

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2023

Radka Valentová

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Do Not Resuscitate v intenzivní péči

Bakalářská práce

2023

Radka Valentová

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2021/2022

# ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Radka Valentová**  
Osobní číslo: **Z20177**  
Studijní program: **B0913P360008 Zdravotnické záchranářství**  
Téma práce: **Do Not Resuscitate v intenzivní péči**  
Téma práce anglicky: **Do Not Resuscitate in intensive care**  
Zadávající katedra: **Katedra klinických oborů**

## Zásady pro vypracování

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

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

Seznam doporučené literatury:

- KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. Sestra. 176 s. ISBN: 978-80-247-2713-4.
- MATĚJEK, Jaromír, 2011. *Dříve projevená přání pacientů: Výhody a rizika*. Praha: Galén. 189 s. ISBN: 978-80-7262-850-6.
- ONDŘIOVÁ Iveta, 2021. *Etické problémy a dilemata v ošetrovatelské praxi*. Přeložila Ludmila MÍČOVÁ. Praha: Grada Publishing. Sestra. 144 s. ISBN 978-80-271-1696-6.
- PETREKOVÁ, Helena, 2010. *Dříve vyslovená přání a pokyny Do Not Resuscitate v teorii a v praxi*. Praha: Univerzita Karlova, Právnická fakulta. 97 s. ISBN: 978-80-87146-31-6.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Petra Šimková**  
Katedra klinických oborů

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2021**  
Termín odevzdání bakalářské práce: **4. května 2023**

**doc. Ing. Jana Holá, Ph.D.** v.r.  
děkanka

LS.

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

V Pardubicích dne 6. března 2023

## PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem *Do Not Resuscitate v intenzivní péči* jsem vypracoval samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byl jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 04. 05. 2023

Radka Valentová v.r.

## **PODĚKOVÁNÍ**

Největší dík patří vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Petře Šimkové za ochotu a oporu, kterou mi byla při konzultacích mé bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům, zdravotním sestřám a zdravotnickým záchranářům, kteří mi věnovali kus svého volného času účasti v průzkumu.

## **ANOTACE**

Bakalářská práce se v teoretické části zabývá základními poznatky o pojmu Do Not Resuscitate, rozdílech příkazu neresuscitovat u dětí a u dospělých, ale také jeho vztahu s etikou či právem. Průzkumná část je zaměřená na vztah nelékařských zdravotnických pracovníků, konkrétně zdravotních sester a zdravotnických záchranářů k tomuto příkazu.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

neresuscitovat, zdravotní sestra, jednotka intenzivní péče, Dříve vyslovené přání, etika

## **TITLE**

Do Not Resuscitate in intensive care.

## **ANNOTATION**

In theoretical part, the bachelor's thesis deals with basic knowledge of the concept Do Not Resuscitate, it deals with differences in Do Not Resuscitate order in the case of children and adults and it deals also with its relation to ethic and law. The exploratory part is focused on the relationship of non-medical health workers, namely nurses and paramedics to this order.

## **KEYWORDS**

Do-Not-Resuscitate, nurse, intensive care unit, Advance care planning, ethics

## OBSAH

Úvod.....	11
1 Cíle a metody práce .....	12
1.1 Cíle práce .....	12
1.2 Metody k dosažení cíle.....	12
Teoretická část .....	13
2 DNR.....	13
2.1 DNR u pacientů s nádorovým onemocněním .....	13
2.2 DNR u pacientů s nevléčitelnými terminálními onemocněními .....	16
2.3 DNR u pacientů na jednotce intenzivní péče .....	18
2.4 DNR u pacientů s diagnózou COVID-19.....	20
2.5 DNR u Chronické obstrukční plicní nemoci .....	22
2.6 DNR u dětských pacientů.....	24
2.7 DNR u novorozenců.....	25
3 Ustanovení DNR v právních dokumentech .....	27
3.1 Dříve vyslovené přání .....	27
3.2 Dříve vyslovené přání v zahraničí.....	28
3.3 Ukotvení pokynu DNR u dětských pacientů.....	29
4 DNR pohledem etiky .....	30
4.1 Etika jako součást práce zdravotních sester .....	30
4.2 Pokyn DNR v praxi.....	31
Průzkumná část .....	33
5 Metodika průzkumné části.....	33
6 Výsledky .....	37
6.1 Kategorie č. 1 – Znalosti problematiky DNR .....	38
6.2 Kategorie č. 2 – Zvyklosti při udělování pokynu DNR .....	39
6.3 Kategorie č. 3 – Zkušenosti s pokynem DNR.....	40



