

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2018

Stanislava Beranová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Etické a právní aspekty kardiopulmonální resuscitace

Stanislava Beranová

Bakalářská práce

2018

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, 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. 9/2012, bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne

Stanislava Beranová

PODĚKOVÁNÍ

Touto cestou bych velmi chtěla poděkovat vedoucí mé práce Mgr. Jitce Rusové, DiS., za výbornou spolupráci, podporu, ochotu a čas, který mi věnovala, dále bych zde ráda poděkovala respondentům, kteří se mnou ochotně vedli rozhovory a v neposlední řadě své rodině a přátelům, kteří mě při studiu podporovali.

ANOTACE

Tato bakalářská práce je věnována etickým a právním aspektům kardiopulmonální resuscitace. Kardiopulmonální resuscitace (KPR) sebou přináší řadu medicínských, ale také etických a právních otázek, týkajících se (ne)zahajování, průběhu a ukončování KPR. Rozhodování zdravotníků může ovlivňovat hned několik faktorů, jako je charakteristika pacienta (věk, onemocnění) a kontext situace (např. přítomnost rodiny či existence dříve vysloveného přání). První část práce, zpracovaná na základě rešerše odborné literatury, tvoří stručný přehled etických a právních aspektů KPR a poskytuje tak teoretická východiska potřebná k uchopení dané problematiky. Výzkumná část práce je zaměřena na vnímání této problematiky očima zdravotnického personálu pracujícího na oddělení intenzivní péče. Data byla získána pomocí anonymních rozhovorů v rámci kvalitativního šetření. U respondentů bylo zjištěno, jaké mají povědomí o legislativě týkající se dané problematiky a jak vnímají některé dilematické situace vyplývající z rozhodování ohledně (ne)zahajování, či ukončování KPR.

KLÍČOVÁ SLOVA

Etické aspekty, právní aspekty, kardiopulmonální resuscitace, dříve vyslovená přání, přítomnost rodiny, dárcovství orgánů, terminální stádium onemocnění

TITLE

Ethical and legal aspects of cardiopulmonary resuscitation

ANNOTATION

This bachelor thesis is devoted to the ethical and legal aspects of cardiopulmonary resuscitation. Cardiopulmonary resuscitation (CPR) brings a number of medical, but also ethical and legal issues, related to (not)initiating, progressing, and terminating CPR. The decision of healthcare providers can be influenced by several factors such as the patient's characteristics (age, illness) and the context of the situation (such as the presence of the family or the existence of a advance directives). The first part of the thesis, based on a literature review, provides a brief overview of the ethical and legal aspects of the CPR and provides the theoretical background needed to address the issue. The research part of the thesis is focused on the perception of this issue by the medical staff working in the intensive care department. The data was obtained through anonymous interviews within a qualitative survey. The respondents found out how they are aware of legislation on the subject, and how they perceive some dilemmas arising from decision-making on (not)initiating or terminating CPR.

KEYWORDS

Ethical aspects, legal aspects, cardiopulmonary resuscitation, advance directives, presence of the family, organ donation, terminal illness

OBSAH

Terminologie.....	14
Úvod.....	14
Cíle práce	16
1 Teoretická východiska k řešenému problému	17
1.1 Kardiopulmonální resuscitace	17
1.2 Etické a právní aspekty kardiopulmonální resuscitace	18
1.3 Vybraná témata ovlivňující rozhodování zdravotníků.....	26
1.3.1 Věk pacienta	26
1.3.2 Onemocnění pacienta.....	26
1.3.3 Přítomnost rodiny	32
1.3.4 Dříve vyslovená přání.....	32
1.3.5 Dárcovství orgánů od zemřelých dárců	35
1.3.6 Použití těla zemřelého na lékařské účely.....	36
1.3.7 Související koncepty	38
2 Výzkumná část.....	39
2.1 Metodika tvorby práce	39
2.2 Charakteristika souboru	39
2.3 Prezentace a interpretace získaných dat.....	41
3 Diskuze	89
4 Závěr	97
5 Seznam použitých zdrojů.....	99
6 Seznam příloh	105
PŘÍLOHA A	106
PŘÍLOHA B	107
PŘÍLOHA C	107
PŘÍLOHA D	108

PŘÍLOHA E.....	109
PŘÍLOHA F.....	110

SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK

Tabulka 1 Kategorizace nemocných s ukončenou onkologickou léčbou	28
Tabulka 2 Přehled jednotlivých respondentů.....	40
Tabulka 3 Trestné činy proti životu a zdraví a jejich tresty.....	106
Tabulka 4 Trestné činy vzniklé porušením povinnosti vyplývající ze zaměstnání a jejich tresty	107
Tabulka 5 Počet zemřelých lidí v ČR na některá vybraná onemocnění	107
Tabulka 6 TNM klasifikace onkologického onemocnění.....	108
Tabulka 7 Klasifikace celkové zdatnosti - Karnofský index	109

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

AED	Automatický externí defibrilátor
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome (Syndrom získané poruchy imunity)
ARIP	Anestézie, resuscitace, intenzivní péče
ARO	Anesteziologicko resuscitační oddělení
Bc.	bakalář
CT	Computer Tomograf (Počítačová tomografie)
ČČK	Český červený kříž
ČR	Česká republika
ČRR	Česká resuscitační rada
ČSARIM	Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny
DiS.	Diplomovaný specialista
DNR	Do not resuscitate
DVP	Dříve / předem vyslovené přání
ERC	European Resuscitation Council
HIV	Human immunodeficiency virus
CHOPN	Chronická obstrukční plicní nemoc
IKEM	Institut klinické a experimentální medicíny
IZS	Integrovaný záchranný systém
JIP	Jednotka intenzivní péče
KPR	Kardiopulmonální resuscitace
MRSA	Methycillin rezistentní stafylococcus aureus
Sb.	Sbírka zákonů
TANR	Telefonická asistovaná neodkladná resuscitace

UICC	Union for International Cancer Control (Unie pro mezinárodní kontrolu nádorových onemocnění)
ZZS	Zdravotnická záchranná služba

TERMINOLOGIE

Ageismus = diskriminace na základě věku (Kabátová a Uríčková, 2013)

Asistovaná sebevražda = fyzická osoba s vědomím, co činí, připraví na žádost smrtící látku jiné osobě – jedná se o protiprávní postup (Vondráček a kol., 2011, s. 19)

Do not resuscitate = ordinace k nezahájení kardiopulmonální resuscitace (Bartůněk a kol., 2016)

Dříve vyslovené přání = dříve vyjádřený (ne)souhlas pacienta pro situace, kdy tento (ne)souhlas nebude moct vyslovit (Zákon č. 372/2011 Sb.)

Dystanázie = zadržaná smrt, prodlužování procesu umírání (Biondo a kol., 2009)

Eutanázie = usmrcení jiné fyzické osoby aktivní činností, na její žádost (Vondráček a kol., 2011, s. 30)

Infekční onemocnění = příznakové i bezpříznakové onemocnění vyvolané původcem nebo jeho toxinem, vzniká v důsledku přenosu původce z nakažené fyzické osoby, zvířete, či neživého substrátu na vnímavou fyzickou osobu. (Zákon č. 258/2000 Sb.)

Kóma = hluboké bezvědomí, pacient nereaguje na zevní podněty, ani na bolest (Vondráček a kol., 2011, s. 39)

Marná léčba = v případě, že dříve použité postupy opakovaně selhaly a nelze odstranit příčinu, která stav vyvolala. (Ševčík, 2014, s. 40)

Onkologické onemocnění = skupina onemocnění, pro kterou je typický neomezený růst buněk tkání. (Vorlíček a kol., 2012, s. 35)

Paliativní léčba = komplexní podpůrná terapie pacientů s onemocněním, které je v pokročilých až terminálních fázích a není možné dostupnými prostředky dosáhnout vyléčení. (Vorlíček, 2012, s. 51)

Paliativní sedace = stav, kdy se pomocí léků snižuje úroveň vědomí pacienta (Heřmanová a kol., 2012, s. 186)

Polymorbidní pacient = pacient, trpící současně několika závažnými nemocemi (Vondráček a kol., 2011, s. 52)

Prognóza = pravděpodobný vývoj nemoci a možný výsledek léčebného snažení (Vondráček a kol., 2011, s. 54)

Terminální stádium onemocnění = klinický stav, kdy dochází k nevratnému selhávání orgánových funkcí, které ohrožují pacienta bezprostředně na životě, období posledních hodin a dnů života. (Sláma, 2009)

ÚVOD

Kardiopulmonální resuscitace (KPR) je soubor opatření, které slouží k udržení, či obnovení krevního oběhu. Je aplikována tam, kde došlo k náhlému selhání jedné, či několika základních životních funkcí. (Ševčík, 2014, s. 1017 - 1018) Péče o pacienty v takto závažném stavu je náročná a vyžaduje u zdravotnického personálu specifické dovednosti a dobré znalosti v několika oblastech. Kromě manuálních dovedností a dobrých komunikačních vlastností musí mít zdravotnický personál výborné teoretické znalosti ohledně fyziologických i patologických procesů v lidském těle, zdravotnické techniky, musí dobře reagovat ve vypjatých situacích a mít dobrý přehled o etických a právních normách a požadavcích na tuto péči kladených. Ačkoliv je kardiopulmonální resuscitace život zachraňující výkon, který má své indikace, stanovený postup a kontraindikace, vzbuzuje řadu etických a právních otázek a nejasností. Samotné zahajování a ukončování KPR je závažnou etickou otázkou, která je často probírána např. u polymorbidních pacientů a pacientů ve vysokém věku. Do samotného rozhodování a přístupu zdravotníků zasahují i jiné faktory, jako je například přítomnost rodiny, nebo dříve vysloveného přání. V rámci přednemocniční péče i na odděleních intenzivní péče se personál může setkat s pacienty, kteří jsou potenciálními dárci orgánů a u kterých je zvažováno provádění KPR k udržení perfúze orgánů, případně je zvažováno nezahájení KPR u dárců s nezvratnou zástavou oběhu, v této souvislosti lze tedy uvést jako další etickou a právní otázku právě problematiku dárcovství orgánu, či použití těla zemřelého na výukové účely. (Munzarová, 2005, s. 130-134; Truhlář, 2015, s. 31 - 59)

Neméně problematičtější je péče o pacienty, kteří odmítají léčbu, což se může týkat i KPR. Kompetentní pacient má právo odmítnout jakýkoliv lékařský zákrok, nebo léčbu avšak zdravotnický personál může mít pocit frustrace, že se pacient rozhodl ve vlastní neprospěch. Respektovat pacientovo kompetentní rozhodnutí, znamená respektovat autonomii člověka. K tomuto tématu se váže také problematika dříve vyslovených přání, která právě odmítnutí KPR umožňuje. Další důležitou etickou otázkou je také role KPR v péči o pacienty v terminálním stádiu onemocnění. Terminální stádium onemocnění může být z důvodu probíhajícího chronického, či onkologického onemocnění, nebo akutního stavu, při kterém došlo k nevratnému poškození životních funkcí, či multiorgánovému selhání, kdy přes snahu lékařů dochází k dalšímu zhoršení stavu a vyvolávající příčina není léčebně ovlivnitelná. Obecně je doporučováno, aby v takovýchto případech, kdy zdravotní stav není léčbou ovlivnitelný, nebyla KPR zahajována. (Truhlář 2015, s. 58; Sláma, 2009, s. 14 - 20)

Zdravotnický personál by se měl zaměřit na léčbu paliativní, podporovat pacientovu důstojnost, zajistit co nejvíce možný komfort a omezit marnou a neúčelnou léčbu. V souvislosti s marnou a neúčelnou léčbou se ve společnosti stále objevují etické otázky, zda nezahájení, nebo nepokračování marné léčby není forma eutanázie. (Heřmanová a kol., 2012, 144 - 154) Považovat nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby či odmítnutí léčby pacientem za eutanázii je v odborné literatuře hojně kritizováno. (Černý, 2014) Stejně se k tomu staví i Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010, které nám říká, že při správném odborném posouzení postupu, nelze nezahájení a nepokračování marné léčby zaměňovat za eutanázii, či úmyslné ublížení na zdraví. (Česká lékařská komora, 2010)

To, jak dané otázky vnímají zdravotníci a jaké jsou jejich dosavadní zkušenosti z praxe, se promítá do poskytované péče samotné. Důkazem toho je i jev zvaný předstíraná resuscitace. Postoje zdravotníků ovlivňují kvalitu a rozsah poskytované péče, zvláště pak u pacientů ve vysokém věku a polymorbidních pacientů, proto je důležité zjišťovat, co si zdravotníci o těchto situacích myslí a jak v nich jednájí. Neméně důležité je pak hledat cesty ke kultivaci nejen jejich medicínských, ale též etických a právních znalostí, názorů a postojů.

Motivací k tvorbě bakalářské práce na toto téma byl zájem o obor intenzivní péče a s ním spojená etická a právní dilemata. V teoretické části práce jsou formulovány teoretická východiska, která mají usnadnit pochopení problematiky, kterou se práce zabývá. Jsou zde definované a vysvětlené pojmy, jako kardiopulmonální resuscitace, etika a její principy a právní normy týkající se daného problému. Nejrozsáhlejší část se věnuje specifickým situacím, které mohou ovlivňovat rozhodování zdravotníků ohledně kardiopulmonální resuscitace. Kapitoly jsou věnovány věku a onemocnění pacienta, problematice předem vysloveného přání, přítomnosti rodiny, dárcovství orgánů, použití těla zemřelého na výukové účely a souvisejícím tématům a konceptům, jako je lidská důstojnost a kvalita života. Ve výzkumné části bylo zjišťováno, jak zdravotnický personál pracující na odděleních intenzivní péče vnímá etické a právní aspekty KPR. Povědomí zdravotnického personálu o etických a právních aspektech kardiopulmonální resuscitace může usnadnit nelehké rozhodování v některých dilematických situacích, předejít obavám z trestněprávního jednání a v neposlední řadě ochránit pacienta před možným poškozením.

CÍLE PRÁCE

Teoretická část práce má za cíl vytvořit stručný přehled etických a právních aspektů kardiopulmonální resuscitace.

Cílem průzkumné části práce je zjistit, jak vybraní respondenti vnímají etické a právní aspekty kardiopulmonální resuscitace.

.

1. TEORETICKÁ VÝCHODISKA K ŘEŠENÉMU PROBLÉMU

Chceme-li se zabývat etickými a právními aspekty dané problematiky, je nezbytné danou problematiku nejdříve definovat a vymezit. V první řadě zde tedy bude uvedena definice kardiopulmonální resuscitace (KPR), její indikace, kontraindikace a budou zde zmíněna doporučení týkající se KPR. Následně v práci budou formulovány etické a právní principy vztahující se k dané problematice a prezentovány situace, které jsou z pohledu etického a právního pro zdravotnický personál problematičké.

1.1 Kardiopulmonální resuscitace

Kardiopulmonální resuscitace, také nazývaná neodkladná resuscitace je soubor opatření, které slouží k udržení, či obnovení krevního oběhu. KPR je aplikována tam, kde došlo k náhlému selhání jedné, či několika základních životních funkcí. Mezi základní životní funkce řadíme vědomí, dýchání a krevní oběh. Selhání jedné základní životní funkce vede v blízké době ke zhroucení zbylých. Nejen díky své časové naléhavosti má KPR v intenzivní medicíně výjimečné postavení, úspěšná KPR je předpokladem použití dalších léčebných postupů, proto musí být zahájena neprodleně, kdekoliv po vzniku náhlého selhání životních funkcí. KPR není úkolem pouze zdravotníků a nezastupitelnou rolí zde hraje veřejnost. Indikace a kontraindikace k zahájení KPR jsou v první řadě otázkou medicínskou, avšak zahájení i nezahájení resuscitace v určitých případech je též otázkou etickou, s možnými právními dopady. (Ševčík, 2014, s. 1017 - 1018)

Indikací k zahájení KPR je zástava oběhu. Ta může být způsobena srdeční zástavou, nebo závažnou obstrukcí dýchacích cest cizím tělesem. KPR provádíme vždy u pacienta, který nereaguje a nedýchá, případně je přítomné abnormální lapavé dýchání. (Truhlář, 2015, s. 12 - 18)

Zdravotnický personál by měl zvážit nezahájení nebo ukončení KPR pokud nemůže být zajištěna bezpečnost záchránce, jsou zřejmá zranění neslučitelná se životem nebo jsou přítomné jisté známky smrti. Mezi jisté známky smrti patří posmrtná bledost, skvrny a chladnutí těla, dále posmrtné tuhnutí těla, rozklad a srážení krve. (Mačák a kol., 2012, s. 46) KPR by se dále neměla zahajovat KPR, pokud je k dispozici dříve vyslovené přání pacienta pro tuto situaci, nebo existují pádné důkazy, že by KPR byla prováděna proti přesvědčení a hodnotám pacienta. Dále se jedná o situace, kdy je tento léčebný postup považován za marnou léčbu. Zdravotnický personál by měl zvážit ukončení resuscitace, pokud přetrvává

asystolie po dobu delší než 20 minut přesto, že probíhá rozšířená neodkladná resuscitace a při absenci reverzibilní příčiny srdeční zástavy. (Truhlář, 2015, s. 58)

Provádění kardiopulmonální resuscitace se řídí doporučeními, v podmínkách ČR se pak jedná o doporučené postupy Evropské resuscitační rady (The European Resuscitation Council - ERC), které jsou každých pět let revidovány a v aktualizované verzi dostupné na stránkách ERC (<https://cprguidelines.eu/>). V českém překladu pak ve zkrácené formě vyšly v mimořádném vydání časopisu Urgentní medicína 2015, dostupném zde http://urgentnimedcina.cz/casopisy/UM_2015_mimoradne-vydani.pdf.

Doporučené postupy ERC 2015 představují konsenzus mezi členy Valného shromáždění ERC. Aktuální doporučené postupy představují nejefektivnější a snadno naučitelný způsob léčby, který je založen na současných znalostech, vědeckých poznatcích a zkušenostech. V celé Evropě existují značné rozdíly týkající se vybavení nemocnic, dostupnosti léků a personálu, tyto rozdíly mohou vyžadovat místní, nebo regionální modifikace těchto doporučení. Doporučené postupy ERC 2015 obsahují základní léčebné algoritmy pro resuscitaci dospělých a dětí, ale zaobírají se též první pomocí, vzděláváním v resuscitaci a v neposlední řadě obsahují též kapitoly týkající se etických aspektů resuscitace a rozhodování v otázkách o konci života.

Prvním krokem k zotavení stavu po srdeční zástavě je bezprostředně obnovení spontánního oběhu. V důsledku ischemie během srdeční zástavy a reperfúze během prováděné KPR vznikají v těle některé patofyziologické procesy, obecně lze tento komplex nazvat poresuscitačním syndromem. Syndrom po srdeční zástavě zahrnuje poškození mozku, myokardiální dysfunkci, která má za následek hemodynamickou nestabilitu, ischemicko-reperfúzní odpověď organismu (hypoxemii, hyperkapnii). Závažnost klinického stavu je ovlivněna příčinou a délkou trvání srdeční zástavy. Léčba a péče poskytovaná během poresuscitačního období musí být multidisciplinární a ovlivňuje následný neurologický stav pacienta. (Truhlář, 2015, s. 31 - 46)

1.2 Etické a právní aspekty kardiopulmonální resuscitace

Etika je vědní disciplína zkoumající morálku, říká nám, o co má člověk usilovat a jak se má chovat. Je to soubor zásad lidského chování. Předmětem lékařské / zdravotnické etiky jsou morální a etické dilemata v praxi, postoj lékaře (zdravotníka) k pacientovi, lékař a problematika interpersonálních vztahů, dilematické situace v teoretické i klinické medicíně,

problematika reprodukce, problematika umírajících, paliativní medicíny a eutanazie. (Kořenek, 2004)

Všechny oblasti lidského jednání mají svou morálku a vymezené povinnosti, včetně ošetrovatelství. V ošetrovatelství mimo jiné rozhodujeme, co je pro pacienta prospěšnější, jak jednat aby byla zachována jeho důstojnost a autonomie. Morálka nám určuje přípustné a nepřípustné chování pro společnost a tím usměrňuje chování člověka. Morálka je velmi individuální, ovlivňuje ji shoda a neshoda s vlastním svědomím. Morálka v ošetrovatelství zahrnuje dobro a prospěšnost nebo škodu a ublížení pacientovi. Všechny ošetrovatelské postupy mají morální dopad. (Kutnohorská, 2007, s. 11 - 12)

Ohledně základů etických přístupů bylo těžké dosáhnout schody, promítají se zde nejen principy ukotvené v Hippokratově přísaze, ale také tradice velkých monoteistických náboženství – judaismus, křesťanství i islámu. Ve druhé polovině 20. století definovali pánové Beauchamp a Childress čtyři principy lékařské etiky. Beauchamp a Childress se domnívali, že jejich dílo Principles of biomedical ethics bude přijímáno všemi, bez ohledu na náboženství a kulturu. Tyto principy se úspěšně rozšířily a dnes je nalezneme v každé učebnici lékařské etiky. První dva principy, nonmaleficience a beneficience, můžeme nalézt v corpus Hippocraticum, zbylé dva principy, autonomie a spravedlnost jsou mladší. (Vácha, 2012, s. 55 - 59; Munzarová, 2005, s. 42 - 44)

Princip nonmaleficience zakazuje poškodit či usmrtit pacienta. Tento princip znamená vyhýbat se postupům, které mají negativní dopad na pacienta. Případné nežádoucí účinky a rizika musí být vyváženy přínosem zvolené metody. Použití postupů, při kterém převažují rizika a komplikace pro pacienta je v rozporu s etickými principy medicíny. KPR se stala normou pro pacienty v život ohrožujících stavech, jedná se o invazivní postup, který by neměl být prováděn v marných případech. Definovat přesně pojem marnost je však ve většině případů obtížné. (Ševčík, 2014, s. 29; Truhlář, 2015, s. 58 - 59)

Princip beneficience, neboli dobročinnění, znamená konání dobra, v zájmu a ku prospěchu pacienta a představuje povinnost předcházet poškození. Tento princip obsahuje základní pravidlo lidského jednání – ochrana života a zdraví. Znamená, že zákroky musí být prováděné po předchozím zvážení poměru přínosu a rizika musí pacientovi přinášet prospěch. Jakýkoliv léčebný postup, kde se nedá předpokládat příznivý účinek a kde převažují rizika pro pacienta, nesmí být proveden. Tento princip může zdravotnickému personálu pomoci v rozhodování, který léčebný postup je pro pacienta vhodný a prospěšný. Ve většině případů můžeme říci,

že dobro v pojetí lékaře je shodné s pojetím dobra pacienta, je dobré však pomýšlet i na to, že v praxi mohou nastat situace, kdy pacient bude vnímat dobro jinak, příkladem může být situace, kdy pacient přeruší léčbu a odchází domů ke svým blízkým i za cenu, že smrt nastane dříve, než s pokračující léčbou. (Ševčík, 2014, s. 29; Truhlář, 2015, s. 58 - 59)

Autonomie, znamená respektovat nezávislost pacienta, chránit samostatné jednání, představuje nezávislost, sebeuvědomnění a svobodu vůle. Uplatnění tohoto principu v medicíně znamená respekt k osobě a jeho přáním, zvolit rozhodnutí, která jsou v souladu s přesvědčením pacienta. Zdravotní péče by neměla nemocného stavět do role příjemce zpráv, ale pacient by měl být ve středu rozhodovacího procesu a ovlivňovat ho. Princip autonomie pacienta je ve většině zemí podporován, avšak účinnost využití tohoto principu na odděleních intenzivní péče je velmi omezená, protože existují situace, kdy nelze informovaný souhlas získat, například při srdeční zástavě, kdy pacient není schopen vyjádřit svá přání. V takovém případě lékař postupuje podle ostatních principů, ve spolupráci s rodinou a osobou blízkou pacienta. (Ševčík, 2014, s. 29; Truhlář, 2015, s. 58 - 59)

Princip spravedlnosti neboli justice, se týká hlavně rozdělování prostředků, respektování spravedlivé distribuce zdrojů na zajištění péče. Je postaven na solidárnosti zdravotnického systému, tj. zajištění takové péče, na kterou má pacient právo. Princip spravedlnosti znamená, že jsou tyto zdroje rozdělovány rovnoměrně a spravedlivě, bez ohledu na společenské postavení pacienta, žádná osoba by neměla mít nárok na větší podíl výhod, ani nesmí být diskriminována a každá osoba má právo dostat péči odpovídající současným standardům. (Ševčík, 2014, s. 29; Truhlář, 2015, s. 58 - 59)

Barcelonská deklarace

V letech 1995 – 1998 probíhal výzkumný projekt Basic Ethical Principles in European Bioethic and Biolaw (Základní etické principy v evropské bioetice a právu), který měl za cíl formulovat základní etické principy evropské bioetiky. Výsledkem jednání Evropské komise je tzv. Barcelonská deklarace, která představuje a definuje čtyři základní etické principy autonomy (autonomie), dignity (důstojnost), integrity (celistvost) a vulnerability (zranitelnost).

Princip **autonomie** v sobě zahrnuje aspekty jako je schopnost tvořit myšlenky a životní cíle, schopnost morálního uvědomování a rozumného rozhodování, kdy člověk jedná bez donucení a je schopný vyjádřit informovaný souhlas. Jedná se o jakýsi ideál, který je však limitován v závislosti na biologické, materiální a sociální kondici člověka a případným nedostatkem

informací pro rozvahu. Princip **dignity**, znamená důstojnost člověka, jakožto vnitřní hodnotu jednotlivce. Člověk by se měl chovat tak, aby zachoval svou důstojnost (nesmí se vzdát civilizovaného a zodpovědného chování) i důstojnost ostatních (zapovězeno je druhé využít, zneužít či zotročit). Princip **integrity**, představuje čestnost, neporušitelnost lidského bytí. Vyjadřuje ctnost nepodplaceného charakteru, upřímnosti, poctivosti a dobré úmysly. Respekt k tomuto principu, znamená respekt k soukromí, osobnímu prostředí a respekt k pacientovi a jeho vnímání života a nemoci. Je to důležitý princip k navázání důvěry mezi lékařem a pacientem. Princip **vulnerability**, neboli zranitelnosti, představuje základ pro respektování a ochranu lidského života, neboť nám připomíná zranitelnost a konečnost každého života, nejen lidského (princip je vztahován též na zvířata). (Kemp a Rendtorff, 2008, s. 240)

Nezbytnou součástí etických norem tvoří **etické kodexy**. K důležitým současným etickým kodexům, které by se ve zdravotnictví měly respektovat, patří například Etický kodex české lékařské komory, Etický kodex sester, Etický kodex práva pacientů, Úmluva na ochranu lidských práv a základních svobod a několik dalších. (Kutnohorská, 2007, s. 18 - 19)

Etický kodex sester byl poprvé přijat mezinárodní radou sester v roce 1953, poté byl několikrát upravován a znovu schvalován, poslední úprava byla provedena v roce 2000. Etický kodex sester se skládá ze čtyř částí, které vymezují normy etického chování. Ošetrovatelská péče nemá být ovlivněná barvou pleti, věkem, vyznáním, kulturními zvyklostmi, postižením, nemocí, pohlavím, národností, politickým přesvědčením, nebo společenským postavením pacienta. (Kutnohorská, 2007, s. 112 – 114)

Etický kodex práva pacientů navrhla a schválila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České republiky, práva pacientů obsažená v tomto kodexu jsou platná od 25. února 1992 a upravují situace v souvislosti s hospitalizací pacienta. Pacient má právo na odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky a v průběhu léčby musí být personál ohleduplný na jeho soukromí a stud. Pacient má právo očekávat, že léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou, avšak jsou některá práva, která nelze uplatnit u pacientů v bezvědomí. Pacient má například právo znát jméno lékaře a ostatních zdravotnických pracovníků a má právo znát potřebné údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého diagnostického, či terapeutického výkonu vyjádřit souhlas, nebo aby mohl léčbu odmítnout. Pokud se lékař rozhodne k nestandardnímu postupu, má pacient právo na srozumitelné vysvětlení a možnost vyjádření souhlasu, či nesouhlasu. Získání souhlasu od pacienta může být na odděleních resuscitační a intenzivní péče složité.

Pokud je pacient v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků. Práva z kodexu se později promítla i do práv pacientů v zákoně č. 372/ 2011. Sb. (Haškovcová, 1996)

Doporučení Rady Evropy O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících (**Charta práv umírajících**) poukazuje na rostoucí vývoj medicíny a resuscitačních technik. Díky těmto pokrokům se lečí mnoho dříve neléčitelných onemocněním a prodlužuje život, avšak často se nebere ohled na kvalitu života umírajícího člověka. Kvůli těmto situacím, vznikl dokument Charta práv umírajících, který obsahuje základní práva nevléčitelně nemocných, a umírajících osob. Tyto osoby jsou ohroženy několika faktory, jedním z nich je například nedostupnost paliativní péče, nebo umělé prodlužování procesu umírání. V dokumentu jsou vyjádřeny důležité zásady na ochranu lidské důstojnosti a práv nevléčitelně nemocných a umírajících, shromáždění vyzývá členské státy, aby ve svých zákonech stanovili dostatečnou legislativní oporu, která by zabránila obavám terminálně nemocných a umírajících. (Loučka a kol., 2015, 43 – 47)

Při rozhodování v závěru života, v otázkách transplantací, či při zavádění nových metod do klinické praxe může pomoci objasnit situaci **etická komise**. Etická komise je poradní orgán poskytovatelů zdravotních služeb tvořen zdravotnickými pracovníky a dalšími členy. Úkolem etické komise je dohled nad klinickými zkouškami, vyslovuje písemný souhlas s provedením klinické zkoušky, dohlíží na průběh, zachování práv subjektů klinické zkoušky a vhodnost zvolených postupů. Etická komise také vyslovuje souhlas s odběrem orgánů od živých dárců v případě, kdy dárcem není osobou blízkou příjemce a souhlas s odběrem tkáně u osob, které nejsou plně svéprávné, nebo nejsou schopné vyslovit souhlas. V případě udělení souhlasu etická komise dohlíží na průběh odběru a zachování práv dárce. O své činnosti uchovává všechny podstatné záznamy. Etická komise může být vytvořena jako stálá, nebo pouze pro jednotlivé případy. Vzhledem k tomu, že etiku klinického výzkumu nelze oddělit od etiky klinické praxe, je další možnou rolí etické komise pomoc při zvládnutí eticky obtížných situací, jako je rozhodování na konci života. (Zákon č. 268/2014 Sb.; Zákon č. 285/2002 Sb.; Šimek a kol., 2008)

V neposlední řadě je potřeba zmínit **lidská práva**, která jsou však obsažena jak v normách etických (Všeobecná deklarace lidských práv z roku 1948), tak i právních (Listina základních práv a svobod). Ideální situace je taková, kdy je etická a právní norma ve vzájemné shodě, mravní hodnoty by měly být podporovány zákonem. (Kutnohorská, 2007, s. 51 - 52) Lidská práva jsou nejzákladnější uznávaná hodnota, jsou nezadatelná, nezczizitelná, nepromlčitelná a nezrušitelná. Chránit a respektovat základní lidská práva je povinností ošetřujícího

personálu. Pokud se tyto základní práva dostanou do konfliktu s ostatními hodnotami, které jsou považovány za důležité, může vzniknout tzv. etické dilema. Etické, též morální dilema je situace, kdy je člověk postaven před dvě alternativy ale ani jedna z nich není optimálním řešením daného problému. Čím hůře se předvídá důsledek jednání, tím větší je dilema. (Kutnohorská, 2007, s. 51 - 52)

V následujícím textu budou představeny některé důležité právní normy, podle kterých by se zdravotnický personál měl řídit při poskytování zdravotních služeb.

Listina základních práv a svobod

Mezi základní dokumenty upravující lidská práva patří bezesporu Listina základních práv a svobod. Listina základních práv a svobod je součástí Ústavy České Republiky a zabezpečuje základní lidská práva pro všechny bez rozdílu pohlaví, rasy, barvy pleti, jazyka, víry a náboženství, politického či jiného smýšlení, národního nebo sociálního původu, příslušnosti k národnosti, či etické menšině, majetku, rodu, nebo jiného postavení. Mezi základní lidská práva patří právo na život, právo na osobní svobodu, právo na zachování lidské důstojnosti, právo na ochranu před neoprávněným zasahováním do soukromí, právo vlastnit majetek, právo svobodného myšlení, svědomí a náboženského vyznání, právo na nedotknutelnost obydlí a právo listovního tajemství. (Zákon č. 2/1993 Sb.)

Zákon o zdravotních službách

Zdravotní služby a podmínky jejich poskytování upravuje zákon č. 372/ 2011 Sb. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). Zákon vymezuje druhy a formy zdravotní péče a podmínky jejich poskytování, upravuje zpracování osobních údajů a vedení zdravotnické dokumentace. Dále se zákon věnuje problematice ohledně nakládání s odejmutými částmi těla, nakládáním s tělem zemřelého a postupem při úmrtí a pitvě. (Zákon č. 372/ 2011 Sb.) Tato právní norma je nesmírně důležitá i proto, že obsahuje ustanovení upravující práva a povinnosti pacientů i zdravotníků a poskytovatelů zdravotních služeb. **Práva a povinnosti pacienta** upravuje část čtvrtá, hlava I. Dle znění tohoto zákona mohou být zdravotní služby pacientovi poskytnuty pouze s jeho svobodným informovaným souhlasem, což však u pacientů, jejichž stav vyžaduje KPR a obvykle ani u pacientů v poresuscitační péči není možné. V kontextu této práce je důležité zmínit, že pacient má právo na zdravotní péči na odborné úrovni, na úctu a důstojné zacházení, na ohleduplnost a respektování soukromí. V § 36 je pak ukotveno právo na tzv. Dříve vyslovená přání a podmínky jejich uplatnění v praxi. (Zákon č. 372/ 2011 Sb.)

Část pátá se věnuje **právům a povinnostem poskytovatele zdravotních služeb**. Tato část se věnuje i výuce osob připravující se na zdravotnické povolání, poskytovatel musí zajistit, aby se během praktické výuky na jeho pracovišti prováděly jen ty činnosti, které jsou součástí výuky. Poskytovatel může ukončit péči o pacienta v situaci, kdy předá pacienta do péče jinému zařízení zdravotní péče, pominou důvody pro poskytování péče, či pacient vyjádří nesouhlas s poskytováním. Ukončením péče nesmí dojít k bezprostřednímu ohrožení života a těžkému ohrožení zdravotního stavu. (Zákon č. 372/ 2011 Sb.) **Práva a povinnosti zdravotnického pracovníka** nalezneme v páté části, § 49, § 50. Pracovník je povinen poskytovat zdravotní služby, ke kterým získal odbornou nebo specializovanou způsobilost. Pracovník je také povinen poskytovat neprodleně první pomoc každému, pokud je v ohrožení jeho život nebo hrozí vážné poškození zdraví. Zdravotnický pracovník má právo získat od pacienta informace ohledně nosičství infekčního onemocnění a dalších závažných informací ohledně zdravotního stavu. Zdravotnický pracovník má právo neposkytnout zdravotní služby v situaci, kdy by došlo během jejich poskytování k ohrožení života, či zdraví. Zdravotnický pracovník může odmítnout poskytnout služby také v případě, že by odporovali jeho svědomí, či náboženské víře. (Zákon č. 372/ 2011 Sb.)

Stěžejní právní normou, ovlivňující i podobu zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách je Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny (dále jen Úmluva o lidských právech a biomedicíně).

