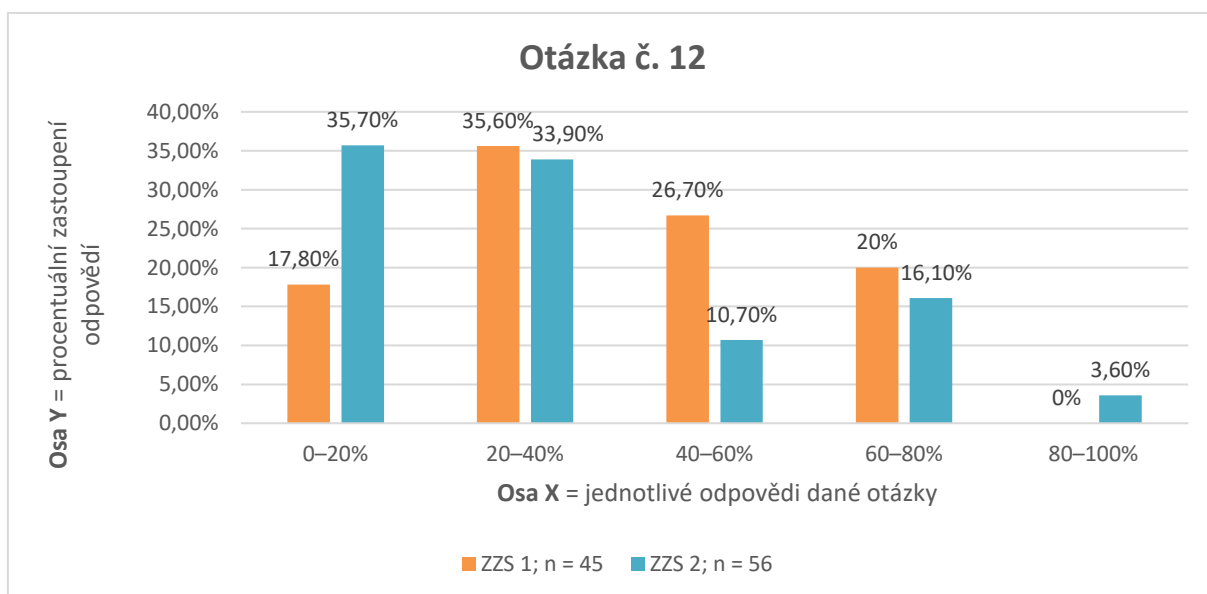


Obrázek 15 - Otázka č. 11 - Jak často se setkáváte s pacienty, kteří by potřebovali paliativní péči?

## 7.12 Otázka č. 12 – Kolik procent výjezdů záchranné služby si myslíte, že předchází úmrtí ve zdravotnických zařízeních z důvodu terminální progresse onemocnění?

Otázka č. 12 zjišťuje povědomí posádek o tom, kolik jejich výjezdů předchází úmrtí pacientů ve zdravotnických zařízeních. Jedná se o uzavřený typ otázky, kde je na výběr z pěti možností. Každá možnost nabízela konkrétní procentuální rozmezí. Cílem je podpořit povědomí o důležitosti paliativní péče v přednemocniční neodkladné péči a významu komunikace s těmito pacienty o jejich přáních a potřebách. U těchto pacientů, u nichž nelze očekávat zlepšení prognózy, není vždy nutné transportu do zdravotnických zařízení, nýbrž spíše se snažit o důstojné úmrtí v domácím prostředí a v okolí svých blízkých.

Dle hodnot na obrázku č. 16 lze vyčíst, že 3,60 % respondentů ze ZZS 2 si myslí, že 80-100 % výjezdů předchází úmrtí ve zdravotnických zařízeních z důvodu terminální progresse onemocnění. To, že předchází 0-20 % výjezdů si ze ZZS 1 myslí 17,80 % respondentů a více, 35,70 %, respondentů ze ZZS 2. Podobná procentuální (ze ZZS 1 to je 35,60 % a ze ZZS 2 to je 33,90 %) část z obou zdravotnických záchranných služeb si myslí, že předchází 20-40 % výjezdů úmrtí ve ZZ. Větší část respondentů ze ZZS 1 (26,70 %) než ze ZZS 2 (10,70 %) si myslí, že 40 až 60 % výjezdů předchází úmrtí ve zdravotnických zařízeních. Přesně 20 % respondentů ze ZZS 1 a 16,10 % ze ZZS 2 zvolilo, že to jedná o rozmezí 60-80 % výjezdů.

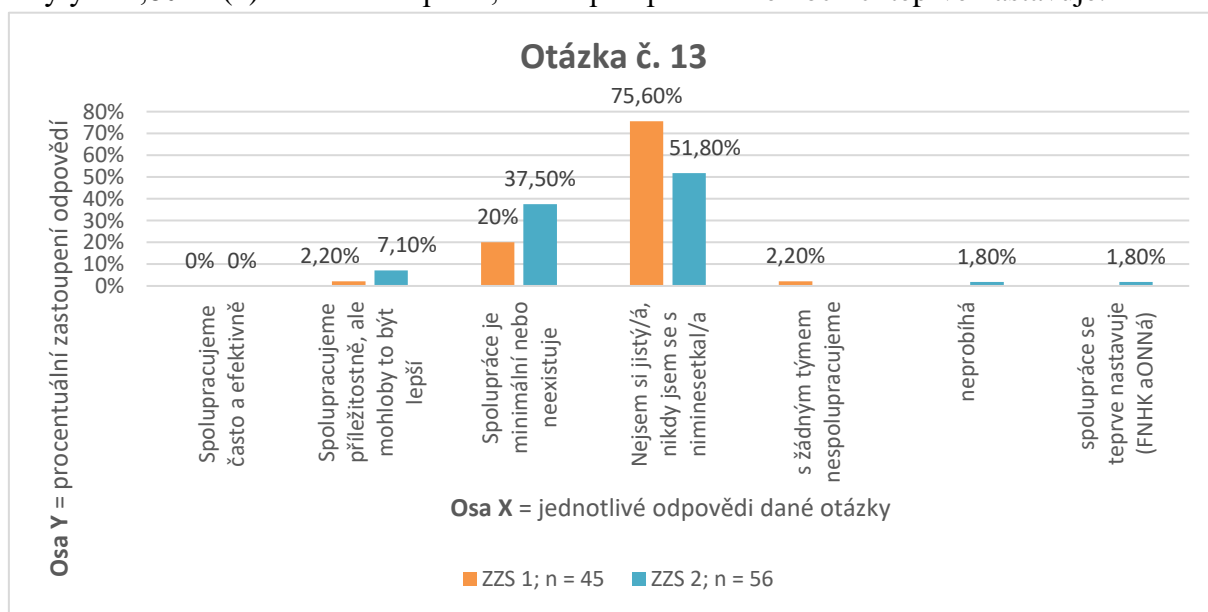


Obrázek 16 - Otázka č. 12 - Kolik procent výjezdů záchranné služby si myslíte, že předchází úmrtí ve zdravotnických zařízeních z důvodu terminální progresse onemocnění?

### 7.13 Otázka č. 13 – Jaký je podle Vás vztah mezi posádkami zdravotnické záchranné služby a paliativními týmy v nemocnicích?

Třináctá otázka, jenž je polouzavřeným typem a byla možnost zde se i krátce vyjádřit k problematice, má za cíl zjistit, jak respondenti vnímají vztah mezi posádkami zdravotnické záchranné služby (ZZS) a paliativními týmy v nemocnicích. Otázka se zaměřuje na to, zdali existuje spolupráce mezi těmito dvěma skupinami a jak hodnotí její efektivitu při poskytování paliativní péče pacientům.

Na grafu, jež je součástí obrázku č. 17, je patrné, že žádný z respondentů obou zdravotnických záchranných služeb neuvádí častou a efektivní spolupráci s paliativními týmy. To může naznačovat, že spolupráce zatím nefunguje, nebo že paliativní týmy v nemocnicích ještě nebyly zřízeny. Pouze malé procento respondentů ze ZZS 1, konkrétně 2,20 % (1), uvedlo, že s paliativními týmy spolupracují příležitostně, ale že by to mohlo být lepší. Tuto možnost zvolilo také 7,10 % (4) respondent ze ZZS 2. Dále přesně 20 % (9) respondentů ze ZZS 1 a 37,50 % (21) ze ZZS 2 uvedlo, že spolupráce je minimální nebo neexistuje. Až 75,60 % (34) respondentů ze ZZS 1 uvedlo, že si není jistý/á, nebo se s tímto typem spolupráce zatím nesetkali, a více než polovina, konkrétně 51,80 % (29) respondentů ze ZZS 2 také. Několik respondentů využilo možnosti napsat vlastní odpověď. Z toho 2,20 % (1) respondentů ze ZZS 1 uvedlo, že s žádným paliativním týmem v současné době nespupracují, a 1,80 % (1) respondentů ze ZZS 2 uvedlo, že mezi posádkami a paliativními týmy žádná spolupráce neprobíhá. Zbylých 1,80 % (1) ze ZZS 2 napsalo, že se spolupráce v nemocnici teprve nastavuje.

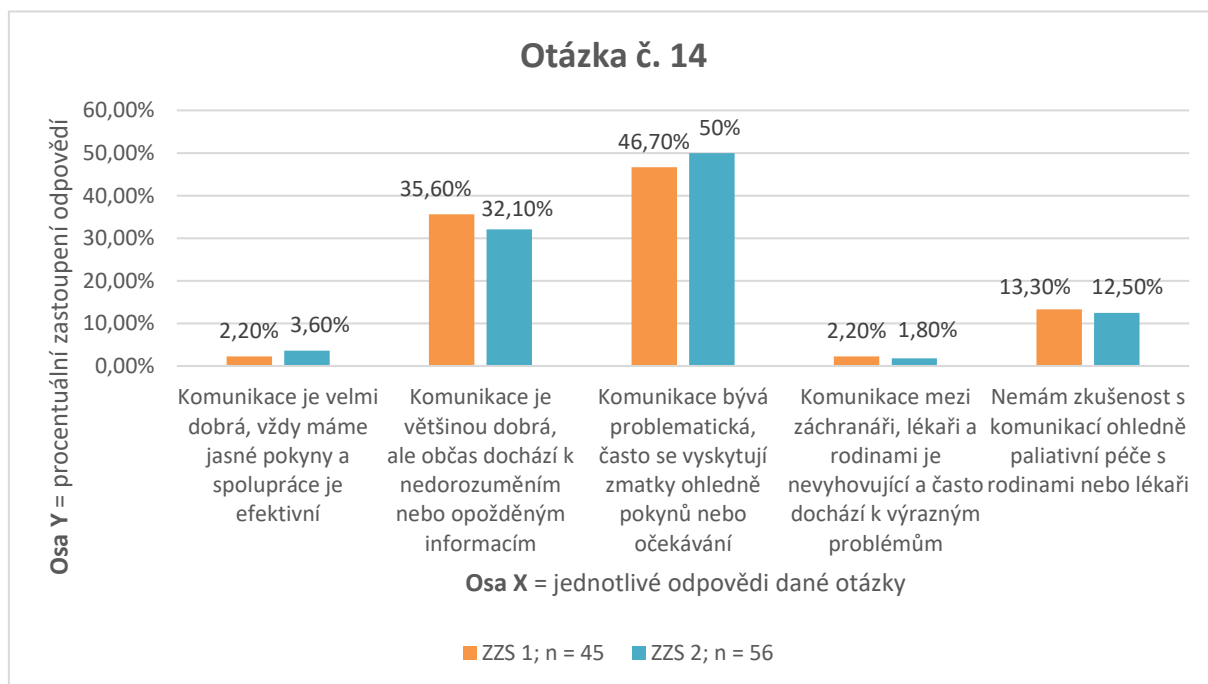


Obrázek 17 - Otázka č. 13 - Jaký je podle Vás vztah mezi posádkami zdravotnické záchranné služby a paliativními týmy v nemocnicích?