6.4	Kategorie č. 4 – Postoj k pokynu DNR.....	42
6.5	Kategorie č. 5 - Pocity při péči o pacienty s DNR.....	44
7	Diskuze .....	46
8	Závěr .....	53
9	Použitá literatura .....	56
9.1	Primární zdroje.....	56
9.2	Odborné články .....	56
9.3	Internetové zdroje.....	63
9.4	Ostatní .....	65
10	Přílohy.....	67

## **SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1- Základní údaje o respondentech (vlastní zdroj) .....	37
Tabulka 2 - Kategorie a podkategorie (vlastní zdroj) .....	37

## SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ARDS	Acute respiratory distress syndrome, Syndrom akutní dechové tísně
ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
CMP	Cévní mozková příhoda
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Chronická obstrukční plicní nemoc
ČR	Česká republika
DNR	Do Not Resuscitate
ECMO	Extrakorporální membránová oxygenace
E-KPR	Externí kardiopulmonální resuscitace
FZS	Fakulta zdravotnických studií
JIP	Jednotka intenzivní péče
KPR	kardiopulmonální resuscitace
LST	Life-sustaining treatment; život udržující terapie
NLZP	Nelékařští zdravotní pracovníci (zdravotní sestry a zdravotničtí záchranáři)
UPCE	Univerzita Pardubice
USA	United states of America, Spojené státy americké
WHO	World health organization, Světová zdravotnická organizace

## ÚVOD

Při mém studiu v oboru Zdravotnický záchranář jsem se několikrát setkala s pacienty, kteří měli v dokumentaci záznam Do Not Resuscitate (DNR). Začala jsem se proto o tuto, mnou neznámou problematikou podrobněji zabývat. Zajímalo mě, proč jej pacienti obdrží a jaké jsou pocity sester, které o ně pečují. Vhodnou metodou, jak se co nejlépe do problematiky ponořit, bylo sepsání bakalářské práce na ono téma. A co tedy takovýto pokyn znamená? DNR znamená neoživovat, neprovádět masáž srdce při zástavě krevního oběhu a dechu. Pokyn je kompetentní vyslovit ošetřující lékař pacienta. Ideální postup, který předchází tomuto rozhodnutí je rozhovor s rodinou a se samotným pacientem, pokud je toho schopen. Pokyn může vyslovit i sám pacient v dokumentu s názvem Dříve vyslovené přání, zde se může vyslovit k léčbám, které odmítá podstoupit, nejčastěji se takovýto dokument týká právě pokynu DNR. Největší zastoupení má u pacientů s nádorovým onemocněním či jinou terminální chorobou.

Teoretická část práce je rozdělena na tři hlavní kapitoly. První z nich je *DNR*, ta se zabývá obecným pojmem a v následujících podkapitolách rozebírá tuto problematiku u několika vybraných onemocnění u dospělých osob, dětí a novorozenců. Druhá hlavní kapitola s názvem *Ustanovení DNR v právních dokumentech* rozebírá právní náležitosti pokynu a to zejména z pohledu Dříve vysloveného přání a jeho modifikaci v zahraničí. Třetí hlavní kapitola *DNR pohledem etiky* se snaží uchopit pokyn z etické stránky, soustředí se na práci sester pečující o takto specifické pacienty.