Úmluva o lidských právech a biomedicíně

V posledních desetiletí slaví biomedicína velký úspěch a narůstá obava, že těchto pokroků bude zneužito ve prospěch společnosti. Rada Evropy podepsala dokument, v němž jsou vytyčeny opatření k ochraně jedince v souvislosti s aplikací biologie a medicíny jej ratifikovala 24. Června 1998. (Munzarová, 2005) Úmluva vstoupila v platnost dne 1. října 2001. (Úmluva o lidských právech a biomedicíně, č. 96/2001 Sb. m. s.) Mezi nejdůležitější ustanovení této úmluvy ve vztahu k tématu práce patří prohlášení v článku 2, že zájmy a blaho lidské bytosti jsou nadřazeny zájmům společnosti nebo vědy, dále je to pak ustanovení čl. 3, týkající se zajištění rovné dostupnosti zdravotní péče patřičné kvality, čl. 4, stanovující, že jakýkoliv zákrok v oblasti péče o zdraví, včetně vědeckého výzkumu, je nutno provádět v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy, čl. 6, obsahující ustanovení na ochranu osob, které nemohou dát souhlas a v neposlední řadě článek číslo 9, ukotvující dříve vyslovená přání. Výzkumu je pak věnována celá kapitola č. 5, následující

kapitoly pak řeší ochranu žijících dárců orgánů a zákaz finančního prospěchu z využití lidského těla. (Úmluva o lidských právech a medicíně, č. 96/2001 Sb. m. s.)

Neméně důležitými zákony spadající do oblasti medicínského práva a dotýkající se tématu této práce jsou zákon č. 373/2011 Sb. o specifických zdravotních službách a zákon č. 374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě (ZZS).

Zákon o specifických zdravotních službách taktéž stanovuje pravidla pro provádění výzkumu za účasti lidských subjektů, včetně pravidel pro složení a činnost etických komisí.

Zákon o ZZS upravuje podmínky poskytování zdravotnické záchranné služby, práva a povinnosti poskytovatele zdravotnické záchranné služby a také povinnosti poskytovatelů akutní lůžkové péče k zajištění návaznosti jimi poskytovaných zdravotních služeb na ZZS. Na základě tohoto zákona je poskytována přednemocniční neodkladná péče osobám se závažným postižením zdraví nebo v přímém ohrožení života.

Trestní zákoník

Zdravotnický personál se při své péči může dopustit několika přestupků až trestných činů. Trestné činy, sankce a trestní odpovědnost vymezuje zákon č. 40/ 2009 Sb., trestní zákoník. Trestní zákoník pojednává o okolnostech vylučující protiprávnost činu, § 30 svolení poškozeného – trestný čin nespáchá, kdo jedná na základě svolení osoby, jejíž zájmy, jsou činem ovlivněny, s výjimkou případů ohledně zdravotních zákroků, které by vedli k ublížení na zdraví, nebo usmrcení. Trestní zákoník vymezuje trestné činy proti životu a zdraví. Mezi trestné činy proti životu patří úmyslné usmrcení (vražda), usmrcení z nedbalosti a účast na sebevraždě, mezi trestné činy proti zdraví patří těžké ublížení na zdraví, ublížení na zdraví, těžké ublížení na zdraví z nedbalosti a ublížení na zdraví z nedbalosti. Jiné tresty jsou za těžké ublížení a ublížení na zdraví na zdravotnickém pracovníkovi při výkonu jeho zaměstnání. Dále trestní zákoník vymezuje trestné činy ohrožující život nebo zdraví, jako je neposkytnutí pomoci, šíření nakažlivé lidské nemoci a šíření nakažlivé lidské nemoci z nedbalosti. Jednotlivé trestné činy a jejich tresty jsou znázorněny v tabulce v příloze A. Pokud se jedná o porušení povinnosti vyplývající ze zaměstnání, či funkce dané ze zákona, hrozí pachateli za některé trestné činy jiná sazba trestů. Tresty za porušení povinnosti vyplývající ze zaměstnání jsou zobrazeny v tabulce v příloze B. V trestném zákoníku můžeme nalézt také trestné činy související s neoprávněným nakládáním s lidskými tkáněmi a orgány. Kdo v rozporu s právním předpisem provede odběr buňky, tkáně, či orgánu bude potrestán odnětím svobody na dobu 2 – 8 let.

V neposlední řadě je potřeba zmínit také zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, který mimo jiné chrání duševní a tělesnou integritu (týká se např. nerespektování dříve vyslovených přání s výjimkou ochrany života a zdraví, ale též například nakládání s lidskými ostatky) a taktéž upravuje dříve vyslovená přání (zde označovaná jako předběžné prohlášení). Ustanovení týkající se předběžného prohlášení budou podrobněji popsána v kapitole Dříve vyslovená přání.

1.3 Vybraná témata ovlivňující rozhodování zdravotníků

Na rozhodování zdravotnických pracovníků ohledně zahajování, nezahajování, průběhu i ukončování KPR má vliv hned několik faktorů. Tato kapitola se věnuje vybraným tématům ovlivňující rozhodování zdravotnických pracovníků, jako je věk a onemocnění pacienta, přítomnost rodiny či osob blízkých, existence dříve vysloveného přání, předpoklad využití orgánů pro darování a využití těla zemřelého na výukové účely.

1.3.1 Věk pacienta

Zástava oběhu může vzniknout z mnoha příčin a v jakémkoliv věku. U dětí a dospívajících je nejčastější příčina zástavy oběhu respiračního původu, u dospělých lidí se jedná zpravidla o příčinu oběhovou. Pokud se jedná o resuscitaci novorozence či dětského pacienta, je průběh odlišný od postupů při zástavě u dospělého. Velká část pacientů resuscitovaná v terénu pro zástavu oběhu je však ve věku 65 let a více. Při léčbě pacientů ve vyšším věku se není potřeba odklánět od běžných resuscitačních postupů. Zdravotníci by však měli brát na vědomí, že je zde větší riziko zlomenin, zvláště v souvislosti s délkou trvání resuscitace. (Truhlář, 2015, s. 31 - 43)

Pokud by KPR nebyla zahájena a řádně vedena na základě věku pacienta, jednalo by se o ageismus. **Ageismus** je diskriminace na základě věku. (Kabátová a Uričková, 2013)

1.3.2 Onemocnění pacienta

Další faktor, který ovlivňuje rozhodování zdravotníků, je zdravotní stav pacienta a související onemocnění. Z dat Českého statistického úřadu vyplývá, že nejčastější příčinou smrti v ČR v roce 2016 byly nemoci oběhové soustavy, viz tabulka č. 5 v příloze C. Druhou nejčastější příčinou, jsou novotvary. Dále mezi početnější příčiny smrti patří nemoci dýchací soustavy a některé vnější příčiny včetně poranění a otrav. (Český statistický úřad, 2016)

Jsou to právě onkologičtí pacienti, u kterých je potřeba obzvláště dobře vědět, kdy má být resuscitace zahájena a kdy již nikoliv, neboť se jedná o pacienta v terminálním stádiu.

Na následujících řádcích budou poskytnuty důležité informace o rozhodování u onkologických pacientů a definice nejdůležitějších termínů, jako je terminální stádium onemocnění, paliativní sedace, dystanázie, ale i marná a neúčelná léčba.

Onkologické onemocnění

Onkologická onemocnění lze charakterizovat jako skupinu onemocnění, pro kterou je typický neomezený růst buněk tkání. Tuto skupinu onemocnění lze rozdělit dle několika možností. Základní dělení onkologické onemocnění rozděluje na benigní a maligní. Benigní typ onemocnění má ohraničený růstový potenciál a z místa vzniku se dále nerozšiřuje, netvoří vzdálené ložiska tzv. metastázy. Maligní typ onemocnění nemá ohraničený růst, proniká do okolí, narušuje tkáň a vytváří vzdálená ložiska. V organismu se nádor může šířit tím, že pokračuje dál ve svém růstu, nebo může zakládat vzdálená ložiska v průběhu lymfatických a hematogenních cest. (Vorlíček a kol., 2012, s. 35 - 36)

Prognózu onemocnění a výběr léčebných prostředků lze určit podle rozsahu daného onemocnění. Základní klasifikační systém pro rozsah onkologického onemocnění, který se v ČR používá je TNM klasifikace doporučená UICC (Union for International Cancer Control). Tento systém se používá pro všechny nádory, kromě chorob krevních. Určuje anatomický rozsah nádorového onemocnění ve 3 základních kategoriích – T = rozsah primárního nádoru, N = stav regionálních mízních uzlin, M = přítomnost metastáz. Pro každou lokalizaci nádoru jsou dvě klasifikace, předléčebná klinická klasifikace TNM a pooperační histopatologická klasifikace pTNM. Předléčebnou klinickou klasifikaci TNM můžete vidět v tabulce č. 6 v příloze D. (Vorlíček a kol., 2012, s. 37 - 38; Klener, 2011, s. 31)

Léčbu onkologického onemocnění můžeme dle cíle rozdělit na léčbu protinádorovou, podpůrnou a paliativní. **Protinádorová léčba** využívá dostupných léčebných postupů k dosažení co největší redukce, či odstranění nádorových buněk. **Podpůrná léčba**, také symptomatická léčba se snaží pacientovi umožnit co největší kvalitu života a je zaměřena na zmírnění obtíží vyvolaných daným onemocněním, nebo protinádorovou léčbou. Jedná se hlavně o léčbu bolesti, mírnění dušnosti a psychosociálních a duševních obtíží. **Paliativní léčba** je komplexní podpůrná terapie pacientů s onemocněním, které je v pokročilých až terminálních fázích a není možné dostupnými prostředky dosáhnout vyléčení. (Vorlíček, 2012, s. 49 - 51) Paliativní péči definuje zákon č. 372/ 2011 Sb., účelem paliativní péče je zmírnění utrpení a zachování kvality života u pacienta s nevyléčitelnou nemocí. Tuto péči lze poskytovat i ve vlastním sociálním prostředí pacienta. (Zákon č. 372/ 2011 Sb.) **Paliativní**

onkologická léčba je léčebná a ošetrovatelská intervence, u pacientů s ukončenou onkologickou léčbou v důsledku neovlivnitelného postupování onkologického onemocnění. Hlavním cílem paliativní onkologické péče je zajistit co největší úroveň kvality života pacienta a jeho rodinných příslušníků. Paliativní onkologická péče je poskytována i pacientům, u kterých vzhledem k věku a souvisejícím onemocněním nebyla protinádorová léčba indikována. (Slováček a kol., 2011) Dle Slováčka a kol. (2011) lze na základě souvisejících faktorů a projevů progredujícího nádorového onemocnění rozdělit nemocné s ukončenou onkologickou léčbou do 3 kategorií.

Tabulka 1 Kategorizace nemocných s ukončenou onkologickou léčbou

1) Nemocní v pokročilém, ale relativně kompenzovaném stádiu

- Doba přežití 3 - 6 měsíců

2) Nemocní v preterminálním stádiu

- Doba přežití 1 - 2 měsíce

3) Nemocní v terminálním stádiu

- Doba přežití hodiny - dny - 3 týdny

U nemocných v pokročilém, ale relativně kompenzovaném stavu a preterminálním stádiu onkologického onemocnění je cílem paliativní léčby dosáhnout pro pacienta co největší možné kvality života. Rozsah léčby somatických onemocnění a případná indikace resuscitace a následná intenzivní péče vychází z objektivních parametrů. Posuzuje se typ a rozsah onkologického onemocnění, věk pacienta a jeho výkonnostní stav (Karnofský index – tabulka č. 7, příloha E), dále záleží na typu, počtu a závažnosti přidružených onemocnění a projevech postupujícího onkologického onemocnění. U nemocných v terminálním stádiu je cílem zajistit důstojné umírání a neprodlužovat tento proces. U těchto pacientů není indikována primární a sekundární prevence interních onemocnění, ani intenzivní a resuscitační péče. (Slováček, 2011; Vorlíček a kol., 2012)

Terminální stádium

I přes úspěchy moderní medicíny dnes existují onemocnění, která jsou nevléčitelná, a není u nich možné ovlivnit patofyziologický mechanismus. Postupující onemocnění nevratně zhoršuje funkci poškozeného orgánu a pacientův stav se postupně zhoršuje. Pacienti, kteří trpí nevléčitelným onemocněním a v blízké době v důsledku tohoto onemocnění, nebo na související komplikace onemocnění umírají, se nazývají terminálně nemocní. Předpokládaná délka života u těchto pacientů se pohybuje v rozmezí týdnů, či měsíců. U každého pacienta může onemocnění mít různou dynamiku zhoršování stavu. Terminálním stavem se označuje klinický stav, kdy dochází k nevratnému selhávání orgánových funkcí, které ohrožují pacienta bezprostředně na životě. Terminálním stavem se nazývá období posledních hodin a dnů života. (Sláma, 2009, s. 14)

U pacientů, u kterých již nelze zvládnout některé klinické projevy onemocnění můžeme zahájit tzv. paliativní sedaci. **Paliativní sedace** je stav, kdy se pomocí léků snižuje úroveň vědomí pacienta. U pacientů v terminálním stádiu onkologického onemocnění se používá kontinuální hluboká sedace. Jedná se o situace, kdy prognóza přežití je několik hodin a dnů a byly vyčerpány všechny možné prostředky k léčení daného symptomu. Nejčastější indikací paliativní sedace jsou delirantní a záchvatovité stavy, bolest, nebo akutní stavy vyskytující se na konci života, jako je masivní krvácení, dušení, nezvladatelná bolest a těžká terminální dušnost. Záměrem paliativní sedace není zkrátit život, či urychlit smrt, ale co nejvíce snížit utrpení pacienta. (Heřmanová a kol., 2012, s. 186 - 188)

Neméně důležitými termíny k vysvětlení jsou též dystanázie a marná a neúčelná léčba.

Dystanázie

Jako dystanázie je označováno prodlužování procesu umírání. V důsledku toho zakoušejí pacienti dlouhou a pomalou smrt, často doprovázenou utrpením a úzkostí, někdy i bolestmi. Dystanázie podkopává důstojnost člověka. Léčba pacientů v terminálním stádiu onemocnění by měla být posuzována tak, aby byla pro pacienta prospěšná. Paliativní péče a respektování práv pacientů jsou účinnými prostředky k prevenci tohoto nežádoucího jevu. (Biondo a kol., 2009; Menezes a kol., 2009)

Marná a neúčelná léčba

V některých situacích není zdravotnický personál i přes všechnu svou snahu schopný onemocnění vyléčit a léčit člověka do posledního momentu není vždy povinností zdravotnického personálu. Přesto v takovém případě může zdravotnický personál pacientovi poskytnout adekvátní péči, kterou vyžaduje. O zbytečné léčbě hovoříme v případě, že dříve použité postupy opakovaně selhaly a nelze odstranit příčinu, která stav vyvolala. Marnou léčbu lze rozdělit na kvantitativní, kdy léčebný postup může přinést uzdravení pacienta, ale tento výsledek je zcela nepravděpodobný a kvalitativní, u kterého se hodnotí, jakou cenu bude mít dosažený výsledek léčebného postupu. Příkladem může být situace, kdy by nasazená léčba sice prodloužila život, ale nebyla nasazena, protože kvalita života pacienta by byla až příliš zasažená. Nasadit ve správný čas vhodnou léčbu není jednoduché a vyžaduje značné odborné znalosti a zkušenost. (Ševčík, 2014, s. 40)

Jedním z důležitých témat je také bezpečí záchránců a zdravotníků, které může být ohroženo v případě péče o infekčního pacienta.

Infekční onemocnění pacienta

Také v přednemocniční péči a na oddělení intenzivní péče se mohou zdravotníci dostat do styku s pacienty s infekčním onemocněním, nebo s podezřením na infekční onemocnění a současně s ohrožením nebo selháváním základních životních funkcí. Infekčním onemocněním se rozumí příznakové i bezpříznakové onemocnění vyvolané původcem nebo jeho toxinem, toto onemocnění vzniká v důsledku přenosu původce z nakažené fyzické osoby, zvířete, či neživého substrátu na vnímavou fyzickou osobu. Infekční nemoc se může šířit, pokud je přítomen původce onemocnění, vhodná cesta přenosu a vnímavý jedinec. U většiny infekcí existuje více cest přenosu. (Rozsypal, 2013, s. 21 – 31; Zákon č. 258/2000 Sb.)

U pacientů s infekčním onemocněním je specifickým opatřením **izolace** pacienta. Provedení izolace má své technické požadavky a provozní opatření, aby se zabránilo šíření infekčního onemocnění z pacienta na ostatní pacienty a personál. Zvýšené nároky se týkají i likvidace odpadů. U některých přenosných nemocí je izolace nařízena ze zákona, patří k nim např. virové hepatitidy, břišní tyf, bacilární úplavice, plynatá sněť, syfilis, tuberkulóza, malárie, amébová úplavice, tularémie, meningitidy a encefalitidy aj. (Rozsypal, 2013 s. 99, 103)

Při zjištění infekční nemoci se musí situace nahlásit orgánu ochrany veřejného zdraví. Pokud osoba poskytující péči, zjistí přítomnost infekčního onemocnění, je povinna jej nahlásit

a zajistit nezbytná opatření k zamezení dalšího šíření. (Rozsypal, 2013 str. 121; Zákon č. 258/2000 Sb.) Infekční onemocnění s sebou přináší rizika ohledně bezpečnosti zdravotnických pracovníků a můžou u personálu vyvolávat značné obavy z nakažení. Pokud zdravotnický personál pečuje o infekční pacienty se srdeční zástavou, musí při provádění KPR i v rámci poresuscitační péče používat vhodné ochranné pomůcky a musí být v jejich používání v dostatečné míře proškolen.(Truhlář, 2015, s. 59) Potíž nastává tehdy, když zdravotníci nemají adekvátní pomůcky k dispozici, případně tehdy, když podcení rizika a pomůcky záměrně nepoužijí. Typy ochranných pomůcek a jejich použití jsou dány způsobem přenosu konkrétního infekčního onemocnění, jednotlivé karanténní režimy jsou k dispozici v příloze F.

Pokud člověku byla sdělena informace, že prodělal infekční onemocnění, je povinen se léčit, dodržovat léčebný režim a neohrožovat jiné osoby a zamezit šíření nákazy. Pokud je člověk nosičem viru HIV, nebo chronické virové hepatitidy B, C je povinný informovat před vyšetřením lékaře a zdravotnický personál. (Zákon č. 258/2000 Sb.)

Další skupina onemocnění, které mohou ovlivnit přístup a chování zdravotníků jsou psychická onemocnění, obzvláště pokud se pacient pokusil o sebevraždu.

Psychická, nebo také **duševní onemocnění**, představují skupinu onemocnění, které ovlivňují především lidské myšlení. Některé z duševních poruch, jako je například hraniční typ emočně nestabilní osobnosti, posttraumatická stresová porucha a porucha kontroly impulzů v rámci jiných návykových a impulzivních poruch byly diagnostikovány u jedinců, kteří se záměrně poškozují. Sebepoškozující chování je různorodou skupinou, zahrnující různé možnosti poškození vlastního těla. Do oblasti sebepoškozujícího chování lze zahrnout nejrůznější způsoby chování, od kouření, zneužívání návykových látek a léků, přejídání se, pálení kůže, obsesivní mytí, obsesivní škrábání, opařování se přes pokusy o suicidium a dokonané suicidium. (Kliegerová, 2008, s. 19 - 34)

Suicidium je vědomé a úmyslné ukončení života. Resuscitace osob po pokusech o sebevraždu přináší další etické otázky. Máme tyto pacienty resuscitovat? Na základě konceptu autonomie lze tvrdit, že pokus o sebevraždu může být sám o sobě projevem osobních preferencí. Jednalo se však opravdu o vědomý a svobodný čin? V případě nouze je však velmi obtížné spolehlivě posoudit duševní kapacitu, a to i v případě, že se jedná o pokus o sebevraždu. Vzhledem k tomu, že neléčit takového člověka vede k vážným škodám, je nezbytné co nejdříve zahájit KPR a později řešit případné problémy. Negativní pozornost

vzbudil případ, kdy ve Velké Británii mladá žena vypila nemrznoucí směs a lékaři ji odmítli zachránit, právě s poukazem na autonomii. Tato žena byla při příjezdu do nemocnice při vědomí a ujišťovala lékaře, že nechce zachránit, dovolávala se i svého dříve vysloveného přání nebyť resuscitována. A právě dříve vyslovená přání DNR u osob, které plánují sebevraždu, jsou další etickou otázkou. Mají být tato dříve vyslovená přání umožněna a později respektována? Cook a kol. (2010) doporučují, že bychom na tuto problematiku měli u pacientů, kteří žádají DNR myslet. Rozpoznat, že pacient žádá DNR z těchto důvodů nebývá snadné, byť se před sebevraždou u pacientů mohou vyskytovat některé varovné signály, jako je např. zlost, beznaděj, úzkost, nezodpovědné jednání, izolace od ostatních, větší konzumace alkoholu a drog atd. Situace není jednoznačná ani v případě, že se jedná o člověka s duševním onemocněním. Ten totiž nemusí být nutně považován za psychicky nekompetentního a může mít stejné právo odmítnout lékařskou péči a zvolit péči paliativní. V neposlední řadě je důležité pamatovat na to, že sebevražda má silný negativní dopad hlavně na rodinu pacienta. (Bossaert a kol., 2015, s. 306; Cook a kol., 2015, s. 282; Smith, 2008)

Další významný faktor, který může ovlivnit jednání zdravotnického personálu v otázkách KPR je bezesporu přítomnost rodiny, nebo existence dříve vysloveného přání.

1.3.3 Přítomnost rodiny

Dle doporučení ERC 2015 je vhodné nabídnout rodinným příslušníkům pacienta, aby mohli zůstat během prováděné KPR v jeho blízkosti. V takové situaci však musí být posouzeny kulturní a společenské zvyklosti. Rodinní příslušníci však mohou být přítomni pouze v méně než polovině zemí. V některých západních zemích si rodiče přejí být přítomni během resuscitace jejich dítěte, rodiny přítomné při úmrtí svého dítěte se s takovou situací vyrovnávají lépe. Studie týkající se přítomnosti rodiny pocházejí pouze z některých zemí a jejich závěry nelze aplikovat pro celou Evropu. (Truhlář, 2015, s. 47 - 59)

1.3.4 Dříve vyslovená přání

Situace ohledně dříve vysloveného přání v ČR je nejasná a nepříliš známá, přestože je institut dříve vyslovených přání součástí českého právního řádu. Pod názvem dříve vyslovená přání (advance directives) se skrývají všechny dokumenty, které umožňují pacientovi vyjádřit své přání ohledně léčby pro případ, kdy nebude moci sám rozhodovat. Jedná se o možnost uplatnit princip autonomie i v situaci, kdy to vzhledem ke zdravotnímu stavu není možné.

Dříve vyslovené přání v ČR

Dříve vyslovené přání se do legislativy ČR dostalo ratifikací Úmluvy o lidských právech a biomedicíně (článek 9), podrobněji jej však upravuje až zákon č.372/2011 Sb. o zdravotních službách v§ 36. Dle znění tohoto zákona se jedná o předem vyjádřený souhlas, či nesouhlas pacienta vyjádřený pro situaci, kdy tento souhlas, či nesouhlas pacient nemůže vyslovit. Má-li poskytovatel toto přání k dispozici a nastala situace, k níž se toto přání vztahuje, musí na něj být brán zřetel. Dříve vyslovené přání musí mít písemnou formu a musí obsahovat úředně ověřený podpis pacienta. Součástí předem vysloveného přání je písemné poučení pacienta lékařem o důsledcích jeho rozhodnutí. Dříve vyslovené přání může pacient vyslovit při příjmu a během hospitalizace, v tomto případě se přání zaznamená do zdravotnické dokumentace, záznam podepíše pacient, zdravotnický pracovník a svědek. Dříve vyslovené přání nelze respektovat, pokud by jeho splnění ohrozilo jiné osoby, pokud by vedlo k aktivnímu způsobení smrti, nebo pokud byli započaty zdravotní výkony, jejichž přerušeni by vedlo k aktivnímu způsobení smrti. Dále toto přání nemusí být respektováno, pokud od doby jeho vyslovení došlo v poskytování zdravotních služeb, k nimž se přání vztahuje k takovým pokrokům, že lze předpokládat, že by pacient vyslovil souhlas s jejich poskytnutím. Dříve vyslovené přání nelze uplatnit u nezletilých pacientů a pacientů s omezenou svéprávností. Platnost dříve vysloveného přání není stanovena. (Zákon č. 372/ 2011 Sb.)

Problematice se věnuje i nový občanský zákoník, který ve druhém oddíle řeší podpůrná opatření při narušení schopnosti zletilého právně jednat. Umožňuje formou předběžného prohlášení projevit vůli, aby byly záležitosti dotyčného člověka spravovány určitým způsobem, nebo aby je spravovala určitá osoba, nebo aby se určitá osoba stala jeho opatrovníkem. Takovéto prohlášení může mít podobu veřejné i soukromé listiny. Jedná-li se o listinu soukromou, musí být opatřena datem a potvrzena dvěma svědky. (Zákon č. 89/2012 Sb.)

S fungováním institutu dříve vyslovených přání se váží i některá rizika. Pokud lékař respektuje náležitě obsahově i formálně vyslovenou vůli svéprávného pacienta, který vyjádřil nesouhlas s poskytováním služeb (tzv. negativní reverz dle zákona 372/ 2011 Sb.) nemůže být trestněprávně odpovědný. V případě vyjádření vůle do budoucnosti, tzv. dříve vyslovených přání je velkým úskalím to, že v případě jakékoliv chyby ve vyjádření, může být lékař odpovědný. Dříve vyslovené přání nelze respektovat, pokud by jejich přerušeni vedlo k aktivnímu způsobení smrti, nelze tedy uposlechnout pacientovo přání být odpojen

od přístrojové techniky. Vzniká zde situace, kdy pacient má možnost formou dříve vysloveného přání požadovat, aby na přístroj nebyl napojen, zatímco nemá právo požadovat, aby byl od přístroje odpojen. Dříve vyslovené přání lze uposlechnout v případě odmítnutí transfuze krve u Svědků Jehovových, nebo v případě dříve vysloveného přání neresuscitovat. (Doležal, 2017, s. 235 – 238)

Do not resuscitate

Příkaz Do Not Resuscitate (DNR), někdy též uváděný jako Do Not Attempt Resuscitation (DNAR), je ordinace k nezahájení kardiopulmonální resuscitace. DNR může být ustanoveno dříve vysloveným přáním pacienta, kdy způsobilý pacient odmítne léčbu, či zákrok, nebo stanoví zástupce, který bude zastupovat pacientovi životní hodnoty a preference. Dále se může jednat o rozhodnutí lékaře, že pacient nebude resuscitován. Zde je problematika složitější, jak z etického, tak právního hlediska. (Bartůněk a kol., 2016, s. 64)

Příkaz lékaře nezahajovat resuscitaci byl z počátku používaný u pacientů, kteří KPR jednoznačně odmítli, tato volba pacienta byla respektována a zdravotnický personál o ní byl informován. Postupně se příkaz DNR rozšířil na situace, kdy prognóza onemocnění byla beznadějná, a pacient nebyl schopný vyjádřit souhlas, protože měl snížený stav vědomí. Příkaz DNR se nyní vyskytuje jako specifická kategorie na pracovištích intenzivní a resuscitační péče, kdy se jedná buď o rozhodnutí lékařů, nebo o kolektivní rozhodnutí zdravotnického týmu, u pacienta s jednoznačně nepříznivou prognózou, bez zapojení pacienta a jeho rodiny do rozhodování. (Sláma, 2009, s. 47; Bartůněk a kol., 2016, s. 64) Dle Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010 by však *"Rodina či blízcí pacienta by měli být náležitě informováni, pokud pacient neurčil jinak, nejlépe ve formě strukturovaného rozhovoru."* (Česká lékařská komora, 2010) V praxi se s příkazem DNR setkat také jako se součástí souhlasu s paliativním plánem, při přijetí do hospice. Rozhodování o nezahájení resuscitace je velmi problematické a musí se brát v potaz to, že pacientův klinický stav se postupem času může měnit a rozhodnutí ohledně nezahájení KPR by mělo být odpovídajícím způsobem revidováno. Dle některých autorů by tak měl být příkaz k nezahájení KPR učiněn takzvaným ad hoc rozhodnutím lékaře při náhlé zástavě oběhu, pokud je tento příkaz bez autonomního vyjádření pacienta. (Drábková, 2011, s. 495 – 496; Truhlář, 2015, s. 59) Zdá se, že právě toto je důvodem, proč se u pacientů v intenzivní péči kromě situací přechodu z intenzivní péče na péči paliativní, s tímto příkazem v dokumentaci pacientů již nesečkáme, jak dokládají výpovědi respondentů v průzkumné části práce.

Dalším faktorem, který může ovlivnit rozhodování zdravotníků stran zahájení či nezahájení resuscitace je případné využití orgánů daného člověka pro transplantační účely.

1.3.5 Dárcovství orgánů od zemřelých dárců

Všechna rozhodnutí ohledně darování orgánů musí probíhat v souladu s platnou legislativou a etickými požadavky. Dárcovství orgánů by mělo být zvaženo u nemocných s obnovením oběhu, kteří splňují definici smrti mozku, dále by možnost dárcovství orgánů měla být zvažena u komatózních pacientů, u nichž bylo rozhodnuto o ukončení život zachraňující / udržující léčby a u jedinců, kde není KPR úspěšná a nedošlo k obnovení oběhu. (Truhlář, 2015, s. 36)

Odběr od zemřelého dárce lze provést jen tehdy, pokud je diagnostikována smrt. Smrt byla velmi dlouhou dobu potvrzována tím, že u člověka ustalo dýchání a srdeční činnost. S postupným rozvojem medicíny, zejména resuscitace a umělého udržování dýchacích funkcí a krevního oběhu se v diagnostice smrti objevila nová kritéria, jako jsou nevratné změny funkce mozku a mozkového kmene, tzv. smrt mozku. (Munzarová, 2005, s. 130)

Podle prokázané smrti lze rozdělit dárce na dvě skupiny, osoby se smrtí prokázanou nevratnou zástavou krevního oběhu a osoby s nevratnou ztrátou funkce celého mozku, včetně mozkového kmene v případě, že jsou dýchání a krevní oběh nahrazovány uměle. Zjištění smrti musí být prováděno nejméně 2 lékaři s příslušnou specializací, kteří dárce vyšetřili nezávisle na sobě. Odběr není možno uskutečnit pokud, zemřelý za svého života vyslovil nesouhlas s posmrtným odběrem tkání a orgánů, nebo pokud nelze vyloučit, že zemřelý trpěl nemocí, která by mohla ohrozit zdraví, či život příjemce. (Zákon č. 285/2002 Sb.)

Munzarová (2005, s. 132-134) uvádí, že informovaný souhlas dotyčného ohledně dárcovství orgánů lze získat několika způsoby. Jeden z nich se nazývá **opting – in**, jedná se o vyjádření souhlasu s darováním (systém předpokládaného nesouhlasu), kde osoby za života vyjádří přání, zda chtějí orgány darovat k transplantačním účelům. Tímto způsobem je podporováno autonomní rozhodování každého, avšak nevýhodou tohoto postupu je nedostatek darovaných orgánů. Většina lidí není větší mírou zapojená do problémů transplantací a nemá dostatečnou motivaci k tomuto činu. Je zde třeba zajistit širokou informovanost veřejnosti. Další způsob získání souhlasu od pacienta je **required request** neboli povinné požádání. Jedná se o systém, kdy každý potenciální dárce byl předem dotázán, zda chce skutečně dárce být. V tomto systému zůstává nevyjasněno, kdy by měl být potenciální dárce dotazován, hlavně v případě náhle zemřelých. Dalším způsobem je systém **opting – out**, neboli vyjádření

nesouhlasu s darováním, kde se předpokládá, že každý s darováním souhlasí. Pokud někdo s darováním nesouhlasí, musí tento nesouhlas na patřičném místě vyjádřit. Tímto systémem je získáváno více orgánů k darování, než u předchozích systémů. Lékaře nemusí trápit situace, jak mají rodinu požádat o darování orgánů a dárce orgánů je každý, kdo zemře a splňuje lékařská kritéria. Pokud má mít tento systém důvěru, musí být zajištěna široká informovanost veřejnosti. Pokud nejsou osoby o tomto systému informovány, nelze předpokládat, že se opravdu chtějí dárci stát, souhlas je projevem autonomie pouze pokud je uvědomělý a svobodný. Poslední způsob získávání souhlasu je **routine salvaging**, kdy jsou odběry prováděné, jako běžná praxe. Jedná se o systém, který nevyžaduje prosbu o souhlas ani od dárce, ani od jeho rodiny. Všechny orgány, jež jsou vhodné pro použití, jsou automaticky odebrány.

V ČR funguje systém *opting out*, odběr z těla zemřelé osoby lze provést jen tehdy, pokud zemřelý za svého života nevyslovil nesouhlas. Tento nesouhlas se považuje za vyslovený, pokud je zemřelý evidován v Národním registru osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánů, nebo pokud pacient za svého života přímo ve zdravotnickém zařízení prohlásí, že nechce být dárce. Toto prohlášení musí být před ošetřujícím lékařem a svědkem. O nesouhlasu s odběrem se provede zápis do zdravotnické dokumentace. Tento zápis podepíše pacient, ošetřující lékař a svědek. Pokud se pacient nemůže podepsat, musí být tento projev vůle podepsán dalším svědkem. (Zákon č. 285/2002 Sb.)

1.3.6 Použití těla zemřelého na lékařské účely

Pacientovi může být odebrána jakákoliv část těla pro tzv. vědecké účely, pouze pokud byl pacient informován ošetřujícím lékařem o možnosti použití těla pro tyto účely a pacient s tímto vyslovil prokazatelný souhlas. Je zde tedy na rozdíl od dárcovství orgánu použitý systém předpokládaného nesouhlasu. V případě, že zemřelý za svého života nevyjádřil svůj souhlas s využitím těla na lékařské účely, může tento souhlas vyslovit osoba blízká zemřelému. Osobou blízkou je dle občanského zákoníku § 116 příbuzný v řadě přímé, sourozenec a manžel. Další podmínkou pro použití těla zemřelého na výukové účely je skutečnost, že příčinou smrti nebylo žádné přenosné onemocnění, nejedná se o zemřelého, který byl ve výkonu vazby, nebo trestu odnětí svobody, nebude zmařen účel pitvy a nebude ohroženo zdraví jiného člověka.

Lékařskými účely se rozumí potřeby lékařské vědy, výzkumu, nebo výukové účely, výroba zdravotnických prostředků nebo příprava a výroba léčiv a výroba bioimplantátů. Použití těla zemřelého, nebo jeho části musí být zaznamenáno ve zdravotnické dokumentaci.

Jakákoliv vědecká, nebo pedagogická činnost daného pracoviště se může s těmito ustanoveními dostat do rozporu, zejména se jedná o patologicko-anatomické a soudně-lékařské pracoviště. Informovaný souhlas pacienta, zemřelé osoby, nebo osoby blízké je třeba vyžadovat, pokud je na zbytku biologického materiálu prováděna další metoda, pro získávání vědeckých dat a pokud je z biologického materiálu (operační resekat, potracený plod, či tělo zemřelého) izolována DNA. Dále musí být informovaný souhlas získán u všech zemřelých pitvaných v anatomických ústavech, kde jsou tato těla použita pro vědecko-výzkumné a výukové účely a u zemřelých, u kterých byla provedena zdravotní pitva a odebraná část těla je použita k výrobě výukového preparátu, nebo samotné tělo, či jeho část slouží k nacvičení operačního postupu aj.