## 7.14 Otázka č. 14 – Jak hodnotíte kvalitu komunikace mezi posádkami zdravotnické záchranné služby, lékaři a rodinami pacientů, kteří potřebují paliativní péči?

Cílem otázky č. 14 uzavřeného typu je zjistit, jak kvalitně probíhá komunikace mezi posádkami zdravotnické záchranné služby, lékaři a rodinami pacientů, kteří potřebují paliativní péči. Otázka se zaměřuje na to, zda komunikace probíhá hladce, nebo zda se vyskytují nějaké zmatky, problémy či nedorozumění, které mohou ovlivnit koordinaci péče a informovanost rodin o stavu pacienta.

Komunikace může být občas problematická, přesto si dle grafu na obrázku č. 18 vybralo 2,20 % (1) pracovníků ZZS 1 a 3,60 % (2) pracovníků ZZS 2 za svou odpověď, že je komunikace velmi dobrá, vždy dostávají jasné pokyny o lékařů a spolupráce s rodinami je efektivní. Kromě této části respondentů, tak i dalších 35,60 % (16) dotazovaných ze ZZS 1 a také 32,10 % (18) ze ZZS 2 zhodnotilo kvalitu komunikace jako převážně dobrou, i přes občasné nedorozumění či opožděné informace. Přesná polovina, tj. 50 % (28), pracovníků ze ZZS 2 a 46,70 % (21) ze ZZS 1 uvedla, že komunikace bývá problematická, často se objevují zmatky ohledně pokynů nebo očekávání ze strany rodin. Pouze 2,20 % (1) ze ZZS 1 a 1,80 % (1) ze ZZS 2 uvedlo, že je komunikace nevyhovující a dochází k výrazným problémům. Na opačné straně je zde 13,30 % (6) ze ZZS 1 a zároveň 12,50 % (7) pracovníků ZZS 2, kteří neměli doposud žádnou zkušenost s komunikací s lékaři či rodinami.

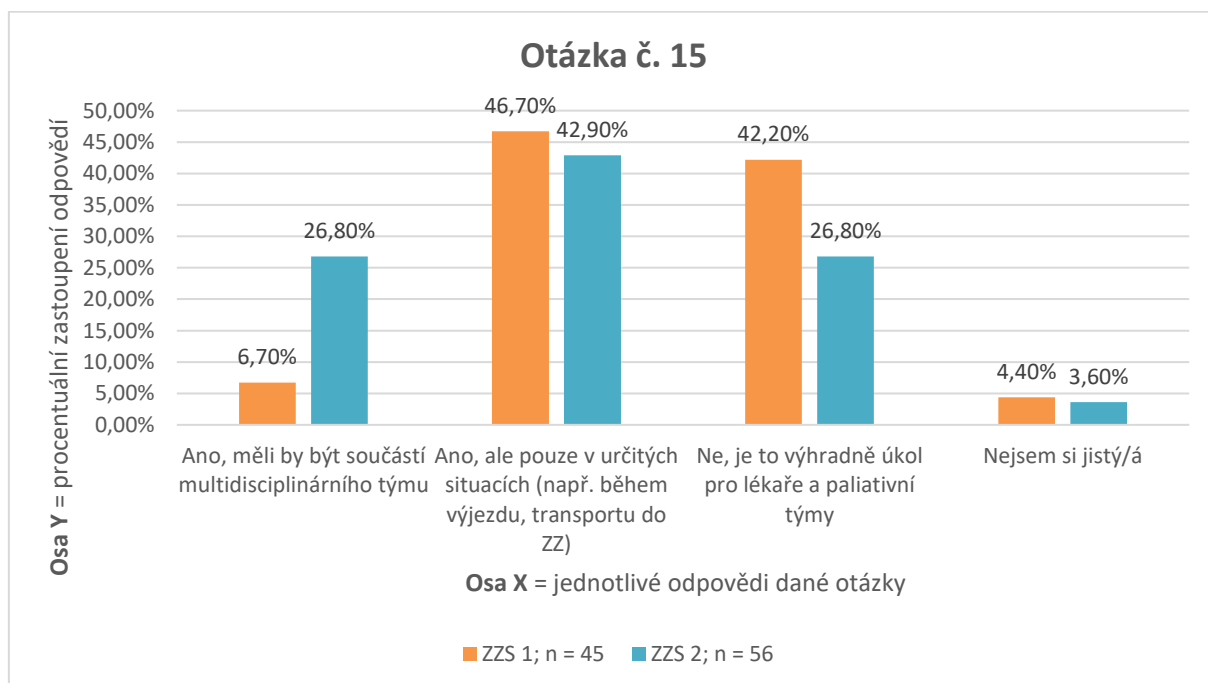


**Obrázek 18 - Otázka č. 14 - Jak hodnotíte kvalitu komunikace mezi posádkami zdravotnické záchranné služby, lékaři a rodinami pacientů, kteří potřebují paliativní péči?**

## 7.15 Otázka č. 15 – Měli by posádky zdravotnické záchranné služby hrát aktivní roli v poskytování paliativní péče?

Tato otázka se konkrétně zaměřuje na to, zda by se měli záchranáři aktivně podílet a poskytování paliativní péče u pacientů, kteří jsou v terminálních stádiích onemocnění, nebo zda by tuto roli měli přebírat pouze jiní specialisté, například lékaři či paliativní týmy.

S tím, že by posádky zdravotnických záchranných služeb měli být součástí multidisciplinárního týmu v oblasti poskytování paliativní péče, se podle přiloženého grafu na obrázku č. 19, ztotožňuje 6,70 % (3) respondentů ze ZZS 1 a více než jedna čtvrtina, konkrétně 26,80 % (15), dotazovaných ze ZZS 2. Téměř polovina, konkrétně 46,70 % (21), ze ZZS 1 a 42,90 % (24) ze ZZS 2, by si tuto roli představovali pouze v určitých případech, například během výjezdu či transportu do ZZ. Téměř druhá polovina ze ZZS 1, tj. 42,20 % (19), si myslí, že by posádky ZZS neměli hrát aktivní roli a poskytování paliativní péče by měli výhradně přenechat lékařům a paliativním týmům. K tomuto názoru se přiklonilo také 26,80 % (15) respondentů ze ZZS 2. Zda by měli či neměli posádky zdravotnických záchranných služeb hrát aktivní roli při poskytování paliativní péče si nejsou jisti 4,40 % (2) respondentů ze ZZS 1 a také 3,60 % (2) dotazovaných ze ZZS 2.

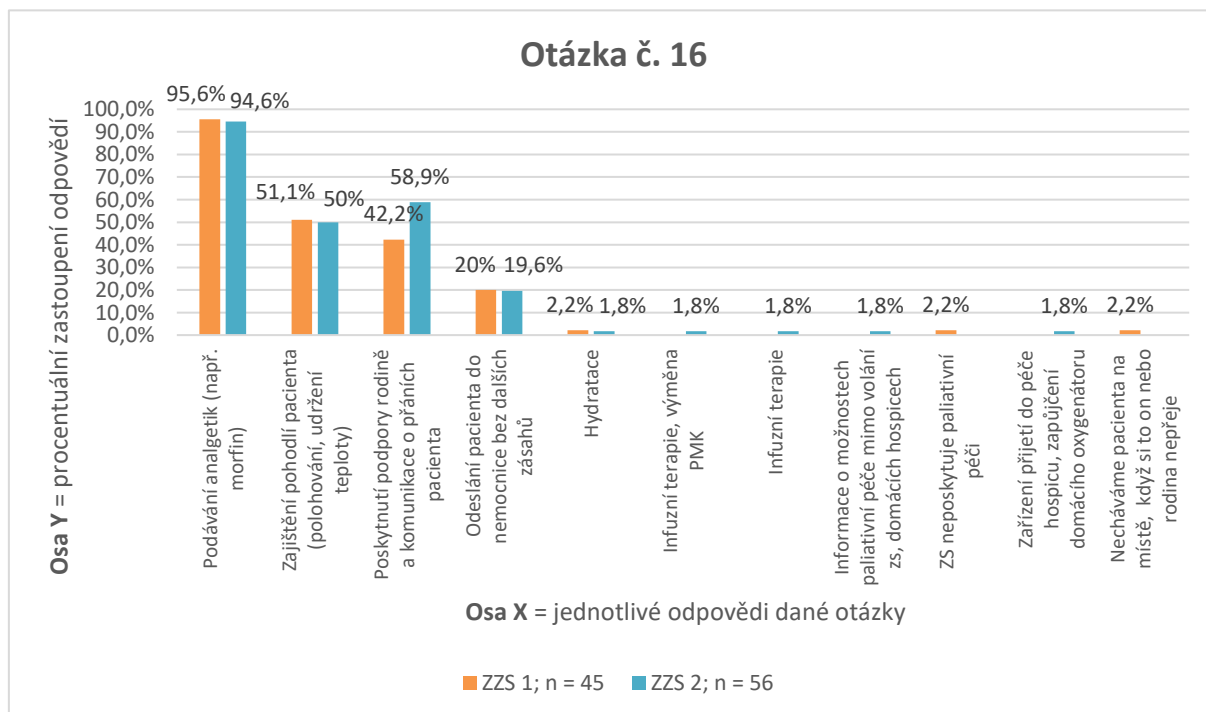


Obrázek 19 - Otázka č. 15 - Měli by posádky zdravotnické záchranné služby hrát aktivní roli v poskytování paliativní péče?