Průzkumná část byla vytvořena pomocí polostrukturovaného kvalitativního rozhovoru. Na počátku byly vytvořeny průzkumné cíle, které udávaly směr tvorby dotazníku. Průzkumné šetření probíhalo v nemocnici krajského typu. Zde byli vybráni jako respondenti nelékařští zdravotní pracovníci (NLZP), konkrétně zdravotní sestry a zdravotničtí záchranáři na zdejším anesteziologicko-resuscitačním oddělení (ARO). Podmínkou pro účast v průzkumu byly odpracované dva roky na ARO. Rozhovor si dal za cíl zjistit pět hlavních bodů v kontextu DNR. Míru znalostí, zvyklosti na oddělení, zkušenosti, postoje a pocity NLZP. Získaná data z průzkumu byla následně analyzována a zpracována do konkrétních výsledků. V závěrečné části bylo provedeno hodnocení celého průzkumného šetření.

# 1 CÍLE A METODY PRÁCE

## 1.1 Cíle práce

Teoretickým cílem bylo popsat problematiku DNR u vybraných onemocněních dospělých a dětských pacientů. Dále bylo cílem přiblížit problematiku DNR vzhledem k právu a etice.

Průzkumnými cíli bylo:

- Zjistit znalosti, kterými disponují respondenti ohledně problematiky DNR a Dříve vysloveného přání.
- Zjistit zvyklosti spojené s pokynem DNR na zkoumaném oddělení.
- Zjistit zkušenosti s péčí o pacienty s pokynem DNR.
- Zjistit postoj respondentů k pokynu DNR.
- Zjistit jaké pocity respondenti prožívají při péči o pacienta s pokynem DNR.

## 1.2 Metody k dosažení cíle

V teoretické části práce byla aplikována metodika rešerše odborné literatury složené z odborných článků a knih. Využito bylo množství internetových databází, jako například BMC Palliative Care, databázi Ovid, Mednar, Medicine, Lippincott, BMC Medical Ethics, Pubmed.gov a Science Direct. Články na těchto databázích byly vyhledávány pomocí klíčových slov jako je Do-Not-Resuscitate, nurse, intensive care unit, Advance care planning, ethics. Dále bylo využito rozšířeného vyhledávání, pokud jím databáze disponovaly. Kritéria vyhledávání byly plné textové články a abstrakty, zmíněná klíčová slova a v neposlední řadě datum. Byly užity co nejnovější články, aby bylo možné zpracování těch nejaktuálnějších článků k problematice DNR v intenzivní péči. Konkrétně byly vyhledávány články mladší roku 2013. Dalším kritériem byl anglický jazyk, díky kterému byl možný výběr z co největšího množství vědeckých článků. Třídění probíhalo pomocí výše uvedených kritérií v rozšířených vyhledáváních. Podrobnější třídění probíhalo čtením abstraktů, v této fázi byla vyřazena na základě relevantnosti asi polovina článků, následně byly čteny plné texty článků, kde byla vyřazena další čtvrtina článků.

Provázanost obou částí práce bude spočívat v představení problematiky a aktuálnosti tohoto tématu v teoretické části a následně v pohledu NLZP na tuto problematiku v průzkumné části.

## TEORETICKÁ ČÁST

Na podkladě studia vyhledaných literárních zdrojů byl připraven text teoretické části. Ke tvorbě navazujícího textu byly vyhledány odborné časopisecké články českých a zahraničních autorů. Literární zdroje nejčastěji pocházely z knihy *Dříve vyslovená přání a pokyny Do Not Resuscitate v teorii a praxi*. Články pocházely nejčastěji z odborných periodik jako je *Journal of intensive care* nebo *Critical care medicine*. Text byl zhotoven přibližně ze čtyřiceti odborných článků.