Pokud informovaný souhlas není získán, hrozí zúčastněným sankce, až trestní stíhání za neoprávněné nakládání s lidskými tkáněmi a orgány. Kdo v rozporu s právním předpisem odebere tkáň, buňku, nebo orgán z mrtvého těla, může být potrestán odnětím svobody na dobu 2 let, nebo zákazem činnosti. (Vojtíšek a kol., 2006, s. 48, 49; Zákon č. 40/2009 Sb.)

Souhlas však nemusí být získán pro nácvik koniotomie nebo punkce tenzního pneumotoraxu, je-li prováděn v rámci patologicko-anatomické nebo zdravotní pitvy a to za podmínky, že účel pitvy nebude zmařen. (Zákon č. 372/2011 Sb.; Mach a kol., 2013, s. 169 - 170) Výjimka se tedy nevztahuje na nácvik resuscitace ani na nácvik jakýchkoliv jiných (obzvláště invazivních) výkonů na těle zemřelého pacienta či výkonů nacvičovaných jinde než v rámci pitvy. Nácviku na zemřelých byla věnována pozornost také v etické části ERC doporučení pro resuscitaci z roku 2010 i 2015. Obě doporučení upozorňují na rozdílné názory stran etičnosti takového jednání. Doporučení z roku 2010 ještě zmiňují požadavek na předem vyjádřený souhlas pacienta či souhlas rodiny, doporučení z roku 2015 však pouze odkazují k právním normám platným v dané zemi a předpisům dané nemocnice. (Bossaert a kol., 2015, s. 307 – 308; Lippert a kol., 2010, s. 1448 - 1449)

V problematice ohledně (ne)zahajování, průběhu i ukončování resuscitace se prolínají některé koncepty, jako je kvalita života a lidská důstojnost.

1.3.7 Související koncepty

O úspěšnosti resuscitace rozhoduje rychlost jejího zahájení a její správné provádění. Po zástavě oběhu dochází k nevratnému poškození a odumření mozkových buněk. Tento děj se za normální teploty děje již po 4 - 5 minutách. Přesto, že se zdravotnickému personálu podaří oběh obnovit, mohou být mozkové funkce trvale poškozené a u pacienta nelze obnovit normální **kvalitu života**. (Knor, 2013, s. 105) Přesto, že resuscitace je úspěšná, neznamená to, že nedošlo u pacienta k hypoxickému poškození mozku. V takovém případě je na místě otázka, zda je kvalita života po resuscitaci skutečně kvalitou. (Češka, 2010)

Důstojnost je vlastní každé osobě, je to základní součást práv nemocných a najdeme ho v mnoha dokumentech souvisejících se zdravotní péčí. Jde o univerzální koncept, týkající se všech lidských bytostí a současně je pro lidi jednou z jejich nejvyšších hodnot. (Heřmanová, 2012) Důstojnost je zahrnuta také v základních etických principech vyplývajících z Barcelonské deklarace. Důstojnost je vnitřní hodnota každého člověka. Každý by se měl chovat, tak, aby tuto hodnotu zachoval u sebe i ostatních. (Kent a Rendtorff, 2008, s. 240)

2. VÝZKUMNÁ ČÁST

2.1 Metodika tvorby práce

Pro naplnění stanoveného cíle, tedy zjištění, jak vybraný soubor respondentů vnímá etické a právní aspekty kardiopulmonální resuscitace, byla zvolena metoda kvalitativního šetření. Sběr dat probíhal formou polo-strukturovaných rozhovorů v období od listopadu 2017 do března 2018. Základní struktura rozhovorů byla dána tématy obsaženými v etické části ERC guidelines 2015. Tyto rozhovory byly nahrávány na mobilní telefon a následně doslovně přepsány. Po přepsání byl každý rozhovor anonymizován. Všechny rozhovory byly průběžně analyzovány a následně zpracovány metodou otevřeného kódování, poté proběhla syntéza dle jednotlivých kódů. Podmínky pro rozhovor nebylo možné zajistit jednotné. S některými respondenty se bylo možné sejít mimo jejich pracovní dobu, s větší částí respondentů nikoliv. Přesto byla vyvinuta maximální snaha, aby bylo pro každý rozhovor zajištěno soukromí, co nejvíce klidné prostředí a příjemná atmosféra. Přes všechnu snahu byl u dvou respondentů rozhovor přerušen, přesto však bylo možné poté v rozhovoru pokračovat a úspěšně jej dokončit. Rozhovory nebyly časově omezeny. Respondenti poskytli rozhovor se souhlasem a pod podmínkou anonymity.

2.2 Charakteristika souboru

Soubor respondentů tvoří všeobecné sestry a zdravotničtí záchranáři pracující na oddělení intenzivní péče. Vzhledem k citlivosti dat a pro zachování co největší anonymity respondentů, nebude uváděno, zda se jednalo o jedno, či více oddělení, ani počet a charakter zdravotnických zařízení. Mezi zařazující kritéria bylo zahrnuto splnění podmínek pro výkon profese všeobecná sestra, či zdravotnický záchranář a schopnost participovat. Vylučovací kritéria nebyla stanovena žádná. Kvalitativní výzkum by měl skončit po dosažené saturaci dat, to v rozsahu bakalářské práce nebylo možné splnit. Proto byl zvolen cílový počet 11 respondentů. U těchto respondentů byly získány údaje o vzdělání (obor, nejvyšší dosažené vzdělání a další specializace) a dále délka praxe v letech na oddělení intenzivní péče. Respondenti budou představeni v následující tabulce č. 2.

Tabulka 2 Přehled jednotlivých respondentů

	Obor, nejvyšší dosažené vzdělání a další specializace	Délka praxe (v letech)	Doba trvání rozhovoru
Respondent č. 1	Zdravotnický záchranář Bc.	0,5	00:24:46
Respondent č. 2	Zdravotnický záchranář Dis.	2,5	00:31:40
Respondent č. 3	Všeobecná sestra Bc.	3	01:00:25
Respondent č. 4	Sestra pro intenzivní péči DiS.	12,5	00:41:32
Respondent č. 5	Zdravotnický záchranář Bc.	6	01:40:14
Respondent č. 6	Všeobecná sestra, středoškolské, specializace ARIP	21	00:57:00
Respondent č. 7	Zdravotnický záchranář Bc.	0,5	00:44:51
Respondent č. 8	Sestra pro intenzivní péči DiS.	12	00:43:15
Respondent č. 9	Všeobecná sestra, Středoškolské, specializace ARIP	24	00:59:28
Respondent č. 10	Všeobecná sestra	10	01:02:09
Respondent č. 11	Všeobecná sestra, DiS. ARIP	6	00:36:12

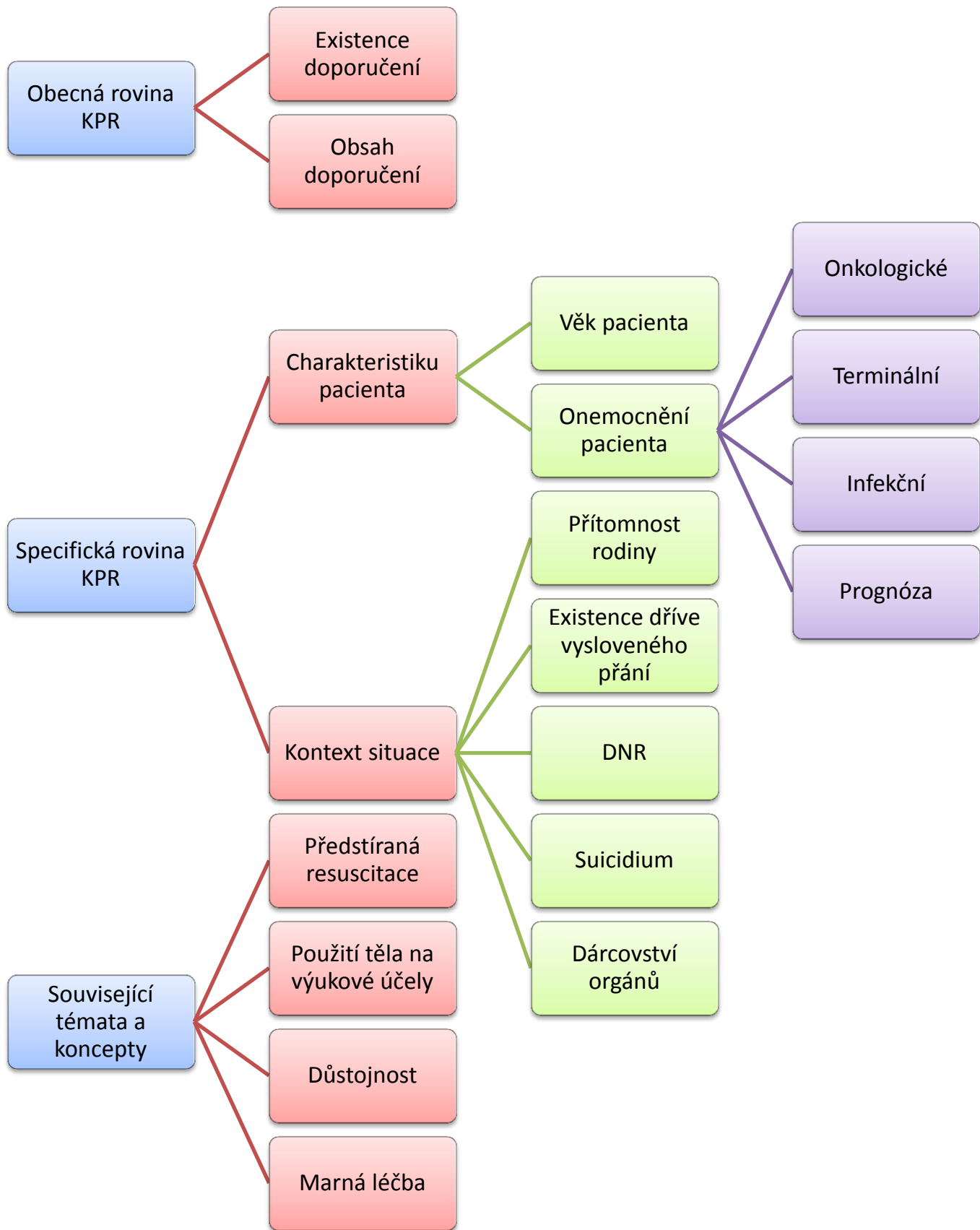
2.3 Prezentace a interpretace získaných dat

Výsledek otevřeného kódování

Pro větší přehlednost byly získané kódy rozděleny do tří rovin – Obecná rovina zahajování, nezahajování, průběhu a ukončování KPR (**Obecná rovina KPR**), Specifická rovina zahajování, nezahajování, průběhu a ukončování KPR (**Specifická rovina KPR**) a **Související témata a koncepty**. V každé rovině je několik kódů a případně i podkódů, viz obrázek č. 1.

Obecná rovina KPR zahrnuje **existenci a obsah doporučení** (existence doporučení pro KPR, existence etické části doporučení a stran obsahu pak hlavně existence kontraindikací KPR). **Specifická rovina KPR** pak zahrnuje **charakteristiku pacienta a kontext situace**. Charakteristika pacienta se týká **věku** a **onemocnění**, do kontextu situace pak spadají okolnosti, které mohou rozhodování zdravotníků ovlivnit, jako je **přítomnost rodiny**, **existence dříve vyslovených přání, příkaz DNR, suicidium** a **případné dárcovství orgánů**. Poslední rovina zahrnuje **související témata a koncepty**, jako je **předstíraná KPR, použití těla zemřelého, důstojnost a marná léčba**.

Obrázek 1 Výsledek otevřeného kódování, mapa kódů



Obecná rovina zahajování, nezahajování, průběhu a ukončování KPR

I. Existence doporučení pro KPR

Kardiopulmonální resuscitace je život zachraňující výkon při selhání jedné, či více životních funkcí (Ševčík, 2013). Tento výkon má své indikace, kontraindikace a své ustálené postupy. O tom, jak postupovat v různých situacích nám dávají informaci mezinárodní guideline, aktualizované v roce 2015. U respondentů bylo zjišťováno, zda vědí, že existují **doporučení týkající se KPR**. „*Jo, mám guidelines.*“ (Respondent č.1) „*Určitě, jsou vlastně mezinárodní guidellines a tam je veškerý ten postup resuscitace, jak se to má dělat a tak.*“ (Respondent č.2) „*No určitě jsou, možná i několik.*“ (Respondent č.4) „*Jako guidelines? Jo jsou.*“ (Respondent č.5) „*Tak určitě existují vlastně předpisy, dneska se tomu říká cizími slovy guideliny, jakým způsobem se resuscituje, co se podává, jak dlouho.*“ (Respondent č. 10) Většina respondentů zmínila v souvislosti s doporučeními mezinárodní guideline „*Doporučení, tak určitě jsou nějaký guideline jak víst tu resuscitaci, kdy a jaký podat léky, při jaký situaci a tak, jak dlouho masírovat, nepřerušit masáž, kdy vertovat, kdy nevertovat, joo jako guideline jasný, ale nepovím ti co tam jako konkrétně je.*“ (Respondent č.4) „*No podle guidelineů 2015.*“ (Respondent č.7), jeden z respondentů podotknul existenci směrnic, které upravují postup KPR. „*Kromě těch guidelineů jsou normálně směrnice.*“ (Respondent č. 3) Dva z respondentů nezmínili mezinárodní guideline, ale jsou si vědomi, že nějaká doporučení jsou. „*Ano, jo tak jako klasický jak víst resuscitaci, kdy zahájit a tak.*“ (Respondent č. 6) „*Doporučení jsou k resuscitaci, kdy zahájit resuscitaci, za jakých podmínek, to samozřejmě, něco jinýho je to pro laika, něco jinýho pro zdravotníka.*“ (Respondent č. 9)

Mezinárodní guideline 2015 mají kromě prakticky zaměřené části i **etickou část**, která se zabývá například dříve vysloveným přáním, přítomností rodiny u resuscitace a dalšími tématy. U respondentů bylo zjišťováno, zda si jsou **vědomí existence etické části doporučení**. Zajímavé zjištění bylo, že nikdo z respondentů nevěděl o existenci této části. „*To vůbec nevím, jestli něco takovýho maj.*“ (Respondent č. 3) „*To nevím.*“ (Respondent č. 10) Většina respondentů se domnívá, že doporučení etickou část nemají. „*To si myslím, že ani nemá asi. Myslím si že ne, nevím. Řekla bych že ne.*“ (Respondent č.1) „*Přiznám se, že nevím, ale myslím si, že ne.*“ (Respondent č. 2) „*To si nemyslím, to je spíš praktická verze jak masírovat, ale nevím.*“ (Respondent č. 6) „*To si myslím, že snad ani ne.*“ (Respondent č. 9) Někteří respondenti předpokládají, že doporučení etickou část obsahují. „*Tak asi jo, asi něco takovýho bude.*“ (Respondent č. 4) Většinou si doporučení představí pouze, jako schéma

postupů. „*Tak když to vezmu z našeho pohledu, podle toho plakátu, co tam máme, tak tam vždycky je, kdy jo a kdy ne a jakým stylem, jaký léky, frekvence, ale určitě jsem se tam nedočel nic, asi tam něco takovýho bude jo, ale když vezmu jen to schéma, co probíráme, tak tam se o ničem podobným nepíše.*“ (Respondent č. 5) Jeden z respondentů se zabýval doporučeními během studia a domnívá se, že etickou část mají, blíže si obsah nevybaví, ale z etických aspektů zmiňuje přítomnost rodiny a péči o ně. „*Domnívám se, že v guidelinech je něco takovýho zahrnutýho, ty etické aspekty s tou rodinou, ale nevím co přesně tam je, já se zaměřoval na správné postupy tý resuscitace v těch guidelinech, ale domnívám se, že jsou tam určitě nějaký poznatky a postupy k té rodině a té péči.*“ (Respondent č. 7)

Celé znění mezinárodních guidelines 2015 jsou k dispozici na několika internetových stránkách (www.resuscitace.cz, www.prpom.cz, www.akutne.cz), většinou jsou k dispozici i na odděleních a probíhají povinná školení KPR. „*Na každém oddělení pravidelně probíhá školení v resuscitaci.*“ (Respondent č. 10) Pokud si někdo tyto doporučení chce vyhledat, měl by dbát na to, aby se jednalo o důvěryhodný zdroj, kde je k dispozici plné a aktuální znění mezinárodních guidelineů 2015. U respondentů bylo zjišťováno, kde by doporučení KPR hledali. Převážná většina respondentů by doporučení hledala na internetu. „*Na internetu.*“ (Respondent č. 2) „*Já, bych je zadala do počítače, na internetu, nepídila bych se nikde jinde, asi by mě to nenapadlo, jestli je na to někde nějaký sborník.*“ (Respondent č. 3) „*Tak asi na google, napsala bych doporučení k resuscitaci, nebo tak něco a tam bych to zkusila.*“ (Respondent č. 9) Někteří respondenti zmiňují konkrétní internetové stránky, například stránky České resuscitační rady, nebo European Research Council. „*Na internetu, třeba na stránkách český resuscitační rady.*“ (Respondent č. 1) „*Šel bych určitě na internetový stránky, určitě bych zkusil Českou resuscitační radu, ČRR a pak bych ještě zkusil ERC, když bych je chtěl v plném znění.*“ (Respondent č. 5) Jeden z respondentů zmiňuje stránky České společnosti anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny (ČSARIM). „*Určitě někde na googlu, někde bych je vygooglila, nevím, zadala bych do vyhledávače – guideline, a co by mi vyjelo, jako myslím si, že bych to dokázala najít. Určitě nějaká, ČSARIM, tam by to mohlo být teoreticky.*“ (Respondent č. 4) Respondent č. 6 by hledal doporučení na stránkách neexistující resuscitační komory, nebo Českého červeného kříže, kromě těchto variant dále zmiňuje nemocniční portál. „*V nemocnici si je najdu na nemocničním portále, v praxi, když budu jako lajk tak si je vygooglim někde na internetu, jak víst resuscitaci, stránky resuscitační komory, nebo by mě napadl červený kříž, ten funguje docela dobře a na hodně akcích, které se týkají i dětí, oni tam mají figuríny, mají i mimino a odchyťávají tam děcka, puberťáky,*

*dospěláky a snažej se, aby si zkusili masírovat, takový to štěpování a zavolej tohleto číslo a tohle, nemusíš do něj dýchat, aspoň tohle, asi i tam bych jako lajk šla.“ (Respondent č. 6) Další z respondentů kromě možnosti internetu, zmínil informační portál v práci. *„Tak asi na informační portál, na googlu.“ (Respondent č. 10) Jeden z respondentů zmiňoval v souvislosti s doporučeními směrnice, do nich by měl možnost nahlídnout v práci. „Tak máme je přístupný v počítači.“ (Respondent č. 3) Jelikož se respondent č. 7 zabýval doporučeními během studia má je doma, dále uvádí možnost hledat doporučení na internetu, nebo v lékařských knihovnách. „Jedny mám doma, protože jsem na to psal bakalářskou práci a jinak existuje stránka resuscitace.cz kde je odkaz přímo na tyhle guideline nebo lze to i v nějakých lékařských knihovnách sehnat.“ (Respondent č. 7)**

I. Obsah doporučení pro KPR

Mezinárodní guidelines **obsahují indikace, průběh a ukončování resuscitace**. Existují i různé situace, kdy je tato léčebná intervence **kontraindikována**. Jsou to například úrazy neslučitelné se životem, nebo jisté známky smrti. U respondentů bylo zjišťováno, zda znají některé klinické stavy, při kterých se KPR nezahajuje. Většina respondentů správně uvedla úrazy neslučitelné se životem a jisté známky smrti. *„Tak třeba, kdyby byla oddělena hlava od těla, když by byly jasné známky úmrtí, třeba posmrtná ztuhlost, skvrny, tělo v rozkladu.“ (Respondent č. 1) „Samozřejmě, pokud tam budou jisté známky smrti, pokud tam budou poranění neslučitelná se životem, pokud tam budou posmrtné skvrny, velký traumatický amputace a podobné věci.“ (Respondent č. 5) „To mě napadlo, že má oddělenou hlavu od krku, ale říkal jsem si, že je to tak evidentní, že by to byla blbost.“ (Respondent č. 10) „Tělo v rozpadu, pokud je oddělená hlava od těla, devastující poranění neslučitelné se životem.“ (Respondent č. 11) Jeden z respondentů kromě těchto dvou situací zmiňuje i terminální stav onemocnění a ne správně zmiňuje cyanózu u jasných známek smrti. „U jasných známek smrti, ne tak posmrtné skvrny, cyanóza, devastující poranění, pokud jde jasně o terminální stádium.“ (Respondent č. 4) Respondenti kromě těchto klinických stavů zmiňují situaci, kdy by byl zdravotník nebo někdo další ohrožený na zdraví, nebo životě, v tom případě by také nezahájil resuscitaci. *„Samozřejmě jo, když jsou na tom pacientovi jasné známky smrti, nebudu resuscitovat člověka, kterej má hlavu v příkopě a tělo na stromě, tak jako může se stát, takže takový ty jisté známky smrti, samozřejmě taky záleží na mém bezpečí, takže nepolezu do hořícího auta nebo baráku.“ (Respondent č. 2) „... tak pokud by došlo k ohrožení mě, nebo někoho dalšího.“ (Respondent č. 10) Mimo tyto stavy jeden z respondentů zmiňuje také vyčerpání záchránce, což však platí pouze pro laiky. *„Tak pokud***

pacient jeví známky smrti a nebo do vyčerpání toho záchranného týmu.“ (Respondent č. 10)

Jeden z respondentů měl problém si rozpomenout na jednotlivé stavy, resuscitaci nezahájí v takové situaci, kdy to fyziologicky není možné. Zajímavé je, že jako příklad uvádí pacienty po sebevraždách skokem z výšky. Ještě zajímavější však je popis postupu ošetření těchto pacientů. *„Ježíšmarjá, to určitě, ale teď mě nic nenapadá, ale jo jsou, jsou stavy, kdy se neresuscituje, ale do prčic, když prostě, to fyziologicky není možný, já nevím, když někdo skočí z baráku, u sebevrahů, tak se šáhne na krk a to se neresuscituje, prostě jo.“*

(Respondent č. 3) Respondent se posléze k tomuto tématu vyjádřil znovu, posmrtné známky smrti považuje za tak evidentní a jasné, že ho v této souvislosti nenapadly. Opět zde dochází k řazení fialovo – modrého zbarvení pacienta k jistým známkám smrti. *„Tak to by mě vůbec nenapadlo teda jako, to je takový logický, když někoho výtáhnou z vody, bude fialovo modrej, nebo se bude rozpadat, tak tě resuscitovat nenapadne.“* (Respondent č. 3)

Specifické faktory ovlivňující rozhodování o zahájení, nezahájení, průběhu a ukončování KPR

I. Charakteristika pacienta

Většina respondentů si po vyslovení slov etické a právní aspekty kardiopulmonální resuscitace představí polymorbidní pacienty ve vysokém věku. „*Ehm, tak mě napadají ty babičky v důchodákách, 90-ti letý, ke kterým přijedou třeba hasiči, resuscitují se, rozmačkají jim hrudník a pak leží třeba na ARU, dalších několik měsíců, jakoby nemají kvalitní život, dostanou se do nějakýho DIPU, nějaký lůžko následný péče a tam umřou.*“ (Respondent č. 1)

„*Tak jako takový to, zachraňovat ročník 1919, kdy chudák dědeček leží někde v LDN a oni zavolaj záchranku, začnou ho resuscitovat a pak tady leží, tak to bych snad zakázala ze zákona, že hold ty lidi nejsou nesmrtelný, prostě byly doby, kdy ty lidi se dožili sta let, ale v dnešní době jsou rádi, že se dožijou 70 let a támhle je pak v 80-letech zresuscitujou a myslí si, že děda tady zejtra vstane a půjde kopat na pole brambory, nebo já nevím.*“ (Respondent č. 8)

Dle respondentů má **věk a onemocnění pacienta** vliv na rozhodování lékaře, u dětí a mladých lidí resuscitace probíhá déle a tyto faktory se do rozhodování tolik neprolínají, u pacientů ve vyšším věku s několika přidruženými onemocněními resuscitace probíhá kratší dobu. „*Tam záleží taky na věku, pokud je to u mladýho člověka, tak tam se dělá všechno, za všech okolností, ať má onemocnění jaký chce i onkologický, nebo nedej bože dítě, ale pokud je to člověk, kterému je 92 roků no a má na dvě stránky soubor diagnóz, tak je jasný že ten lékař nebude prodlužovat utrpení, protože je jasný, že v tomhle věku zůstane ležet na oddělení a tam umře, akorát to bude trvat o dva měsíce dýl.*“ (Respondent č. 11)

V souvislosti s tímto tématem, tedy vyplývá otázka, zda by měla být resuscitace limitována věkem? Někteří z respondentů se k tomuto tématu vyjádřil následovně. „*Do kolika let by se člověk měl resuscitovat, nebo pokud mají lidi sáhodlouhej seznam diagnóz, jestli tam ta resuscitace ještě má proběhnout, nebo nemá proběhnout, jestli je to u onkologických pacientů, u vážně nemocných pacientů, nebo jestli těm pacientům je 80 +.*“ (Respondent č. 3)

Resuscitaci pacientů ve velmi vysokém věku někteří respondenti považují za nevhodnou. „*No napadne mě, že když je někdo 90-letej a víc, to jsme tady měli 99-letýho pána, kterýho resuscitovali na standardu, tak to mě už přijde takový, že ne.*“ (Respondent č. 9)

Velká část pacientů resuscitovaná v terénu pro zástavu oběhu je ve věku 65 let a více. Při léčbě pacientů ve vyšším věku se není potřeba odklánět od běžných resuscitačních postupů. Zdravotníci by však měli mít na vědomí, že je zde větší riziko poresuscitačních zlomenin, hlavně v souvislosti s délkou trvání. (Truhlář 2015, s. 31) U respondentů bylo zjišťováno, zda si

myslí, že by věk měl být rozhodující faktor v rozhodování ohledně zahájení resuscitace. Někteří z respondentů se domnívají, že věk by měl být rozhodující faktor v případě, že pacient je ležící a odkázaný na pomoc druhých. *„No určitě, neřeknu, že třeba u někoho, kdo fakt v těch pětadesáti okopává to pole, všechno sám, ale takový ty lidi, co někde ležej, jsou odkázaný na pomoc druhých, tak to určitě.“* (Respondent č. 8) Dle jednoho z respondentů, by věk měl být limitující faktor, protože po určitém věku pacienti nemají dostatek sil se po resuscitaci vrátit zpět do normálního života, přesto, že před resuscitací byly soběstační. *„Myslím si že jo, jako protože po určitým věku ty lidi i když jsou čilí, běhají a všechno, jakmile proběhne ta resuscitace, která je dlouhodobá, která je těžká a ještě potom následuje umělé spánek, kdy čekáme jak to všechno dopadne tak v tu chvíli ta poslední svalová hmota, kterou ty lidi mají, tak vlastně odpadne a i když se ty lidi proberou, tak už se nikdy nevrátěj zpět do normálního života, živořej na lůžku někde, že už nemaj tu sílu se zvednout.“* (Respondent č. 9) Pokud by se poskytnutí pomoci rozhodovalo pouze na základě věku, jednalo by se o diskriminaci, tzv. ageismus neboli věkovou diskriminaci. Jeden z respondentů by stanovil jako hraniční věk resuscitace 80 let, přesto by však k resuscitaci přistoupil a na průběh resuscitace by měly vliv další faktory. *„Hraniční, nějak kolem těch 80-ti určitě, samozřejmě to závisí na tom, resuscitovala bych třeba, ale neresuscitovala bych půl hodiny, zkusila bych to třeba 10 minut a pokud by se to srdce nechytlo, jakože fakt, jsem ready a bylo to jenom něco takovýho jako kolaps a naskočím, to znamená, že jsem furt relativně zdravý srdce, tak budiž a pak bych se přiklápěla k tomu ty lidi moc netlumit, spíš je nechat probudit a rozhodně bych po těch lidech neskákala půl hodiny.“* (Respondent č. 9)

Většina respondentů se shodla na tom, že věk by neměl být rozhodující ukazatel. Jeden z respondentů neposkytnutí resuscitace na základě věku srovnává se situací, kdy by se na základě věku zabijeli lidi. *„To si myslím, že ne, prostě to nejde, to je jako by si řekla, že všechny důchodci nad 70 se vystřílejí, to nejde z etickýho hlediska.“* (Respondent č. 11) Rozhodování by dle respondentů nemělo být ovlivněno věkem hlavně z důvodu, že každý člověk je ve svém věku v různé kondici. *„To si úplně nemyslím, jako daný věkem by to být asi určitě nemělo, to jako ne, protože zhuntovanej 50-ti letej člověk na tom může být mnohem fyzicky a zdravotně a psychicky, než 80-ti letá babi, která je do tý doby fit. No né, tak jako padne ti 80 a nemáš nárok mi přijde jako blbost prostě, podle mě tohle je tak strašně individuální, že se to nedá nějak kategorizovat. Ale zase pokud to je člověk starší a ta resuscitace tam účinná není, tak bych to zas neprotahovala zbytečně.“* (Respondent č. 4) *„To je taky těžká věc, někdy jsou lidi v 50-ti tak nemocný, že jako šance na další normální*

život je špatná a třeba 80-tník a už jsem to taky zažil, že může být úspěšně resuscitován a může odejít, musí se asi vždycky brát v úvahu ty další faktory, asi ne jenom věk.“ (Respondent č. 10) Někteří respondenti zmiňují v souvislosti s věkem těžší rekonvalescenci. *„Rekonvalescenci bude mít určitě těžší, než čtyřicátník, padesátník, ale ten věk zvlášť v týchle době je strašně jako, nevím jak to říct možná, slabej ukazatel. Protože se ukazuje, že lidi starší tak jsou stále šikovnější, zvládají věci z novy doby a tohle by rozhodně nemělo být vodítko proč nezahajovat nějaký oživování, nebo, že by člověk měl menší šanci se zase zmátožit a dát se zase do kupy. Každý organismus je prostě originál a je důležitý, aby se k tomu i tak přistupovalo. Vždycky by se to zkusit mělo, podle mě.*“ (Respondent č. 5) Dle jednoho z respondentů, pacienti ve vyšším věku brzy vyčerpají rezervy organismu a rekonvalescence bývá těžší, než u mladších pacientů, kteří se vyléčí i z vážných kritických stavů. *„... prostě to byl mladej člověk, bylo mu já nevím do 50, ty mladý lidi jsou schopný i přes několik situací, kdy málem umřou to zvládnout, ale člověk, kterému je 90 tak má ty energetický a všechny rezervy vyčerpány.*“ (Respondent č. 11) Respondent č. 6 také nepovažuje věk za limitující faktor, uvědomuje si u těchto pacientů těžší rekonvalescenci a poukazuje na vitalitu pacienta a jeho předchorobí. *„Je to tam těžší, je pravda, že když přijdeš na oddělení a nevíš do jaký míry ten člověk je vitální, není vitální, znám 80-letý, který jsou vitální, a ta šance tam je a jsou lidi, který nejsou jo a myslím si, že už podle tý konstituce jak vypadá, ale mělo by tam zase fungovat to, že pokud je to tady v areálu nemocnice, že někdo o tom pacientovi ví už něco základního, předcházející předchorobí a takový, související, jestli tam není prostě od hypertenze, poškozenýho srdce, ledvin, aby to mělo ten efekt, věk určitě jako číslo bych kontraindikací nebrala, může mít šanci 80-letý i 30-letý, když na to přijde.*“ (Respondent č. 6) Další respondent také poukazuje na vitalitu jedince a na rozhodování by podle něj měl mít vliv spíše zdravotní stav, než věk pacienta. *„Ne, určitě ne, člověk je starej, tak jak se cítí, někdo je starej už 50-letý a někteří v 90-ti letech chodí po horách a jsou plný života, takže věkem to nemůže být omezeno, je 90-letý dědoušek, který je doma upoutaný na lůžku, 10 let leží a najednou to srdce a tělo si řekne, že už teda ne, že rezervy jsou vyčerpány, a pak je 90-letý dědoušek, který chodí po horách, resuscitovat by se mělo začít, ale je dobré si od té rodiny zjistit, že ten člověk tady leží třeba 10 let a je špatnej a nebo jestli z plnýho zdraví zastavil.*“ (Respondent č. 7)