## 7.16 Otázka č. 16 – Jaké metody používáte k zajištění paliativní péče u pacientů v přednemocniční neodkladné péči?

Jedná se o polouzavřený typ otázky s možností rozepsání vlastní odpovědi, kdy respondenti měli také na výběr z vícero možností, které mohly zaškrtnout. Otázka č. 16 se zaměřuje se na to, jakým způsobem posádka ZZS přistupují k pacientům v terminálním stádiu onemocnění a jakými metodami se snaží zmírnit utrpení pacientům.

Graf na obrázku č. 20 poukazuje na to, že téměř všichni respondenti, konkrétně 95,60 % (43) ze ZZS 1 a 94,60 % (53) ze ZZS 2, používají k zajištění paliativní péče podávání různých analgetik, jako je například morfin a další. Polovina z dotazovaných, konkrétně 51,10 % (23) respondentů ze ZZS 1 a přesně 50 % (28) ze ZZS 2, zajišťuje mimo jiné také pohodlí pacienta pomocí polohování, udržování tělesné teploty a dalších opatření. Poskytnutí podpory rodině a komunikace o přáních pacienta jakožto metodu k zajištění paliativní péče používá 42,20 % (19) respondentů ze ZZS 1 a rovněž 58,90 % (33) dotazovaných ze ZZS 2. I přes možnost ponechání pacienta v domácím prostředí upřednostňuje 20 % (9) pracovníků ze ZZS 1 a 19,60 % (11) pracovníků ze ZZS 2 transport pacienta do nemocnice bez dalších nutných zásahů. Jako další možnost napsalo 2,20 % (1) ze ZZS 1 a 1,80 % (1) ze ZZS 2, že se snaží pacienta adekvátně hydratovat.



**Obrázek 20 - Otázka č. 16 - Jaké metody používáte k zajištění paliativní péče u pacientů v přednemocniční neodkladné péči?**

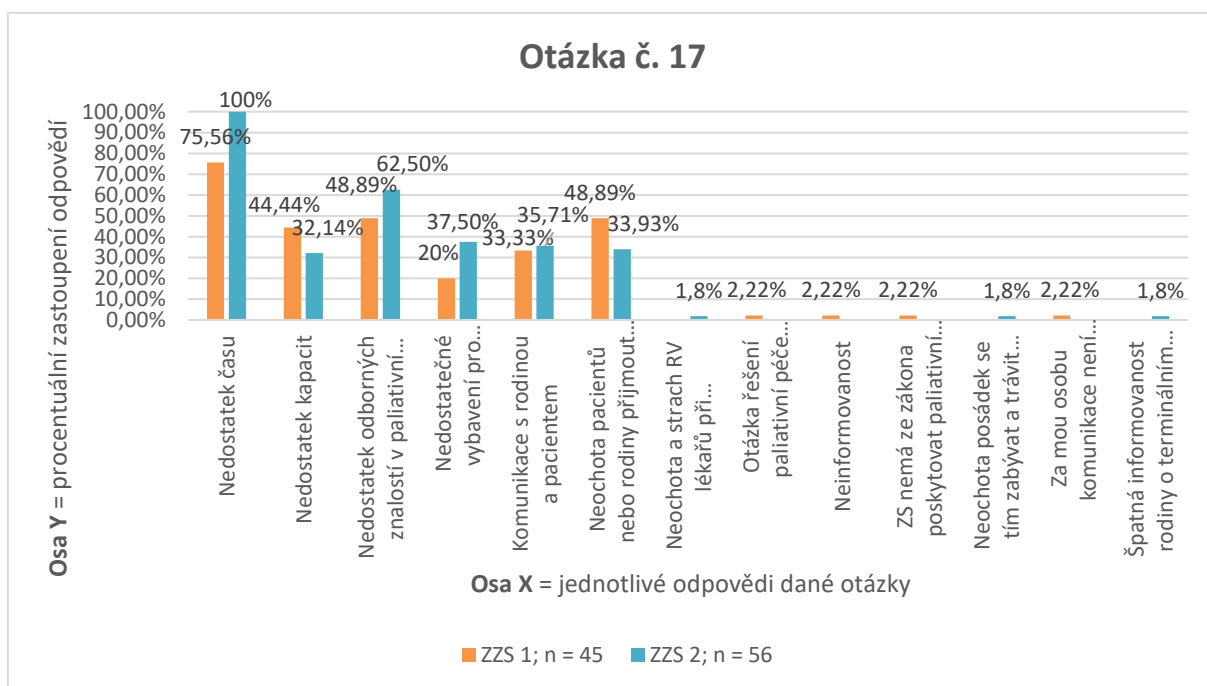
V rámci hydratace využívá 3,60 % (2) pracovníků ZZS 2 infuzní terapie nebo výměnu permanentního močového katétru, pokud to pacient požaduje a je to nutné. Dalších 1,80 % (1) respondentů ze ZZS 2 se snaží nad rámec využít toho, že není pouze cílem poskytnout adekvátní terapii bolesti a další symptomatologickou léčbu, ale také i podat informace o možnostech paliativní péče kromě volání zdravotnické záchranné služby, například o možnosti využití domácích hospiců. Téměř stejnou metodu poskytnutí paliativní péče napsalo také dalších 1,80 % (1) pracovníků ZZS 2, kteří se snaží navrhnout jiná řešení a poskytují informace o možnosti přijetí do hospicové péče nebo zapůjčení oxygenátoru do domácího prostředí. I pracovníci ze ZZS 1 využili možnost napsat vlastní odpověď, přičemž 2,20 % (1) z nich se domnívá, že zdravotnická záchranná služba neposkytuje paliativní péči. Zbýlých 2,20 % (1) pracovníků ze ZZS 1 uvedlo, že pacienta ponechávají na místě v případě, kdy si pacient či jeho rodina nepřejí transport do zdravotnického zařízení.

## **7.17 Otázka č. 17 – Co považujete za největší překážky v poskytování kvalitní paliativní péče v přednemocniční péči?**

Tato otázka se zaměřuje na konkrétní faktory, které mohou ovlivnit kvalitu péče, ať už jde o školení a znalosti personálu, dostupnost potřebného vybavení či nedostatek času nebo kapacity.

Na obrázku č. 21 lze pozorovat, že všichni respondenti, což činí 100 % (56), ze ZZS 2 považuje za největší překážku v poskytování kvalitní paliativní péče v PNP nedostatek času. Nedostatek času jakožto největší překážku považuje také 75,56 % (34) pracovníků ze ZZS 1. Za největší překážku považuje 44,44 % (20) respondentů ze ZZS 1 a také 32,14 % (18) pracovníků ZZS 2 nedostatek kapacit, aby byla možnost poskytnout kvalitní paliativní péči v přednemocničním prostředí. Kromě nedostatku času a kapacit si respondenti z obou zdravotnických záchranných služeb uvědomují, že existují i další překážky. Konkrétně 48,89 % (22) respondentů ze ZZS 1 a 62,50 % (35) respondentů ze ZZS 2 považují za další problém nedostatek odborných znalostí v oblasti paliativní péče. Další překážkou, kterou pracovníci zdravotnických záchranných služeb zmiňovali, je nedostatek vybavení pro zvládnutí symptomů, což uvádí 20 % (9) respondentů ze ZZS 1 a 37,50 % (21) respondentů ze ZZS 2. Překážky nevznikají pouze na straně personálu zdravotnických záchranných služeb, ale i na straně pacientů, u kterých se může projevit neochota ke spolupráci a obtížná komunikace. Komunikaci s rodinou a pacientem jako překážku v poskytování paliativní péče označuje 33,33 % (15) pracovníků ze ZZS 1 a 35,71 % (20) pracovníků ze ZZS 2. Jako překážku v poskytování paliativní péče uvádí 48,89 % (22) pracovníků ZZS 1 a 33,93 % (19) pracovníků ZZS 2 neochotu pacientů nebo jejich rodin přijmout samotnou paliativní péči. Neochota nemusí být pouze ze strany pacienta a rodiny, nýbrž také ze strany zdravotnického personálu. Ze ZZS 2 uvedlo 1,80 % (1), že považují za překážku neochotu a strach RV lékařů při konzultacích paliativního postupu. Podobný názor sdílí taktéž 1,80 % (1) ze ZZS 2, kdy uvedli, že překážkou může být neochota posádek se paliativní péčí zabývat a trávit na zásahu delší čas a také opět neochota lékařů konzultovat péči o paliativního pacienta. Překážky nevznikají pouze v přednemocničním prostředí na zdravotnické záchranné službě, ale i ve zdravotnických zařízeních. Opět 1,80 % (1) respondentů ze ZZS 2 uvedlo, že překážkou pro poskytnutí péče může být špatná informovanost rodiny pacienta o terminálním stádiu onemocnění a nepochopení závažnosti stavu, kterým jejich blízký trpí. Samou myšlenku o neinformovanosti členů rodiny a pacienta uvedlo mimo jiné také 2,22 % (1) respondentů ze ZZS 1. S informovaností souvisí také názor dalších 2,22 % (1) respondentů ze ZZS 1, jenž uvedli, že problémem v poskytnutí paliativní péče tkví v otázce, proč řešit vůbec paliativní péči cestou zdravotnické záchranné služby a neřešit

tuto péči u jiného segmentu. U ZZS 1 uvedlo 2,22 % (1) respondentů, že za jejich osobou komunikace není problém. Jsou ovšem toho názoru, že většina pracovníků na zdravotnických záchranných službách naopak komunikační problém má, a že tento problém se objevuje zvláště u lékařského personálu. Zbývajících 2,22 % (1) respondentů ze ZZS 1 uvedlo, že zdravotnická záchranná služba dle zákona nemá poskytovat paliativní péči, neboť legislativa nařizuje provádění KPCR.