## 2 DNR

Pojem DNR neboli „Do Not Resuscitate“ označuje příkaz neresuscitovat, tedy neoživovat, nezahajovat kardiopulmonální resuscitaci. V případě zástavy krevního oběhu pacienta se tedy nijak nezasahuje. O příkazu DNR může rozhodnout ošetřující lékař a to na základě pacientova klinického stavu. Další možností je rozhodnutí o DNR pacientem, který se tak může vyjádřit v rámci dokumentu Dříve vyslovené přání. V případě, že by pacient začal uvažovat o přání DNR, je důležitý rozhovor s lékařem, který informuje pacienta o všech negativních dopadech případné resuscitace. Dále je důležité zmínit, že příkaz DNR pouze říká neresuscitovat, zahrnuje nepoužití kardiopulmonální resuscitace (KPR) a nevyužití jiných možností spojených s resuscitací jako je defibrilace nebo intubace. Pokyn DNR nemá vliv na jinou léčbu nebo diagnostiku, která je pacientovi poskytována. To se týká například podávání antibiotik, infuzí nebo podpory plic ventilátorem (Rosenblatt, © 2023, Sabatino, 2022).

Obvyklou praxí, která se týká pokynu DNR je debata mezi lékaři na velkých vizitách, kdy ošetřující lékař konzultuje pacientův stav s dalším týmem lékařů. Bezpochyby tak může rozhodnout i sám. Takto se děje v případě pacientova bezvědomí. Pokud je pacient při vědomí, je na místě vzájemný dialog mezi ošetřujícím lékařem a pacientem (Marx, 2010, s. 20).

### 2.1 DNR u pacientů s nádorovým onemocněním

V posledních desetiletích můžeme sledovat tendenci vyššího počtu lidí, kteří se vyléčí z onkologického onemocnění. Ve Spojených státech amerických (USA) byl sepsán dokument National Cancer Act, který se zaměřuje na boj s rakovinou v tomto státě. Vznikalo a stále vzniká mnoho studií, které napomáhají léčbě nádorového onemocnění. K dnešnímu dni 70 % občanů, kteří trpí nádorovým onemocněním, přežijí pět let od jeho nálezu. Studie predikují, že za čtyři roky bude v USA více jak 20 milionů přeživších nádorového onemocnění. Díky

novým objevům a léčebným metodám v oblasti medicíny budou mít nemocní s vyvinutým nádorovým onemocněním předpoklad pro delší žití. Proto mnohým pacientům, kterým je diagnostikována tato nemoc, nehrozí přímé ohrožení života. Existují léčebné postupy přesně určené na míru takovýmto pacientům, jako jsou chirurgické operace specifické pro určitý typ rakoviny. Podstatné je vzít v úvahu všechna pozitiva těchto zákroků tak i jejich potencionální nebezpečí, následně pak vybrat vhodné léčebné metody. Všechna tato opatření je nutno konzultovat se samotným pacientem popřípadě jeho blízkými (Anesthesia Key, 2022).

V oboru onkologie je objednávka DNR o něco běžnější než v ostatních oborech. Lékař zde zvolí pokyn v případě, že by pacient nezvládl KPR kvůli svému špatnému zdravotnímu stavu či by jeho kvalita života po resuscitaci nebyla příliš dobrá. Pokynem DNR se odmítá základní a rozšířená neodkladná resuscitace tedy nepřímé stlačování srdce, dechová podpora plic, podávání resuscitační medikace a defibrilace. Následné rozhodnutí o pokynu musí být ze zákona oznámeno pacientovi či jeho rodině, která disponuje právem na získávání údajů o zdravotním stavu pacienta a na rozhodování o léčbě (Swedish Society of Medicine, Swedish Society of Nursing and Swedish Resuscitation Council, 2013; Swedish Resuscitation Council, 2018; Swedish Parliament, 2014).

### **Potřeba paliativní péče**

Nádorová onemocnění jsou velmi závažná a jejich prognóza nebývá příliš příznivá. Studie prozradily, že nádorová onemocnění zaujímají druhou příčku mezi úmrtími po celém světě. Aby se zlepšila hodnota žití u těchto pacientů, je potřeba jim poskytnout kvalitní hospicovou péči. Z výzkumů se však zjistilo, že pouhých 14 % na takovou péči dosáhne. V této péči hraje velkou roli sesterská práce, která se stává hlavním pečujícím a empatickým prvkem (Hassankhani et al., 2020).