Na rozhodování zdravotníků stran zahajování, nezahajování, průběhu a ukončování resuscitace má velký vliv **onemocnění pacienta**, ať už se jedná o **nevyléčitelné onemocnění**, **velké množství přidružených onemocnění**, **onkologická onemocnění**, či **infekční**

onemocnění. U respondentů bylo zjišťováno, jestli dané onemocnění má vliv na rozhodování ohledně resuscitace. „*No rozhodně si myslím, že onkologický onemocnění, pokud je rozjetý do nějakých metastáz tak pro toho člověka je to defakto vysvobození, když umře teď hned a netrápí se někde na morfinu v dlouhodobých bolestech a pak si myslím hlavně ty CHOPN 4. stupně, kdy se vlastně dusej a dodusej se do zástavy, tak bohužel končej stejně v dipech připojený na ventilátory a pokud je to dip dobrej, tak vysloveně mám tu zkušenost, kdy tam paní byla přes rok, jo takže ta kdyby se zastavila, tak by to pro ní bylo vysvobození, než bejt někde v ústavu připojená na ventilátor a zemřít na to defakto, že ji ty plíce úplně zanikly.*“ (Respondent č. 9) Na otázku: „*Napadají tě nějaké stavy, kdy by se pacient neměl resuscitovat?*“ jeden z respondentů odpověděl následovně. „*Jsou to ty stavy, jako multiorgánové selhání, nebo CHOPN v terminálním stádiu.*“ (Respondent č. 10) Protože je tato kategorie širší, byla rozdělena, dle jednotlivých onemocnění, o kterých se respondenti zmínili. Nejčastěji vnímané onemocnění spojené s nezahajováním resuscitace je bezesporu **onkologické léčbou neovlivitelné onemocnění** v pozdním stádiu. Jak vnímají respondenti resuscitaci pacienta s onkologickým onemocněním? „*Pokud je pacient onkologický a má prostě třeba rakovinu prostaty, tak je to onkologický pacient ale proč by se neresuscitoval, když je jinak jakoby zdravěj...*“ (Respondent č. 1) „*No, tak vzhledem k tomu, že o tom nic moc nevím, tak asi se resuscitovat bude muset.*“ (Respondent č. 4) „*Každopádně to jsou ty terminální stádia, kdy ty lidi, to je na nich vidět, odchází před očima, nejsou schopni přijímat potravu a podobně, mají abscesy po sobě a podobně, je těžký to posoudit, když je ten nádor benigní, což by teoreticky mělo jít operovat, nebo nějakým stylem zprůchodnit, odstranit, ale může bejt benigní a prorůstající někde, ale podle mě by měla bejt rodina v tom terénu seznámena s tím stavem, samozřejmě jsou lidi, který si to neřeknou, nechají si to pro sebe, aby tu rodinu netrápili, tohle je těžký pak posoudit, rodina zahájí resuscitaci, ta přes telefon to neposoudí, přijede záchranka a pokračujou a pak terve z toho vyleze tohle.*“ (Respondent č. 6) Onkologické onemocnění můžeme dělit na maligní a benigní, pokud je onkologické onemocnění léčbou neovlivitelné, může postupovat do tzv. **terminálního stavu**. Terminálním stavem se rozumí klinický stav, kdy dochází k nevratnému selhávání orgánových funkcí, které ohrožují pacienta bezprostředně na životě, jedná se o období posledních hodin a dnů života. (Sláma, 2009, s. 14) U respondentů bylo zjišťováno, jak vnímají resuscitaci pacienta v terminálním stádiu. „*Pacient se nemá resuscitovat, spíš by se členové tý rodiny měli zaměřit na paliativní péči a měli by bejt hlavně informovaný o tom, co to pro ně znamená. Mělo by jim být vysvětlený to, že když se resuscituje, jak to může dopadnout, že v takovým a takovým stavu, to nemá moc cenu, ten život lidem prodlužovat*“

a zbytečně je trápit. Že když by někdo v rodině věděl že jeho maminka má rakovinu, tak aby prostě ten její syn věděl, že prostě ta smrt může nastat a aby věděl, jak se dejme tomu zachovat, že prostě ta smrt k životu patří a měl by vědět, že třeba když bude volat na dispečink, třeba že maminka nedejchá, nebo něco, tak oni když ho začnou navádět, aby resuscitoval, tak aby řekl, ne maminka je v terminálním stádiu, prostě nechci resuscitovat.“ (Respondent č. 1) Někteří respondenti se shodli na tom, že pacienti nacházející se v terminálním stádiu se nemají resuscitovat, jako důvod udávají prodlužování utrpení pacienta, přesto se však v praxi terminální stavy resuscitují. *„Určitě jsem se setkala s tím, že terminální stavy jak v terénu, tak i v nemocnici, v nemocniční péči se resuscitují, myslím si, že by se to nemělo dělat, že těm lidem se akorát protahuje bolest a utrpení tady na tom světě a moje osobní zkušenost a blízká zkušenost je, že je to prodlužování trápení.“* (Respondent č. 6) *„Z právního hlediska se resuscitují, v praxi, pokud je to resuscitovatelná rytmus srdeční, tak se resuscituje, ale ta resuscitace neprobíhá extrémně dlouhou dobu.“* (Respondent č. 11) Jeden z respondentů má osobní zkušenost s onkologickým onemocněním a terminálním stavem v rodině. Stejně jako předchozí respondenti udává, že by se pacienti v terminálním stádiu neměly resuscitovat. *„Tak třeba z mého pohledu, že jsme měli takhle tátu doma, žejo, tak tam to bylo jako jasný, že jsme čekali, že to přijde a bylo jasný, že už jako to je nevratný a že už jenom čekáme na ten okamžik a že to bude nejlepší jak pro něj tak pro všechny okolo žejo, jako pokud tam je jasná diagnóza s jasnou, s tím, že je jasný, že už člověk nevnímá, blabla, že už se tam všechno horší, má bolesti, je na opiátech, takovýhle terminální stádium neléčitelného onemocnění, tak ne.“* (Respondent č. 4) U pacientů v terminálním stádiu onemocnění by se zdravotnický personál měl zaměřit na paliativní léčbu. Dle slov jednoho z respondentů, je v takovém případě správné nepřistoupit k resuscitaci, zdravotnický personál by se měl zaměřit na analgetickou léčbu a nerozšiřovat léčbu terapeutickou. *„Myslím si, že to je dobře například u pacientů v terminálním stádiu onkologického onemocnění, kde se udržuje analgetická léčba a nerozšiřuje se terapeutická léčba.“* (Respondent č. 11) U respondentů bylo zjišťováno, zda se setkali s resuscitací pacienta v terminálním stádiu onkologického onemocnění. *„To snad ne.“* (Respondent č. 8) *„Člověče, asi, pokud to bylo vyloženě jasně terminální stádium tak si myslím, že ne.“* (Respondent č. 4) Někteří respondenti se setkali s resuscitací pacientů v terminálním stádiu onkologického onemocnění. *„Ano, zažila.“* (Respondent č. 9) *„Určitě jsem se setkala s tím, že terminální stavy jak v terénu, tak i v nemocnici, v nemocniční péči se resuscitují, myslím si, že by se to nemělo dělat, že těm lidem se akorát protahuje bolest a utrpení tady na tom světě a moje osobní zkušenost a blízká zkušenost je, že je to prodlužování trápení.“* (Respondent č. 6) Jeden

z respondentů se setkal s resuscitací pacienta v terminálním stádiu na onkologickém oddělení. „*Tohle vím, že zrovna bylo terminální stádium. Vím, že pacient byl resuscitovaný na onkologii a poté byl přeložen k nám.*“ (Respondent č. 3) Jiný z respondentů se setkal s resuscitací pacienta v terminálním stádiu na plicním oddělení, jednalo se o pacienta s metastázemi u kterého nečekaně došlo k zástavě, kvůli nedostatečnému předání informací se pacient resuscitoval, respondent tuto situaci vnímal negativně a rozčílila ho. „*Mě to teda, když jsme resuscitovali na plicním a v podstatě až když jsme pána zresuscitovali, po nějaký půl hodině, tak nám lékařka oznámila, že pán je v terminálním stádiu rakoviny a že má metastázy i v játrech a že teda přišel na odpuštění přebytného výpotku, tak mě to tak vytočilo, protože připravila pro pána další hodiny a hodiny utrpení na víc, na ventilátoru, kdy to srdce pokud naskočí a pojede, tak zase se po něm bude chtít spoustu věcí a zase to nemá jinej konec, než bolesti, utrpení a katetry ve všech otvorech, takže mě tohle nebetyčně vytáčí a aspoň já pokud bych byla plná metastáz a bylo by mě řečeno, nepovede to k ničemu, nemáme pro vás žádnou léčbu, tak pro mě by bylo daleko milosrdnější řešení, že by se mi zastavilo srdce, aniž bych to čekala a odešla bych nečekaně, než abych se někde trápila na onkologii a prosila o smrt a ona nešla.*“ (Respondent č. 9)

Většina respondentů popsala resuscitaci terminálního stádia jako prodlužování utrpení. „*No jelikož to je terminální stádium, ty lidi mají většinou chronický dlouhodobý bolesti, celkově, jsou to lidi s metastázemi kdekoliv, všude, tak mě přijde jako proč to jeho trápení tímhle prodlužovat?*“ (Respondent č. 2) V souvislosti s tímto tématem se někteří respondenti vyjádřili k fungování legislativy v podobných situacích. Někteří respondenti si nejsou jistí, zda zákon upravuje resuscitaci terminálně nemocných. „*Já si myslím, že tam něco takového bude, nejsem si jistej, nevím to přesně, to bych kecal, ale myslím si, že tam bude zmínka o terminálním stádiu.*“ (Respondent č. 2) Větší část respondentů se domnívá, že tuto situaci zákon neupravuje. „*Já si myslím, že tohle nijak není ošetřeno právně, pokud si to neošetří sám pacient za plnýho vědomí, svědomí.*“ (Respondent č. 3) „*To si myslím, že ne, že to záleží na doktorovi.*“ (Respondent č. 8)

Jeden z respondentů zmiňuje, že by neresuscitování terminálních stádií mohlo být vyloženo jako eutanázie a domnívá se, že z tohoto důvodu legislativa tuto situaci neupravuje. „*Ne, myslím si, že ne. Pro všechny to, že se jakoby nepomůže, tak by to mohlo být vyloženo jako eutanázie, takže si myslím, že to není v zákoně. To je můj názor, ale nevím to jistě.*“ (Respondent č. 9) Respondent č. 6 se také domnívá, že zákon neupravuje resuscitaci terminálního stádia, v této souvislosti popisuje náročnost situace pro rodinu pacienta

a možnost volby eutanazie pro pacienta. „Asi taková možnost není, samozřejmě i ta rodina tyto stavy vnímá špatně a nedokáže se s tím smířit ve většině případů a i to úmrtí doma v rodině je pro většinu lidí, lajků těžký a asi by to chtělo dát lidem tu možnost, zvolit eutanázii anebo volně odejít z toho života.“ (Respondent č. 6)

U respondentů bylo zjišťováno, zda na rozhodování ohledně resuscitace má vliv existence **infekčního onemocnění**. „Já se přiznám, že jsem tady nezažil tolik pacientů, který by měli nějaké infekční onemocnění a byli resuscitováni.“ (Respondent č. 10) Pod pojmem infekční onemocnění si respondenti nejčastěji vybaví HIV virus, chřipkové viry a hepatitidy. U pacientů s tímto typem infekcí se není potřeba odklánět od standardních postupů resuscitace, avšak je potřebné dbát na zvýšenou bezpečnost. „Já si myslím, že určitě nějaký výjimky jsou, nějaký třeba ... no na HIV určitě ne, prostě si vezmu rukavice a budu si dávat větší pozor, hlavně budu doufat, abych se někde nepíchla o jehlu, nebo něco, ale myslím si jakoby že, kdyby to bylo fakt hodně infekční onemocnění, který by mě mohlo ohrožovat na životě tak si myslím, že mám právo na toho pacienta nešahat, protože já musím chránit svoje zdraví, já musím i přizpůsobit prostředí tomu aby mě se nic nestalo.“ (Respondent č. 1) „Vždycky jde o to zdraví toho záchranáře prvotně, takže to, že je infekční a leží někde doma a jiný ohrožení mi nehrozí, tak to bych normálně resuscitoval, dát si zvýšenou opatrnost jo, když ten člověk bude vyloženě v nějakým squotu budou tam jehly, stříkačky, asi bych tam vyloženě nelezl a nehrnul se tam, abych se někde o něco píchnul. Ale to už je na situaci.“ (Respondent č. 2) „Tak budu dbát hlavně na sebe a svoji ochranu, no nevím, tak pokud jde o resuscitaci tak nějaká masáž srdce si myslím, jako a když budu mít pomůcky tak taky asi bych v tom nehledala nějaký složitosti.“ (Respondent č. 4)

Jeden z respondentů zmiňuje další infekční onemocnění, jako clostridie a MRSU, dále dodává, kdy mu resuscitace nepřijde adekvátní. „ Takový ty naše běžný chřipka, clostridie, MRSA a tak určitě jo resuscitovat, u rozsáhlého meningokoka, kde jsem byla taky a resuscitovalo se, mi to přišlo zcestný, protože to už bylo postižený úplně a přišlo mi to, že to jenom rozneseme po celým oddělení, že se nakazíme všichni. HIV pokud už jsou v terminální fázi, tak taky ne, pokud mají opakující zápali plic, selhávají, tam už asi není moc velký řešení a návrat, když je to ze startu, kdy oni můžou vést dál kvalitní život, jo pokud tam nejsou k tomu další choroby, tam by to ještě podle mě šlo.“ (Respondent č. 6) Terminální stav HIV, neboli postupující onemocnění AIDS by někteří respondenti neresuscitovali. „Podle toho jak infekční, to je širokej pojem, tak pokud to bude AIDS tak já ho resuscitovat nebudu, na co, AIDS rozjetej postihuje podle mě celej organismus kdy to selhává všechno, takže v tu chvíli

kdy dojde k selhání srdečnímu, tam není co zachraňovat.“ (Respondent č. 9) V péči o infekční pacienty by měli zdravotníci dbát na ochranu svého zdraví, používání ochranných pomůcek a dodržování bariérového režimu. Více informací k tomuto tématu je v kapitole onemocnění pacienta, typy karanténních režimů jsou v příloze F. Jak vnímají respondenti používání ochranných pomůcek v průběhu resuscitace u infekčních pacientů vyplývá z následujících odpovědí. „Hele, já už jsem vybíhala na infekční oddělení a právě, že tady tím, jak zvedáme telefon a oni nám dopředu říkaj z jakýho to je oddělení, tak my už tady na sebe navlíkáme rukavice, blbej ten kdo si prostě ty ochranný pomůcky nevezme. Mám možnost se chránit, je fakt, že my jsme resuscitovali na infekčním oddělení u pacienta s clostridiema, tohle už nám nebylo řečený, takže my jsme tam vběhli na ten pokoj s tím, že jsme se pak doptávali těch zdravotníků, který teda nebyly vůbec ničím chráněný a ptali jsme se, co tý pacientce je. Bylo nám řečeno má clostridie, jenže clostridie, těch se zbavíš klasicky mýdlo, teplá voda jo, takže ano tam máš rukavice, používáš veškerý barierový pomůcky, jednorázový pomůcky, takže když jsme se vraceli na oddělení, tak jsme si s doktorkou kompletně měnili oblečení, všechno jsme si sundali, umyly se. Kdyby tady bylo , klasicky HIV, to u nikoho nemůžeš vědět, pokud to jsou pacienti z věznice dovezený, bezdomovci, tak se chráníme co to nejvíc jde, taky už jsem volala na patologii, aby nám prostě poskytli rukavice na takový ty nej, nej infekce, protože tam to všechno maj. To jsem si připadala, jak kdybych šla fakt na pitvu, to jsou hrozně dlouhatánský rukavice až k předloktí, nebo až k loktu.“ (Respondent č. 3) Respondenti udávají, že na odděleních mají ochranné pomůcky k dispozici. „Ne, já mám dostatek ochranejch pomůcek na to, abych tam mohla jít.“ (Respondent č. 9) „Tak ty běžný pomůcky, co jsou k dispozici.“ (Respondent č. 10) „Tak jsou samozřejmě ochranný pomůcky, speciální rukavice proti žloutenkám.“ (Respondent č. 11) Respondenti se zkušenostmi se ZZS a přednemocniční péčí často v souvislosti s tímto tématem zmiňují skutečnost, že se dozví o existenci infekčního onemocnění až na místě, během výjezdu. „Co se týče tadytěch infekčních pacientů, tak zase pokud to vyloženě není hlášený, že se to o tom člověku ví tak tam člověk jede a nepozná co má v těle, kolikrát prostě nepoznáš, že má žloutenku, nebo jiný onemocnění, takže pokud to nezjistíš tak na to nehledí, protože o tom neví. Když bychom jeli na hlášený případ, třeba ebola, což už tady taky bylo, nakonec se to teda nepotvrdilo a byla to nějaká malárie, když se to ví tak jsou k tomu ochranný pomůcky, máme tady i speciální vůz na ebolu, který vlastně je připravenej k infekčním pacientům, jsou tam ochranný oděvy, silnější rukavice, takže jakoby když by to věděl člověk tak se chrání. Ale kolikrát to prostě nevíš a zjistíš to až dýl.“ (Respondent č. 2) Respondenti zmiňují tuto situaci, kdy o existenci infekčního onemocnění personál neví i v nemocničním prostředí. „Myslíš tady v nemocnici? Tak to určitě, venku by si

to těžko poznala, tady by ti to měl každej říct, ale taky už se stalo, to už je dýl, co sem někoho dovezli a pak obvolávali z patologie, že měl tuberkulózu, taky to nikdo nevěděl, nebo takhle ty žloutenky, to se pak chodí na odběry, oni většinou ani ty lidi to nevěděj, Ukrajinci a takový.“ (Respondent č. 8) *„... ale vím, že se to tady stalo, že tady resuscitovali někoho, že měl žloutenku C a možná ještě něco a že vlastně ta krev byla všude, ale to bylo v podstatě, protože oni o tom nevěděli, že ten pacient je takhle nemocnej.“* (Respondent č. 10) Několik respondentů v souvislosti s používáním ochranných pomůcek zmínilo, že při řešení akutní situace, jako je například srdeční zástava, není dostatečný čas na jejich použití. *„To určitě tady je, jsou tady i ochranný štíty, ale když přijde na samostatnou resuscitaci u infekčního pacienta, tak na to není čas, tohle jsem řešila i na CPL, že když je zástava tak máš nějaký 3 minuty než dojde k poškození mozku, takže já nemám čas.“* (Respondent č. 6) *„Když budu mít zavřeného pacienta v izolaci, a najednou tam vznikne zástava tak nebudu jako rukavice, ústenka, plášť, čepice, ne prostě, ústenka, rukavice a jedem, tam nikdo se nebude oblíkat, tam se vběhne na ten box a resuscituje se.“* (Respondent č. 3) Při zástavě pacienta, který má střevní infekční onemocnění si zdravotnický personál vezme pouze rukavice, zbytek pomůcek si vezme třeba během resuscitace, při střídání. *„No prostě, když je zástava, tak člověk si vezme maximálně rukavice a jde se resuscitovat a oblíká se až při střídání třeba, prioritně zachraňuje toho pacienta a pak až teda chrání sám sebe, pokud vím, že je to nějaká infekce, třeba střevní.“* (Respondent č. 11) Jeden z respondentů blíže popsal osobní zkušenost, kdy se zahájila resuscitace u infekčního pacienta, ochranné pomůcky byly použity, ale z časových důvodů v menší míře. *„Ta resuscitace probíhá normálně běžně, takhle probíhala zase osobní zkušenost u holky s vypíchanou žloutenkou, měla nějakou koaguloneuropatii, kdy měla trášu hotovou, v noci najednou nešla odsát a došlo k tomu, že se mi ta tracheostomie ucpala krví, všichni jsme věděli, že tu žloutenku má a každopádně bylo potřeba vyměnit trášu, bylo potřeba ji masírovat, protože šla do zástavy a všechno, všech 5-6 lidí co tady bylo, včetně doktora, měli jsme rukavice, měli jsme ústenku, ale jinak nebyl čas se nějak chránit a věděli jsme, že tu žloutenku má a jestli má třeba AIDS jsme nevěděli, protože na to se neodebírám.“* (Respondent č. 6) O použití ochranných pomůcek personál v akutních případech tolik nepřemýšlí, protože musí situaci ihned řešit a jednat, použití ochranných pomůcek berou jako zdržení. Někteří respondenti si pamatují situace dříve, kdy se ochranné rukavice nepoužívaly. *„No já myslím, že o tomhle v podstatě žádná z nás nepřemýšlí, že pokud je na tom infekčním boxe, kdo tu péči potřebuje a je to nutný, tak vlastně v tu chvíli, kdy je ta akce o tomhle žádná z nás nepřemýšlí, o tom že teď si musím nasadit ústenku, jakoby kolikrát se nám stává, že jsme se bavili o tom, že když někdo krvácí z arterky, tak už jenom to, než si navlíknu ty rukavice,*

tak jsme se to museli naučit, protože dřív to nebylo, ty rukavice, takový kvanta, takže člověk si šáhnul kolikrát do čeho neměl.“ (Respondent č. 9) Někteří respondenti ochranné pomůcky používají i v akutních situacích. *„To si piš, že si ho udělám ten čas, nebudu dělat nic, čím bych si ublížila.“* (Respondent č. 8) *„Tak, já určitě se snažím aspoň o minimální ochranu, to znamená, že aspoň rukavice si беру vždycky.“* (Respondent č. 10) Respondenti si uvědomují, že resuscitace a péče u infekčních pacientů je specifická v tom, že zdravotní personál musí dbát na své zdraví a předcházet rozšíření infekčního onemocnění. *„Specifická je v tom, že člověk, záchranář, zdravotník musí chránit sám sebe, pokud by byl HIV pozitivní pacient a muselo by být zahájeno dýchání z úst do úst, tak já bych ho nezahájila, zahájila bych pouze srdeční masáž, ale chránila bych převážně sama sebe.“* (Respondent č. 11) U respondentů bylo zjišťováno, zda mohou neposkytnout KPR, pokud by jim hrozilo nakažení infekční nemocí. *„...nemohla by na mě být žádná vina svalena, protože prakticky, je v zákoně, že pokud budu já sama ohrožena na svém životě tak nemusím poskytnout první pomoc.“* (Respondent č. 3) Názory se v této problematice rozcházejí. *„To si nemyslím, že můžu, protože jsem zdravotník a moje povinnost je resuscitovat, podle mě a asi ani mí svědomí by mi to nedalo, protože i když tam já vidím to riziko, furt беру v potaz tu vážnost situace a pokud lékař zahájí tu resuscitaci a je to indikovaný tak...“* (Respondent č. 6) Jeden z respondentů se setkal se situací, kdy se poranil o kontaminovaný předmět u infekčního pacienta. Při péči použil potřebné ochranné pomůcky. *„A pak jsem teda, protože jsem se řízla kdysi o skleněnou pomůcku od člověka, kterej měl pozitivní C žloutenku a v tu chvíli jsem na něj byla strašně rozčilená, že vlastně se sem dostal a že ji má a že kdybych já to od něj měla dostat, že to je strašně nespravedlivý a byla to, nevím jestli to byla moje chyba, prostě mi rupla skleněná spojka v ruce a přeřízlo to i rukavici, takže se to řešilo a byla jsem strašně rozčilená na toho člověka, protože to byl feťák a v tu chvíli najednou, to jsem neměla ani děti a vidina toho, že nebudu moc mít děti a partnera, tak jsem ho nechtěla ani vidět, zaplat' pán bůh to všechno dobře dopadlo.“* (Respondent č. 9)

Ať už je onemocnění jakékoliv, můžeme u něj popsat jednotlivá stádia a **prognózu**, jak se dále onemocnění bude vyvíjet. Na prognózu má vliv věk, stádium onemocnění a celkový zdravotní stav. U respondentů bylo zjištěno, zda se setkali se situací, kdy se stav pacienta závrtně zlepšil, či zhoršil. Dle výpovědi respondentů se zdravotnický personál na odděleních intenzivní péče častěji setká se situací, kdy se stav pacienta náhle zhorší. *„Tak určitě, to je běžnější.“* (Respondent č. 10) *„... setkal jsem se s tím, že prognóza lékaře byla dobrá a pacient stejně zemřel, protože se to za pár dní zhoršilo. Vyloženě, že by říkali, že je hodně*

špatný a ten člověk se uzdravil, to jako ojediněle. Spíš převládá ta druhá varianta.“ (Respondent č. 2) *„No, to že třeba prognóza je dobrá a pacient se zhorší to se stává jak na běžícím pásu, ten opak, že třeba jsou posunutý jinde a zlepši se, to jsou takový menší zázraky, ale stane se to, čas od času, ..., je pravda, že malý zázraky se dít můžou.“* (Respondent č. 6) Jeden z respondentů blíže popsal zkušenost, kdy se zdravotní stav pacienta nečekaně zhoršil. *„... tak taky tady chlap úplně v pohodě seděl v posteli, já přišla někdy o půl 7 do práce, přebrala jsem si ho, řekli jsme si s chlapem dobrý večer, co jako bude následovat, teď to byl tady nejlepší pacient tady na oddělení, druhý den na překlád, v sedm hodin nic, chlap si lehnul, asystolie, a už nenaskočil, snědl si jogurt a bylo po něm, to jsme ho tenkrát resuscitovali asi hodinu a nic.“* (Respondent č. 8)

U respondentů bylo dále zjišťováno, zda se setkali se situací, kdy lékař označil stav za špatný a pacient se zlepšil. *„Ehm, to spíš myslím, že se nestalo, že by to úplně takhle řekli, že to nedopadne dobře a ono to dopadlo dobře, to ne. Leda jako, že ten pacient vypadal špatně, a my jsme si mysleli, že to nedopadne dobře a ono dopadlo, ale ne že by vyloženě lékař řekl, že ta prognóza je špatná a nebyla.“* (Respondent č. 1) Přesto, že situace, kdy prognóza vypadá špatně, ale zdravotní stav se zlepšil, nastává ojediněle, většina respondentů má tuto zkušenost. *„Jo taky, už se taky tady stalo, že doktoři nedávali vůbec šanci na přežití, řeklo se to, blbý je že se to řeklo i tý rodině a prostě, zázraky, ač na to nevěřím tak jako, stalo se to tady už párkrát a najednou se to úplně obrátí celej ten stav a všechno se to zlepší. A už se stalo i to, že se pacienti odtud překládali na lepší oddělení.“* (Respondent č. 3) Jeden z respondentů si v této souvislosti vzpomněl na dvě situace, na pacienta po úrazu hlavy a na pacienta s pankreatitidou, u kterých se špatná prognóza obrátila v dobrou. *„No možná, že si něco vybavím tady, ale to bylo taky, už to mám takový mlhavý a myslím, že to byl nějaký mladý člověk, možná nějaký úraz hlavy a podle ct to nějak vypadalo špatně a že pak se z toho vylízl, většinou to souhlasilo, ale vlastně pamatuju si jednoho pacienta, toho mladýho sportovce, byl i pak na večírku nám poděkovat, ten s tou pankreatitidou, tak většinou ty pankreatitidy jsou hodně jako špatný, tam ty prognózy nejsou moc dobrý a pán tady ležel hodně dlouho a docela se z toho dostal parádně.“* (Respondent č. 5) Respondent č. 6 v této souvislosti popsal dvě situace se kterými se setkal. *„Určitě, to je případ pošťačky, která byla přepadena s důchodem, zmlátili ji basebolovou pálkou, měla poškození mozku, kraniektomii a já jsem ji zažila v době, kdy už prošla sálem, ARO, pak až následnou JIP péčí, byla spontánně ventilující na tracheo, měla poškozený oko, propadlou hlavu, půlka hlavy, levá hemisféra byla poškozená a hybnost byla částečně napravo, tam nikdo nečekal, že se něco*

zlepší a ona po 14 dnech, se tam něco hnulo, do určité míry se zlepšila, měla poškozený centrum zraku, paměť, řeč, psaní, učila se všechno z gruntu na druhou stranu, vím, že se byla schopná postarat o své dvě malý děcka, řádově desetiletý a tam jsem to brala jako otočení zdravotního stavu a pak jsem viděla tady pána, po hodinový resuscitaci, mladýho, kolem 50, nějak se to už vůbec nechtělo chytit a všichni jsme nad ním stáli, od prvopočátku měl midriatický zornice, vyplo se mu tlumení, nedejchal, žádný pohyb, nic tam nebylo a on se najednou posadil, midriatický zorničky vesele přetrvávali ještě asi 2 dny a pán nám tady odkýval všechno a byl při plném vědomí a tam teda mi to přišlo, strašidelný, jo jako to byl takovej zázrak malej.“ (Respondent č. 6) Respondent č. 8 také blíže popsal zkušenost, kdy se zdravotní stav i přes špatnou prognózu otočil k lepšímu. „Jo to tady byli takový, si pamatuju to je tak 10-11 let, co přivezli chlapa někde řezal dřevo, sekal dřevo, nějak mu to vylítlo a poleno mu takhle zůstalo trčet zepředu z hlavy, každej ho odepsal, ale ne jako tady mu vzali kost na čele, tam měl důlek, byl několikrát na sále s tou hlavou, několikrát měl zevní komorovou drenáž, každej ho odepisoval, vysoký dávky noráku, všeho a chlap po 14 dnech začal bejt v pohodě, dokonce si pamatuju, že 2-3 roky na to, se přišel podívat, byl úplně v pohodě, akorát měl teda díru vepředu v hlavě, jinak byl úplně ready.“ (Respondent č. 8) Nečekané změny v prognóze jeden z respondentů zmiňuje zvláště v případě neurochirurgických pacientů. V těchto případech se s nečekanými prognózami setkal několikrát. „Jo, kolikrát, to jsou hlavně neurochirurgický pacienti, kdy jsou stavy, že jedeme pro pacienta na sál a neurochirurg řekne, no tak ten to má za sebou, ten vám do rána umře a jelikož anesteziolog dělá svoji práci takovou jakou má a zrovna to nemá papírově daný, že se zachraňovat nemá, tak zachraňuje a nakonec se pán probere. Měli jsme tady pána s mozem na ulici a taky se probral, skočil z okna, psychiatrickej pacient v nějakým důchod'áku a na jednu stranu to bylo takový, že manželka by si asi oddechla, že to s ním bylo problematický a říkali, že právě bylo vidět i mozek po tom pádu a pán se probral. U neurochirurgických pacientů to říkám do dneška, že ten mozek, řeknou neurochirurgové tady to bude v pohodě, zažila jsem 16-ti letýho kluka, kde se řeklo, jojo ten bude dobrej a nebyl, neprobral se a pak řeknou tady to dobrý nebude a pacient se probere a je tam oční kontakt a dechová aktivita.“ (Respondent č. 9) Další respondenti nezmiňují konkrétní případ, ale také se s touto situací setkali. „To jako jo, to určitě, ale už jsem se setkala s tím, že to vypadalo fakt blbě a pak se to otočilo, ale pak si myslím, že jsou stavy, pak to vidíš i na hodnotách, výsledkách z laborky a je jasný, že je to marný.“ (Respondent č. 4) Dle slov jednoho z respondentů, se léčba může zdát marná, ale také může nastat situace, kdy se stav obrátí. „Určitě, těch není tolik, těch je míň, ale ano, že ty stavy nebyli dobrý a pak se to

otočilo, ale tam záleží na různých faktorech a nikdy se to nedá říct, co to zvrátilo, někdy to zvrátí právě to, že i když ta situace vypadala úplně bezvýchodně, tak ten lékař pokračoval v léčbě, která vypadala marná a pak došlo k momentu, že stav se zvrátil.“ (Respondent č. 10) Jeden z respondentů v této souvislosti zmiňuje opět věk pacienta. „Jo, s tím jsem se setkala, jeden pacient ten byl na lopatě asi pětkrát, ale prostě to byl mladej člověk, bylo mu já nevím do 50, ty mladý lidi jsou schopný i přes několik situací, kdy málem umřou to zvládnout, ale člověk, kterému je 90 tak má ty energetický a všechny rezervy vyčerpaný.“ (Respondent č. 11) Většina respondentů se shoduje na tom, že vyřčení prognózy onemocnění a rozhodování o ukončení léčby je pro lékaře velmi náročné. „No, to si myslím, že pro ty lékaře musí být hodně těžký jako, tohle říct úplně natvrdo, že si je 100% jistej, vždycky záleží na tom člověku, jak na to zareaguje na tu léčbu a jak jsem říkal, jak je každé originál tak nikdy nevíš, jestli se to může vyvrbit k lepšímu nebo ne.“ (Respondent č. 5) „...to rozhodnutí o ukončení léčby je pro lékaře těžký, musí to zvážit ze všech stran a musí to bejt těžký, ty kombinace všech diagnóz a nálezů, je pravda, že malý zázraky se dít můžou.“ (Respondent č. 6) Jeden z respondentů v souvislosti s tímto tématem zmínil, že se nad pacienty vyřkne negativní prognóza dřív, než je třeba. „Někdy jsou takový situace, kdy se nad lidma láme hůl dřív než je potřeba.“ (Respondent č. 8)

II. Kontext situace

Potřeba resuscitace může vzniknout za mnohých okolností, jednou z nich je i **přítomnost rodiny**. U respondentů bylo zjišťováno, zda se s resuscitací za přítomnosti rodiny setkali. „Nesetkala, já jsem u resuscitace sama ještě nebyla jakoby v terénu. A tady nikdy návštěva nebyla.“ (Respondent č. 1) „Hele s tímhle jsem se ještě nesetkala a vůbec si nedokážu představit, co bych dělala.“ (Respondent č. 3) „No, vyloženě, že by se resuscitovalo to ne, ale setkal jsem se, že ten pacient umíral a ta rodina byla přítomna, že by se resuscitovalo to ne, spíš asi na záchrance se s tím víc setkávají.“ (Respondent č. 10) Jak je vidět, někteří respondenti se s resuscitací za přítomnosti rodiny nesetkali a ani nevědí, jak by v takové situaci jednali. „Tak je to těžký no, v takovýhle chvíli se musej samozřejmě vyhodnotit priority a dělat to nejdůležitější, co je potřeba dělat, no a určitě samozřejmě to, že tam je spolupacient tak to pro něj něco negativního, pro tu rodinu, když tam je přítomna, to taky přináší něco negativního, protože jim umírá blížkej člověk a pokud tam někdo je, kdo si na to v tu chvíli vzpomene, jestli by třeba mohli jít někam ven, je to možná vhodnější, protože, když je tam ta citová vazba je to vždycky těžký a když to hodně přeženu, mohlo by tam dojít k tomu, že tým se nebude starat o jednoho, ale o dva.“ (Respondent č. 10) Zbytek respondentů má s resuscitací

za přítomnosti rodiny zkušenost. „U resuscitace čoveče, jo, jo setkala.“ (Respondent č.4) „To jo s tím jsem se setkal hodně často.“ (Respondent č. 5) „ Ne, takhle, určitě jsem zahajovala resuscitaci, když tady byla návštěva, ale vždycky jsem je poslala pryč.“ (Respondent č.6) „Jo, to jo, ale vždycky se vykážou pryč ta rodina i ty spolupacienti.“ (Respondent č. 11) Větší zkušenosti s resuscitací za přítomnosti rodiny měli respondenti se zkušenostmi s přednemocniční péčí. „ Setkal, na záchrance především, ...“ (Respondent č. 2) „ No tak to jsem zažila, na záchrance toho zažiješ, přijedeš domů a resuscituješ a ty lidi stojíš kolem tebe.“ (Respondent č. 9) Dle postupů ERC 2015 je doporučeno, aby rodině pacienta byla nabídnuta možnost zůstat v jeho blízkosti. (Truhlář, 2015) Jak probíhá resuscitace za přítomnosti rodiny blíže popsali někteří respondenti „... , většinou ta rodina, když to vezmu, jak to tak probíhá – rodina je vyděšená a dávají nám prostor, zatím jsem se neseťkal s tím, že by nám do toho nějak kecali, většinou jdou do jiný místnosti a nechají nás dělat svoji práci.“ (Respondent č. 2) „Ne, většinou stojí opodál v strnulé hrůze a čekají, jak to dopadne.“ (Respondent č. 9) Jeden z respondentů se k tématu přítomnost rodiny u resuscitace vyjádřil následovně. „Asi podle toho, v jaký situaci, já si myslím, že někdy to ta rodina prostě jakoby potřebuje vidět, že se prostě dělalo všechno, co se mohlo, nebo že se o toho člověka fakt staralo, ale věřím, že některý lidi by to zas nechtěli vidět.“ (Respondent č. 1) Většina respondentů by rodinné příslušníky poslala z místnosti pryč, protože by situaci nemuseli psychicky zvládnout. „... Prostě bych je vyhodila, myslím si, že by to oni špatně snášeli a nedokázali pochopit to, co my tam děláme a myslím si, že by to bylo na škodu nám i jim.“ (Respondent č. 11) „Tak určitě bych ji poslal pryč, dám příklad, teďka jsme nedávno resuscitovali mladou holku a byla tam maminka a nějaký její přítel a tak jsme jim řekli, ať prostě odejdou do jiné místnosti, protože maminka tam téměř také zkolabovala, což se nedivím, ale říkám, většinou nás nechaj dělat svou práci a nezasahujou do průběhu, ale věřím, že je plno případů, kde je plno chytrolínů kteří to umí líp než my a kecaj do toho.“ (Respondent č. 2) „Posílám je pryč, to rozhodně a tak já si myslím, že jsem v klidu vždycky, ale myslím si, že je strašně důležitý působit tak, že víš co děláš, v klidu jim říct, tak teď si prosím vás odejděte a my vám všechno povíme, ale teď se tady musíme postarat o baby, dědu, posílám je pryč pro ně, tak myslím si, že to není dobrý ani pro jednu stranu, oni ti koukají pod ruce, teďka žejjo u tý resuscitace taky tam nějak komunikuješ ne tak jak by se mělo před těma lidma a nemyslím si, že je dobře pro tu rodinu, aby to viděla.“ (Respondent č. 4) „V žádným případě bych je tam nepotřebovala a já si myslím, že ani oni by se na to nemuseli nějak extra koukat. Já obdivuju ty lidi ze záchranky, když ta rodina jim u toho stojí za prdelí,

já bych je vykázala z místnosti jako, ještě aby mě tam někdo radil, kdo má zkouknutý tadyty seriály, co běžej v televizi, aby mě tam radil co mám dělat.“ (Respondent č. 8)