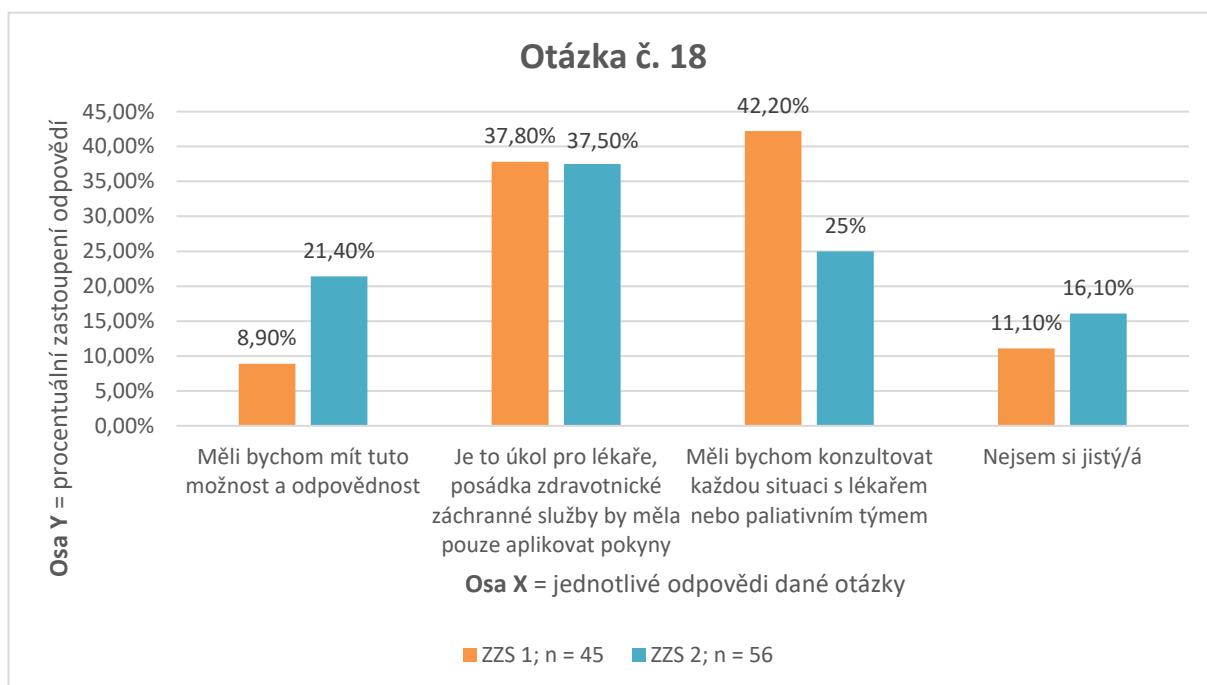


**Obrázek 21 - Otázka č. 17 - Co považujete za největší překážky v poskytování kvalitní paliativní péče v přednemocniční péči?**

## 7.18 Otázka č. 18 – Jaký je Váš názor na to, že by záchranáři měli mít možnost rozhodovat o neodkladné paliativní péči u pacientů, kteří jsou nevléčitelně nemocní a neprocházejí aktivní léčbou?

Tato otázka se zaměřuje na to, zda by záchranáři měli mít pravomoc rozhodovat o léčbě pacientů, kteří jsou v terminálním stádiu onemocnění a neprocházejí již aktivní léčbou onoho onemocnění.

Na grafu obrázku č. 22 je patrné, že 8,90 % (4) respondentů ze ZZS 1 by chtělo mít možnost a odpovědnost rozhodovat o neodkladné paliativní péči. U ZZS 2 byla podpora této možnosti výrazně vyšší, když 21,40 % (12) respondentů ze ZZS 2 zvolilo tuto odpověď. Větší část dotazovaných si však stále stojí za tím, že je to úkol pro lékaře a posádky ZZS by měli pouze aplikovat pokyny lékařů. Pro tuto možnost se přiklánělo 37,80 % (17) ze ZZS 1 a podobně také i u ZZS 2, kde tuto odpověď zvolilo 37,50 % (21) dotazovaných. Někteří respondenti jsou toho názoru, že rozhodnutí o paliativní péči není nutně výhradním úkolem lékařů, ale každou situaci by měli alespoň konzultovat s příslušným lékařem. Tento názor sdílí 42,20 % (19) respondentů ze ZZS 1 a 25 % (14) respondentů ze ZZS 2. Nikoliv většina, ale stále znatelná část, tj. 11,10 % (5) ze ZZS 1 a 16,10 % (9) ze ZZS 2 si nejsou jistý, jakou roli by záchranáři měli hrát při rozhodování o poskytnutí paliativní péče.

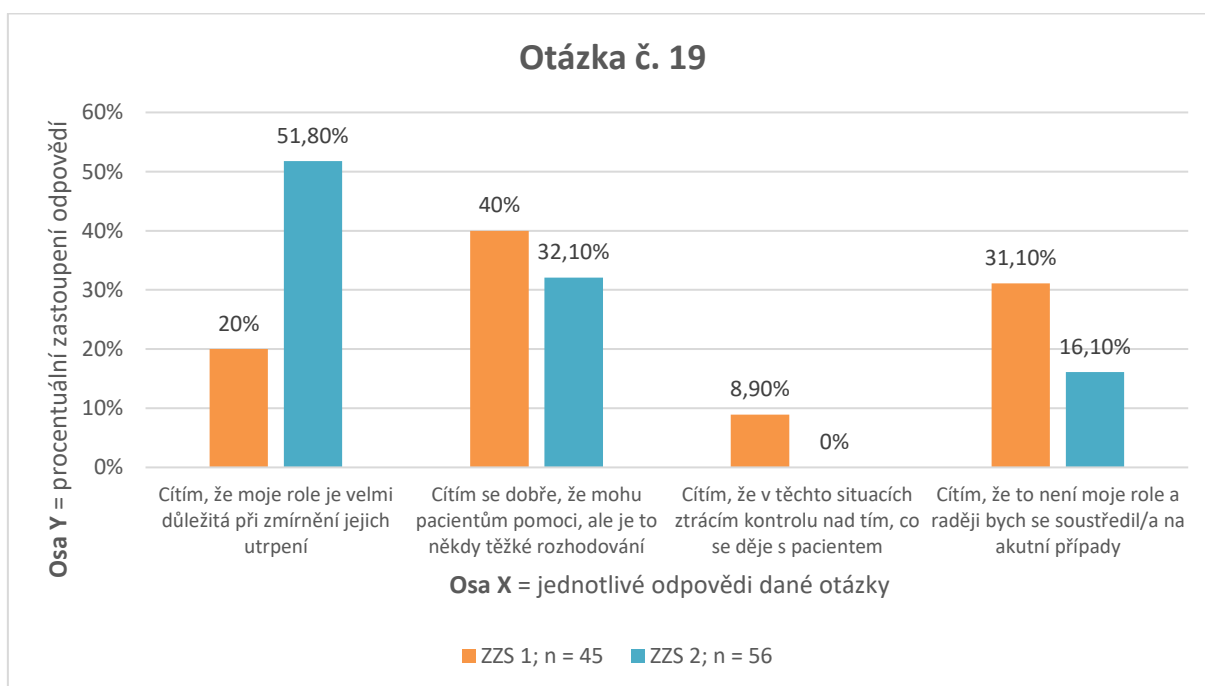


Obrázek 22 - Otázka č. 18 - Jaký je Váš názor na to, že by záchranáři měli mít možnost rozhodovat o neodkladné paliativní péči u pacientů, kteří jsou nevléčitelně nemocní a neprocházejí aktivní léčbou?

## 7.19 Otázka č. 19 – Jak se cítíte při poskytování paliativní péče pacientům, u kterých není možné očekávat zlepšení nebo uzdravení?

Jedná se o uzavřený typ otázky, kdy respondenti měli na výběr ze čtyř předdefinovaných možností. Otázka se zaměřuje na to, jak se tito pracovníci vyrovnávají s těžkými a emocionálně náročnými situacemi, kdy jejich úkolem není aktivní léčení, ale zmírnění utrpení a podpora pacientů v terminálních stádiích jejich nemoci.

Z grafu na obrázku č. 23 lze vyčíst, že neuvěřitelných 51,80 % (29) ze ZZS 2 cítí, že je jejich role velmi důležitá při poskytování paliativní péče a při zmírnění jejich utrpení. U ZZS 1 si toto stejné myslí pouze 20 % (9) dotazovaných. Přesně 40 % (18) respondentů ze ZZS 1 se však cítí při této situaci dobře, neboť mohou pomoci, i když to občas přináší těžká rozhodování. To samé si myslí 32,10 % (18) dotazovaných ze ZZS 2. Zatímco u ZZS 2 nikdo nehlasoval, že v těchto situacích ztrácí kontrolu nad tím, co se děje s pacientem, u ZZS 1 se takto cítí 8,90 % (4) respondentů. Na opačné straně se 31,10 % (14) respondentů ze ZZS 1 cítí, že není jejich rolí zabývat se těmito případy a raději by se soustředili na akutní situace. Tento názor sdílí také 16,10 % (9) respondentů ze ZZS 2.



Obrázek 23 - Otázka č. 19 - Jak se cítíte při poskytování paliativní péče pacientům, u kterých není možné očekávat zlepšení nebo uzdravení?

## 8 DISKUZE

Zkušenosti z praxe jsou klíčové pro pochopení a osvojení si správného postupu v různých situacích, které se mohou v přednemocniční neodkladné péči vyskytnout. To platí i pro paliativní péči, kde je nezbytné nejen teoreticky pochopit, o co se v tomto oboru jedná, ale také vědět, co od něj lze očekávat a jak správně postupovat při kontaktu s pacientem, kterému je paliativní péče poskytována. Všechny tyto znalosti jsou získávány praxí, kdy se pracovníci zdravotnických záchranných služeb pravidelně setkávají s těmito situacemi. Tato problematika byla také součástí jedné z výzkumných otázek, přičemž cílem dotazníkového šetření bylo zjistit, jaké zkušenosti mají pracovníci zdravotnických záchranných služeb s paliativní péčí v terénu.

Pro porovnání zkušeností pracovníků ZZS s poskytováním paliativní péče v přednemocniční neodkladné péči byla zvolena bakalářská práce Natálie Kovaříkové z roku 2024, která se zaměřila na paliativní péči v prostředí zdravotnické záchranné služby. Pro účely porovnání zkušeností pracovníků ZZS byly vybrány dvě otázky z jejího dotazníkového šetření, které rozeslala formou online dotazníku na zdravotnickou záchrannou službu Plzeňského kraje. Z důvodu zachování anonymity nebudou kraje, které jsou součástí této bakalářské práce, specifikovány. Pro představu však lze uvést, že se jednalo o jiné dva kraje (ZZS 1 a ZZS 2) než Plzeňský kraj, který byl zkoumán v bakalářské práci Kovaříkové. První vzatá otázka z bakalářské práce Kovaříkové je „Jak často se průměrně setkáváte na Vašem pracovišti s paliativním pacientem?“, kdy respondenti měli na výběr z pěti variant – jedenkrát za měsíc; jedenkrát za půl roku; několikrát za měsíc; jedenkrát za týden či vícekrát týdně. Z výsledků dotazníkového šetření Kovaříkové vyplývá, že 0 % pracovníků ZZS Plzeňského kraje se s paliativními pacienty setkává vícekrát týdně. Naopak u ZZS 1 a ZZS 2 se s paliativními pacienty pravidelně setkává průměrně 7,15 % pracovníků, a to několikrát do týdne. Avšak ani posádky ZZS 1 a 2 se s paliativními pacienty nesetkávají každý den, přičemž 2,20 % respondentů ze ZZS 1 se doposud s žádným paliativním pacientem nesetkalo. Několikrát měsíčně se setkává s paliativními pacienty na výjezdech 21 % posádek ze zdravotnické záchranné služby Plzeňského kraje. Naproti tomu, z autorova výzkumu této práce, se s paliativními pacienty několikrát měsíčně setkává průměrně téměř polovina dotazovaných posádek ZZS 1 a ZZS 2, konkrétně 48,75 %. To je o více jak dvojnásobně více než je na zdravotnických záchranných službách Plzeňského kraje. Většina respondentů ze zdravotnických záchranných služeb Plzeňského kraje uvedla, že se s paliativními pacienty setkává buď jedenkrát za měsíc, nebo jedenkrát za půl roku (30 % posádek se s paliativní pacienty setkává jedenkrát za půl roku a 45 % jedenkrát za měsíc). V dotazníkovém šetření této bakalářské práce se nejbližší k těmto možnostem přiblížila odpověď, že se posádky ZZS 1 a ZZS 2 setkávají s paliativními pacienty

žrídka, a to pouze několikrát ročně. Tuto možnost zvolilo průměrně 43 % posádek ZZS 1 a ZZS 2 (Kovaříková, 2024).