Vliv paliativní péče a pokynu DNR zkoumala následující studie u pacientů s nádorovým i nenádorovým onemocněním. Předmětem byly rozdílnosti mezi těmito skupinami. Výzkum zjistil, že u skupiny zkoumaných pacientů, kteří zemřeli v důsledku onkologického onemocnění, bylo uplatněno více pokynů DNR (94,9 %) a rovněž ve více případech podstupovali paliativní léčbu (55,3 %). U obou skupin pacientů vznikaly rozdíly ve dnech strávených na oddělení v závislosti na tom, zda jim při zapsaném pokynu DNR byla umožněna i paliativní péče. U pacientů s nádorovým onemocněním se délka života po přijetí paliativní péče prodloužila o šest dnů. Naopak u pacientů s jiným nenádorovým onemocněním se délka života zkrátila v průměru o dva dny. U této skupiny pacientů byla

v polovině případů zaznamenána opožděná přijetí do paliativní péče. V průběhu výzkumu zjistili autoři postupné navyšování pokynů DNR a paliativní péče u pacientů s nenádorovým onemocněním (Shih et al., 2018).

### **Úleva od bolesti**

Majorita pacientů trpící rakovinou má jednu společnou charakteristiku a tou je bolest. Je pravdou, že vývoj medicíny v oblasti podávání opioidů je značný, stále se ale najdou určité rezervy. Ty spočívají zejména v edukaci zdravotníků. Zásadní je zvolení vhodného typu opioidu, jeho množství a znalost kontraindikací či možných vedlejších efektů. Nejčastější chyba, kterou se zdravotníci dopouštějí, je vysoká podávaná dávka léčiva a nedodržení maximální délky jejího užívání. Tyto nedostatky mohou nepochybně pacientovi uškodit. Vyvarováním se těchto chyb bude podpořeno zdraví nemocného, proto je třeba být v této oblasti více obezřetný (Bruera, Paice, 2015).

Problematikou pokynu DNR ve vztahu s využíváním opioidů představila studie prezentovaná odborným časopisem *Supportive Care in Cancer*. Předmětem zkoumání byla dospělá populace pacientů, která zesnula následkem onkologického onemocnění po přijetí pokynu DNR. Výzkum zjistil, že obecně větší dávku opioidů obdrželi nemocní trpící rakovinou tlustého střeva a konečníku, plic či prsu. Množství opioidů se lišilo i v závislosti na (ne)udělení pokynu. Pacientům před pokynem byly podávány opioidy ve 33,5 % případů a po souhlasu v 66,5 % případů. Pouhých 9,5 % pacientů přežilo měsíc hospitalizace po zapsání pokynu. Studie zjistila, že existuje statisticky významný vztah mezi pokynem DNR a podáváním opioidů. Důležitou roli hraje také typ onkologického onemocnění, se kterým se pacient léčí (Wang et al., 2019).

### **Vhodný čas na implementaci pokynu DNR**

Výzkum, uskutečněný v Číně zkoumal časovou problematiku udělování pokynu DNR. Studie byla vytvořena na hypotéze, že čas udělení pokynu hraje významnou roli v nepřirozeném prodlužování života nemocného. Autoři se snažili najít univerzální dobu, kdy je vhodné implementovat nemocnému pokyn. Zkoumanou skupinou se stali dospělí pacienti trpící onkologickým onemocněním. Pokyn DNR byl zapsán u 59 % z nich. Nemocní byli rozděleni do tří skupin dle doby, ve které obdrželi příkaz DNR. Medián získání pokynu činil tři dny, počítáno ode dne obdržení do dne úmrtí. První skupina neobdržela DNR příkaz v celém průběhu hospitalizace, druhá skupina měla zapsaný opožděný pokyn, tedy méně než tři dny před úmrtím a třetí skupina obdržela brzký pokyn, tedy dříve než tři dny před úmrtím.