Jeden z respondentů v souvislosti s tímto tématem popisuje svou zkušenost ze zdravotnické záchranné služby. Pokud probíhá resuscitace rodinnými příslušníky, po příjezdu záchranky je dobré je za poskytnutou pomoc pochválit a říct jim, že se zachovali dobře. Pokud na místě není panika a je málo zdravotnického personálu je možné rodinné příslušníky do průběhu resuscitace zapojit. *„Je docela zásadní, když se jedná o náhlou zástavu oběhu a jedná se tam o to, že třeba na místě probíhá TANR, tak je dobrý, když třeba na to místo dojedem, samozřejmě zjistíme jestli se jedná o tu zástavu, nebo ne, ale když tam máme nějakýho rodinnýho příslušníka, kterej do tý doby, do našeho příjezdu resuscituje, toho postiženýho, tak je vždycky dobrý ty lidi jako pochválit, říct jim jakoby, že to dělaj správně, pokud jsme tam fakt jenom ve dvou, tak se zeptat, jestli třeba může ještě chvilku pokračovat, nebo kdyby nám byl schopnej pomoci, když vidíme, že na místě není nějaká vyloženě panika, dá se nějak s těma lidma komunikovat a oni většinou chtějí, protože se jedná o nějakýho jejich blízkýho, tak nám většinou s tou resuscitací pomůžou, ale samozřejmě bereme v potaz i to, že to není úplně příjemný, když to je fakt babička, který zkolabuje dědeček prostě a teď tam se o něco snažej, tak většinou ty citlivější lidi, to jako poznáš, když tam přijedeš, pokud máš trošku nějakou empatii v sobě, tak to tak jako cejtíš a snažíme ty lidi poslat třeba do vedlejší místnosti někam, třeba za dveře, říct jim, že tady teďka máme vlastní práci a že případně, když pak se ten stav při tý resuscitaci nemění, tak třeba lékař se začne během toho vyptávat, snaží se zjistit další věci, nějaký reverzibilní příčiny.“ (Respondent č. 5)*

Dále v této souvislosti zmiňuje i neznalost laiků ohledně KPR, některé postupy a nástroje mohou bez odborného komentáře rodinu více vyděsit. *„Mě samotnýmu se asi líp dělá, když jsme tam vyloženě ten zdravotnickej tým, jako je to jednodušší, je to asi i líp zkousnutelný pro ty rodinný příslušníky, že to neviděj, že přece jenom u tý resuscitace, nebo u čehokoliv, kdy se staráme o toho jejich blízkýho, tak občas se tam dějou nějaký věci, který ty lidi úplně nechápou, když nejsou zdravotníci, co se týče zajištění dýchacích cest, tak už jenom laryngoskop, když se na něj podíváš tak to je takovej cepín, vypadá to prostě hrozně a teď ty lidi jako laici asi úplně nevěděj na co to je, do toho ty alarmy různý od těch přístrojů, teďka moc tomu nepřidaj všechny ty seriály v televizi žejo, jako modrý kódy a takhle, kdy tam prostě všichni na to koukaj a v reálu to je pak trošku jinak, asi jako za mě jsem radši, když tam jsem jenom s tím zdravotnickým týmem.“ (Respondent č. 5)*

Hlavní důvod, proč rodinné příslušníky posílá zdravotnický personál pryč, je hlavně psychická náročnost situace. Další z udávaných důvodů byl například zasahování rodiny do průběhu resuscitace. U respondentů bylo zjišťováno, zda se setkali s tím, že by rodina zasahovala do průběhu resuscitace. „... většinou ta rodina, když to vezmu, jak to tak probíhá, rodina je vyděšená a dávají nám prostor, zatím jsem se neseťkal s tím, že by nám do toho nějak kecali, většinou jdou do jiný místnosti a nechají nás dělat svoji práci.“ (Respondent č. 2) Nikdo z respondentů se neseťkal s tím, že by rodina zasahovala do průběhu resuscitace, v souvislosti s tímto tématem však zmiňují fakt, že někteří rodinný příslušníci mají tendenci zasahovat, či radit v léčbě. „Ne, tak někdy jako mají potřebu poradit.“ (Respondent č. 4) „Jojojo, mají to tak ty zdravotníci asi všichni stejně, protože ať se setkáš s kýmkoliv, s jakýmkoliv lajkem tak mnohdy jsou v tomhle chytřejší než my, všichni nám raděj, 90 % návštěv raděj, bylo by lepší, já si myslím, měly byste udělat, prostě v tu chvíli jsou chytřejší než my, my na to studuju x let, doktor na to musí dělat x atestací, ale v tu chvíli, je ta návštěva chytřejší, než 10 doktorů. Setkala jsem se s tím, že mě tady dokape nějaký dávkovač a příbuzný už pro nás běžej – dokapalo vám tohle a tohle, měla byste udělat tohle a tohle, někdy ty návštěvy jsou v tomhle jako hrozně obtížný, kdy si všímají všeho okolo než toho svého příbuznýho jo, kontroluju nás co dáváme, co měříme, co děláme, je to strašně těžký s takovýhema návštěvama a jsou i návštěvy, který si všechno vyčtou na googlu, seznamu, jsou schopný si i kupovat knížky, to už jsem taky zažila návštěvu jednu, kdy prostě my jsme si koupili literaturu a vyčetli jsme si tohle, tohle a chtěj po nás něco vysvětlit, ano já jim to klidně vysvětlím, lékař jim to taky vysvětlí ale začnou nám do toho kecat, co bysme měli dělat.“ (Respondent č. 3) „Jo, tak posuzuju třeba srdeční akci a tlak, kolik by měli mít, to určitě ale většinou je to internetově načtený, je to tak, že ty lidi mají zkrslý představy, jo to maj tu hadičku na spaní a vy když ji vyndáte tak se probudí, tak jim člověk musí vysvětlit, že tam ta intubace bude a ten člověk, než se probudí, ...“ (Respondent č. 6)

Další důvod proč zdravotní personál posílá rodinu pryč, může být i nervozita. U respondentů bylo zjišťováno, zda by je přítomnost rodiny při resuscitaci znervózňovala. „Těžko říct, já bych se snažila je vykázat pryč.“ (Respondent č. 8) „Asi by mě to neznervózňovalo, protože on samotnej ten úkol je vypjatá situace, takže tam bud' přemýšlíš vysloveně nad tím, co děláš a nemůžeš si připustit co se děje okolo, ale ještě jsem nezažila situaci, kdy je tam ta rodina. Takže vůbec netuším, jak ta rodina může reagovat, jestli bych je vykázala z toho pokoje, nebo aby mě tam stáli za hlavou, nevím vůbec, jak bych se k tomu postavila.“ (Respondent č. 3) „Asi by mi to nevadilo, dělala bych to, jak jsem zvyklá dělat, jsem přesvědčená o tom, že

bych se snažila nepochybit, pokud by mi do toho vyloženě nezasahovali, jako třeba mi neradili, jedeš ve špatným rytmu a jakej lék dáváš a dej ho rychlejc, tak by mi to nevadilo.“ (Respondent č. 6) Většinu respondentů by přítomnost rodiny neznervózňovala a nevadila jim, pokud by do průběhu neměla tendenci zasahovat. *„Tak celkově hlavně kvůli nim, celkově to není hezkej pohled když tam skáčeš po hrudníku nějakýho příbuznýho, ale i jako pro mě musím říct, že radši to dělám v klidu bez přítomnosti, ale samozřejmě nemám problém, když na mě bude někdo koukat, někdo s tím třeba problém má, třeba píchnout flexilu, ale když se ti něco nedaří což se normálně stává, můžou mít nějaký poznámky proč to nejde a dělejte něco a ty z toho můžeš být pod větším tlakem, radši je posílám pryč.*“ (Respondent č. 2) Respondenta č. 1 by přítomnost rodiny znervózňovala, obzvlášť pokud by mezi jejími členy byl přítomný zdravotník. *„Jo, to asi jo. Znervózňovalo, prostě vědí že, ehm třeba mezi nimi může být nějaký zdravotník, co to zná.*“ (Respondent č. 1) U respondentů bylo zjišťováno, zda by fakt, že přítomný člen rodiny je zdravotník, měnila jejich postoj k přítomnosti rodiny u resuscitace a zda by zdravotníka z řad rodiny zapojili do průběhu. *„To je otázka, docela se mě to párkrát stalo a pokud ty lidi jsou jako, psychicky stabilní i ve chvíli, kdy se jedná o něco špatnýho ve stavu jejich rodinnýho příslušníka, pokud jsou stabilní, tak je to docela i přínosný, ale když je to fakt takový, vypjatý a teďka třeba by začli do toho zasahovat, tak to nemám moc rád, no že třeba se tak různě ptaj, proč třeba tohle a ne támhleto, víš a nebylo mě to taky úplně příjemný.*“ (Respondent č. 5) *„Takhle, rozhodně bych ho nezapojoval, v čem bych ho zapojil, nebo i statný chlapi by bylo v tý resuscitaci samotný jo, ale určitě bych ho nezapojoval, že bych se s nim radil, nebo takhle, zase záleží když to bude třeba nějakej primář, kterýho znám, nebo kolega ze záchranky tak samozřejmě to je něco jinýho, ale asi bych vyloženě do těch výkonů bych ho nezapojoval, v tu chvíli to je naše věc už, využít ho v tý resuscitaci, samotný masáží.*“ (Respondent č. 2) *„No to si piš, v tu chvíli já bych ho zaukolovala hned, klidně v tý samotný resuscitaci, protože ty bývají nejhorší, začínají nejvíc radit a nic neudělaj. Takovýho já bych hnedka zapojila, aby měl on co dělat a nebyl tam jen ten, co stojí a rozdává úkoly.*“ (Respondent č. 3) Pro respondenta č. 1 by zdravotník v terénu byl přínosem, ale pokud by se jednalo o situaci v nemocnici, vnímal by přítomnost zdravotníka jako stresující. *„Tak v tý situaci, by to asi bylo. Když by to bylo doma, tak by to byl určitě přínos, ale když by to bylo v nemocnici, tak by to bylo spíš nervující, stresující.*“ (Respondent č. 1) Zdravotník by byl přínosem hlavně v případě předávání informací a zjišťování anamnézy pacienta. *„Spíš bych se ho vyptala, vyptávala bych se právě jeho, jak ten dotyčnej postiženej byl, jak se léčil, v jaký byl kondici, kolikrát byl u doktora, kde má léky, spíš bych se obracela na něj a ty informace sdělovat jemu, protože mi to tak v rodině máme,*

komukoliv se co sane, tak tam jdu nejdřív já, vezmu si ty informace od lékaře a překládám je tý rodině do nějakýho smysluplnějšího podání, po lopatě.“ (Respondent č. 9) Pokud je rodinný příslušník dostatečně klidný, může být v dané situaci přínosný. Takovou situaci popsal jeden z respondentů, kdy v případě, že rodina situaci zvládala, požádali ji o pomoc například v držení infúzí. *„Kolikrát jsme je i my potřebovali, protože nemáš infúzní stojan, hold musíš využít někoho z příbuzných, prosím vás tady to držte, jo takže v tu chvíli jsme byli rádi, že tam někdo z tý rodiny je a je natolik klidnej, aby tu infuzi držel a měla si čím splachovat léky, který tam dáváš, to je moje zkušenost.“* (Respondent č. 9) Někteří respondenti v souvislosti s tímto tématem zmiňují přítomnost spolupacientů během resuscitace. *„Ještě mě napadlo, když vybíháme třeba někam na pokoj a jsou tam ty lidi, když nechoděj tak vím, že je těžký je odtamtud dostat, ale třeba nějaký paravany, zástěny, nebo něco takovýho, že viděj jak můžou dopadnout, to mi přijde strašný, hlavně když to jsou ty pacienti a je to pán, co s tebou je na pokoji a on tam sebou ráchne pak tam přijde banda magorů v šedobílým a začnou po něm skákat žejo, tak jako si nemyslím, že to člověka uklidní, takže to.“* (Respondent č. 4) *„Asi pro mě nejhorší zkušenost, byla na plicním, kdy ten člověk byl opravdu v zoufalým stavu, na pokoji asi osm lidí, všichni tam na těch postelích chroptěli a teď koukali na to, jak dopadnou a co se tam bude dít a nebude dít a i tam se to zkoušelo, to musí bejt hrozný, to bylo v noci a tam nebylo ani jak, my jsme ho obklopili a nebylo jak a co a kam ho vyvíst, ty co mohli tak odešli a ostatní smutně koukali, ale i tak se dávali léky a všechno, neintubovalo se, šlo se přes masku a chytil se a pak se přesunuj na JIP a neinvazivku.“* (Respondent č.6) *„Většinou ty co můžou, tak si odejdou jo, ty co musej zůstat na tý posteli, tak hold zůstanou v posteli, dá se tam třeba nějaká plenta, nebo se otočej ke zdi.“* (Respondent č. 8)

Na zahajování a nezahajování resuscitace může mít vliv například existence **dříve vysloveného přání**. Dříve, nebo také předem vyslovené přání je předem vyslovený souhlas, či nesouhlas pro situaci, kdy tento souhlas, či nesouhlas nemůže pacient vyslovit. (Zákon č 372/ 2011 Sb.) Problematika dříve vysloveného přání je rozebrána v kapitole č. 1. 3. 4. na straně 33. U respondentů bylo zjišťováno, co si pod dříve vysloveným přáním představí. Respondent č. 1 ví o existenci dříve vysloveného přání a zmiňuje skutečnost, že součástí má být poučení lékaře. *„Můžu mít předem vyslovený přání, můžu si zajít třeba za svým obvodním lékařem, když třeba už budu vědět, že jsem nemocná. Můžu si zajít za svým obvodním lékařem, nebo jiným lékařem se specializací a říct mu, že bych prostě chtěla udělat dříve vyslovený přání, on by mě to pomohl sepsat a řekl by mě prostě veškerý věci, co se toho týkají,*

jakoby co to pro mě znamená, když napíšeme, že prostě mě nezaintubujou a v jakých případech.“ (Respondent č. 1) . Respondent č. 2 také ví o existenci dříve vysloveného přání, ale nezná bližší okolnosti. *„Nesetkal jsem se s tím, nevím přesnou definici, ale chápu to tak, že nějaký pacient, člověk, příklad těžce nemocnej i třeba onkologicky, nebo to je jedno, chronicky, dlouhodobě nemocnej, vysloví předem vyslovený přání třeba, že nechce být resuscitován při zástavě, nevím teda přesnou definici, ale takhle to chápu, že by to mělo bejt.“* (Respondent č. 2) Další z respondentů vnímá dříve vyslovené přání následovně. *„To si myslím, že je zajímavý téma, já bych si toho přál. (smích) Ne tak pokud se bavíme o tomhle přání, který mají třeba pacienti s nějakým těžkým onemocněním, o tom onemocnění věděj dopředu, můžou nějak prostě ovlivnit nějakou svoji léčbu, myslím si, že každej na to má právo, myslím si, že to je jakoby v moci každýho doktora, aby tomu člověkoj poskytnul nějaký jeho přání, když vysloví to přání jak postupovat s tou léčbou, tak by to měl ten doktor respektovat ať se jedná o nemocný s roztroušenou sklerózou, kdy fakt ty onemocnění jsou pak hodně degenerativní a ty lidi jsou uvězněný ve svém vlastním těle a nemůžou vlastně skoro už nic a ta hlava jim furt funguje, v tomhle onemocnění to je hodně těžký, a pokud ten člověk je ještě schopnej nějaký to svý přání sepsat s notářem někde, před svou rodinou tak, aby to všichni věděli, že to je jeho vyslovený přání, tak si myslím, že by se to mělo každému dopřát.“* (Respondent č. 5) Respondent 10 si pod dříve vysloveným přáním představí následující situaci. *„Jestli někdo, když prodělává nevléčitelný onemocnění a je ještě v takovým stavu, že může sám vlastně o tom rozhodovat, tak si nechá zhotovit, ukotvit něco, že v případě zhoršení stavu nebudou dál prodlužovat jeho život, když by on byl v bezvědomí a ten jeho stav se zhoršoval. To si pod tím představuju.“* (Respondent č. 10) Respondent č. 6 také ví o existenci dříve vysloveného přání, poukazuje na skutečnost, že by pacient toto přání měl mít vždy u sebe a problematiku dohledávání tohoto přání v terénu. *„Že člověk za života si řekne, že nechce bejt resuscitovanej, myslím si, že by to mělo bejt nějak právně zanešený, jakoby takhle, pokud by si někdo nepřál být resuscitovanej, měl by mít od právníka potvrzeno, že za plného vědomí dává souhlas s tím, že nebude resuscitován, měl by to mít vždycky u sebe a tak, každopádně na ulici při resuscitaci těžko někdo bude prohledávat peněženku, jestli to tam má, nebo jestli to má na prsou, určitě si nikdo nebude všímat, jestli to má na řetízku.“* (Respondent č. 6) Respondent č. 7 také ví o existenci dříve vysloveného přání, podle něj však záleží na příčině, která k resuscitaci vedla. *„No tak, je to třeba to, že si přeje ten člověk, že si nepřaje být resuscitován, ale je to takový diskutabilní, jako, že, jak ten člověk může vědět – může nastat situace a on si nebude přát resuscitaci, může to být nějaká banální věc, člověk by asi dopředu neměl moc rozhodovat, jestli si přeje, nebo nepřaje být resuscitován.“*

(Respondent č. 7) Respondent č. 8 také ví o existenci dříve vysloveného přání, ale domnívá se, že se na něj v praxi nebere ohled. „*To je takový to, že když si někdo řekne, že něco nechce? No ono bohužel to tady nejde, když si někdo řekne, že nechce intubovat, tak stejně když se něco stane, tak ho zaintubujou, protože musej.*“ (Respondent č. 8) Zajímavá byla odpověď jednoho z respondentů, který si pod tímto přáním představil jak situaci neresuscitovat, tak například nesouhlas Svědků Jehovových s krevní transfúzí. „*To je asi něco takový, jako neresuscitovat nebo něco takovýho? Jakoby třeba jehovisti, že třeba nechtěj dostávat krev, ale chtěj dostávat novoseven, tak ty bych posílala do prdele teda.*“ (Respondent č. 4)

Pojem dříve vyslovené přání vstoupil do legislativy České republiky s ratifikací Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, ale dlouho neexistovala podrobnější právní úprava, ovšem nyní je situace jiná. Dříve vyslovené přání upravuje zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách, § 36. Někteří respondenti si myslí, že naše legislativa toto přání stále neupravuje, nebo přinejmenším neumožňuje správné a dostatečné fungování dříve vyslovených přání v praxi. „*No myslím si, že legislativně na to nějak nemáme, že to musí být nějak právně ošetřený, což jako v tuhle chvíli nějak nefunguje podle mě...*“ (Respondent č. 4) „*Myslím, že se o tom jenom mluví.*“ (Respondent č. 8) Respondent 10 blíže právní náležitosti DVP nezná, ani to, zda ho zákon upravuje. „*Už jsem to slyšel, ale vůbec nevím, nemám s tím zkušenost, nevím jak je to u nás právně ošetřené a nevím.*“ (Respondent č. 10) Pokud by se pacient dostal do takového zdravotního stavu, kdy nebude schopný vyjádřit souhlas nebo nesouhlas s poskytovanými službami, může tento souhlas, či nesouhlas pro tyto situace předem vyslovit. Pacient může přání vyslovit i při přijetí, či během hospitalizace. Mimo přání vyslovených při hospitalizaci, musí mít každé dříve vyslovené přání písemnou formu a úředně ověřený podpis pacienta. U respondentů bylo zjišťováno, zda znají právní náležitosti tohoto vysloveného přání. Většina respondentů správně uvedla, že dříve vyslovené přání má mít psanou formu. „*Ano, psaná forma.*“ (Respondent č. 1) „*Napíše se to, buď se to řekne, třeba když přijde pacient do nemocnice, tak se řekne, že má předem to přání, ..., nebo když to ten pacient řekne v nemocnici, tak u toho zápisu musí být svědek ...*“ (Respondent č. 7) „*Jenom říct, to asi určitě ne, dneska co ti stačí říct, ale musí to být podle mě nějak sepsaný, jak s lékařem, tak ověřený, ...*“ (Respondent č. 2) „*Musí to být právně ošetřený, něco jako závěť, musí to být psaná forma, ...*“ (Respondent č. 3) „*Kdybych to měl popsat, tak já si pod tím představuju, že to je prostě nějaký takovej formulář, papír, kde vlastně ty máš napsaný jak by sis přála, aby probíhala ta tvoje léčba, případně neléčba...*“ (Respondent č. 5) „*No napsanou, napsanou a nějaký svědek aby u toho byl.*“ (Respondent č. 8) „*Tak zřejmě určitě by měla být*

pisemná forma, která by měla být nějak dostupná, to znamená, že by to měl mít zaevidovaný určitě ošetřující lékař a pokud vlastně ten pacient je vedený v nemocnici, tak v tom chorobopisu by to mělo být a rozhodně samozřejmě písemně, aby to bylo právně ověřené a podložené.“ (Respondent č. 10) Dříve vyslovené přání by dále mělo obsahovat úředně ověřený podpis pacienta, že má být toto přání úředně ověřené zmiňují i někteří respondenti. *„Tak asi by to mělo bejt nějakým notářem ověřený...“* (Respondent č. 8) *„Musí to bejt právně ošetřený, něco jako závěť...“* (Respondent č. 3) *„... ale musí to bejt podle mě nějak sepsaný jak s lékařem, tak ověřený, musí tam být nějaký razítko ...“* (Respondent č. 2)

Dříve vyslovené přání musí dále obsahovat písemné poučení pacienta lékařem o důsledcích daného rozhodnutí. To, že dříve vyslovené přání má obsahovat poučení lékařem uvedli i někteří respondenti. *„Můžu si zajít třeba za svým obvodním lékařem, když třeba už budu vědět, že jsem nemocná. Můžu si zajít za svým obvodním lékařem, nebo jiným lékařem se specializací a říct mu, že bych prostě chtěla udělat dříve vyslovený přání, on by mě to pomohl sepsat a řekl by mě prostě veškerý věci co se toho týkají, jakoby co to pro mě znamená, když napíšeme, že prostě mě nezaintubujou a v jakých případech.“* (Respondent č. 1) *„Jenom říct, to asi určitě ne, dneska co ti stačí říct, ale musí to bejt podle mě nějak sepsaný jak s lékařem, tak ověřený, musí tam být nějaký razítko, jo ale ...“* (Respondent č. 2) Jeden z respondentů blíže popisuje obsah dříve vysloveného přání, musí v něm být přesně uvedená situace, které se přání týká. *„Třeba to, že v případě, já nevím, dušnosti, nebo saturace třeba plácnu 65 % se nenechám zaintubovat. Nebo něco takhle definovaný věci. Při terminálním stádiu, že se prostě nenechám zaintubovat, připojit na ventilátor, resuscitovat.“* (Respondent č. 1)

Platnost dříve vysloveného přání byla v původním znění zákona omezená na 5 let, od roku 2012 je platnost neomezená, tuto skutečnost jako jediný správně uvedl respondent č. 1. *„To je ted'ka neomezený si myslím. Bylo 5 let, nebo ted' je 5 let? Ne já myslím, že ted'ka je neomezeně. Jo ted'ka je neomezeně.“* (Respondent č. 1) Někteří respondenti uvedli platnost dříve vysloveného přání mylně a nebyli si odpovědí jistí. *„Já si myslím, že to je možná rok nebo dva, pak by se to možná mělo obnovit, ale tím si nejsem úplně jistá.“* (Respondent č. 3) Respondent č. 7 udává chybnou platnost tohoto přání, ale správně uvádí skutečnost, že dříve vyslovené přání může mít více forem. *„Napíše se to, buď se to řekne, třeba když přijde pacient do nemocnice, tak se řekne, že má předem to přání, ten papír je platný pět let, nebo když to ten pacient řekne v nemocnici, tak u toho zápisu musí být svědek a platí to jen po dobu té hospitalizace.“* (Respondent č. 7) Dříve vyslovené přání může mít pacient sepsané a ověřené dříve, před přijetím do péče, nebo ho může uzavřít při přijetí do péče,

nebo v průběhu hospitalizace, kdy je potřeba podpis svědka. Většina respondentů platnost dříve vysloveného přání neznala, nebo se k tomuto tématu nevyjádřila. „*Je to možný, ale fakt nevím. Říkám, absolutně nevím o tom, jak to funguje, jestli to u nás funguje, těžko říct.*“ (Respondent č. 2) Pokud jsou podmínky splněny, musí poskytovatel na dříve vyslovené přání brát ohled. Toto přání nelze uplatnit např. u nezletilých dětí a u pacientů s omezenou svéprávností. Někteří z respondentů v souvislosti s dříve vysloveným přáním zmiňují, že člověk nesmí být pod vlivem okolních faktorů, ať už se jedná o alkohol, léky, či druhé osoby vyvíjející nátlak. „*..., něco jako závěť, musí to být psaná forma, ten člověk musí být zcela při smyslech, si myslím, ...*“ (Respondent č. 3) „*... Řekl bych, že by to asi mělo bejt notářsky ověřený, aby ten notář sám viděl, že ten člověk není pod vlivem něčeho, někde, donucený od té rodiny, kvůli nějakému dědickému řízení, aby to bylo prostě férový.*“ (Respondent č. 5) „*Že člověk za života si řekne, že nechce bejt resuscitovaný, myslím si, že by to mělo bejt nějak právně zanešený, jakoby takhle, pokud by si někdo nepřál být resuscitovaný, měl by mít od právníka potvrzeno, že za plného vědomí dává souhlas s tím, že nebude resuscitován.*“ (Respondent č. 6)

Jak je to v praxi s používáním dříve vysloveného přání? Jedna z otázek na kterou respondenti odpovídali, byla i osobní zkušenost s dříve vysloveným přáním v praxi. Kromě dvou respondentů se nikdo v praxi s dříve vysloveným přáním nesetkal. „*Ne, neviděla jsem to ještě.*“ (Respondent č. 1) „*Ne, nikdy.*“ (Respondent č. 2) „*Vyloženě s vysloveným přáním, takhle jakože sepsaným ne.*“ (Respondent č. 5) „*Ne*“ (Respondent č. 6) „*Vůbec jsem se s tím v praxi nesetkal.*“ (Respondent č. 7) V praxi se s dříve vysloveným přáním většina respondentů nesetkala, někteří však uvažují nad tím, že by si toto přání sami sepsali. „*Tak to ne, ale říkala jsem si kolikrát, když to tady vidím, že já osobně bych si takovej, nějaký papír sepsala.*“ (Respondent č. 8) Jeden z respondentů se domnívá, že dříve vyslovené přání u nás v praxi moc nefunguje. „*..., jo ale nevím myslím si, že u nás to moc není, spíš v Americe to normálně funguje a že tam na to i hleděj. Neříkám, že to je špatný, ale u nás to není až tak, jestli vůbec to funguje, myslím si že dokonce ne.*“ (Respondent č. 2)

Zajímavá byla odpověď respondenta č. 4, který se v praxi s dříve vysloveným přáním také nesetkal, ale v této souvislosti si vybavil porodní plány matek na porodních sálech. „*Ne,ne, jedině nějaký ty pošahaný matky, co maj ten porodní plán, to by mohlo bejt něco takovýho jako, no to si sepisujou, jako, že s tím jdou do porodnice, chci, nechci epidurál a oslovujte mě tak a neříkejte mi takhle, a kdyby se dělo tohleto tak nechci támhleto, chci nástřih, nechci*

nástřih a mají tam naplánovaný průběh porodu, přijde mi, že svazují ruce těm zdravotníkům, a oni jako laici podle mě to nemůžou posoudit a zhodnotit.“ (Respondent č. 4)

Jeden z respondentů uvedl zkušenost s dříve vysloveným přáním ve formě DNR, blíže mi však situaci nepopsal, protože si detaily nevybavil. *„To jsme tady taky snad možná měli, že tady bylo předem prostě, DNR...“ (Respondent č. 3)*

Dříve vyslovená přání sebou v praxi přináší plno otázek, rizik a řadu překážek, na které zdravotnický personál může narazit. Většina respondentů si fungování v praxi dokáže jen těžko představit. Důvodů je hned několik. Respondenti nejčastěji zmiňují, že dříve vyslovené přání je, obzvláště v přednemocniční péči, těžko dohledatelné. *„Hlavně těžko to budeš nosit u sebe v kapse, to bych to musela mít napsaný na čele, aby to každé viděl.“ (Respondent č. 8)*

„V nemocnici by to asi mělo být k dispozici, mělo by se k tomu přihlížet ... Já jsem takhle na ulici našla ležet pána, kolem něj byl shluk lidí a všichni na něj koukali, no on asi dechá, nedechá, tak jako ležel, tak jsem zaklekla, jestli teda dechá, hmatala jsem pulz a nenapadlo mě hledat něco, napadne mě jestli dechá a má pulz, ne papír.“ (Respondent č. 6) „... ty lidi pochybuju, že u sebe nosej papír, nebo že i zdravotníci na to maj čas koukat a hledat mu tam

nějaký lejtro ohledně předem vyslovenýho přání. „ (Respondent č. 2) *„To by musel člověk mít furt na krku průhlednou obálku, kde bude podepsanej notář a bude tam napsáno opravdu to není vtip a i tak je sporný, ta rodina pak přijde a vy jste teda neresuscitovali a já vás budu žalovat.“ (Respondent č. 9)* Jeden z respondentů zmínil v souvislosti s dohledáváním dříve

vysloveného přání registr, podobný Národnímu registru osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánů, kde by se dalo při přijetí pacienta do péče dohledat, jestli pacient má, či nemá sepsané dříve vyslovené přání. *„...no nicméně pak je otázka, jak by se to dohledávalo, žejo, kdyby ti někoho přivezli, to by musel bejt nějaký centrální registr nebo nevím, asi jako u dárců orgánů, nebo nedárců teda a muselo by se to dělat nějak takhle, moc si nedokážu představit, že první co bude, když ti přivezou příjem, tak se jdeš podívat do počítače, co chce a co nechce, to mi přijde takový, no nevím.“ (Respondent č. 4)*

Jiný respondent v souvislosti s dohledáváním tohoto přání v přednemocniční péči zmínil nošení například náramku, čímž by se značil pacient s dříve vysloveným přáním. Uvědomuje si však rizika s tím spojené a skutečnost, že by mu mohl náramek dát někdo cizí. *„Těžko říct, myslím si, že by bylo dobrý třeba, kdyby ten člověk měl na ruce nějaký náramek, nebo něco takovýho, ale taky těžko říct, může mu ho tam dát kdokoliv.“ (Respondent č. 5)*

Někteří z respondentů kromě problémů s dohledáváním dříve vysloveného přání zmiňují v souvislosti s tímto tématem tenkou hranici s eutanázií. *„Co se týče tohohle, myslím si, že to*

je taková tenká hranice mezi eutanázií, takhle ten pacient samozřejmě může o sobě rozhodovat, ale v tu dobu když se zastaví a nemá nic sepsaný tak samozřejmě rozhodovat nemůže“ (Respondent č. 2) „No tak podle právního hlediska, by se mělo přistupovat jakoby na přání toho pacienta, ale podle etického hlediska jakoby, by se myslím přihlídko k tý rodině asi.“ (Respondent č. 1) Jeden z respondentů zmiňuje fakt, že v jiných zemích se uplatňuje eutanázie, a dříve vyslovené přání, je jedna z možností, jak nechat lidi odejít, dle jejich přání. „ Myslím si, že v jiných státech je jakoby eutanázie a takovýchle věci, tak proč by ty lidi na svoje přání nemohli odejít tak, jak chtějí.“ (Respondent č. 9)

Část respondentů zmiňuje v souvislosti s problematikou dříve vysloveného přání opět charakteristiku pacienta, hlavně příčinu, která předcházela dané situaci, dále zmiňují skutečnost, že pacient není schopný adekvátně zhodnotit svůj stav. „No takhle, ono je totiž ještě strašně těžký, protože ten člověk by to třeba psal s tím, že resuscitaci nechce a píše to s tím, že je mu třeba 75, vyhlídky jsou ty, že pak pod sebe bude prostě močit a kádit a kdesi, cosi a bude z něj placka a on bude resuscitovanej třeba ve 30, protože aspiruje a pak je jasný, že ho stačí párkrát zmáčknot a člověk bude fit. No, takže tohle je zas na jednu stranu taky sporný, protože těch důvodů k resuscitaci může bejt hafo a nemusí to vždycky víst k tomu, že ten člověk bude vigil.“ (Respondent č. 4) „To jsme tady taky snad možná měli, že tady bylo předem prostě, DNR, ale tam je to na zvážení co se tomu dotýčným stane jo, pokud je to infarkt, který se ještě dá léčit, dá se s tím něco udělat a je to člověk, kterému může být třeba 50 a bude mít před sebou ještě 20 let života, tak proč zas takovýho člověka nezresuscitovat, ač je tam vyslovený to přání tak si říkám, že si to ty lidi neuvědomujou v jaký fázi ta resuscitace nemá bejt a má bejt.“ (Respondent č. 3) Podle výpovědi respondentů pacient může neadekvátně zhodnotit svůj zdravotní stav a prognózu například z důvodu neznalosti dané problematiky. Další důvod může být i psychický stav pacienta, který se může měnit současně s onemocněním. „... Každopádně si myslím, že bych to bral jako aby to bylo hodně kontrolovaný v tom, že jako ty lidi v tý nemoci, jsou určitý stádia tý nemoci – když se s tou nemocí stotožňují, pak tam mají stádium že se s tím nemůžou ztotožnit, odmítání, hodnotí se to podle Kubler-Rossový, takže si myslím že i tohle hodně ovlivňuje ten úsudek toho pacienta samotnýho, jo že může být třeba v tý fázi kdy si řekne všechno to stojí za hovno, nechci bejt resuscitovanej a pak může být v tý fázi kdy ještě má šanci a ted' mě řekli tohle a ještě bych to přece jenom zkusil jo, takže podle mě to může měnit, to onemocnění určitě mění psychiku toho pacienta a podle mě není adekvátně určenej k tomu aby rozhodoval takhle o svém zdraví, když to tak řeknu.“ (Respondent č. 2)

Dříve vyslovené přání sebou přináší silné obavy. Zdravotnickému personálu hrozí postih jak v občanskoprávní odpovědnosti, tak trestněprávní odpovědnosti. U respondentů bylo zjišťováno, zda si uvědomují rizika spojená s tímto přáním. Někteří respondenti si ohledně právní napadnutelnosti nejsou v této problematice jistí. „... ale zase je to právníkem daný a ta možnost volby tam je, takže by to nemělo být právně napadnutelný i kdyby rodina žalovala, ale jak je to v reálu, ta napadnutelnost, nevím jak je to právně ošetřený...“ (Respondent č. 6) Další respondent podotýká, že pokud se dodržují právní náležitosti dříve vysloveného přání, musí se tím řídit všichni a nemělo by to pro zdravotnický personál znamenat riziko. „Pokud člověk dodrží literu zákona a řídí se podle toho, tak musí všichni.“ (Respondent č. 10) Někteří respondenti si uvědomují rizika, jak ze strany rodiny, tak ze strany pacienta. „Asi jo, bála bych se asi. Ale zas na druhou stranu mě může postihnout ten pacient, který pak bude mít dejme tomu zničený zbytek života. Tak ten mě může napadnout, proč jsem ho neuposlechla. Takže je to takový dvousečný.“ (Respondent č. 1) „...i tak je sporný, ta rodina pak přijde a vy jste teda neresuscitovali a já vás budu žalovat.“ (Respondent č. 9) Jeden z respondentů zmiňuje skutečnost, že pokud by dříve vyslovené přání bylo zpochybněno, hrozí zdravotnickému pracovníkovi trest odnětí svobody. „Někdo to pak zpochybní a zdravotníka zavřou.“ (Respondent č. 8) Uvědomuje si i rizika ze strany pacienta, ale domnívá se, že žádný postih by z toho v důsledku nebyl. Za povšimnutí zajisté stojí i přesvědčení respondenta, že pacient by byl rád, že žije. „To by asi taky mohl vid', když to měl sepsaný, ono by z toho asi nic nebylo, by byl rád, že žije.“ (Respondent č. 8)