Jakou mají zkušenost a pohled posádky zdravotnických záchranných služeb na problematiku paliativní péče v přednemocničním prostředí umožní porovnání situační zprávy Centra paliativní péče, zařazené do prostředí zdravotnické záchranné služby Hlavního města Prahy. Jak v situační zprávě od Centra paliativní péče, tak i v této bakalářské práci se autoři zabývali otázkou, kolik procent výjezdů zdravotnických záchranných služeb si respondenti myslí, že předchází úmrtí ve zdravotnických zařízeních. Dle situační zprávy v roce 2018 v Praze zemřelo 12 417 lidí. Z toho bylo 7 326 úmrtí očekávaných, přičemž více než polovina, konkrétně 3 766, nastala během hospitalizace. I přesto bylo 2 317 pacientů, u nichž bylo úmrtí očekáváno, transportováno zdravotnickou záchrannou službou Hlavního města Prahy do zdravotnického zařízení k hospitalizaci. V procentuální míře se jednalo o 62 % pacientů z očekávaných úmrtí, u nichž předcházel výjezd zdravotnické záchranné služby Hlavního města Prahy. Pokud dojde k porovnání výsledků z dotazníkového šetření této bakalářské práce, největší procento, v průměru 34,75 %, respondentů ze ZZS 1 a ze ZZS 2 je toho názoru, že 20 – 40 % výjezdů zdravotnické záchranné služby předchází následnému úmrtí pacienta ve zdravotnickém zařízení. Poněvadž hodnota 62 % pochází z kraje Hlavního města Prahy, jež je odlišný od krajů, z nichž pocházejí respondenti ze ZZS 1 a ZZS 2, nelze tuto hodnotu stoprocentně aplikovat na celé území České republiky. Zbylé posádky ze zdravotnických záchranných služeb 1 a 2 zvolily jiné hodnoty, které mohou být pro příslušné kraje relevantnější. (Uhlíř a kol., 2019).

Paliativní péče by měla být nedílnou součástí i přednemocniční péče, jelikož se posádky zdravotnických záchranných služeb setkávají s pacienty, kteří z ní mohou mít prospěch. Hodnotou této péče a tím, zda ji posádky zdravotnických záchranných služeb vnímají jako významnou součást své práce, se zabývala otázka č. 2. Její výsledky byly následně porovnány s odpověďmi na otázku č. 6 dotazníkového šetření v bakalářské práci Kateřiny Kubové. Otázka č. 6 se zaměřovala na zjištění, zda respondenti ze zdravotnických záchranných služeb Středočeského, Plzeňského kraje a kraje Vysočina vnímají paliativní péči jako stejně důležitou jako je například péče akutní. Pro 77 % posádek zdravotnických záchranných služeb Středočeského, Plzeňského kraje a kraje Vysočina je paliativní péče stejně důležitá jako jakákoliv jiná forma péče. Naopak 5 % respondentů z tentýž zdravotnických záchranných služeb ji takto nevnímá a nepovažuje ji jako zásadní, neboť podle nich existují naléhavější formy péče. Pokud by byly výsledky porovnány s výsledky autorovi práce, v průměru 35,65 % členů posádek ZZS 1 a 2 rozhodně vnímá paliativní péči jako nedílnou součást přednemocniční neodkladné péče.

Do této skupiny lze zařadit také 38,25 % pracovníků ZZS 1 a ZZS 2, kteří paliativní péči spíše vnímají jako důležitou součást přednemocniční péče. Celkově tak více než 70 % respondentů ze ZZS 1 a ZZS 2 považuje paliativní péči za důležitou, což naznačuje významnost paliativní péče v přednemocničním prostředí. Oproti členům posádek zdravotnických záchranných služeb Středočeského, Plzeňského kraje a kraje Vysočina vnímá více respondentů ze ZZS 1 a ZZS 2, konkrétně 26 %, paliativní péči jako méně důležitou součást přednemocniční neodkladné péče. Z výsledků obou bakalářských prací vyplývá, že respondenti ve větší míře vnímají paliativní péči jako nedílnou součást přednemocniční neodkladné péče. Na druhou stranu, pokud jde o názor, že je paliativní péče v rámci PNP méně důležitá, výsledky se liší – respondenti ze ZZS 1 a ZZS 2 tuto formu péče hodnotí jako méně významnou (Koubová, 2018).

K porovnání pohledu posádek zdravotnických záchranných služeb na problematiku paliativní péče v přednemocniční neodkladné péči byla využita otázka z bakalářské práce Kovařikové č. 11: „Jak zvládáte úmrtí paliativního pacienta v PNP?“, jež byla porovnávána s otázkou č. 19 této bakalářské práce „Jak se cítíte při poskytování paliativní péče pacientům, u kterých není možné očekávat zlepšení nebo uzdravení?“. Ačkoli každá otázka zkoumá trochu jinou situaci, obě se zaměřují na obdobnou problematiku. I přes těžkost situace a náročnost procesu umírání odpovědělo 52 % respondentů ze zdravotnické záchranné služby Plzeňského kraje, že úmrtí pacienta v PNP považují za součást každého života a nijak je to nezasahuje. Poněvadž otázky byly lehce formulovány jinak, liší se i odpovědi, avšak podstata zůstává stejná. V průměru 35,90 % posádek ZZS 1 a ZZS 2 nepovažuje úmrtí pacienta za součást každodenního života zdravotnického záchranáře, neboť tuto možnost neměli ani na výběr, ale vnímají svou roli jako velmi důležitou při zmírňování utrpení pacienta. Dalších 27 % respondentů ze ZZS Plzeňského kraje považuje umírání v PNP za velmi psychicky náročnou situaci, ale snaží se zachovat profesionální přístup. Odpovědi z obou prací se zde podobají, neboť v průměru 36 % posádek ze ZZS 1 a ZZS 2 se při poskytování paliativní péče pacientům, u nichž nelze očekávat zlepšení či uzdravení, cítí dobře, neboť mají pocit, že mohou pacientům pomoci, i když je to někdy těžké rozhodování. V obou případech respondenti hovoří o náročnosti situace, ale cítí, že se musí zachovat profesionálně a snaží se pacientům co nejvíce pomoci. Naopak druhá část respondentů, konkrétně 13 %, ze zdravotnické záchranné služby Plzeňského kraje, uvedlo, že záleží na okolnostech úmrtí v PNP, ale i přes to je pro ně tato situace frustrující. Zbýlých 8 % ze ZZS Plzeňského kraje pociťují lítost a smutek i po několikaleté praxi. Že v těchto situacích, při poskytování paliativní péče, ztrácí kontrolu nad tím, co se děje s pacientem uvedlo 8,90 % respondentů ze ZZS 1. Ať už je pro ně situace frustrující, náročná,

nebo nikoliv, v průměru 23,60 % posádek ze ZZS 1 i ZZS 2 uvedlo, že tato role není pro ně přímo vhodná a raději by se soustředili na akutní případy (Kovaříková, 2024).

Znalosti v oblasti paliativní péče na zdravotnických záchranných službách jsou různorodé. Někteří členové posádek se již účastnili vzdělávacího programu zaměřeného na paliativní péči v přednemocničním prostředí, zatímco jiní se domnívají, že takové vzdělání není potřebné, a nechtějí se do něj zapojit. Základem je znát správnou definici paliativní péče, na co se zaměřuje a cíle, které spočívají v uspokojení potřeb pacientů a zlepšení jejich kvality života. Autorka bakalářské práce, Kateřina Kubová, se ve své práci na téma paliativní péče z pohledu zdravotnického záchranáře zaměřuje na otázku ohledně významu paliativní péče a jaká je její správná definice. Její otázka č. 4 poslouží k porovnání otázky č. 1 v této bakalářské práci, jež se ptala respondentů ze ZZS 1 a ZZS 2, jak by definovali paliativní péči v kontextu přednemocniční neodkladné péči. Na rozdíl od posádek ze zdravotnických záchranných služeb Středočeského, Plzeňského kraje a kraje Vysočina, byly posádky ze ZZS 1 a ZZS 2 stoprocentní v určení definice paliativní péče. Respondenti, jež tvořili výzkumný soubor v bakalářské práci Kateřiny Kubové, definovali paliativní péči v 99 % jako poskytování komplexní péče pacientovi trpícímu nevyлéčitelnou chorobou, včetně zmírnění bolesti, péče o výživu a dalších aspektů. Zbylé jedno procento respondentů paliativní péči definovalo jako urychlení umírání pacienta (Kubová, 2018).