Nepřímá masáž srdce byla využita u 96 % nemocných první skupiny, u pacientů druhé skupiny masáž činila 54,7 % a u skupiny třetí 16,5 %. Pacienti poslední skupiny se spíše neseťkávali se stavem, že na nich bude prováděna KPR či jiné život zachraňující výkony. Zároveň je u těchto pacientů pravděpodobnější, že jim budou předepisována opioidní analgetika a bude jim poskytnuta opora v oblasti duševního zdraví. U první a druhé skupiny pacientů, které obdržely pozdní pokyn DNR nebo ho neobdržely vůbec, byly pozorovány opačné trendy než u třetí zkoumané skupiny pacientů. Pokyny DNR, které byly aktivovány ve správnou dobu, tj. nad tři dny do úmrtí pacienta, souvisely s paliativní péčí, neinvazivními výkony a psychickou oporou. Studie zdůrazňuje, že pokyny DNR by měly být ve všech případech učiněny mnohem dříve. Stanovená doba tří dnů byla označena za nedostatečnou (Cui et al., 2020).

## **2.2 DNR u pacientů s nevléčitelnými terminálními onemocněními**

Terminální fáze nemoci označuje stav, kdy již není možné chorobu efektivně léčit a zvrátit její negativní průběh. V tomto bodě se zcela mění podstata přístupu zdravotníků k nemoci. Primárním prvkem léčby se stává péče a úleva od symptomů. Terminální znamená, že v těle nemocného již proběhly procesy, které poškodily jeho fyziologické funkce. Návrat přirozených procesů tak není možný žádnou dostupnou léčbou nebo by tato snaha spíše pacientovi uškodila a prodloužila jeho utrpení (Sláma, 2010).

### **Význam komunikace**

U pacientů s terminálním onemocněním je pokyn DNR rovněž aktuální téma. Aby nemocní svoji situaci lépe pochopili a učinili to nejlepší rozhodnutí o své další léčbě, je na místě řádná konverzace s lékařem. V posledních letech v tomto ohledu vidíme jistý pokrok. Lékaři se oproti minulosti více přiklání k tzv. Share modelu. Podstatou tohoto modelu, je více empatický přístup, zohledňování hodnot nemocného a konzultace jeho pohledu na léčbu. Nemocný se tak stává součástí diskuze ohledně jeho intervencí a cílů léčby. Bohužel, ne vždy byl takový přístup aplikován. V minulosti byl plošně uznáván paternalistický přístup. Je to pojem, kdy lékař sám rozhoduje, co je nejlepší pro nemocného, sám vytyčuje cíle v péči, kterých by měl nemocný dosáhnout (Vafková, Sláma, 2020).

Právě významnost komunikace zkoumala studie z roku 2019, která se zaměřovala na efektivitu diskuze mezi lékařem a nevléčitelně nemocnými. Lékaři, kteří byli zahrnuti do výzkumu, měli splněné školení Share. Princip tohoto školení byl zaměřen na správný rozhovor s nemocným. Lékaři se naučili jak sdělovat nepříznivé informace, důležitým prvek

se stala psychická útěcha a seznámení pacienta se všemi souvisejícími skutečnostmi, v tomto případě pokynem DNR. Blízcí, kteří byli určeni jako zástupci ve věci souhlasu poskytování či neposkytování léčby častěji přijali pokyn DNR po rozhovoru s nemocným pacientem (45,7 %) nebo po diskuzi s lékařem (54,3 %). Výzkum dokázal, že schopnost lékaře správně mluvit a předávat informace nemocným měla velmi pozitivní vliv na jejich svolení s pokynem DNR. Lékaři disponovali věděním jakým způsobem předávat negativní zprávy, jak poskytovat psychickou útěchu terminálně nemocným. Tato studie prokazuje, jakou důležitost představují správně zvolená slova a empatický přístup lékaře. Získání těchto dovedností je žádoucí pro všechny lékaře pracující v oblasti paliativní péče (Chen et al., 2019).

### **Paliativní péče**

Paliativní péče tvoří velmi důležitý prvek v péči terminálně nemocného pacienta. Počty takovýchto pacientů, kteří vyžadují paliativní péči, rok od roku stoupá. Bohužel, stále je mezi pacienty či dokonce personálem mnoho jednotlivců, kteří si myslí, že brzké umístění do tohoto speciálního typu zařízení urychluje příchod smrti. Není k dispozici žádná studie, která by tento výrok potvrdila. Tato specializovaná forma péče poskytne pacientům prožít konec života, jak si oni sami přejí, zaměřuje se na pacientovu duševní pohodu a možnost trávení času se svými blízkými (Buss, Rock a McCarthy, 2017).