Jeden z respondentů se domnívá, že nemůže rozlišovat situace, kdy může a nemůže resuscitovat, tato rozhodnutí spadají do kompetencí lékaře. Pokud by se setkal s pacientem, který by měl sepsané dříve vyslovené přání zahájil by resuscitaci. „No, že by se třeba přijelo k tomu člověku a doma by měl papír, ale já bych stejně zahájil resuscitaci, protože jsem se jako záchranář jsem se zasvětil tomu, že každému v rámci možnosti poskytnu pomoc a nemůžu rozlišovat, jestli můžu nebo nemůžu, to rozhoduje lékař, já jako zdravotnický záchranář vždy poskytnu první pomoc.“ (Respondent č. 7) Někteří respondenti by však v takové situaci ctili přání pacienta i například v případě, kdy by rodina s rozhodnutím nesouhlasila. „Já bych v tuhle chvíli, když už je to přání pacienta, je to napsaný, je to schválený, je to prostě právně ověřený, budu vždycky ctít toho pacienta a ne tu rodinu, protože jako on to chtěl, měl k tomu ty své důvody.“ (Respondent č. 3) „Asi toho pacienta, když už to má takhle sepsaný žejo.“ (Respondent č. 8) „Pokud ten pacient má právně ověřený, to přání neresuscitovat, tak se vychází asi z toho přání toho pacienta, jak říkám znovu, pokud je to daný písemně a je to

ověřený.“ (Respondent č. 10) K situaci, kdy by pacient měl sepsané dříve vyslovené přání a rodina by s jeho volbou nesouhlasila, se vyjádřili i další respondenti. *„Zase se vrátím k tomu, že to na mě nestojí, stojí to na lékaři, takže já budu plnit lékařovi pokyny a nebudu plnit pokyny rodiny, prostě to co mi řekne lékař to já budu dělat a říkám, když se zeptáš na můj osobní názor tak to je, když by to teda takhle fungovalo, že si ten pacient napíše to předem vyslovený přání a rodina s tím nebude souhlasit tak tudíž by to tam mělo být nějako posychovaný tím, že to přání pacienta je prvotní, že je to prostě nad jiný přání, protože určitě každé se setká s nevolí, že prostě nechce ať už to je někdo z rodiny nebo kamarádů takže když už by to takhle mělo fungovat tak by to mělo být tak, že to přání toho pacienta je prostě nad všechno ostatní. Protože jinak to by bylo k ničemu, když ten člověk o sobě neví a všechno se kdykoliv může změnit, ten člověk se pak vzbudí jako apalík a samozřejmě už nezmůže nic.“* (Respondent č. 2)

Příjemné zjištění bylo, že i přes obavy a rizika vyplývající z dříve vysloveného přání, považuje většina respondentů tuto možnost za správnou a vnímá ji pozitivně. *„Já myslím, že to je dobrý, ale že ta veřejnost o tom není informovaná. Ani ty zdravotníci.“* (Respondent č. 1) *„Já si myslím, že jo, akorát je blbý, že si myslím, že se to nedodrží.“* (Respondent č. 3) *„Ale jo, to zas jako proč ne, to si jako nemyslím, že to je blbý, akorát by to muselo fungovat, neumím si to v reálu představit, jak by to mělo fungovat, jako jo pokud by to bylo jasně daný, proč ne.“* (Respondent č. 4) *„No podle toho co, pokud by si zůstala upoutaná na lůžko, tak asi jo, ale nikdy nevíš, co z toho bude.“* (Respondent č. 8) Dle slov jednoho z respondentů, pokud existují lidi, kteří jsou schopni si dříve vyslovené přání sepsat, má toto přání smysl. *„Tak pokud jsou tady lidi, který jsou schopný přijmout určitou míru zodpovědnosti za svůj život a v tomhle případě i za svoji smrt, tak asi je dobré, že je ta možnost jim vyjít vstříc, pokud by tady takový lidi nebyli, tak je to zbytečné, to záleží na lidech.“* (Respondent č. 10)

V souvislosti s institutem dříve vyslovených přání, byla použita i zkratka **DNR**, z anglického spojení **Do not resuscitate** U respondentů bylo zjišťováno, zda znají zkratku DNR a vědí, co znamená. *„Do not resuscitate, neresuscitovat.“* (Respondent č. 1) *„DNR je do not resuscitate a znamená jakoby neresuscitovat, z angličtiny...“* (Respondent č. 2) *„Prostě neresuscitovat, prakticky lékař s informací rodiny, kdy se vlastně domluví na snížení terapie, ukončení veškeré terapie, a je tam jen základ, výživa, léky proti bolesti.“* (Respondent č. 3) *„No, že se ten člověk nebude resuscitovat, do not resuscitate.“* (Respondent č. 4) *„Od lékaře indikované*

bez resuscitace.“ (Respondent č. 6) *„Neresuscitovat.“* (Respondent č. 8) *„Neresuscituj.“* (Respondent č. 9) *„No do not resuscitate.“* (Respondent č. 10)

Na rozdíl od dříve vysloveného přání se s příkazem DNR respondenti setkali ve větší míře. *„Setkal jsem se s tím akorát tady, vím, že u jednoho pacienta to tak bylo, ta zkratka je do not resuscitate, takže prostě jako neresuscitovat.“* (Respondent č. 5) *„Jojo setkal, normálně at' už v dokumentaci nebo jak říkám, pacienti měli štítek nad postelí.“* (Respondent č. 2) *„Jo, ale to, většinou když někam tahle jdem, žejo,tady to u nikoho myslím nebylo napsaný, ale když jsme takhle občas chodili, tak sestry zavolaj žejo, neprohližej pořádně papíry, pak tam někoho resuscituješ a pak zjistíš, že on se neměl, nebo v průběhu tý resuscitace přijde někdo a řekne, ale on to tam má napsaný.“* (Respondent č. 8) Většina respondentů se s DNR v praxi setkala před delším časovým obdobím, většinou řádu let. *„To už je hodně dlouho, ale myslím, že to bylo právě u nějakýho hodně závažnýho stavu, ale teď fakt už nevím.“* (Respondent č. 5) *„No, to už je dlouho.“* (Respondent č. 10) *„Ne to už je dýl, 6, 7 let.“* (Respondent č. 8) *„To už je hodně dávno, hodně, tak před 10 lety se to chvíli psalo.“* (Respondent č. 9) Několik respondentů v této spojitosti udává, že DNR se používalo dříve, nyní už nemůže být v dokumentaci uváděno. *„Bylo to indikovaný, třeba u těžkýho poškození mozku, hypoxii, s prokrvácením do kmene, nebo s edémem kmene, většinou u těch mozkových to bylo. Dřív se to takhle dělalo a bylo v dokumentaci napsaný buď DNR, nebo bez resuscitace, dneska to není právně opodstatněný, že během, že pokud mi to tam doktor napíše ráno, tak během dne se ten stav může změnit, samozřejmě, že se nezmění ten stav krvácení, nález na CT, ale to rozhodnutí nemůže padnout.“* (Respondent č. 6) *„Já si myslím, že už se to tam nesmí psát, že už tam spíš píšou nerozšiřujeme terapii, blblabla, vzhledem k nepostupování stavu, nebo něčemu takovýmu, ale takhle přímo už se to nepíše.“* (Respondent č. 8) *„Ne, no setkala, byly kdysi doby, kdy nám to lékaři psali do papírů, kdy bylo jasně rozhodnuto, pokud se pacient zastaví, jestli resuscitovat, nebo ne, jenomže to teď nejde, je to zakázaný, dneska se to psát nesmí.“* (Respondent č. 9) DNR jako dříve vyslovené přání pacienta může být uváděno v dokumentaci. Pokud se jedná o rozhodnutí lékaře, či zdravotnického týmu, byl zápis DNR bez autonomního rozhodnutí kritizován. Problematikou DNR se zabývají některé dokumenty, ale v současné době nemá žádnou právní úpravu. *„No oficiálně se to používat nesmí, nesmí se to ani psát do dokumentace co vím, ale je to takový, ústně se to praktikuje.“* (Respondent č. 4) Formální úprava DNR chybí, nejčastěji se v praxi setkáváme se situací, kdy rozhodnutí ohledně neposkytnutí KPR učiní lékař. *„Prostě neresuscitovat, prakticky lékař s informací rodiny, kdy se vlastně domluvěj na snížení terapie, ukončení veškeré terapie, a je tam jen*

základ, výživa, léky proti bolesti.“ (Respondent č. 3) „... *Zase, lékař stanoví, popřípadě i s tou rodinou, že ten pacient je v takovém stavu, že se resuscitovat nebude. Když k tomuhle dojde, tak většinou bývají i štítky třeba nad postelí pacienta a ti lidé jakmile mají zástavu tak se neresuscitují.*“ (Respondent č. 2) Jeden z respondentů popisuje v souvislosti s DNR skutečnost, že dřív tento příkaz byl psán do dokumentace, po změně se do dokumentace DNR zaznamenávalo nějakou dobu v podobě smajlíků a že se to nepíše, z důvodu právní napadnutelnosti ze strany rodiny. „*Nemůže se to, že to je napadnutelný, že kdyby rodina chtěla nahlídnout do dokumentace a přečetla si to, tak by to mohla napadnout, že se ten pacient odsoudil k smrti, pak se to řešilo smajlíkama, že když byl usměvavej smajllík, tak se vědělo, že se bude resuscitovat, ale to je už před 20 lety, pak byl smajlík, kterej měl rovnou pusinu, tak tam bylo jasný volej lékaře, lékař rozhodne a když byl zamračeněj, tak bylo jasný, že se neresuscituje.*“ (Respondent č. 9) DNR se vyskytuje v několika podobách, více informací o této problematice se můžete dočíst v kapitole číslo 1. 3. 4. na straně 34. Jak už bylo zmíněno DNR může být v dokumentaci uvedeno i jako dříve vyslovené přání pacienta. „*To jsme tady taky snad možná měli, že tady bylo předem prostě, DNR, ...*“ (Respondent č. 3)

Jak už bylo zmíněno, resuscitace probíhá za různých okolností, kromě situace, kdy je přítomna rodina nebo má pacient sepsané dříve vyslovené přání, to může být například situace, kdy pacient projevuje **suicidální chování** a pokusil si vzít sám život. S pacienty se suicidálním chováním se personál v praxi setkal. „*Setkala, už jsme tady takového pacienta měli třikrát, dvakrát.*“ (Respondent č. 3) Jak vnímá zdravotnický personál resuscitaci sebevrahů? „*Za svou praxi na záchrance tak jsem už teda viděl spoustu, za těch pár let, docela mám na to štěstí, nebo smůlu, jak to říct, ale jako vždycky jsem byl na sebevraždách, který už byly dodělaný a možná mě napadá pár nějakých lékových intoxikacích, kdy těžko říct, jestli to byla nějaká deprese a člověk neví, jak to mělo bejt míněný a toho bych se pak asi bál, takhle těm lidem ubírat nějakou šanci na to bejt zachráněný, když nevíš jak to bylo.*“ (Respondent č. 5) „*No, resuscitace sebevrahů je v tom, jakoby záludná, že ne vždycky se přijde včas. Zažila jsem pána, který se oběsil a protože toho hodně vypil, tak se rozhodl, že se oběsí a byl z něj úžasnej apalik s trachoškou, kde teda hleny lítali asi metr vysoko, přitom to byl mladej, kolem 30, chlap a jo, v tu chvíli, je to totální neštěstí, protože někdo přišel v absolutně nevhodnou dobu a pán se teda zresuscitoval, ale byl bez mozku, takže starost o nějakýho člověka po nějakých ústavech, kde může ještě několik let žít, když se o něj bude dbát a přitom jeho život nemá žádnou kvalitu.*“ (Respondent č. 9)

Někteří respondenti se shodli na tom, že pokud pacient má přímý záměr se zabít, zvolí takovou metodu, že mu zdravotní personál již nemůže pomoci. Ubírat takovýmto pacientům právo na resuscitaci by se báli hlavně z důvodu neznalosti příčiny a celkového psychického stavu, pacient poté může přehodnotit situaci a být vděčný za záchranu života. „*Sebevražda je samozřejmě každýho věc, a když se ty lidi resuscitujou, ty sebevrahové tak zase jako, je to naše práce, to, že ten pacient chce odejít, není moje starost jo, moje starost je to, že on má momentálně zástavu a potřebuje resuscitaci, takže já prostě resuscituju a je mi jedno jestli tam napsal dvě A4 dopisů, že se loučí, zase zaprvý to prostě nevím v tu dobu a i kdybych to věděl tak pokračuju dál v resuscitaci. Zase každej se může ... záleží jaký to jsou sebevraždy, většinou ti kteří to fakt chtějí udělat, to udělají tak, že to klapne a beze svědků, pak máš takový ty demonstrativní sebevraždy, že máš nějakou momentální psychickou zkrat a myslíš si v tu dobu, že to je nejlepší řešení a nějak se budeš snažit připravit o ten život a hodně lidí si to v průběhu i rozmyslí, pak už je třeba pozdě, fakt se něco stane, vypadne z okna, otráví se a uvědomí si, že se vlastně ty smrti bojí, pak ho třeba zresuscitujou a bude vděčnější za záchranu života. Ale jinak jsem se setkal s opakovaněma sebevrahama, který jsme tady měli i několikrát.“ (Respondent č. 2) „*Myslím si, že když chce někdo spáchat sebevraždu a opravdu to myslí vážně, že je schopen to udělat tak, aby to nikdo neviděl a to ostatní jsou demonstračky a těm je potřeba pomoc.“ (Respondent č. 9)**

Někteří z respondentů vnímají pacienty po sebevraždách negativně. „*No jako zdravotník to vnímám tak, že je zřejmě resuscitovat musím, ale já jako člověk prostě jsem vůči nim jako vysazená, no já jako, mě to vadí, že jako si ty lidi si šáhnou na život, že si myslím, že každej problém má nějaký řešení a jako zasebevražďovat se no nevím, jediný u koho to chápu jsou nevyléčitelně nemocní lidi, který fakt neviděj jiný východisko, tak si pomůžou takhle sami, že to vezmou do vlastních rukou, tam to naprosto chápu.“ (Respondent č. 4) „*V žádným případě, jednou se rozhodli, že se zabijou, tak ať zůstanou zabítý. Pro ty bych vydala zvláštní příručku jako, ať se věšej, kde je nikdo nenajde, podřezávaj si žíly zamčený, sebrat jim telefony, že když se rozhodne, že se otráví, nebo, že si něco udělá, tak ne aby si pak volal záchranku jako, to nepochopíš.“ (Respondent č. 8) Názory respondentů se v této problematice značně rozcházejí. Jeden z respondentů se domnívá, že pokud se pacient pokusí sám sebe zabít, udělá to poté opakovaně, výjimkou jsou pacienti v adolescentním věku. Opět se tu setkáváme s názorem, že pokud to pacient nemyslí vážně, volí takovou metodu, aby mu mohlo být pomoci. „*Je to o zkušenosti, udělá to jednou, udělá to podruhé, když ho z toho dostanem, vracej se k tomu, jediný je rozdíl, když to jsou děcka, dejme tomu symbolický,***

v pubertě 15 + 20 let, zažila jsem éru kdy je sem vozili a bylo to krásně vidět, že to jsou demonstračky, tam bych tu resuscitaci volila, a určitě zvolit následnou péči psychologů, to je jediný, ty to dělali symbolicky, těsně než přišli rodiče, aby se to dalo ještě zvrátit, že to nebyl cíl, vyloženě, jenom ztrestat ty rodiče, příbuzný ale u lidí, který, zažila jsem opakovaně, který odsud odešli a byly schopný to udělat znovu, jednou ano, může to být zkratový, ale víckrát, když to uděláš jednou řekneš si byl to zkrat, už to nechci.“ (Respondent č. 6) Jeden z respondentů se k tzv. demonstrativním sebevraždám vyjádřil následovně. „To je úplně jedno, řekli, že to udělej, tak ať to udělej a ne ať tím pak ještě obtěžujou životy dalších lidí, jako, který je pak musej zachraňovat.“ (Respondent č. 8)

Někteří respondenti v souvislosti s resuscitací sebevrahů zmiňují opakované sebevraždy. Na akutní lůžka se mohou někteří pacienti dostat opakovaně z různých důvodů. „Tak je to člověk, kterej má nějakej problém, opakovaně se sem vrátěj lidi, který maj problém na úrovni fyzický, to znamená, že jsou nemocný a někdo má problém na úrovni duševní, to je stejný.“ (Respondent č. 10) Jeden z respondentů blíže popsal svou zkušenost s pacientem, který si opakovaně pokoušel vzít život. „Opakovaně, třeba pán se věšel na klíce na neurologii, když už se mu to povedlo po čtvrtý, po pátý, tak ten mozek už bohužel a nevím jestli ještě žije někde na LDN, těžko říct, byl to mladej chlap, ale dělal to opakovaně až se mu to povedlo.“ (Respondent č. 6) U opakovaných pokusech o sebevraždu respondenti zmiňují nutnost dostatečné následné psychiatrické péče. Resuscitaci takového pacienta vnímají tak, že brání pacientovi udělat to, co si přeje. „Z etickýho hlediska by se asi neměl už resuscitovat, když už to je poněkolikatý, jakoby je to takový že to opravdu takhle chce, chce bejt mrtvej. Může mít nějaký psychický problémy, který by se ale třeba dali vyřešit, ale když to zas je poněkolikatý tak si nemyslim, že se to nějak zlepší. Asi k tomu má nějakej důvod když už to je po několikátý.“ (Respondent č. 1) „Hele já si vždycky, v tu chvíli já si spíš vždycky říkám, že takovej pacient by, ne že měl dostat tu adekvátní péči, ale když už ho teda zachráníme, tak aby měl spíš dostatečnou psychiatrickou léčbu, jo protože tím pádem, když nebude mít dostatečnou psychiatrickou léčbu, tak se k nám, ano a tenhle se k nám dostal opakovaně, tak si potom říkám, panebože on to chce ukončit a my mu v tom bráníme, Jo, jako on se chudák chce zabít, už se mu to skoro podaří a on ho někdo najde.“ (Respondent č. 3) U pacientů se suicidálním chováním se neodklání od běžných resuscitačních postupů, resuscitaci zdravotnický personál nezahajuje pouze v některých situacích (posmrtné známky, dříve vyslovené přání). U respondentů bylo zjišťováno, zda by resuscitovali pacienta, který se pokusil o sebevraždu. Ať už se názory respondentů rozcházeli, všichni se shodli na tom, že

resuscitovat budou. „*Ano, budu.*“ (Respondent č. 1) „*Jasně.*“ (Respondent č. 10) „*Jsem zdravotník, takže resuscitovat budu a asi i kdybych byla lajk tak bych prostě resuscitovala ale já jako vnitřně prostě a pokud je to psychiatrickej člověk, tak to je taky úplně něco jiného, ale takový ty co spolikaj platičko ibalginů, ty bych prostě profackovala, no ale proti sebevrahům a proti feťákům jsem prostě vnitřně vysazená.*“ (Respondent č. 4) „*Když ho dovezou, tak budu muset.*“ (Respondent č. 8) Dle slov jednoho z respondentů se takový pacient má resuscitovat, právě proto, aby mohl dostat následnou psychologickou a psychiatrickou péči. „*To já si nemyslím, že by se neměli resuscitovat, myslím si, že to lidi dělaj v krizových situacích, kdy si nevěděj rady a že se tím pádem dostanou k psychiatrovi, ke kterému se měly dostat dřív a nechtěli a teď už musej.*“ (Respondent č. 9)

Do kontextu situace se může promítat i problematika **dárcovství orgánů**. Dárcovství orgánů upravuje transplantční zákon. V ČR funguje systém opting out, tzv. předpokládaný souhlas. V teoretické části práce je dárcovství orgánů věnovaná kapitola č. 1. 3. 5. na straně 35. U respondentů bylo zjišťováno, zda vědí, jak legislativa upravuje dárcovství orgánů. Většina respondentů správně udává systém předpokládaného souhlasu. „*V České republice to je vyřešené tak, že dárce je každý člověk, zase musí být prokázána smrt mozku (několika testy), když člověk nechce být dárce tak musí dát nesouhlas, že nechce být, ale jinak každý jsme dárce orgánů.*“ (Respondent č. 2) „*Klasicky máme na to zákony, paragrafy o dárcovství, v dnešní době pacient musí za svého života vyslovit nesouhlas, že nechce být použit na orgány, všichni jsou automaticky braní jako dárce.*“ (Respondent č. 3) „*...protože ze zákona se předpokládá, že každé může bejt dárce, takže v podstatě, když by tady někdo byl, tak ten lékař nemá ani povinnost sdělovat to tý rodině a ptát se tý rodiny.*“ (Respondent č. 8) Legislativa situaci upravuje tak, že ani rodina pacienta nemůže ovlivnit rozhodnutí. Pokud dotyčný chce vyjádřit nesouhlas, musí tento nesouhlas sepsat za svého života. „*Podle mě je legislativa pořád stejná, to je, že pokud, nemusíš mít vyslovenej, že i když rodina vyslovila nesouhlas ty máš podle zákona právo ty orgány odebrat, je předpokládaný souhlas, tak to by si musela mít nesouhlas toho člověka, zase někde u notáře, ten můžeš sepsat kdykoliv za života, třeba v 18-ti, kdy nabydeš, ale v tu chvíli to zas všichni okolo musí vědět.*“ (Respondent č. 9) V praxi to dle sdělení respondentů přesto funguje tak, že se lékaři rodiny na odběr orgánů ptají. „*No, podle toho co si vzpomínám z poslední doby, tak v podstatě pro to není nutný ani souhlas tý rodiny, že se můžou orgány použít jenom na rozhodnutí lékaře, ale jinak u nás praxe je taková, že ty lékaři se ptají tý rodiny, že u těch našich lékařů hraje hledisko tý vyšší etiky, což já považuju za dobrý.*“ (Respondent č. 10) Podle některých

respondentů může rozhodnutí ohledně dárcovství orgánů ovlivnit i rodina pacienta. „Když někdo nenapíše papír, že vyloženě nechce být dárce orgánů tak je dejme tomu automaticky dárce. Ale setkala jsem se s tím, a ve škole nás učili, že se vždycky ty rodiny ptají, jestli ty orgány mohou poskytnout někomu jinému a když ta rodina nesouhlasí tak to neudělají.“ (Respondent č. 1) „No, legislativně myslím si, že to je legislativně tak, že vlastně, teď jestli se nepletu, ale že pro to dárcovství je každé, pokud si to vyloženě sám nepřeje, nebo pokud si to nepřeje ta rodina, ta to může ovlivnit myslím taky.“ (Respondent č. 5) „Jo, tam je předpokládaný souhlas, že pokud nejsi v registru, že nesouhlasíš s dárcovstvím, tak se počítá s tím, že souhlasíš s tím, že půjdeš na orgány, ale zas vím, že se to takhle úplně nedělá, že s tou rodinou komunikují.“ (Respondent č. 4) Kromě modelu předpokládaného souhlasu (opting out) jsou i jiné systémy, např. předpokládaný nesouhlas (opting in). Respondenti se také vyjadřovali k tomu, zda model předpokládaného souhlasu považují za správný. „... legislativa ohledně dárcovství orgánů, spíš by to mělo být naopak, spíš by měl být registr lidí, kteří si přejí být na orgány.“ (Respondent č. 7) Většina respondentů však souhlasí se systémem předpokládaného souhlasu. „Je to určitě v zákoně dělaný správně akorát by se to mělo více rozšířit, protože ta laická veřejnost si to právě myslej úplně naopak, všichni si myslej, že prostě musej někde podepsat papír, aby mohli bejt na orgány, ale kristapána to by byla fůra papírů, to oni si neuvědomujou, že takhle to neexistuje, jo ale pak jsou z toho strašně udivený ty rodiny, kdy prostě jim takhle oznámíme, že prostě ten jejich příbuznej je dárce orgánů a oni na nás koukaj s tím, že on to nemá podepsaný, on to nemusí mít podepsaný jo, ale je dobrý když, tak jim to vysvětlit.“ (Respondent č. 3) Vyzdvihnout je dle jednoho z respondentů možné také to, že tento systém je dobrý hlavně pro lékaře v situacích, kdy pacient nemá blízké příbuzné a získávání souhlasu v takové situaci by bylo po smrti obtížné. „A tak já si myslím, vzhledem k tomu jak k tomu dneska doktoři přistupujou, že to ničemu nevadí, protože v tu chvíli kdy já mám člověka, co rodinu nemá, tak nemusím nikde hledat žádnýho vzdálenýho příbuznýho a mám ten předpokládaný souhlas. I takový můžou nastat situace, kdy ty lidi žijou úplně sami, jsou to jedináčci, mají někde nějaká bratránky nevím kde, který těžko seženu.“ (Respondent č. 9)

Většina respondentů se setkala se situací, kdy pacient mohl být zařazen jako dárce orgánů, ale rodina s tím nesouhlasila. „Jo, ano tady jsem se s tím setkala.“ (Respondent č. 1) „Setkal.“ (Respondent č. 2) „Ano, no to tady byla paní, jestli si vybavuješ, tak tam vlastně taky nechtěli, takže nešla.“ (Respondent č. 4) „Takovejch tady bylo, většinou je pak problém s tou rodinou, protože ze zákona se předpokládá, že každé může bejt dárce, takže v podstatě,

když by tady někdo byl, tak ten lékař nemá ani povinnost sdělovat to tý rodině a ptát se tý rodiny, přesto se ptaj a ta rodina s tím, třeba nesouhlasí, pak je přemlouvaj, taky se stalo, že rodina řekla, že nic, tak z toho sešlo.“ (Respondent č. 8) Jeden z respondentů se s takovouto situací setkal dvakrát, v jednom případě rodina po odchodu změnila názor a dali souhlas s dárcovstvím. „Setkal jsem se s tím tady na oddělení dvakrát a jednou to bylo, že rodina po sdělení informace tak asi po dvou hodinách volali paní doktorce, že se rozhodli pro to, že ano a pak se jeli rozloučit naposledy, rozběhl se strašnej kolotoč ... a strašnýho zařizování a všeho, setkal jsem se s tím, že rodina dala souhlas i že rodina byla vyloženej proti.“ (Respondent č. 5)

Většina respondentů zmiňuje, že se lékaři snaží s rodinou několikrát komunikovat. „To většinou doktor, že jo tam ty sestry jsou prostě postavený mimo.“ (Respondent č. 6) „Řešilo se to tak, že se s tou rodinou podle mě víckrát mluvilo, doktoři se snažili, jim to vysvětlit, že by to zachránilo víc lidí, nebo jim zkvalitnili život, ale rodinu nepřesvědčili.“ (Respondent č. 1) „Ne jako zkoušeli to víckrát, některá to nakonec povolí, některá striktně drží, že ne, tak prostě ne.“ (Respondent č. 8) „Řeší se tak, že s tou rodinou se mluví, diskutuje. Samozřejmě jsou ty transplantační centra, kteří častěji jsou v diskuzi s tou rodinou a i oni říkali, že většinou proti tě rodinám nejdu a souhlasej s nima, ale může se stát, když jsme se minule o tom bavili, že to udělali u dítěte, že se neptali, protože oni se ptát nemusej přece jenom, dle legislativy jsme každej dárce, ale jelikož to bylo akutní a potřebovaly ty orgány od toho dítěte tak se neptali, ale jinak se ptaj a co si vzpomínám ten případ u nás tam se rodina razantně vyjádřila, že ne, odmítala dárcovství a vyšlo se vstříc tý rodině.“ (Respondent č. 2) „Úplně nevím, protože to hodně řeší ten lékař, ale myslím si, že to musí být někde sepsáno, zapsáno, nevím, myslím, že se vyjde vstříc tý rodině, ale ten lékař může tý rodině vysvětlit, že ten člověk, když zemře ve zdravotnickým zařízení tak půjde na tu pitvu, že nějakým stylem to jeho tělo bude stejně zkoumaný, ty orgány budou stejně vyndávaný a kontrolovaný kde se co stalo, co bylo špatně, takže, nevím, myslím si, že je to hodně, hodně takový těžký, je to asi i na přesvědčovací schopnostech toho lékaře.“ (Respondent č. 5) Jeden z respondentů souhlasí s tím, že se má o dárcovství rozhodovat s rodinou, rozhodování v rodině vnímá jako velmi obtížné, ať už z psychických, tak časových důvodů. „Zastávám ten názor, že to seznámení tý rodiny, mám to zakořeněný, takový to etický, zeptáme se tý rodiny, a ne ano pacient byl přeložen tam a tam a je konec, je to hrozně těžký rozhodnutí, to určitě, letí tam čas, všechno, ta rodina si to vyčítá a nechce a chce a chápala jsem, jo že nejdřív odešli s brekem že souhlasej a pak volali, že ne, že to nedokážou, bral se ohled na tu rodinu a myslím si, a smekám před rodinou, která je

schopná se pro to rozhodnout, na druhou stranu v každém z nás je to, že jsem rozhodla blbě, v rámci rodiny je to těžký.“ (Respondent č. 6) Jeden z respondentů v této souvislosti zmiňuje, že by se to mělo rodině oznámit, ale vzhledem k tomu, jak je dělaná legislativa, nemělo by se čekat na souhlas rodiny. *„No, já bych jim to spíš jenom oznámila a neptala bych se jich jako, jestli s tím souhlasej nebo ne, jednou se předpokládá, že každéj, když by to někdo výslovně nechtěl, tak by to měl někde napsaný.“* (Respondent č. 8) Jiný z respondentů považuje souhlas rodiny za vhodný, hlavně z důvodu, aby se rodina se situací zvládla vyrovnat. *„Myslím si, že teďka to bylo hodně probíraný téma, nevím jak laici to registrujou, ale myslím si, že se to hodně probíralo teďka, že jsem viděla diskuzní pořad o tom a myslím si, že jako ten souhlas rodiny z toho etickýho hlediska, pokud to jde, aby měli čas se s tím člověkem rozloučit, aby si to pocitově a v hlavě vyřídili.“* (Respondent č. 6)

Rozhodnutí v rodině nebo přijmutí skutečnosti, že rodinný příslušník má být zařazen jako dárce orgánu je velmi psychicky náročné. Ve výpovědích respondentů došlo také na dosažitelnost psychologa pro ošetření rodiny v těchto situacích. *„Podle mého názoru, neexistujou tady psychologové, kteří by se zabývali přímo touhle problematikou a nikdo na to není připravenej, ani školenej, že vlastně tohle je jenom na těch lékařích, který na to nejsou nějak školený ani vycvičený a jenom postupujou v souladu s předpisy a svým vnitřním přesvědčením, jinak tady nic jinýho neexistuje.“* (Respondent č. 10) Respondent č. 3 se domnívá, že s rodinou komunikuje pouze lékař, v souvislosti s tímto tématem zmínil transplantační centrum, kde se domnívá, že psychologickou péči pro pacienty mají. *„Jenom lékař, myslím, že nebyla nabídnuta žádná jiná péče, nevím jak třeba ve všech nemocnicích, ale já si třeba myslím, že extra IKEM to tam budou mít.“* (Respondent č. 3)

U respondentů bylo dále zjišťováno, jak vnímají problematiku dárcovství orgánů. Všichni respondenti považují rozhodování v takto citlivé situaci za velmi těžké. *„Já si myslím, že to pak záleží na tom člověku, já si teď třeba taky můžu říct, že bych byl určitě pro transplantaci ale těžko říct, nikdy jsem v takový situaci nebyl a ani nechci být, těžko říct jak se ten člověk zachová, když v tý situaci je a týká se to prostě jeho příbuznýho.“* (Respondent č. 2) Respondenti už jen samotnou ztrátu blízkého člověka, považují za traumatizující. Jeden z respondentů se k tématu dárcovství orgánů vyjádřil následovně. *„No to asi taky, já chápu, že už jen to, hlavně jako u mladejch lidí a u dětí žejo, tam je to jasný, už jen ta ztráta je pro ně strašná a věřím tomu, že je pro ně těžký to, že ... já jsem si to třeba představovala, já vím že je to strašný, ale kdyby mi někdo řekl, že třeba moje dcera půjde na orgány, já ti čoveče, já s tím souhlasím samozřejmě s dárcovstvím, já bych si nechala vzít uši, vlasy, všechno, ale kdyby mi*

někdo řekl, že moje dcera půjde na orgány čoveče tak taky nevím, jestli bych to dokázala. Víš, že jako, pro ty lidi to musí bejt strašně těžký a že pak pro ně to může bejt i do budoucna dost velkej problém, že jako toho příbuznýho dali na ty orgány.“ (Respondent č. 4) Respondent č. 5 vnímá dárcovství orgánů jako správnou věc, stejně s ostatními respondenty se shoduje na názoru, že rozhodování rodiny není lehké a obtížné to je i pro lékaře, kteří musí informace rodině předat. „Setkal, to jsem zažil přímo tady a je fakt, že dívám se na to tak, že určitě to dárcovství je pěkná věc, dobrá věc, lidí, kteří mají takový zdravotní problémy, že prostě potřebují nějaký z těch nových orgánů od někoho jiného, tak těch je strašně moc na těch čekacích listinách a kolikrát to jsou hodně mladý lidé, kolikrát si za to samy nemůžou a beru to tak, že je to pěkný někomu takhle pomoci a zároveň si uvědomuju to, že ta rodina, který se něco takovýho stane, že někdo jejich blízký, když je mladej zemře, nějakým třeba tragickým způsobem, je to prostě fakt nějaký stav, kterej se ze dne na den stal, zhoršil, nebo něco tak to rozhodnutí dát, to musí bejt strašně těžký, chce to spoustu času na to ale zároveň ten čas tam není, je to prostě takový, strašně to nezávidím těm lékařům, kteří to musej řešit, kteří musej tu informaci sdělit tý rodině, sdělit jí nějakým stylem šetrně i když to je úplně hrozná informace a prostě zároveň to udělat tak, aby s tím ta rodina, nějakým stylem souhlasila, že to je strašně těžký a vůbec, vůbec to nikomu, žádnýmu doktorovi nezávidím tohleto, sdělovat tu informaci.“ (Respondent č. 5) „Taktně, ale vysvětlit, jo prostě mě se to takhle říká, ale já když jsem teď viděla tu desku v IKEM, tam je věk, v závorkách, tam je vždycky jméno a věk toho dotyčnýho, tam když vidíš, věkově 3 roky, 4 roky, 6 let, 14 let, ano, že tam vidíš 65, 80, 50 no 50 je taky docela mladej člověk, prostě tyhle děti, já si říkám, to musí těm rodičům trhat srdce a zlomit tam to, ano prostě můj 3-letý dítě dejte na orgány, to musí bejt hrozný na tu psychiku. Takže tam si myslím, že musí hodně dobře pracovat doktoři, psychologové a pak ta následná péče.“ (Respondent č. 3) Jeden z respondentů v souvislosti s tímto tématem zmínil, že by mohlo být pro rodinu odlehčující, když by měli informaci o tom, kolika lidem pacient pomohl. „Nevím, třeba, teď mě to tak napadlo, mě by se třeba líbilo, když už se ten člověk na ty orgány dá, že třeba kdyby to ta rodina pak chtěla vědět, kolika lidem třeba zachránil život, že by bylo pro ně třeba hezký vědět, že použili ledviny, rohovku, srdce a třeba zachránil život třem lidem, že by to třeba bylo hezký, že ten jejich příbuznej po smrti, takhle ještě pomohl.“ (Respondent č. 4)