Zdali se zaměstnanci zdravotnických záchranných služeb vzdělávají v oblasti paliativní péče či ne pojednává otázka č. 8 a 9, jež se ptají na to, jak by hodnotili dosavadní školení a zda by školení nějaké absolvovat v budoucnosti chtěli, pokud doposud žádné neměli. Otázka č. 8 pojednává o hodnocení dosavadního školení, kdy 75,50 % respondentů ze ZZS 1 a ZZS 2 nemělo dosud žádné školení v oblasti paliativní péče. Zbylých 24,50 % členů posádek ze ZZS 1 a ZZS 2 již absolvovalo určitou formu školení. Někteří jej považovali za dostatečné, neboť pokrývalo veškeré potřebné aspekty, jiní jej vnímali jako užitečné, ale s prostorem pro podrobnější rozpracování. Část respondentů však školení označila za nedostatečnou, jelikož postrádalo klíčové informace a dovednosti. Přesný opak výsledků lze pozorovat v bakalářské práci Kovaříkové, kdy 91% pracovníků zdravotnických záchranných služeb Plzeňského kraje odpovědělo, že byl na jejich pracovišti realizován vzdělávací program na seznámení s problematikou paliativní péče. O něco méně, konkrétně 68 % respondentů ze zdravotnických záchranných služeb Plzeňského kraje, využilo možnost zúčastnit se školení, kurzu či přednášky v oblasti paliativní péče na svém pracovišti. Zbývajících 32 % členů posádek ZZS Plzeňského kraje této možnosti nevyužilo a žádného kurzu týkajícího se paliativní péče se nezúčastnil. Odpovědi otázky č. 8

této bakalářské práce ukázaly, že 75,50 % členů posádek ZZS 1 a ZZS 2 se dosud nezúčastnilo žádného školení v oblasti paliativní péče. Tento fakt mohl ovlivnit i odpovědi na otázku č. 9, kde v průměru 85,10 % respondentů ze ZZS 1 a ZZS 2 vyjádřilo zájem absolvovat školení na svých výjezdových základnách, zaměřené na paliativní péči v kontextu PNP. Výsledky obou výzkumů ukazují patrný rozdíl, kdy respondenti ze ZZS Plzeňského kraje se školení v oblasti paliativní péče účastnili ve větší míře než respondenti ze ZZS 1 a ZZS 2. Tento rozdíl může souviset se skutečností, že podle zjištěných údajů jsou tato školení na ZZS Plzeňského kraje ve většině případů realizována přímo na pracovišti (Kovaříková, 2024).

## 8.1 Limitace

Dotazníková šetření mají svá omezení, a tento dotazník, vytvořený na základě vlastní konstrukce, nebyl výjimkou. Setkal se s určitými limity, zejména vzhledem k časovým a finančním nárokům, která by vyžadovala publikace dotazníkového šetření na celou Českou republiku. Z tohoto důvodu byly pro účely výzkumu a naplnění výzkumných cílů zvoleny pouze dva kraje z celkových čtrnácti. Ačkoli byl tento výběr dvou krajů praktický a efektivní vzhledem k časovým a finančním omezením a zároveň dostačující pro porovnání, je nutné brát v úvahu, že výsledky dotazníkového šetření nelze generalizovat na území celé České republiky a jejich jednotlivých krajů. Rozdílné podmínky v jednotlivých krajích, jako jsou například rozdíly v organizaci a dostupnosti přednemocniční neodkladné péče, tak také odlišnosti v odborných postupech při poskytování paliativní péče, mohou mít do určité míry vliv na pohled, znalosti a zkušenosti posádek zdravotnických záchranných služeb.

Dalším podstatným limitem dotazníkového šetření byl v počtu odpovědích ze zvolených zdravotnických záchranných služeb obou krajů. I když byl sběr dat z dotazníku pozastaven na čísle 101 odpovědí od respondentů ze ZZS 1 a ZZS 2, je jisté, že veškerý personál zdravotnických záchranných služeb (řidič/ka vozidla ZZS, zdravotnický záchranář, zdravotnický záchranář pro urgentní medicínu a další) nebyl do dotazníkového šetření zapojen. Z tohoto důvodu je nutné brát zřetel, že při úplném zapojení veškerého personálu, by se mohli vyskytnout možné odlišnosti ve výsledcích vybraných zdravotnických záchranných služeb (ZZS 1 a ZZS 2).

## 8.2 Doporučení pro další výzkum

Doporučení pro další výzkum úzce souvisí s limity výzkumu a s dotazníkovým šetřením této práce. Jedním z hlavních limitů bylo nezahrnutí všech krajů a tím pádem také všech zdravotnických záchranných služeb. Tento aspekt brání úplnému porovnání a analýze problematiky paliativní péče v přednemocniční neodkladné péče v celé České republice.

Pokud by se někdo rozhodl podrobněji zkoumat pohledy, zkušenosti a znalosti pracovníků zdravotnických záchranných služeb na problematiku paliativní péče v přednemocniční neodkladné péči, na základě výzkumu této bakalářské práce a identifikovaných limitů, je doporučeno zahrnutí do dotazníkového šetření celého území České republiky, čímž by bylo možné dosáhnout komplexního a reprezentativního průzkumu. Online forma dotazníkového šetření je méně nákladná a časově efektivnější než papírová verze. Pokud by však autor budoucího výzkumu chtěl zajistit co nejpřesnější data a dosáhnout co nejvyššího počtu zapojených respondentů, je doporučeno využití papírové formy dotazníku, kterou by bylo možné distribuovat do každé výjezdové základny zdravotnické záchranné služby. Tímto způsobem by bylo možné snadněji sledovat, kdo dotazník vyplnil a kdo ne.

## 9 ZÁVĚR

Paliativní péče je rozšiřujícím oborem nejen ve zdravotnických zařízeních, ale také již v přednemocniční neodkladné péči na zdravotnických záchranných službách, kde se posádky výjezdových skupin s tímto typem péče setkávají čím dál tím více.

V teoretické části byla problematika paliativní péče stručně nastíněna, přičemž byla mimo jiné také uvedena souvislost s urgentní medicínou a péčí v přednemocničním prostředí. Nedílnou součástí paliativní péče je léčba bolesti, která byla popsána teoreticky a prakticky, jak se k léčbě bolesti přistupuje a jaké jsou možnosti léčby bolesti v PNP. S paliativní péčí silně souvisí etické a právní aspekty umírání, ve kterých se řeší problematika jako dříve vyslovené přání, důstojnost během umírání či eutanázie. Poněvadž se bakalářská práce zaměřuje na pracovníky zdravotnických záchranných služeb, byla zahrnuto do teoretické části také informace ohledně ZZS (zřizovatelé, náplň práce apod.).

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jaký pohled mají pracovníci zdravotnických záchranných služeb na problematiku paliativní péče v přednemocniční neodkladné péči. Pohled na tuto problematiku nebyl jediným cílem práce, mimo jiné cílem bylo také zjistit, jaké znalosti a zkušenosti v této oblasti paliativní péče pracovníci zdravotnické záchranné služby mají. Tyto cíle byly naplněny za pomoci dotazníkového šetření, jehož jednotlivé složky byly rozepsány a interpretovány v praktické části bakalářské práce.

Je důležité, aby pracovníci zdravotnických záchranných služeb včetně lékařského personálu, který nebyl do výzkumu zapojen, měli povědomí o problematice paliativní péče a paliativní medicíny v přednemocničním prostředí. Aby péče o pacienta v terminální stádiu onemocnění fungovala, je zapotřebí spolupráce nelékařských i lékařských pracovníků zdravotnických záchranných služeb a dělat vše pro to, aby bylo docíleno plnohodnotné a kvalitní paliativní péče včetně důstojného umírání, kterým však paliativní péče nekončí. Jednotlivé kraje, jež jsou zřizovatelé zdravotnických záchranných služeb, by se měli do této problematiky zapojit a poskytovat potřebná vzdělávání formou odborných kurzů či školení na jednotlivých výjezdových základnách. Školení v kardiopulmonální resuscitaci je pro mnohá samozřejmostí a také povinností, které pracovníci zdravotnických záchranných služeb musí absolvovat. Paliativní péče není povinností, avšak stále součástí přednemocniční neodkladné péče, kdy cílem má být uspokojení potřeb pacienta.

## 10 POUŽITÁ LITERATURA

BACK, Anthony, 2019. Transitions/Goals of Care. In: *Vitaltalk* [online]. [cit. 2025-02-21]. Dostupné z: <https://www.vitaltalk.org/guides/transitionsgoals-of-care/>

Česká společnost paliativní medicíny, 2021. Kde se s paliativní medicínou potkáte? *Nzip.cz* [online]. [cit. 2025-04-24]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/466-kde-se-s-paliativni-medicinou-potkate>

DIAKONIE ČESKOBRAVSKÉ CÍRKVE EVANGELICKÉ, 2016. Popis služby. *Hospic CITADELA* [online]. [cit. 2025-03-29]. Dostupné z: <https://www.citadela.cz/2016.archiv.diakonie.cz/nase-sluzby/specializovana-paliativni-pece/luzkovy-hospic/popis-sluzby/>

DOMÁCÍ HOSPIC CESTA DOMŮ, 2024. Adresář služeb. *Umírání.cz* [online]. [cit. 2025-03-29]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/adresar-sluzeb#7/49.883/15.491>

FRANĚK, Ondřej. Systém zdravotnické záchranné služby v ČR. In: *Zachrannaslužba.cz* [online]. [cit. 2025-02-21]. Dostupné z: <https://zachrannaslužba.cz/system-zzs-v-cr/>

HAKL, Marek, 2009. *Léčba bolesti v ČR – chronická bolest a trendy v invazivních postupech* [online]. [cit. 2025-02-20]. Dostupné z: [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2009/11/03.pdf](https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2009/11/03.pdf)

HAKL, Marek, 2013. *Zásady podávání analgetik* [online]. [cit. 2025-03-28]. Dostupné z: [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://farmaciepropraxi.cz/pdfs/lek/2013/04/05.pdf](https://farmaciepropraxi.cz/pdfs/lek/2013/04/05.pdf)

*Charta práv umírajících: Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících.* [online]. 1999 [cit. 2024-08-14]. Dostupné z: [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://elearning.cestadomu.cz/res/archive/001/000130.pdf?seek=1586849882](https://elearning.cestadomu.cz/res/archive/001/000130.pdf?seek=1586849882)

IZUMI, Shigeiko (Seiko), Hiroko NAGAE, Chihoko SAKURAI a Emiko IMAMURA, 2012. *Defining end-of-life care from perspectives of nursing ethics.* *Nursing Ethics* [online]. **19**(5), 608-618 [cit. 2024-08-13]. ISSN 0969-7330. Dostupné z: [doi:10.1177/0969733011436205](https://doi.org/10.1177/0969733011436205)

JANÁK, Dušan, 2018. *Vybrané metody výzkumu* [online]. Grada, [cit. 2024-04-30]. Dostupné z: [https://is.slu.cz/el/fvp/leto2021/UVSRPHK016/um/VYBRANE\\_METODY\\_VYZKUMU.pdf](https://is.slu.cz/el/fvp/leto2021/UVSRPHK016/um/VYBRANE_METODY_VYZKUMU.pdf)

KALINA, Kamil, 2001. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí.* Praha: Filia nova. ISBN 80-238-8014-4.

KOLÁŘOVÁ, Zdenka, 2023. *Unikátní spolupráce urgentní a paliativní medicíny posouvá Česko na post světového leadera.* [online]. In: *Medical Tribune.* [cit. 2024-03-23]. Dostupné z:

<https://www.tribune.cz/zdravotnictvi/unikatni-spoluprace-urgentni-a-paliativni-mediciny-posouva-cesko-na-post-svetoveho-leadera/>.

KOUBOVÁ, Kateřina, 2018. *Paliativní péče z pohledu zdravotnického záchranáře* [online]. Praha, [cit. 2025-03-28]. Dostupné z: [https://is.vszdrav.cz/do/vsz/bakalarske\\_prace/Bakalarske\\_prace\\_v\\_akademickem\\_roce\\_2017-2018/Zdravotnicky\\_zachranar\\_2018/Kubova\\_Katerina/KUBOVA\\_KATERINA\\_3AZZ.pdf](https://is.vszdrav.cz/do/vsz/bakalarske_prace/Bakalarske_prace_v_akademickem_roce_2017-2018/Zdravotnicky_zachranar_2018/Kubova_Katerina/KUBOVA_KATERINA_3AZZ.pdf). Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5.

KOUBOVÁ, Michaela, 2017. Empatie i upřímnost. Komunikaci by měli zvládat nejen odborníci na paliativní péči, zatím jde ale o výjimku. In: *Zdravotnický deník* [online]. [cit. 2025-02-21]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2017/04/empatie-uprimnost-komunikaci-meli-zvladat-nejen-odbornici-na-paliativni-peci-zatim-ale-jde-spise-o-vyjimku/>

KOVAŘÍKOVÁ, Natálie, 2024. *Paliativní péče v přednemocniční a intenzivní neodkladné péči*. [online]. Bakalářská práce. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.. Dostupné z: <https://theses.cz/id/994igq/>.

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

LEJČKO, Jan, 2009. *Přehled opioidních analgetik* [online]. Plzeň, [cit. 2025-02-20]. Dostupné z: <chrome-extension://efaidnbnmnibpcajpcglclefindmkaj/https://farmaciepropraxi.cz/pdfs/lek/2009/04/05.pdf>

LIAO, Mei-Nan, Shu-Ching CHEN, Shin-Cheh CHEN, et al., 2012. Changes and Predictors of Unmet Supportive Care Needs in Taiwanese Women With Newly Diagnosed Breast Cancer. *Oncology Nursing Forum* [online]. 2012-9-1, **39**(5), E380-E389 [cit. 2024-08-13]. ISSN 0190-535X. Dostupné z: [doi:10.1188/12.ONF.E380-E389](https://doi.org/10.1188/12.ONF.E380-E389)

LOUČKA, Martin, 2018. Paliativní péče [online]. Praha: Centrum paliativní péče. [cit. 2021-12-17]. Dostupné z: <https://paliativnicentrum.cz/paliativni-pece>.

LÜLLMANN, Heinz, et al., 2004. *Farmakologie a toxikologie*. 2. české vydání. Praha : Grada. 725 s. Kapitola 11.4 Analgetika-antipyretika a nesteroidní antiflogistika. ISBN 80-247-0836-1.

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

Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2019. Právo na učinění dříve vysloveného přání. In: *Národní zdravotnický informační portál* [online]. [cit. 2025-02-21]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/234-pravo-na-ucineni-drive-vysloveneho-prani>

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2022. Paliativní péče v nemocnicích má své Standardy. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. [cit. 2025-03-29]. Dostupné z: [https://mzd.gov.cz/tiskove-centrum-mz/paliativni-pece-v-nemocnicich-ma-sve-standardy/?utm\\_source=chatgpt.com](https://mzd.gov.cz/tiskove-centrum-mz/paliativni-pece-v-nemocnicich-ma-sve-standardy/?utm_source=chatgpt.com)

NOVÁKOVÁ, Petra, ed. *Fentanyl (účinná látka)*. Linkos.cz [online]. [cit. 2025-02-21]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/slovnicek/fentanyl-ucinna-latka/>

Parlament ČR, 2011. Zákon č. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2024-08-13]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372#cast2>

PAŘÍZKOVÁ, Renata, 2011. *Paliativní léčba v intenzivní medicíně*. [online]. Intery Akut Kardiol. [cit. 2024-08-12]. Dostupné z: <http://www.iakardiologie.cz/pdfs/kar/2011/89/05.pdf>

POLIŠENSKÁ, Jitka. *Paliativní a podpůrná péče*. [Online]. Ikem.cz. Dostupné z: <https://www.ikem.cz/cs/paliativni-a-podpurna-pece/a-4031/>. [cit. 2025-03-28].

POŠTOVÁ, Jana, 2023. *Pražská záchranka pokračuje v rozvoji paliativní péče o umírající v urgentní medicíně. Proškolí desítky záchranářů*. In: Zdravotnická záchranná služba hl. m. Prahy [online]. Praha, [cit. 2024-08-13]. Dostupné z: [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.zzshmp.cz/wp-content/uploads/2023/12/FINAL\\_TZ\\_Prazska-zachranka-pokracuje-v-rozvoji-paliativni-pece-o-umirajici-v-urgentni-medicine.-Proskoli-desitky-zachranaru.pdf](chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.zzshmp.cz/wp-content/uploads/2023/12/FINAL_TZ_Prazska-zachranka-pokracuje-v-rozvoji-paliativni-pece-o-umirajici-v-urgentni-medicine.-Proskoli-desitky-zachranaru.pdf)

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

SKÁLA, Bohumil a kol., 2011. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP. 18 s. ISBN 978-80-869-9851-0.

SKÁLOVÁ, Andrea, 2021. 100 let s metamizolem: Jaké je jeho současné postavení v léčbě bolesti? In: *Prolekare.cz* [online]. [cit. 2025-02-21]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/tema/analgesie/detail/100-let-s-metamizolem-jake-je-jeho-soucasne-postaveni-v-lecbe-bolesti-127076>

SLÁMA, Ondřej a Jiří VORLÍČEK, 2005. *Paliativní medicína - historie a současnost*. SANQUIS [online]. Brno: Sanquis, 2005 [cit. 202304-09]. Dostupné z: <https://www.sanquis.cz/index1.php?linkID=art345>

SLÁMA, Ondřej a KABELKA, Ladislav, 2022. *Paliativní medicína pro praxi*. Třetí, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-627-3.

SLÁMA, Ondřej a Tereza VAFKOVÁ, 2020. *Paliativní péče*. Online. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita. Elportál. ISBN 978-80-210-9628-8. ISSN 1802-128X. Dostupné z: <http://is.muni.cz/elportal/?id=1658157>

SLÁMA, Ondřej, Jan ŠVANČARA a Ladislav DUŠEK, 2016. *NÁRODNÍ DATOVÁ ZÁKLADNA PALIATIVNÍ PÉČE. CO LZE ZJIŠTIT O ZÁVĚRU ŽIVOTA ONKOLOGICKÝCH PACIENTŮ?* In: Lékař a multidisciplinární tým [online]. Brno, [cit. 2024-08-13]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/lekar-a->

[multidisciplinarni-tym/kongresy/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/narodni-datova-zakladna-paliativni-pece-co-lze-zjistit-o-zaveru-zivota-onkologic/](#)

SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK, 2011. *Paliativní medicína pro praxi*. 2., nezměn. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-849-0.

Standardy hospicové paliativní péče. Praha: Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče 2006.

STJERNSWÄRD, Jan, Kathleen M. FOLEY a Frank D. FERRIS, 2007. *The Public Health Strategy for Palliative Care*. *Journal of Pain and Symptom Management* [online]. 33(5), 486-493 [cit. 2024-08-13]. ISSN 08853924. Dostupné z: doi:10.1016/j.jpainsymman.2007.02.016

Světová zdravotnická organizace, 2002. *National Cancer Control Programmes. Policies and managerial guidelines*. 2. vydání. Ženeva. ISBN 924-15-45-577

ŠEVČÍK, Pavel, 2011. *Léčba bolesti (nejen) u onkologických nemocných* [online]. [cit. 2025-02-21]. Dostupné z: <chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.akutne.cz/res/publication/000061/paliativni-lecba-bolesti-sevcik-p.pdf>

ŠÍN, Robin, Petr ŠTOURÁČ a Jana KRUBA VIDUNOVÁ, 2019. *Lékařská první pomoc*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-433-0.

ŠPAČEK, František, 2009. Integrovaný záchranný systém. In: *Hasičský záchranný sbor České republiky* [online]. [cit. 2025-02-21]. Dostupné z: <https://hzscr.gov.cz/clanek/integrovaný-zachranny-system.aspx>

ŠPINKOVÁ, Martina, 2015. 3. Současná situace ve světě. In: *Elearning.cestadomu* [online]. [cit. 2025-02-21]. Dostupné z: <https://elearning.cestadomu.cz/elearning/pro-studenty/eutanazie/3-soucasna-situace-ve-svete/>

TURZÍKOVÁ, Tereza, 2022. 03 - *Bolest* [online]. [cit. 2025-02-24]. Dostupné z: [chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.cjv.muni.cz/media/3408153/czkey\\_03-bolest.pdf](chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.cjv.muni.cz/media/3408153/czkey_03-bolest.pdf)

UHLÍŘ, Marek a David PEŘAN, 2019. *Paliativní péče v prostředí zdravotnické záchranné služby: Situační zpráva*. Centrum paliativní péče [online]. Praha: Centrum paliativní péče, z. ú., [cit. 2022-02-11]. Dostupné z: <https://cdn.paliativnicentrum.cz/sites/default/files/soubory/2020-06/Situačn%C3%AD%20zpráva%20-%20Paliativn%C3%AD%20péče%20v%20prostřed%C3%AD%20zdravotnické%20záchranné%20služby.pdf>

UHLÍŘ, Marek a David PEŘAN, 2020. *Paliativní péče v prostředí zdravotnické záchranné služby* [online]. [cit. 2024-04-30]. Dostupné z: <https://cdn.paliativnicentrum.cz/sites/default/files/soubory/2020-06/Situa%C4%8Dn%C3%AD%20zpr%C3%A1va%20-%20Paliativn%C3%AD%20p%C3%A9%C4%8De%20v%20prost%C5%99ed%C3%AD%20zdravotnick%C3%A9%20z%C3%A1chrann%C3%A9%20slu%C5%BEby.pdf>

UHLÍŘ, Marek a Jana ŠEBLOVÁ, 2022. Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP. Konsensuální doporučení pro péči o pacienty v terminálním stavu v podmínkách urgentní medicíny. *Urgmed.cz* [online]. [cit. 2025-04-24]. Dostupné z: <chrome-extension://efaidnbnmnibpcajpcglclefindmkaj/https://urgmed.cz/wp-content/uploads/2022/05/Konsensualni-doporuceni-paliativa.pdf>

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Zemřelí 2020* [online]. 2021 [cit. 2025-03-29]. ISSN 1210-9967. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008370/demozem2020.pdf>

## **11 PŘÍLOHY**

Příloha A – dotazníkové šetření „Pohled zdravotnického záchranáře na problematiku paliativní péče v PNP“ – první část (úvod, cíle a základní informativní otázky).....	77
Příloha A – dotazníkové šetření „Pohled zdravotnického záchranáře na problematiku paliativní péče v PNP“ – druhá část (otázky již k tématu) .....	79

Příloha A – dotazníkové šetření „Pohled zdravotnického záchranáře na problematiku paliativní péče v PNP“ – první část (úvod, cíle a základní informativní otázky)

### **Kvantitativní dotazníkové šetření**

Vážení,

jmenuji se Lukáš Talman, jsem studentem studijního programu zdravotnické záchranářství na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice.