Související témata a koncepty

U resuscitace se řídíme určitými postupy, jinak se resuscitují děti, jinak dospělí. Jinak probíhá základní resuscitace a jinak resuscitace rozšířená, k oběma se však přistupuje stejně zodpovědně. Pokud se jedná o neplnohodnotnou resuscitaci, kde se nedbá na hloubku

stlačení, frekvenci aj. jedná se o tzv. **předstíranou resuscitaci** (Sláma, 2009) U respondentů bylo zjišťováno, co si pod výrazem předstíraná resuscitace představí. „*Myslím si, že jo, že to je takový to dejme tomu aby to před tou rodinou, nebo tím okolím ty zdravotníci ukázali, že prostě se snažili udělat všechno, aby nebyli ti co přišli dali od toho ruce a řekli, že to dělat nebudou, že to nemá cenu.*“ (Respondent č. 1) Podle respondentů důvodem k zahájení předstírané resuscitace je dojem rodiny, okolí, že bylo uděláno vše pro záchranu pacienta. „*Hele já tím, že jsem tohle nezažil, tak to nemůžu úplně takhle hodnotit, myslím si, že se to dělá, myslím si, že se to dělá právě z toho hlediska, aby ta rodina si neřekla, tam se vůbec nic nedělo, nebo takhle, ale jestli je to správně nebo ne, to nevím, právě to mě třeba zaskočil ten výjezd o kterým jsem ti říkal, že ten doktor to utnul hnedka, prostě hnedka jak jsme tam přijeli já už jsem tahal automaticky komba, že je nalepím a on nenene, jenom jsme nalepili vlastně čtyřsvod a tam prostě byla peha a i kdyby to bylo něco jinýho, ten doktor byl tak rozhodnutej, že se tam nebude nic dělat, že bych to nezměnil.*“ (Respondent č. 5) Někteří respondenti se s předstíranou resuscitací nesečkali a ani si nemyslí, že tato intervence může být předstíraná, k problematice se vyjádřili následovně. „*Vyloženě ne předstíraná, říkám zase jo, já když tam přijedu jako záchranář tak nemůžu nic předstírat, resuscituju normálně, jak bych měl a až potom přijde lékař, buď řekne, že budeme pokračovat anebo to ukončí a tím pro mě končí. I úloha co se týče vysvětlování rodině, proč se to ukončilo, to řeší lékař.*“ (Respondent č. 2) „*S tím jsem se nesečkala a ani nevím, proč by to někdo dělal.*“ (Respondent č. 11) Další respondent se s předstíranou resuscitací také nesečkál, zmiňuje, že léky se podávají vždy ale v různé míře, dle situace. „*Asi ne, většinou se aspoň něco dá, nedává se toho teda tolik, u někoho toho dáš spoustu, u někoho jen to základní, ale vždycky se něco dá.*“ (Respondent č. 8) Někteří respondenti se s předstíranou resuscitací setkali v praxi. „*No setkala jsem se s tím párkrát, když jsme někam vybíhali, v rámci nemocnice a teda nevím, jestli dobře chápu ten pojem vlastně, jo chápu to dobře, no tak vybíhaly jsme, já nevím dvakrát, třikrát se mi to stalo, už je to teda dýl a tenkrát mě to nepřišlo nějak divný, ted' už bych asi čoveče, nevím no.*“ (Respondent č. 4) „*Určitě, určitě jsem se s tím setkala, třeba když je už rozjetá na oddělení, kde třeba ten doktor, že sestry tam zahájili resuscitaci a doktor se pak dočtl, že tam je nález, který moc slučitelný se životem není, tak určitě takový to zkrácení resuscitace, nechci říct, že se nedávali úplně všechny léky a tak, kdyby to bylo bez nálezu předchozího nebo kombinace těch chorob tak by se třeba dala dělat časově dýl a víc.*“ (Respondent č. 6) Někteří respondenti se s touto situací nesečkali, ale slyšeli o ní. „*Tady v nemocnici ne, ale vím to z doslechu, že už se to takhle před příbuznejma dělalo.*“ (Respondent č. 3) Jak předstíraná resuscitace probíhá mi blíže popsal jeden z respondentů. „*Hele já už si to tolik nevybavuju,*

jestli se šlo na nějaký standart a dávali jsme, já nevím, jestli to můžu říct, no uvidíš, jak s tím naložíš, tak třeba když bylo jasné, že to k ničemu nevede, nicméně resuscitovat jsme museli, tak jsme místo do žíly dávali adrenalin prostě do postele, bokem. Jo, že už bylo jasné, že tam nemá smysl něco dělat, kdyby se chytil, tak z něj bude apalík, protože tam byl bůhví jak dlouho, jako nebylo to, že bychom se rozhodli, že jako se nám nechce, tak nebudem, že jako, úmysl byl dobrý, ale teď bych to asi, nevím jestli bych se do toho takhle.“ (Respondent č. 4)

U respondentů bylo zjišťováno, zda je správné provádět resuscitaci v situacích, kdy se dá považovat za marnou. Opět se tu do rozhodování prolíná kontext situace, ve které resuscitace probíhá a jestli se u pacienta jedná o terminální stádium, tedy marnou a neúčelnou léčbu. V případě pacientů v terminálním stádiu, by respondent raději rodině vysvětlil zdravotní stav pacienta a nepřistupoval k resuscitaci vůbec, jinak by probíhala resuscitace v terénu, kde by zahájil resuscitaci, aby okolí nereagovalo negativně. *„Asi záleží na situaci, ale třeba rodině by to mohlo, třeba kdyby to bylo to terminální stádium, tak by bylo vhodné jim to říct, že už je to takhle a takhle, ale zas si myslím, že kdyby to bylo někde na náměstí a někoho by tam resuscitovali tak já bych to asi předstírala, aby si to okolí neřeklo – vždyť ona nic nedělala celou dobu.“ (Respondent č. 1)* Další respondent se domnívá, že pro rodinu je dobré, aby viděla, že se dělalo vše potřebné. *„Asi právě, že v tu chvíli na tom místě je, aby tam proběhla klidně ta resuscitace, protože oni viděj, že ano oni se snažili, oni něco dělali, protože v zápětí si myslím, že kdyby tohle neproběhlo, tak ta rodina mě za to může napadnout, ale vy jste to neudělaly, vy jste ho mohly zachránit.“ (Respondent č. 3)* Co se týče terminálního stádia k předstírané resuscitaci by nepřistoupila stejně jako respondent č. 1.

„Tam už asi ne, tam bych ty rodině vysvětlila, že teda, blbý je že tam furt je ten zákon, že ty zdravotníci tím musej prostě projít jo, tam by vlastně nebylo to poskytnutí první pomoci.“ (Respondent č. 3) Jeden z respondentů by k neplnohodnotné, předstírané resuscitaci nepřistoupil v žádné situaci. *„Tak bych spíš řekla, tak toho asi necháme, asi bych to spíš chtěla ukončit, než dělat něco špatně, buď to dělám a dělám to pořádně, nebo to radši nebudu dělat vůbec.“ (Respondent č. 9)*

Specifický průběh resuscitace popsal jeden z respondentů s profesí zdravotnický záchranář. Vypověděl, že pokud jsou přítomné další složky IZS a probíhá resuscitace pacienta, která je bez výsledku, nebo již trvá dlouho, záchranáři zapojí do resuscitace dobrovolníky z řad jiných profesí. Tento krok má edukační účel a dostáváme se tím k problematice **využití těla na výukové účely**. *„Pokud vezmu použití těla na výukové účely to se mě stalo několikrát, pokud to vezmu a dobře to chápu, setkal jsem se s tím při pár resuscitacích, ta resuscitace už*

byla dlouhá, nebylo tam žádný viditelný zlepšení, nebo vidina na zlepšení a byla tam s náma třeba městská policie, nebo hasiči, nebo státní policie, tak vzhledem k tomu, že i tadyty složky občas maj ve svý výbavě AED tak jsme je třeba nechali, aby si zkusili resuscitovat, nebo tak, ty komprese hrudníku, nebo takhle.“ (Respondent č. 5) Respondent byl požádán, aby blíže popsal tento specifický průběh resuscitace. „Bylo to vlastně ještě těsně před ukončením resuscitace, během normální resuscitace, s tím, že lékař řekl teď dáme poslední adrenalin, ještě budem po dobu 2 analýz resuscitovat a pokud ani potom tak to ukončíme, třeba se někdo z toho záchranářského personálu tam vyzve ty kluky, jestli si to nechtějí zkusit, přece jenom se s tím úplně normálně nesetkaj, ale jsou na to školený, to AED vozej, stát se to může, že budou někoho někde zachraňovat do nějaký doby příjezdu záchranky, tak je dobrý jim to říct, jestli to dělají dobře, jestli mají ty ruce správně, jestli je mají správně propnutý, jestli jedou správnou rychlostí a to jsem viděl už několikrát, že jsme je takhle nechali, i je to třeba dobrý, když už je to dlouhá resuscitace a ty záchránci už jsou unavený, ono je to pak hodně vysilující ke konci, i když se snažíme střídát po každých 2 minutách, nebo max 4 minutách, zároveň je máš pod svým dohledem, takže je vidíš, jestli to dělaj správně, nebo ne.“ (Respondent č. 5)

Problematika použití těla zemřelého na výukové účely s tématem práce úzce souvisí, neboť tato situace může nastat v průběhu resuscitace či po neúspěšné KPR. Využití těla zemřelého upravuje legislativa a tomuto tématu je věnována kapitola č. 1. 3. 6. na straně 37. U respondentů bylo zjišťováno, zda se s použitím těla na výukové účely setkali. „Nesetkala, ale tak někde se to naučit musej.“ (Respondent č. 8) „Ne, tady jsme nikoho neposílali.“ (Respondent č. 9) „My vlastně tady, kde já pracuju, tak my nevíme, co dál se s tím tělem děje.“ (Respondent č. 10)

Většina respondentů se s touto situací setkala, respondenti z oboru zdravotnický záchranář popisují zkušenost během praxe, kdy si na oddělení patologie zkoušeli život zachraňující výkony. „Setkala jsem se s tím, protože jsem byla na pitvě, paní co umřela, tak jsme byli na pitvě a zkoušeli jsme si na ní tracheostomii, ale nevím jestli k tomu byl nějaký souhlas.“ (Respondent č. 1) „Vím, že ze záchranky choděj, chodili na patolu si zkoušet intubovat.“ (Respondent č. 4) „Na tý patologii tam jsem byl taky, nebyl jsem intubovat, ale dělali jsme tam jiný nějaký život zachraňující úkony a bylo to víceméně koniotomie, koniopunkce, s tím, že to beru jako přínosný, rád jsem si to zkusil, bylo to samozřejmě s veškerou úctou k tomu zemřelému, ale ten zážitek byl z toho na jednu stranu zvláštní, ale na druhou stranu jsem byl rád, že jsem si to mohl vyzkoušet. Měli jsme dobrýho doktora, ... kterej nás to učil a pak jsme si to mohli vyzkoušet.“ (Respondent č. 5) Kromě této situace si někteří respondenti vybavují

situaci, kdy měl pacient, nebo jejich známý přání, aby byl po smrti použit na studijní účely. „*Ano, setkala, nebylo to sice, když jsem pracovala v nemocnici, bylo to když jsem byla jako student, tak na patologii, to bylo pro záchranáře vysloveně a moje známá, tak když jim umřel tatítek tak ten, vyslovil přání, že chce být použitý pro studijní účely.*“ (Respondent č. 3) „*No vím, že tady byly to, to už je teda taky dlouho, byly tady nějaký lidi, co měli nějaký to, že si po smrti přáli bejt na ty studijní účely.*“ (Respondent č. 4) „*Vím, že o tom mluvila moje máma, že by chtěla být použita na výukové účely, nedala právně nikde nic, nedořešila to, ale vím, že o tom mluvila asi 5 let, že si to chce zařídit.*“ (Respondent č. 6) V souvislosti s využitím těla na výukové účely byla popsána situace, kdy se na zemřelém těle zkoušela intubace. Respondent s touto situací nesouhlasil a bylo mu to nepříjemné. „*Viděla jsem, že na zemřelým se zkoušela intubace, že se vytáhla kanyla a zkoušelo se to na zemřelým, každopádně na to mám zase svůj názor, já bych to ze svého postavení, mě to nedělá dobře, nesouhlasila jsem s tím, ale prostě, chápu, že jsme ho ničím nepoškozovali už ale jako člověku mi to vadilo, jo jako já si to vyzkouším na figuríně, ale tohle mi vadilo, to je můj osobní přístup, přišlo mi to takový nehumánní, takový že už je to posmrtný šahání na to tělo, prostě osobně mi to vadilo.*“ (Respondent č. 6) Stejnou zkušenost má i další respondent, se situací nebyl vnitřně tolik v rozporu. „*No, to jsme my kdysi zkoušely, občas jsme o to doktory požádaly, jestli si to můžem vyzkoušet zaintubovat, nic jinýho v podstatě nejde, to už nic nenapíchněš.*“ (Respondent č. 9) Respondent se k této situaci dále vyjádřil. „*Prostě, když jsme byli mladší a chtěli jsme vidět, jak to tam vypadá, takhle ty když se dostaneš na sály, tak tě k tomu doktor možná i pustí na tom sále, že se podíváš přes ten laryngoskop a když se k tomu nedostaneš, tak jsme si to kdysi dávno zkoušeli i tady.*“ (Respondent č. 9) Pokud má být tělo zemřelého pacienta použito na výukové účely musí k tomu být dán souhlas. U respondentů bylo zjišťováno, jaké mají povědomí o souhlasu ohledně využití těla na výukové účely. „*Jo, já si myslím, že jo, hlavně ten jejich tatítek prostě když vyslovil, že by chtěl bejt použitý pro studijní účely, takže si ho stáhla zdravotnická univerzita a to tělo, oni jim zavolali asi po půl roce, že už teda tělo nepotřebujou, že můžou uspořádat pohřeb a k tomu a tomu datumu si můžou všechno zařídit. A bylo by asi divný, kdybych třeba já k tomu nedala souhlas a rodina by mě tejden, 14 dní, půl roku o mně nevěděly, kde jsem, co jsem.*“ (Respondent č. 3) „*K tomu podle mě musí padnout taky rozhodnutí, musí mít souhlas, že chceš bejt, ale je to rozhodnutí toho danýho člověka, ale nevím, jestli to je ze zákona takhle, nebo máme automaticky daný to, že může být použito, jo že v Čechách jsou všichni dárce, pokud neřekne jinak, takže si myslím, že automaticky i dárce na studijní program, ty orgány na tuty ale tady asi ne.*“ (Respondent č. 6) „*..., asi by to mělo bejt u těch lidí, který to*

vyloženě chtěli před smrtí.“ (Respondent č. 4) Většina respondentů se domnívá, že k použití těla na výukové účely musí být souhlas pacienta. Někteří respondenti si nejsou jistí a nevědí, zda je tento souhlas potřeba. „... nevím jestli k tomu musí být nějaký souhlas nebo nemusí...ale pro někoho by to nemuselo bejt, třeba pro tu rodinu příjemný. Kdyby se to dozvěděli nebo to věděli, že se na nich učili nějaký studenti. Někdo s tím třeba nesouhlasí, ani jako za živa aby mu třeba studenti odebírali krev natož takhle, tímto způsobem“ (Respondent č. 1) „Tak to abych se přiznal nevím, ale беру to tak, že ten lékař když to zařizoval, tak to bylo s veškerou legislativní podporou a normálně, když to vezmu tak, že pacienti musí dávat souhlas s hodně věcma za svého života a vlastně všichni pacienti, kteří zemrou v nemocnici se podrobují pitvě, pokud si vyloženě nepřejou bejt pitvaný, takže беру to tak, že to bylo takhle ošetřený a je fakt, že jsem se nad tím takhle nepozastavil, nevím.“ (Respondent č. 5) „Těžko říct, vím, že třeba když jsem ležela v nemocnici a byli tam nějaký studenti, tak podepisuješ souhlas, že se o tebe můžou starat, ale jestli je to u tohohle, nevím.“ (Respondent č. 8)

U respondentů bylo zjišťováno, zda možnost využití těla na výukové účely považují za správnou. Většina respondentů vnímá tuto možnost pozitivně, pokud má potřebné právní náležitosti. „Já si myslím, že na jednu stranu je to správné, pro ty studenty, protože ty se to někde potřebují naučit a dejme tomu na tom zemřelým, jakoby no ... nemají co zkazit, když to tak řeknu, ale není to tak, kdyby se to dozvěděla rodina..., ale pro někoho by to nemuselo bejt, třeba pro tu rodinu příjemný. Kdyby se to dozvěděli nebo to věděli, že se na nich učili nějaký studenti. Někdo s tím třeba nesouhlasí, ani jako za živa aby mu třeba studenti odebírali krev natož takhle, tímto způsobem.“ (Respondent č. 1) „Jo, a to se mě jako líbí, proč ne, ale asi, asi by to mělo bejt u těch lidí, který to vyloženě chtěli před smrtí.“ (Respondent č. 4) „Já si myslím, že to je dobře, pro ty lidi, tyhle ty mediky, to určitě jo.“ (Respondent č. 9) Někteří z respondentů zmiňují možnost figurín a modelů, na kterých lze nacvičovat výkony, ale tělo považují za nejlepší výukovou pomůcku. „To tělo je fakt pro ty studenty nejlepší výuková pomůcka, no jistě, máme všechny různý modely v nemocnici, na všechno možný pomůcky ale prostě přijď pak úplně k živému pacientovi a prostě jdi něco dělat prvně, když ten model je úplně o něčem jiným, zavádění flexil v učebnách je taky o něčem jiným, než pak. Je to blbý, ale nejsem proti.“ (Respondent č. 3) „Tak, je potřeba se to někde naučit a je to lepší na člověku, když to řeknu blbě, je lepší to vyzkoušet na člověku, než figuríně, kde jsou všechny dělaný stejně, takhle každej člověk je jinej, i při tý intubaci, na tom panákově se trefíš vždycky.“ (Respondent č. 8) Někteří respondenti s použitím těla zemřelého na výukové účely

vnitřně nesouhlasí. „*Tak určitě nějaký svůj v rámci výuky to není špatný, ty orgány ničím nenahradíš, když to tělo použijou na preparaci svalů ruky, šlachy tak je to určitě lepší, než když si to poprvé zkusí na sále a něco přetne, v praxi to takhle je, ale já to asi v palici nemám srovnání, že mi to přijde nevhodný.*“ (Respondent č. 6) „*No já nevím, no já prostě, já vím, že se to musej někde naučit, je mi jasný, že tam nikomu neublížeš, žádnou škodu nenapácháš, ale nějak vnitřně s tím úplně nesouhlasím.*“ (Respondent č. 4) Jeden z respondentů zmínil v souvislosti s tímto tématem vliv náboženského přesvědčení na výsledném rozhodnutí a vliv osobnosti a psychiky každého jedince, „*...ale právě máme x různých věřících, nepodepíšou to všichni a rozhodně nebudou přesvědčovat žádného živého, vy budete super výukovej materiál po smrti, to je hodně morbidní jo, ale k tomu si asi člověk musí přijít sám, musí tam být na to ta psychika taková, jako ne každé zdravotník ti k tomu řekne to samý co já, jo každé se k tomu staví jinak, ale já když vím, že ať si na mě záchranáři zkoušej koniopunkce, doktoři zavádění flexil, centrálních katetrů.*“ (Respondent č. 3)

V souvislosti s probíranými tématy se respondenti vyjádřili ke konceptu **důstojnost**. Převážně se to týká situací v nemocnici a na konci života. „*No, přesně, takovou tu důstojnost takovýho, dejme tomu dožitýho života. Takhle se podle mě uměle prodlužuje jako těm lidem život, ze kterého stejně nic nemají, nemají prostě důstojný jakoby úmrtí.*“ (Respondent č. 1) Dle slov jednoho z respondentů by se u všech pacientů měla léčba zkusit naplno, ale pokud je to stav léčbou neovlivnitelný, měl by zdravotnický personál zajistit pacientovi důstojný odchod. „*Takhle důstojná smrt samozřejmě zase se to týká chronicky nemocných, starých lidí, celkově ve špatném stavu, podle mě by to mělo být přesně tak, zkusit to tu léčbu na maximum ale pak po nějaký době když vidím, že je to bez efektu a absolutně to nikam nevede tak tu léčbu vysadit, samozřejmě korigovat stavy jako glykémie, teplota, ale neprodlužovat to a zabezpečit pacientovi dostatečnou analgezií, aby se třeba nasadil kontinuálně Morfin, aby člověk neměl bolesti.*“ (Respondent č. 2) Pod pojmy důstojnost a důstojná smrt si každý člověk může představit něco jiného. „*Za nedůstojný považuju to, co tomu člověku přijde nedůstojný, jakoby tomu konkrétnímu. Někomu může přijít nedůstojný to, že je na míse a někomu to vadit vůbec nemusí a pro někoho může být nedůstojný to, že chodí s chodítkem, jo ale, každé to má prostě individuálně, takže bych se snažila u každého o zachování důstojnosti a tlášení bolesti, to mi přijde jako základ.*“ (Respondent č. 4) Respondenti si pod pojmem důstojná smrt představili následující situace. „*Já si představuju, že třeba, když mě bude třeba 80, budu třeba nemocná a tak budu vědět, že nechci být resuscitovaná, protože vím, že to může skončit tak, že budu tady někde zaintubovaná, takže bych chtěla prostě, aby mě neresuscitovali třeba. Prostě nebyť*

sama v nemocnici., (Respondent č. 1) „Tak ta důstojná smrt pro mě by byla, kdybych šel spát a ráno už se neprobudil jo, tak to by podle mě bylo nejlepší, ale zase říkám, nevím, jestli bych já chtěl, aby v 90 letech po mě někdo skákal, ale zase to j neovlivním, jestliže mě to srdce naskočí a skončím na JIP nebo ARO to já neovlivním, ale zase můžeš u toho pacienta korigovat tu bolest, vnímání, zabezpečit dostatečnou analgezií a aby v klidu umřel.“ (Respondent č. 2) „Takový, abych si byl jistej, že jsem v životě nic moc nepodělal, aby to bylo takový, že už můžu odejít a jako, hele klidně ať to je radši rychlý, než bejt někde strašně dlouho na nějaký posteli a právě tohle, já bych chtěl třeba umřít u něčeho, co mám rád, když to vezmu takhle morbidně, ale nevím, třeba při tom spaním já rád spím, ale furt je dobrý si uvědomovat nějakou svoji smrtelnost a užívat si každý den.“ (Respondent č. 5) „Když už to jako víš, tak v klidu doma, ne někde na přístrojích za asistence ostatních, v klidu doma, bez nikoho, nejlépe ve spánku.“ (Respondent č. 8) „Pro mě důstojná smrt je, bez prodlužování trápení, kdy vím, že i kdybych měla resuscitovat, tak mu ten život protáhnu o den o dva, ale s tím, že bude mít větší bolesti, že stejně to není k životu, že už to nijak nepokračuje, jo že ten stav byl nastavenej a už ho nějak překračujeme a takový to důstojný odejití, je i za cenu toho, že když ten člověk bude i při nějakým vědomí, že u ně budu sedět já a já ho budu držet za tu ruku.“ (Respondent č. 6) Jeden z respondentů zdůrazňuje fakt, že hodně lidí umírá v nemocnici osamocení bez přítomnosti blízkých. „Dřív, když babička ochuravěla v 85 tak tam ležela někde ve světničce na posteli a celá rodina za ní přišla, všichni se s ní rozloučili, tak jako v babičce od Boženy Němcové a teď se to bere jinak, je to fakt smutný, když si pak člověk vezme kolik lidí zemře bez nikoho, na přístrojích, nikdo je nedrží za tu ruku a je to takový smutný a je to daný tou dobou, že nějaký umírání, smrt, se bere jako něco nežádoucího, něco s čím ty lidi jako nepočítaj a neumí se s tím poprat.“ (Respondent č. 5)

3. DISKUZE

Výsledky výzkumu bakalářské byly porovnány s výzkumem v diplomové práci Jany Bublákové (2012) na téma *DNR jako eticko-ošetřovatelský problém*. V této práci byla data sbírána od 8 respondentů taktéž s využitím metody kvalitativního výzkumu, formou polo-standardizovaných rozhovorů. Respondenty byly sestry na oddělení intenzivní a resuscitační péče. S touto prací byly porovnány výsledky z oblasti problematiky dříve vysloveného přání a DNR, ve většině případů se výsledky výzkumu shodovaly. V porovnané práci všichni respondenti uvedli, že se s ordinací DNR na oddělení setkali, ale tato informace je předávána pouze ústní formou a není zaznamenána v dokumentaci. Jedna z respondentek blíže uvádí, že k této změně došlo před 3 lety (r. 2009), že se dříve DNR do dokumentace značilo. Někteří respondenti v tomto výzkumu si ordinaci DNR v dokumentaci také pamatují, z doby před delším časovým obdobím, blíže jeden z respondentů zmínil časový rámeček 6-7 let zpět (r. 2011), jiný respondent 10 let zpět (r. 2008). V tomto se výsledky mírně rozcházejí, ale to může být způsobeno tím, že respondenti si nebyli přesným rokem změny jistí. Ovšem ve skutečnosti, že dříve se ordinace DNR objevovala jako záznam v dokumentaci a nyní už tento záznam nelze psát se výsledky shodují. V práci Jany Bublákové dva respondenti uvedli, že je pro ně DNR určitou formou pasivní eutanazie. V této práci se s tímto setkáváme také u dvou respondentů, kteří v souvislosti s dříve vysloveným přáním, zmínili téma eutanázie. S DNR jako formou dříve vysloveného přání se v porovnávané práci setkala pouze jedna z respondentek. V tomto případě jsou výsledky opět více než podobné. V tomto výzkumném šetření, konaném o 6 let později se s ordinací DNR ve formě dříve vysloveného přání setkal pouze jeden respondent. Přesto, že legislativa dříve vyslovené přání upravuje, může tento výsledek značit stále velkou neznalost této možnosti předem vyjádřit svá přání ohledně zdravotnických výkonů. Respondent v porovnávané práci poukazuje na to, že ani v jeho případě nebylo dříve vyslovené přání řádně značené v dokumentaci. Další porovnávanou oblastí je samotná indikace DNR, opět se tu setkáváme se shodným výsledkem, že ordinace DNR je zcela záležitostí a indikací lékaře. V porovnávané práci vnímají respondenti jako etická dilemata samotné rozhodování o DNR. Všechny dotázané sestry považují rozhodování lékaře za obtížné. Ordinaci DNR považují za přijatelnou zejména u polymorbidních pacientů, pacientů v terminálních stádiích onemocnění a pacientů ve vysokém věku. Kromě oblasti dříve vysloveného přání a ordinace DNR mohou být porovnány výsledky z oblasti věku a onemocnění pacienta. Jedna z respondentek v porovnávané práci popsala stejně jako respondenti v mém výzkumu situaci, kdy se stav pacienta nečekaně zlepšil. „*Někdy je to velmi*

tenký led, nedokážeme posoudit vůli člověka žít... Stalo se, že my už jsme pacientovi žádnou šanci nedávali, a tedy bychom ani nepodnikali žádné kroky k obnovení oběhu v případě zástavy, a on přesto od nás odešel po svých. To jsou občas takové zázraky, se kterými bychom ale asi také měli počítat.“ (Bubláková, 2012, s. 43) Většina respondentů v porovnávané práci pozitivně vnímá nezahájení resuscitace u pacientů v terminálním stádiu a léčbou neovlivnitelných onemocnění. I v této oblasti se výsledky shodují. Resuscitaci pacientů v terminálním stádiu vnímají zdravotníci negativně, uvádějí prodlužování trápení a týrání těla. Ordinaci DNR vnímají v tomto případě jako ulehčení a umožnění pacientovi v klidu a důstojně umřít. Pokud by se jednalo o mladé, či dětské pacienty, respondenti se shodli na tom, že by v takových případech považovali ordinaci DNR za nepřijatelnou. V tomto výzkumu jako etické aspekty označovali respondenti vysoký věk a přidružená onemocnění, k nezahajování resuscitace u dětských a mladých pacientů se blíže vyjádřil jeden z respondentů, který považuje resuscitaci u dětských a mladých pacientů za správnou, za všech okolností. „... Pokud je to u mladého člověka, tak tam se dělá všechno, za všech okolností, ať má onemocnění jaký chce i onkologický, nebo nedej bože dítě...“ (Respondent č. 11)

Dále byly získané výsledky porovnány s výzkumem Petra Hofírka (2014) v práci s názvem *Etické a právní aspekty resuscitace pacientů v terminální fázi onemocnění v přednemocniční péči*. V práci byla opět použita metoda kvalitativního výzkumu. Pomocí polo-strukturovaných rozhovorů byly zjišťovány názory lékařů a zdravotnických záchranářů ohledně problematiky resuscitace pacientů v terminálním stádiu, přítomnosti rodiny u resuscitace, předstírané resuscitace a existence dříve vysloveného přání. Na otázku: „*Jsou pracovníci záchranných služeb raději, když resuscitaci přihlíží rodina, nebo je mimo v jiné místnosti?*“ odpověděli respondenti v oboru zdravotnický záchranář, že raději resuscitují bez přítomnosti rodiny. V této práci jsou odpovědi respondentů z oboru zdravotnický záchranář shodné s porovnávanou prací, většině respondentů by přítomnost rodiny nevadila, pod podmínkou, že by nezasahovala do průběhu, pokud by si mohli však vybrat, raději by resuscitovali bez přítomnosti rodiny. Někteří respondenti z řad všeobecných sester odpovídali, že se s resuscitací za přítomnosti rodiny nikdy nesetkali a nejsou si jistí, jak by v takové situaci jednali. Většina by však rodinu poslala raději také pryč. V porovnávané práci byly jako důvody k nepřítomnosti rodiny nejčastěji uváděny - větší klid na práci a méně emotivně vypjatá situace. Jako další důvod uváděli i to, že samotná resuscitace je pro rodinu traumatizující. Tyto výsledky jsou shodné, mimo ně v tomto výzkumu uvedli respondenti

i další důvody, např. zasahování do průběhu resuscitace a nervozitu. Zdravotníci záchranáři jsou více zvyklí na jednání s rodinou, přítomnost rodiny je neznervózňuje a v některých vypjatých situacích ani nesmí znervóznit. Odpovědi se pravděpodobně liší, protože mezi respondenty v tomto výzkumu byli i všeobecné sestry, které se s podobnými situacemi, tak často nesetkávají a proto by je mohly znervózňovat. Petr Hofírek dále ve svém výzkumu zjišťoval povědomí respondentů o tzv. holywoodské, neboli předstírané resuscitaci. Většina respondentů o ní neslyšela a nevědí, co si pod tím představit, posléze pojmenovávají pojem jako resuscitace na oko, pouze pro přihlížející a rodinu. Pouze jeden respondent se s pojmem setkal a popsal ho jako ošizenou resuscitaci, kdy se nedodrží hloubka stlačení a frekvence. V této oblasti se výsledky příliš neshodují, v této práci se ani jeden z respondentů v oboru zdravotnický záchranář s předstíranou resuscitací nesetkal. Předstíranou resuscitací popisují jako resuscitaci pro rodinu a přihlížející, aby si rodina nemohla říct, že nic nedělali. Jeden z respondentů zmiňuje, že nemůže nic předstírat, že resuscituje normálně a dle indikace lékaře může resuscitaci ukončit, ale nemůže nic předstírat. Zajímavé je, že dva respondenti z řad všeobecných sester se s předstíranou resuscitací setkali ve formě suboptimálního podávání léků, či zkrácení času resuscitace a jeden z respondentů o předstírané resuscitaci slyšel. Na Hofírkovu otázku: „*Jak se cítí pracovníci záchranných služeb při resuscitaci pacienta v TS onemocnění?*“ odpověděli respondenti stejně. V těchto situacích se cítí špatně, považují to za zbytečné trápení a samotné zahajování resuscitace u terminálně nemocných a polymorbidních pacientů jim přijde nehumánní a neetické. Posádky bez lékaře poukazují na skutečnost, že resuscitaci musí u takových pacientů zahájit a mohou ji ukončit až na příkaz lékaře. V tomto se také shodují odpovědi s výsledky tohoto výzkumu, kde většina respondentů vnímá resuscitaci pacientů v terminálním stavu negativně a rozhodnutí o nezahájení resuscitace je v rukou lékaře. Další otázka v porovnávané práci se týkala dříve vysloveného přání: „*Setkávají se pracovníci záchranných služeb s dříve vyslovenými přáními a brali by na ně zřetel?*“. Z dotazovaných respondentů se nikdo s dříve vysloveným přáním nesetkal, až na jednoho respondenta. Dva respondenti by na toto přání brali ohled, pokud by bylo právně ověřené. Většina respondentů nevěděla, jaké má dříve vyslovené přání právní nároky a ani do jaké míry je upravuje legislativa, tudíž by na něj ohled nebrali. Stejně jako v tomto výzkumu se tu setkáváme s názorem, že není známo, v jakém psychickém rozpoložení pacient dříve vyslovené přání sepsal. „*Z důvodu, že nevím, kdy to ten člověk napsal a jestli se nacházel v psychické pohodě, nebo neprocházel nějakou momentální depresí.*“ (Hofírek, 2014, s. 39) Někteří respondenti zmiňují v souvislosti s dříve vysloveným

přáním obtížnou dohledatelnost v terénu a právní napadnutelnost. V této oblasti jsou odpovědi porovnávané práce stejné.

O problematice DNR pojednává také diplomová práce Zuzany Čížové (2017) na téma *Pojem Do Not Resuscitate a omezená terapie v intenzivní péči*. Jedná se o kvantitativní výzkum pomocí nestandardizovaných dotazníků, který probíhal ve dvou nemocnicích ve Zlínském kraji. Výzkumný vzorek tvořili všeobecné sestry a zdravotničtí záchranáři na anesteziologicko-resuscitačním oddělení a intenzivním oddělení chirurgického i interního typu. Na otázku: „*Setkal/a jste se s pojmem Dříve vyslovená přání?*“ odpovědělo ze 121 respondentů, 66 *Ano* a 55 *Ne*. V tomto výzkumu téměř všichni respondenti dokázali tento termín definovat, přesto, že se s ním v praxi nikdy nesetkali. Domnívám se, že pokud by u respondentů bylo zjišťováno, zda se s dříve vysloveným přáním setkali v praxi, nebyli by odpovědi takto vyrovnané. Tato čísla nám ukazují, že tato problematika ještě stále není v povědomí zdravotníků ustálená. Co se týče pojmu DNR, tam jsou výsledky značně jiné. „*Setkal/a jste se s pojmem DNR?*“ Na tuto otázku odpovědělo 112 respondentů *Ano* a 9 *Ne*. „*Setkal/a jste se s rozkazem DNR u pacienta ve své péči?*“ Celkem 75 respondentů se setkalo s příkazem DNR u pacienta ve své péči více, než dvakrát. Přesto, že dříve vyslovené přání může mít formu DNR, je mezi těmito termíny značná neznalostní propast. V souvislosti s pojmem DNR respondenti zmiňovali fakt, že se tento příkaz nesmí zaznamenávat ve zdravotnické dokumentaci. V porovnávané práci na toto téma byla respondentům položena otázka: „*Máte ve zdravotnické dokumentaci určené místo pro označení DNR?*“ Celkem 87 respondentů odpovědělo *Ne*, že v dokumentaci místo nemají, ale 34 respondentů odpovědělo *Ano*. Celkem 119 respondentů se domnívá, že by informace ohledně DNR měla být součástí dokumentace.