Chtěl bych Vás tímto způsobem poprosit o vyplnění níže uvedeného dotazníku na téma paliativní péče v přednemocniční neodkladné péči.

Cílem tohoto dotazníku je zjistit, jaký mají zdravotničtí záchranáři, všeobecné sestry se specializací v urgentní medicíně a také řidiči ZZS, pohled na problematiku paliativní péče v urgentní medicíně a v PNP.

Předem Vám děkuji mnohokrát za Váš čas a vyplnění dotazníku.

Lukáš Talman

#### Cíle dotazníkového šetření

- **Popsat pohled pracovníků ZZS na problematiku paliativní péče v PNP** (Jaký mají pohled pracovníci ZZS na problematiku paliativní péče v PNP? Myslí si, že je paliativní péče důležitá v rámci PNP? ...)
- **Zjistit, jaké jsou zkušenosti pracovníků ZZS v oblasti paliativní péče** (Jakou mají pracovníci ZZS zkušenost s paliativní péčí? Setkali se pracovníci ZZS s paliativní péčí již v terénu? Zkoušeli pracovníci ZZS kontaktovat paliativní tým či hospic? ...)
- **Zjistit, jaké jsou znalosti pracovníků ZZS v oblasti paliativní péče** (Jak by pracovníci ZZS popsali paliativní péči? Jaké školení dostávají pracovníci ZZS na téma paliativní péče? Jaké školení by v rámci paliativní péče uvítali pracovníci ZZS? ...)

Základní informativní otázky:

**Pohlaví**

- Muž
- Žena
- Jiné

**Pozice na ZZS**

- Zdravotnický záchranář
- Zdravotnický záchranář pro urgentní medicínu
- Všeobecná sestra se specializovanou způsobilostí v oboru intenzivní péče
- Všeobecná sestra se specializovanou způsobilostí v oboru intenzivní péče a s certifikovaným kurzem ošetrovatelská péče o pacienta v přednemocniční neodkladné péči a operační řízení přednemocniční neodkladné péče
- Řidič/ka vozidla zdravotnické záchranné služby

**Jak dlouho pracujete na zdravotnické záchranné službě?**

- Méně než 1 rok
- 1–3 roky
- 4–7 let
- Více než 7 let

**Kraj, na jehož území se nachází Vaše výjezdová základna zdravotnické záchranné služby**

- Královéhradecký kraj
- Pardubický kraj

Příloha A – dotazníkové šetření „Pohled zdravotnického záchranáře na problematiku paliativní péče v PNP“ – druhá část (otázky již k tématu)

Otázky již k tématu:

- 1. Jak byste definoval/a paliativní péči v kontextu přednemocniční neodkladné péče?**
  - a. Péče zaměřená na zmírnění symptomů a bolesti u nevléčitelně nemocných
  - b. Péče zaměřená na prodloužení života pacientů
  - c. Péče o pacienty s akutními život ohrožujícími stavy
  - d. Nezajímám se o tento aspekt péče
  
- 2. Vnímáte paliativní péči jako důležitou součást přednemocniční neodkladní péče?**
  - a. Rozhodně ANO
  - b. Spíše ANO
  - c. Spíše NE
  - d. Rozhodně NE
  
- 3. Byl/a jste někdy na výjezdu u osoby, která byla operačním střediskem posouzena jako paliativně relevantní pacient? (paliativně relevantní pacient = pacient s potřebou rychlé a účinné léčby symptomů, který má snížený benefit z akutní hospitalizace, avšak zvýšenou potřebu paliativní péče)**
  - a. ANO
  - b. NE
  
- 4. Dostáváte již od dispečera avízo, že jedete k pacientovi, u kterého je předpoklad paliativní péče?**
  - a. ANO
  - b. NE

5. **Slyšel/a jste někdy o REMAP systému?** (systém REMAP = Jedná se o akronym, o vstup do konverzace s paliativním pacientem. Je to vodítko, které pomáhá vést správně konverzaci s pacientem v terminálním stádiu, o čem s takovým pacientem hovořit, co můžeme očekávat, a jak na to můžeme reagovat.)

- a. ANO
- b. NE

6. **Slyšel/a jste někdy o protokolu pro dispečery RAPID-PCST?** (RAPID-PCST = rapid palliative care screening tool je protokol určený pro dispečery zdravotnického operačního střediska. Tento protokol se skládá ze tří otázek či kritérií. Pokud pacient bude splňovat všechna tato tři kritéria, může dispečer označit pacienta jako paliativně relevantního a může se předpokládat, že bude mít benefit z paliativní péče).

- a. ANO
- b. NE

7. **Myslíte si, že posádky zdravotnické záchranné služby mají dostatečné dovednosti a vybavení k poskytování paliativní péče v terénu?**

- a. Ano, máme dostatečné školení i vybavení
- b. Máme školení, ale vybavení by mohlo být lepší
- c. Potřebujeme více školení, ale vybavení je v pořádku
- d. Ne, nemáme dostatečné školení ani vybavení

**8. Jak byste hodnotili aktuální školení, které jste absolvovali k poskytování paliativní péče v přednemocniční péči?**

- a. Bylo dostatečné a dobře pokrývalo všechny potřebné aspekty
- b. Bylo užitečné, ale mohlo by být podrobnější
- c. Bylo nedostatečné, chyběly klíčové informace a dovednosti
- d. Neměl/a jsem žádné školení v oblasti paliativní péče

**9. Uvítal/a byste školení v rámci výjezdové základny v oblasti paliativní péče v PNP?**

- a. ANO
- b. NE

**10. Jaké vzdělání nebo školení v oblasti paliativní péče byste chtěl absolvovat? (můžete vybrat více možností)**

- a. Krátkodobý kurz zaměřený na základní postupy paliativní péče (analgezie, symptomatická péče)
- b. Pokročilé školení zaměřené na konkrétní techniky zvládnání bolesti a symptomů
- c. Interdisciplinární školení, kde bychom spolupracovali s lékaři, sestrami a paliativními specialisty
- d. Praktické školení zaměřené na komunikaci s pacienty a jejich rodinami v terminálním stavu
- e. Jiný typ školení (specifikujte)

**11. Jak často se setkáváte s pacienty, kteří by potřebovali paliativní péči?**

- a. Velmi často, téměř každý výjezd.
- b. Pravidelně, několikrát týdně.
- c. Příležitostně, několik výjezdů měsíčně.
- d. Zřídka, jen několikrát ročně.
- e. Nikdy, nikdy jsem se nesetkal/a s pacientem, který by potřeboval paliativní péči.

**12. Kolik procent výjezdů záchranné služby si myslíte, že předchází úmrtí ve zdravotnických zařízeních z důvodu terminální progresy onemocnění? (tj. pacienta v terminálním stádiu dovezu do ZZ a tam následně umírá).**

- a. 0–20 %
- b. 20–40 %
- c. 40–60 %
- d. 60–80 %
- e. 80–100 %

**13. Jaký je podle vás vztah mezi posádkami zdravotnické záchranné služby a paliativními týmy v nemocnicích?**

- a. Spolupracujeme často a efektivně
- b. Spolupracujeme příležitostně, ale mohlo by to být lepší
- c. Spolupráce je minimální nebo neexistuje
- d. Nejsm si jistý/á, nikdy jsem se s nimi nesetkal/a
- e. Jiné (specifikujte)

**14. Jak hodnotíte kvalitu komunikace mezi posádkami zdravotnické záchranné služby, lékaři a rodinami pacientů, kteří potřebují paliativní péči?**

- a. Komunikace je velmi dobrá, vždy máme jasné pokyny a spolupráce je efektivní.
- b. Komunikace je většinou dobrá, ale občas dochází k nedorozuměním nebo opožděným informacím.
- c. Komunikace bývá problematická, často se vyskytují zmatky ohledně pokynů nebo očekávání.
- d. Komunikace mezi záchranáři, lékaři a rodinami je nevyhovující a často dochází k výrazným problémům.
- e. Nemám zkušenost s komunikací ohledně paliativní péče s rodinami nebo lékaři

**15. Měli by posádky zdravotnické záchranné služby hrát aktivní roli v poskytování paliativní péče?**

- a. Ano, měli by být součástí multidisciplinárního týmu
- b. Ano, ale pouze v určitých situacích (např. během výjezdu, transportu do ZZ)
- c. Ne, je to výhradně úkol pro lékaře a paliativní týmy
- d. Nejsm si jistý/á

**16. Jaké metody používáte k zajištění paliativní péče u pacientů v přednemocniční neodkladné péči? (Můžete vybrat více možností)**

- a. Podávání analgetik (např. morfin)
- b. Zajištění pohodlí pacienta (polohování, udržení teploty)
- c. Poskytnutí podpory rodině a komunikace o přáních pacienta
- d. Odeslání pacienta do nemocnice bez dalších zásahů
- e. Jiné (specifikujte)

**17. Co považujete za největší překážky v poskytování kvalitní paliativní péče v přednemocniční péči? (Můžete vybrat více možností)**

- a. Nedostatek času
- b. Nedostatek kapacit
- c. Nedostatek odborných znalostí v paliativní péči
- d. Nedostatečné vybavení pro zvládání symptomů
- e. Komunikace s rodinou a pacientem
- f. Neochota pacientů nebo rodiny přijmout paliativní péči
- g. Jiné (specifikujte)

**18. Jaký je váš názor na to, že by záchranáři měli mít možnost rozhodovat o neodkladné paliativní péči u pacientů, kteří jsou nevyлéčitelně nemocní a neprocházejí aktivní léčbou?**

- a. Měli bychom mít tuto možnost a odpovědnost
- b. Je to úkol pro lékaře, záchranář by měl pouze aplikovat pokyny
- c. Měli bychom konzultovat každou situaci s lékařem nebo paliativním týmem
- d. Nejsem si jistý/á

**19. Jak se cítíte při poskytování paliativní péče pacientům, u kterých není možné očekávat zlepšení nebo uzdravení?**

- a. Cítím, že moje role je velmi důležitá při zmírnění jejich utrpení
- b. Cítím se dobře, že mohu pacientům pomoci, ale je to někdy těžké rozhodování
- c. cítím, že v těchto situacích ztrácím kontrolu nad tím, co se děje s pacientem
- d. Cítím, že to není moje role a raději bych se soustředil/a na akutní případy