Získané výsledky mohou být porovnány také s dizertační prací Ondřeje Slámy (2009) na téma *Klinické, etické a právní aspekty rozhodování o kardiopulmonální resuscitaci u terminálně onkologicky nemocných pacientů*. Jedná se o retrospektivní analýzu lékařské a ošetrovatelské dokumentace u 100 pacientů, kteří zemřeli za hospitalizace v Masarykově onkologickém ústavu v Brně. Soubor byl rozdělen dle klinického stádia, 91 % bylo metastatických a 9 % pacientů s lokálně pokročilým nádorem. V 67 % byla protinádorová léčba ukončena. Ve sledovaném souboru byla KPR zahájena u 11 pacientů, při zástavě oběhu u zbylých 89 pacientů se KPR nezahajovala. Ze zahájených 11 KPR jich bylo 9 neúspěšných, 2 primárně úspěšné, ale pacienti umřeli do 48 h po KPR. Jako faktory, které ovlivnily rozhodování o zahájení KPR uvádí Sláma dříve vyslovené přání, věk a stupeň pokročilosti onkologického

onemocnění, vliv formálního ukončení protinádorové léčby, hodnocení klinického stavu pacienta, jako terminální stav a typ oddělení. Ve sledovaném souboru nebylo u žádného pacienta v dokumentaci nalezeno písemně vyjádřené přání, nebo záznam, že takové přání vyslovil. Rozhodnutí o nezahájení KPR bylo jednostranným rozhodnutím ošetřujícího lékaře/týmu, pacient ani rodina se na rozhodnutí nepodíleli. U velké části pacientů (49 %) nebylo nezahájení KPR v dokumentaci zdůvodněno a nebyl zaveden jednotný způsob, jak označit pacienty, u kterých KPR nemá být zahájeno. Zahájení KPR u pokročile a terminálně onkologicky nemocných bývá obecně považováno za marnou léčbu, všichni resuscitovaní pacienti umřeli po úspěšné KPR do 48 hodin. Resuscitační péče v takovém případě může přispět k zvětšení tělesného i psychosociálního diskomfortu pacienta. V tomto výzkumu respondenti jako faktory ovlivňující zahájení resuscitace uvádějí také věk a přidružená onemocnění pacienta a klinický stav. Několik respondentů se setkalo s resuscitací pacientů v terminálním stavu onemocnění a považují tento postup za prodlužování trápení.

Oblasti týkající se dárcovství orgánů a využití těla na výukové účely mohou být porovnány s bakalářskou prací Moniky Poliakové (2012) s názvem *Etické aspekty v oblasti dárcovství orgánů a orgánových transplantací*. Poliaková ve své práci s využitím dotazníkového šetření zjišťovala, jak je veřejnost informována o problematice dárcovství a transplantací orgánů. Na otázku: „Víte, jak upravuje legislativa ČR problematiku dárcovství orgánů a transplantací orgánů?“ odpovědělo 63,9 % respondentů *Ne, nevím*, 28,9 % *Ano vím, ale pouze orientačně* a pouze 7,2 % respondentů odpovědělo *Ano, vím přesně*. Vzhledem k tomu, že tento výzkum probíhal ve veřejné sféře naše výsledky se liší. V tomto výzkumu všichni respondenti na otázku týkající se legislativy a dárcovství orgánů správně uvedli systém tzv. předpokládaný souhlas. V porovnávané práci na otázku: „Víte, co znamená pojem předpokládaný souhlas, který je zmiňován v transplantačním zákoně, v souvislosti s posmrtným dárcovství orgánů?“ odpověděli respondenti následovně. Význam tohoto pojmu nezná 20,5 % respondentů, 53 % tento pojem zná pouze orientačně, dále bylo zjištěno, že 22,9 % přesně zná tento pojem a souhlasí s tímto systémem, 3,6 % zná přesně pojem, ale nesouhlasí se systémem. Zdravotnický personál v této práci měl o předpokládaném souhlasu větší povědomí. Mezi respondenty se stejně jako v porovnávané práci našli respondenti, kteří s takto získaným souhlasem zcela nesouhlasí. Na otázku Poliakové: „Víte, že v rámci ČR existuje národní registr osob nesouhlasících s posmrtným odběrem orgánů?“ odpovědělo 26,5 % respondentů, že ví o jeho existenci a celých 73,5 % respondentů o existenci tohoto registru neví. I v této oblasti je mezi zdravotníky větší povědomí, než u

laické veřejnosti. Někteří respondenti v tomto výzkumu vyjádřili, že sami nemají problém stát se po smrti dárce orgánů, či být použiti na výukové účely. Problém s dárcovstvím by ovšem někteří respondenti vnímali, například u svých dětí, nebo blízkých. V porovnávané práci se tohoto týkaly otázky: „*Byl (a) byste ochoten (a) po své smrti darovat svoje orgány pro účely transplantace?*“ a „*Byl (a) byste ochotna poskytnout po své smrti své tělo pro lékařské účely?*“. Ohledně dárcovství orgánů odpovědělo 69,9 % *Ano* a 30,1 % respondentů by ochotna dárcovství nebyla. Co se týče použití těla na lékařské účely 63,9 % respondentů označili odpověď *Ne* a 36,1 % respondentů odpověděli *Ano* a byli by ochotni darovat své tělo pro lékařské účely.

Oblast dárcovství orgánů byla dále porovnána s bakalářskou prací Barbory Pišové (2012) s názvem *Ošetrovatelská péče o kadaverózního pacienta a pohled sester na dárcovství orgánů*. Zde byl prováděn kvalitativní výzkum u sester na intenzivním oddělení pomocí polo-standardizovaného rozhovoru. Jeden z cílů práce se zabýval názory sester na transplantační program. Všichni respondenti se setkali s péčí o dárce a vnímají toto odvětví medicíny pozitivně. Jeden z respondentů vnímá transplantační program negativně v souvislosti s bývalými narkomany a alkoholiky. S negativním vnímáním těchto osob jsme se setkali i v tomto výzkumu: „... *proti sebevrahům a proti feťákům jsem prostě vnitřně vysazená.*“ (Respondent č. 4) Všichni respondenti v porovnávané práci by neměli problém darovat po smrti své orgány, či orgány svých blízkých. Jeden z respondentů by nepovolil odběr u svého dítěte. Tuto situaci zmiňují i respondenti v tomto výzkumu: „... *já jsem si to třeba představovala, já vím, že je to strašný, ale kdyby mi někdo řekl, že třeba moje dcera půjde na orgány, já ti čoveče, já s tím souhlasím samozřejmě s dárcovstvím, já bych si nechala vzít uši, vlasy, všechno, ale kdyby mi někdo řekl, že moje dcera půjde na orgány čoveče tak taky nevím, jestli bych to dokázala...*“ (Respondent č. 4) Respondenti v porovnávané práci nejčastěji v souvislosti s problematikou dárcovství orgánů zmiňují nedostatečnou informovanost veřejnosti. Přesto, že mezi pracemi je rozdíl 6 let, i v tomto výzkumu se respondenti vyjadřují k nedostatečné informovanosti veřejnosti.

Dále byly zjištěné výsledky porovnány s bakalářskou prací Veroniky Pfeiferové (2017) na téma *Rozhodování o kardiopulmonální resuscitaci v urgentní medicíně*. Jedná se o kvantitativní šetření pomocí dotazníků u lékařů, zdravotnických záchranářů a sester. Respondenti byli zastoupeni z řad lékařů v 13,3 % a zbylých 86,7 % respondentů tvořily nelékařská zdravotnická povolání. Na otázku: „*Kdo má podle Vás právo na rozhodnutí o nezahájení resuscitace (pokud nejsou viditelné známky smrti?)*“ odpovědělo 85,8 %

respondentů *lékař*. V této oblasti jsou naše výsledky totožné, kdy respondenti v tomto výzkumu označili za kompetentního v rozhodování o nezahájení resuscitace také lékaře. Na otázku: „*Kdo na nemocničním oddělení/výjezdu ZZS rozhoduje o nezahájení resuscitace?*“ je opět nejčastější odpovědí *lékař*, tuto odpověď označilo 91,1 % respondentů. Na otázku: „*Setkal/a jste se někdy při výkonu povolání s příkazem DNR (do not resuscitate-neresuscituj)?*“ odpovědělo 74,3 % respondentů *Ano* a 25,7 % respondentů *Ne*. Zajímavé jsou odpovědi na otázku týkající se dříve vysloveného přání. V porovnávané práci této problematice byla věnována otázka: „*Pacient nemá v dokumentaci uveden příkaz DNR, ale ve zdravotnickém zařízení vyslovil přání, že si nepřeje být ožívován. To proběhlo za přítomnosti svědka a pacient byl lucidní. Pokud dojde k zástavě oběhu, budete jeho přání respektovat?*“. Na tuto otázku 32,7 % odpovědělo *Ano* a 67,3 % *Ne*. K této problematice se respondenti tohoto výzkumu vyjadřovali rozmanitě, většina respondentů odpověděla, že se řídí indikací lékaře. Někteří z respondentů by však na přání pacienta brali ohled, pokud by mělo veškeré právní náležitosti. Respondenti dále v souvislosti s neposkytnutím KPR zmiňují některá rizika v trestněprávní odpovědnosti. V porovnávané práci tomuto tématu byla věnována otázka: „*Pokud jste u pacienta nezahájili KPR, byli jste kvůli tomu nějak postihnuti? (pokud jste odpověděli ANO, specifikujte prosím jak)*“. Kromě dvou respondentů, tedy 98,2 % respondentů se s postihnutím za nezahájení KPR nesetkali, 1,8 % (2 respondenti) byli za nezahájení postihnuti, jednalo se o lékaře a blíže situaci nepopsali. V porovnávaném výzkumu bylo u respondentů zjišťováno, u kterých klinických stavů by nezahájili KPR. Na otázku: „*Vypište alespoň 3 klinické stavy, u kterých byste nezahájili KPR.*“ uvedli respondenti nejčastěji terminální stádium, zranění neslučitelná se životem a jasné známky smrti. V této oblasti se výsledky shodují, v tomto výzkumu respondenti nejčastěji označili také tyto situace. V porovnávané práci se objevují i další klinické stavy, u kterých by respondenti nezahájili KPR jako je ohrožení vlastního života, mozková smrt, podepsaný příkaz DNR, infaustní prognóza, polymorbidita, vysoký věk aj. V těchto klinických stavech byl však výrazně nižší počet odpovědí. Jeden z respondentů v tomto výzkumu zmínil jako kontraindikaci k zahájení KPR, pokud by bylo ohroženo jeho zdraví. Ostatní zmíněné stavy (podepsaný příkaz DNR, infaustní prognóza, polymorbidita a vysoký věk) však respondenti zmiňovali v souvislosti s tím, že by tyto faktory měly na samotné rozhodování vliv.

Výsledky v oblasti infekčních onemocnění mohou být porovnány s bakalářskou prací Evy Dundálkové (2017) na téma *Profesionální nákazy v práci sestry intenzivní péče*. V této práci byla data sbírána kvantitativní metodou výzkumu ve formě dotazníků. Na otázku, zda mají

na pracovišti dostatek pomůcek, odpověděli pouze 2 respondenti *Ne* a 1 respondent odpověděl *některé schází*. Zbylým 96 respondentům přijdou ochranné pomůcky dostačující. V tomto výzkumu všichni respondenti mají možnost využít ochranné pomůcky, nebo mají možnost si ochranné pomůcky sehnat, ale část z nich zmiňuje, že v některých akutních situacích není možné z časových důvodů tyto pomůcky použít. V porovnávané práci byla v dotazníku otázka, týkající se důvodu k neužití ochranných pomůcek. V této otázce označilo 45 % respondentů odpověď *Použiji je vždy* a 39,8 % respondentů označilo *nedostatek času*. Zbytek respondentů označilo varianty, *nepovažuji to za nutné*, nebo *nedostatek pomůcek*. V této oblasti jsou si výsledky velmi podobné.

Limity práce

Tato práce byla limitovaná malým počtem respondentů, kdy nebylo v tomto rozsahu možné dosáhnout potřebné saturace dat. Pro získání dat byla použita metoda anonymních rozhovorů, pro které bylo nutné zajistit klidné prostředí a soukromí. To byl v některých situacích těžký úkol, protože velká část respondentů se nemohla nebo nechtěla sejít mimo pracovní dobu.

Doporučení pro další výzkum

Na podkladě této práce, by mohl být proveden rozsáhlejší výzkum o větším počtu respondentů, respondenti by kromě všeobecných sester a zdravotnických záchranářů, mohli být zastoupeni také z řad lékařů. Dále by podobný výzkum mohl být zaměřen na jednotlivá témata a rozebrat je více podrobně. Z výzkumu vyplývá, že by zdravotnický personál uvítal v některých oblastech větší informovanost.

Doporučení pro praxi

Přínosem pro praxi, by mohlo být rozšíření této problematiky prostřednictvím seminářů a konferencí na témata týkající se etických a právních aspektů resuscitace, tyto aspekty by mohly být též probírány v rámci konaných pravidelných školení KPR.

4. ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá etickými a právními aspekty zahajování, nezahajování, průběhu, a ukončování KPR. Cílem teoretické části bylo vytvořit stručný přehled etických a právních aspektů týkající se této problematiky. Splnění cíle bylo dosaženo nastudováním potřebné literatury a odborných pramenů a vytvořením teoretické části práce, která zahrnuje nejen informace o etických a právních principech a normách, ale také informace ohledně aspektů ovlivňujících rozhodování zdravotníků, potřebné pro uchopení průzkumné části práce. Právě tato kapitola (Vybraná témata ovlivňující rozhodování zdravotníků) byla tvořena s ohledem na data získaná v rámci průzkumu. Cílem průzkumné části, bylo zjistit, jak vybraní respondenti vnímají etické a právní aspekty KPR. Tohoto cíle bylo dosaženo pomocí kvalitativního šetření, které bylo prováděno na vybraných odděleních intenzivní péče u respondentů z řad všeobecných sester a zdravotnických záchranářů. Z provedeného výzkumu jasně vyplývá, že v této problematice existuje několik oblastí, kde zdravotnický personál a nejspíše ani veřejnost nemá dostatečný přehled obzvláště o legislativě. Za zmínku stojí určitě problematika dříve vysloveného přání, kdy většina respondentů ví o existenci tohoto přání, ale někteří nevědí, zda ho legislativa ČR vůbec upravuje. Zajímavé zjištění bylo, že s dříve vysloveným přáním se setkal pouze jeden respondent a to ve formě DNR. Dříve vyslovené přání u zdravotnického personálu vyvolává řadu otázek, ať už ohledně dohledávání tohoto přání, nebo případného rizika v podobě trestně právní odpovědnosti. Podobný problém byl zjištěn i u problematiky využití těla na výukové účely, kdy většina respondentů také nevěděla, zda a jakým způsobem toto téma legislativa ČR řeší. Ohledně dárcovství orgánů bylo však povědomí respondentů o legislativě uspokojující, všichni respondenti správně uvedli systém předpokládaného souhlasu. Povzbudivé je také to, že se většina respondentů nesečkala s předstíranou resuscitací, ale naopak smutné je, že se respondenti setkávají s resuscitací pacientů v terminálním stádiu onemocnění. Rozporuplné pak byly postoje respondentů k přítomnosti rodiny u KPR, kdy se situace zdá být snazší pro respondenty z řad zdravotnických záchranářů.

Z výzkumu vyplývá, že v některých oblastech si nejsou respondenti zcela jistí a nemají v nich dostatečný přehled. Týká se to například i povědomí o existenci doporučení pro KPR a existence etické části doporučení ERC. Větší informovanost zdravotnického personálu v oblastech dříve vysloveného přání, dárcovství orgánů, či paliativní péče by v tomto případě mohla být velkým přínosem. Tato informovanost by mohla být zvýšena například pomocí již konaného pravidelného povinného školení KPR, ale také prostřednictvím seminářů

a konferencí na témata týkající se etických a právních aspektů resuscitace. Velkým přínosem a pokračováním této práce by mohlo být provedení rozsáhlejšího výzkumu na více pracovištích intenzivní péče o větším počtu respondentů. Dále by se mohl provést podobný výzkum, který by byl však zaměřen pouze na konkrétní oblast, která by tak byla rozebrána více do hloubky. Zajímavým pokračováním této práce by mohlo být také provedení tohoto výzkumu s cílem zjistit vnímání dané problematiky z pohledu lékaře.

Práce na oddělení intenzivní péče je náročná a zdravotnický personál se zde setkává s nejrůznějšími situacemi. Pokud dojde k zástavě oběhu, zdravotnický personál je školený k tomu, aby co nejrychleji poskytnul potřebnou péči. Samotná situace je velmi vypjatá a časově, psychicky i fyzicky obtížná pro zdravotnický personál. Přehled o etické a právní problematice a dostatek základních poznatků usnadní zdravotnickému personálu rozhodování v těchto vypjatých situacích.

5. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

BARTŮŇEK, Petr, Dana JURÁSKOVÁ, Jana HECZKOVÁ a Daniel NALOS, ed. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-4343-1.

BIONDO, Chaiane Amorim, Maria Júlia Paes da SILVA a Lígia Maria Dal SECCO. Dysthanasia, euthanasia, orthotanasia: the perceptions of nurses working in intensive care units and care implications. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2009, 17(5), 613-619. [cit. 2018-07-18]. ISSN 1518-8345. Dostupné z http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000500003.

BOSSAERT, Leo L., Gavin D. PERKINS, Helen ASKITOPOULOU, Violetta I. RAFFAY, Robert GREIF, Kirstie L. HAYWOOD, Spyros D. MENTZELOPOULOS, Jerry P. NOLAN, Patrick Van de VOORDE a Theodoros T. XANTHOS. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015 Section 11. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. *Resuscitation* [online]. 2015, 95, 302-311 [cit. 2018-07-18]. ISSN 0300-9572. Dostupné z https://www.google.cz/search?source=hp&ei=KJVNW6PpG9SRmwX7xbuADw&q=guidelines+cpr+2015&oq=g&gs_l=psy-ab.1.0.35i39k112j0i131k112j0l3j0i67k1j0l2.4362.4362.0.6679.2.1.0.0.0.90.90.1.1.0....0...1c.1.64.psy-ab..1.1.88.0...0.kygJ9NSmEyc.

BUBLÁKOVÁ, Jana. *DNR jako eticko-ošetrovatelský problém* [online]. České Budějovice, 2012 [cit. 2018-07-06]. Dostupné z: <<https://theses.cz/id/4qtuov/>>. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Faculty of Health and Social Studies. Vedoucí práce prof. MUDr. Oto Masár, CSc.

COOK, Renee, Philip PAN, Ross SILVERMAN a Stephen M. SOLTYS. Do-Not-Resuscitate Orders in Suicidal Patients: Clinical, Ethical, and Legal Dilemmas. *Psychosomatics* [online]. 2010, 51, 277-282 [cit. 2018-07-18]. Dostupné z <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033318210706976>.

ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA. *Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010* [online]. 2010 [cit. 2018-07-20]. Dostupné z <http://www.csarim.cz/storage/app/media/Doporucene%20postupy%20a%20stanoviska%20CSARIM/dop-CLK-2010-31.pdf>.

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Počet zemřelých lidí v ČR na jednotlivá onemocnění k 31. 12. 2016* [online]. [cit. 2018-07-20]. Dostupné z <https://vdb.czso.cz/vdbvo2/faces/cs/index.jsf?page=uziv-dotaz#>.

ČÍŽOVÁ, Zuzana. *Pojem Do Not Resuscitate a omezená terapie v intenzivní péči* [online]. Brno, 2017 [cit. 2018-07-07]. Dostupné z: <<https://theses.cz/id/2qch1v/>>. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Mgr. Jitka Hůsková.

DOLEŽAL, Adam. *Eutanazie a rozhodnutí na konci života: právní aspekty*. Praha: Academia, 2017. ISBN 978-80-200-2687-3.

DRÁBKOVÁ, Jarmila. *Etika a kritické stavy*. In BARTŮNĚK, PTÁČEK a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011, s. 487 - 501. ISBN 978-80-247-3976-2.

DUNDÁLKOVÁ, Eva. *Profesionální náказы v práci sestry intenzivní péče* [online]. Brno, 2017 [cit. 2018-07-07]. Dostupné z: <<https://theses.cz/id/89nwhi/>>. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Mgr. Hana Pinkavová.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. Čtvrté, aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Galén, 2015. ISBN 978-80-7492-204-6.

HEŘMANOVÁ, Jana, VÁCHA, Marek, SVOBODOVÁ, Hana, ZVONÍČKOVÁ, Marie, a Jan SLOVÁK. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3469-9.

HOFÍREK, Petr. *Etické a právní aspekty resuscitace pacientů v terminální fázi onemocnění v přednemocniční péči* [online]. Pardubice, 2014 [cit. 2018-07-06]. Dostupné z: <<https://theses.cz/id/48n8qr/>>. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.

KABÁTOVÁ, Olga a Alena URÍČKOVÁ. Ageismus – věkově podmíněná diskriminace. *Sestra* [online]. 2013, 4 [cit. 20.7.2018]. ISSN 1210-0404. Dostupné z <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/ageismus-vekove-podminena-diskriminace-470127>.

KEMP, Peter a Jacob Dahl RENDTORFF. The Barcelona Declaration - Towards an Integrated Approach to Basic Ethical Principles. *Synthesis Philosophica* [online]. 2008, 23(2), 239-251 [cit. 2018-07-20]. ISSN 1848-2317. Dostupné z <https://philpapers.org/rec/KEMTBD-2>.

KLENER, Pavel. *Základy klinické onkologie*. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-716-5.

KRIEGELOVÁ, Marie. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2333-4.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2069-2.

LIPPERT Freddy K., Violetta RAFFAY, Marios GEORGIUC, Petter A. STEEND a Leo BOSSAERT. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 10. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. *Resuscitation* [online]. 2010, 81, 1445 - 1451 [cit. 2018-07-18]. ISSN 0300-9572. Dostupné z <http://genoplivning.dk/wp-content/uploads/2013/07/european-resuscitation-council-guidelines-for-resuscitation-2010-section-10-the-ethics-of-resuscitation-and-end-of-life-decisions.pdf>.

LOUČKA, Martin, Štěpán ŠPINKA a Martina ŠPINKOVÁ. *Eutanazie: víme, o čem mluvíme?* Praha: Cesta domů, 2015. ISBN 978-80-88126-08-9.

MAČÁK, Jirka, MAČÁKOVÁ, Marie a Jana DVOŘÁKOVÁ. *Patologie*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3530-6.

MENEZES, Milene Barcellos de, Lucilda SELLI and Joseane de Souza ALVES. Dysthanasia: nursing professionals' perception. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2009, 17(4), 443-448 [cit. 2018-07-18]. ISSN 1518-8345. Dostupné z http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000400002.

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

PFEIFEROVÁ, Veronika. *Rozhodování o kardiopulmonální resuscitaci v urgentní medicíně* [online]. Brno, 2017 [cit. 2018-07-06]. Dostupné z: <<https://theses.cz/id/x4xgjr/>>. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce doc. Mgr. Josef Kuře, Dr. phil.

PÍŠOVÁ, Barbora. *Ošetrovatelská péče o kadaverózního pacienta a pohled sester na dárcovství orgánů*. Č. Bud., 2012. bakalářská práce (Bc.). Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta.

POLIAKOVÁ, Monika. *Etické aspekty v oblasti dárcovství orgánů a orgánových transplantací* [online]. 2012 [cit. 2018-07-07]. Dostupné z: <<https://is.ambis.cz/th/l1bkm/>>. Bakalářská práce. Vysoká škola regionálního rozvoje a Bankovní institut – AMBIS. Vedoucí práce Eduard Mazák.

ROZSYPAL, Hanuš, Michal HOLUB a Monika KOSÁKOVÁ. *Infekční nemoci ve standardní a intenzivní péči*. Praha: Karolinum, 2013. ISBN 978-80-246-2197-5.

SLÁMA, Ondřej. *Klinické, etické a právní aspekty rozhodování o kardiopulmonální resuscitaci u terminálně onkologicky nemocných pacientů* [online]. Brno, 2009 [cit. 2018-07-07]. Dostupné z: <<https://theses.cz/id/7hh19t/>>. Disertační práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce prof. MUDr. Jiří Vorlíček, CSc.

SLOVÁČEK, L., P. PRIESTER, J. KOPECKÝ, B. SLOVÁČKOVÁ, D. ŠVECOVÁ, J. PETERA a S. FILIP. Paliativní onkologická péče v systému poskytování zdravotní péče v Královéhradeckém kraji: vlastní zkušenosti. *Klin Onkol* [online]. 2011, 24(4), 265-270 [cit.

2018-07-20]. ISSN 1802-5307. Dostupné z <https://www.linkos.cz/casopis-klinicka-onkologie/2011-08-15-4/paliativni-onkologicka-pece-v-systemu-poskytovani-zdravotni-pece-v-kralovehradec/>.

SMITH, Wesley J. *Refusing to Save Life of Suicide Victim: What We Are Becoming*. National Review [online]. 2008 [cit. 2018-07-20]. Dostupné z <https://www.nationalreview.com/human-exceptionalism/refusing-save-life-suicide-victim-what-we-are-becoming-wesley-j-smith/>.

ŠEBLOVÁ, Jana a Jiří KNOR. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4434-6.

ŠEVČÍK, Pavel a Martin MATĚJOVIČ, ed. *Intenzivní medicína*. 3., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Galén, c2014. ISBN 978-80-7492-066-0.

ŠIMEK, J., L. ZAMYKALOVÁ a M. MESANYOVÁ. Etické komise v České republice. *Prakt. Léč.* 2008, 88(1), 3-5. ISSN 0032-6739.

TRUHLÁŘ, Anatolij (ed.). Doporučené postupy pro resuscitaci ERC 2015. *Urgentní medicína* [online]. 2015 [cit. 2018-07-06]. Dostupné z http://urgentnimedicina.cz/casopisy/UM_2015_mimoradne-vydani.pdf

Úmluva o lidských právech a biomedicíně. Dostupné z <https://zdravotnickepravo.info/pravni-predpisy>

Usnesení č. 2/1993 Sb. o vyhlášení listiny základních práv a svobod jako součástí ústavního pořádku České republiky [online]. [cit. 2018-07-06]. Dostupné z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1993-2>

VOJTÍŠEK, Tomáš a Lukáš, PRUDIL. Informovaný souhlas s použitím částí těla pro vědecké a výukové účely. *Med. pro praxi* [online]. 2006, [cit. 2018-07-06]. Dostupné z <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2006/01/12.pdf>.

VONDRÁČEK, Lubomír, Vlasta WIRTHOVÁ a Jindra PAVLICOVÁ. *Základy praktické terminologie pro sestry: příručka pro výuku a praxi*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3697-6.

VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ, Hilda VORLÍČKOVÁ a kol. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3742-3.

Zákon č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů [online]. [cit. 2018-07-20]. Dostupné z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-258>.

Zákon č. 268/2014 Sb. o zdravotnických prostředcích a o změně zákona č. 634/2004 Sb., o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů [online]. [cit. 2018-07-20]. Dostupné z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2014-268>.

Zákon č. 285/2002 Sb. o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon) [online]. [cit. 2018-07-20]. Dostupné z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2002-285>.

Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) [online]. [cit. 2018-07-06]. Dostupné z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>.

Zákon č. 373/2011 Sb. o specifických zdravotních službách [online]. [cit. 2018-07-20]. Dostupné z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-373>.

Zákon č. 374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě [online]. [cit. 2018-07-20]. Dostupné z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-374>.

Zákon č. 40/2009 Sb. trestní zákoník [online]. [cit. 2018-07-06]. Dostupné z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-40>.

Zákon č. 89/2012 Sb. občanský zákoník [online]. [cit. 2018-07-20]. Dostupné z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-89>.

6. SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A - Tabulka č. 3 Trestné činy proti životu a zdraví

Příloha B – Tabulka č. 4 Trestné činy vzniklé porušením povinnosti vyplývající ze zaměstnání

Příloha C – Tabulka č. 5 Počet zemřelých lidí v ČR na vybraná onemocnění

Příloha D – Tabulka č. 6 TNM klasifikace

Příloha E – Tabulka č. 7 Karnofský index

Příloha F – Karanténní typy a profylaktická opatření

PŘÍLOHA A

Tabulka 3 Trestné činy proti životu a zdraví a jejich tresty (Zákon č. 40/2009 Sb.)

	Trestný čin	Trest
Trestné činy proti životu	Úmyslné usmrcení	Odnětí svobody 10-18 let, vyjímecný trest
	Usmrcení z nedbalosti	Zákaz činnosti, Odnětí svobody 3 roky
	Účast na sebevraždě	Odnětí svobody 3 roky
Trestné činy proti zdraví	Těžké ublížení na zdraví	Odnětí svobody 3-10 let
	Ublížení na zdraví	Odnětí svobody 6 měsíců – 3 roky
	Těžké ublížení z nedbalosti	Odnětí svobody 2 roky, Zákaz činnosti
	Ublížení z nedbalosti	Odnětí svobody 1 rok, Zákaz činnosti
	Těžké ublížení na zdraví na zdravotnickém pracovníkovi	Odnětí svobody (5-12 let)
	Ublížení na zdraví na zdravotnickém pracovníkovi	Odnětí svobody (1-5 let)
	Trestné činy ohrožující život a zdraví	Neposkytnutí pomoci
	Šíření nakažlivé lidské nemoci	Odnětí svobody 6 měsíců – 3 roky
	Šíření nakažlivé lidské nemoci z nedbalosti	Odnětí svobody 1 rok, zákaz činnosti

PŘÍLOHA B

Tabulka 4 Trestné činy vzniklé porušením povinnosti vyplývající ze zaměstnání a jejich tresty (Zákon č. 40/2009 Sb.)

Trestný čin	Trest
Usmrcení z nedbalosti	Odnětí svobody 1 -6 let
Těžké ublížení na zdraví z nedbalosti	Odnětí svobody 6 měsíců – 4 roky
Šíření nakažlivé nemoci	Odnětí svobody 2 – 8 let
Šíření nakažlivé nemoci z nedbalosti	Odnětí svobody 6 měsíců – 3roky

PŘÍLOHA C

Tabulka 5 Počet zemřelých lidí v ČR na některá vybraná onemocnění (Český statistický úřad, 2016)

Příčina smrti	Zemřelí
Nemoci oběhové soustavy	47 611
Novotvary	27 806
Nemoci dýchací soustavy	7 128
Poranění, otravy a některé jiné následky vnějších příčin	5 973
Vnější příčiny nemocnosti a úmrtnosti	5 511
Nemoci trávicí soustavy	4 512
Nemoci nervové soustavy	3 156
Některé infekční a parazitární nemoci	2 034
Příznaky, znaky a abnormální klinické a laboratorní nálezy nezařazené jinde	1 572
Nemoci močové a pohlavní soustavy	1 536
Poruchy duševní a poruchy chování	1 410

PŘÍLOHA D

Tabulka 6 TNM klasifikace onkologického onemocnění (Vorlíček, 2012)

T - Primární nádor		N - Regionální lymfatické uzliny		M - Vzdálené metastázy	
Tis	Carcinoma in situ	N0	Postižení se nezjistilo	M0	Nebyly zjištěny
T 1-4	Postupné zvětšování nádoru nebo jeho místní rozšíření	N 1-3	Postižení	M1	Prokázané
TX	Minimální požadavky na určení nebyly splněny	NX	Minimální požadavky na určení nebyly splněny	MX	Minimální požadavky na určení nebyly splněny

PŘÍLOHA E

Tabulka 7 Klasifikace celkové zdatnosti - Karnofský index (Vorlíček, 2012)

Karnofský index	
100%	Normální, praceschopný člověk, nevyžadující žádné speciální podpory
90%	Vykonává normální životní aktivitu, má přítomny příznaky choroby
80%	Zvládá normální životní aktivitu, ale již s větším úsilím než zdravý člověk, má přítomny příznaky nemoci
70%	Není schopen vykonávat veškerou práci jako dříve, běžnou životní aktivitu zvládá
60%	Nepracuje, je však schopen samostatného pohybu doma, potřebuje jen minimálně pomoci
50%	Jeho život doma potřebuje již výraznější pomoc
40%	Není schopen se o sebe postarat, vyžaduje stálou péči ústavní, nebo ekvivalentní péči doma
30%	Výrazně nesoběstačný, vyžaduje pomoc a pobyt v nemocnici
20%	Vážně nemocný, vyžaduje podpůrnou léčbu
10%	Moribundní, poslední síly člověka rychle opouštějí a smrt se přibližuje
0%	Mrtvý

PŘÍLOHA F

Karanténní režimy a profylaktická opatření

Typ karanténního režimu je dán způsobem přenosu konkrétního infekčního onemocnění, cílem je zabránit přenosu onemocnění na ostatní pacienty a personál. U infekcí, které nejsou přenosné z člověka na člověka, nebo je k přenosu nutný vektor členovec, není nutné zavádět specifická opatření. Dále rozlišujeme infekce přenosné z člověka na člověka krví a tělními tekutinami, kontaktem, kapénkami a vzdušnou cestou.

- **Infekce přenosné krví**

Mezi tyto infekce patří např. hepatitidy B, C, infekce HIV. Osoba se může nakazit krví, nebo předměty, které jsou krví kontaminované. Dále se může osoba kontaminovat také tělními tekutinami. Tyto infekce nevyžadují specifická izolační opatření, hlavním opatřením je používání rukavic pro odběry, či manipulaci s biologickým materiálem. Největší riziko pro zdravotnický personál představuje poranění se o jehlu, či ostrý předmět kontaminovaný pacientem.

- **Infekce přenosné kontaktem**

Jedná se o infekce přenášené přímým i nepřímým kontaktem, zejména fekálně-orální cestou, kdy se původce onemocnění dostane do úst druhé osoby. Mezi tyto onemocnění patří některá průjmová onemocnění a virus hepatitidy A. Pacient musí být umístěn na samostatném pokoji a nesmí z něj vycházet. Hlavním opatřením je správná hygiena a dezinfekce rukou. Ruce je nutné mýt teplou vodou a mýdlem, po osušení je třeba ruce dezinfikovat alkoholovým přípravkem. Vstup personálu a návštěv je povolen jen v plášti, rukavicích, čepici a ústence. Tyto ochranné pomůcky se při odchodu vyhazují do oddělených pytlů, následně je nutné provést hygienu a dezinfekci rukou, k dekontaminaci podrážek bot slouží lepicí rohožka.

- **Infekce přenosné vzdušnou cestou**

Původci těchto onemocnění jsou vylučovány z dýchacích cest a rozptylují se ve vzduchu. Druhou osobou můžou být vdechnuty i na delší vzdálenost. K těmto onemocněním patří respirační viry, tuberkulóza, spalničky. Pacient by měl být hospitalizován na samostatném pokoji. Základním opatřením je ochrana před inhalací zárodků, tomu můžeme zabránit filtračním odsávacím zařízením a používáním těsnících masek 3 M s chlopní. Pro tyto onemocnění je vhodné, aby pacienta ošetřoval zdravotník, který již dané onemocnění prodělal, nebo je chráněn očkováním.

- **Infekce přenosné kapénkami**

Tyto původci onemocnění se také vylučují z dýchacích cest, kapénky vznikají kašlem, kýcháním, mluvením, nebo při odsávání z dýchacích cest. Dosahují větších rozměrů, nezůstávají dlouho ve vzduchu a k přenosu dochází při těsnějším kontaktu, než při infekčních onemocnění přenosné vzduchem. V tomto případě není filtrační odsávací zařízení nutné, personál se chrání používáním obličejové masky. Pro transport by měl mít pacient nasazenou ústní masku k zamezení vylučování patogenů. (Rozsypal, 2013, s. 100 – 102)