Autoři Chang et al. (2016) vytvořili studii zaměřující se na vztah pokynu DNR a poskytování paliativní péče pacientům s neoncologickým terminálním onemocněním. Příčiny úmrtí nemocných byly různorodé. Zahrnovaly například choroby plic, mozku, srdce, poruchy funkce jater či ledvin. Největší zastoupení pokynů DNR bylo zjištěno ve skupině nemocných s diagnózou onemocnění ledvin (80 %). Další tři skupiny pacientů s chorobami jater, mozku a plic souhlasili ve více jak 70 % případů. Naopak paliativní péče byla přijímána vzácně. Nejvíce nemocných, kteří tuto péči přijali, byli ze skupiny s cirhózou či dlouhodobou chorobou jater v pouhých 17,4 %, sestupně je pak následovali nemocní se selháním ledvin a plicními chorobami. Výzkum zjistil velký zájem o pokyn DNR ze strany pacientů a to ve všech zkoumaných skupinách, naopak paliativní péče jim byla poskytována velmi zřídka.

### **Život udržující léčba**

Posláním ošetřujícího lékaře je zachovat pacientův život a snižovat jeho bolest. Taková pomoc může představovat formu tzv. život udržujících terapií (LST – life sustaining treatment), jsou to takové intervence, které zajistí delší bytí nemocného, nikoli však navrácení jeho původního zdraví. Mezi tyto podpůrné terapie se řadí plicní ventilace, dialýza, léčba

antibiotiky či paraenterální strava. V procesu rozhodování tohoto typu je nutné brát v úvahu autonomii nemocného (Virtual mentor, 2013).

Průzkum zaměřující se na problematiku DNR v závěrečné fázi života s využitím léčby prodlužující život, zveřejnili autoři Werff et al. (2022) v norském vědeckém časopise. Úkolem bylo určit okolnosti objednávek DNR a zjistit nejběžnější terapie navyšující dobu strávenou na oddělení. Celkem 91 % sledovaných pacientů obdrželo pokyn DNR. S přibývajícím dnem stráveným v nemocničním zařízení se počet nemocných s pokynem navyšoval. 40 % nemocných neobdrželo žádnou redukci v terapii po obdržení pokynu, u více než poloviny nemocných bylo ustoupeno od kanylou zajištěné plicní dechové podpory. Nejčastější terapií, která zajistila pacientovi delší pobyt v nemocnici, byla žilní infuze a antibiotika. U většiny udělení pokynů DNR rozhodnutím lékaře, byla důvodem tzv. marná léčba, která by následovala po resuscitačních opatřeních. Z dostupných výsledků vyplynulo, že pokyny DNR jsou zadány pozdě a to až s blížící se smrtí pacienta. Zároveň se zjistila vysoká míra užívání život prodlužujících prostředků ke konci života pacienta.

### **2.3 DNR u pacientů na jednotce intenzivní péče**

Pacienti, kteří se léčí na jednotce intenzivní péče (JIP) a zároveň disponují pokynem DNR se mohou ve větší míře setkávat s častějším omezením v léčbě, přestože se pokyn vztahuje pouze k resuscitačním opatřením. Tato chyba plyne zejména z nedostatečné edukace zdravotníků, která může přímo ohrožovat poskytovanou intenzivní léčbu, na kterou má pacient s pokynem právo (Driggers et al., 2022a).

#### **Patří pacienti s pokynem DNR na JIP?**

Pokyn DNR je určen zejména pro pacienta blížící se k závěru života. Pokud pacient disponuje pokynem ještě před přijetím na JIP, je sporné, zda bude zdejší intenzivní léčba a péče pro něj vhodná. Je nutno v této fázi vzít v potaz a porovnat všechny pozitivní a negativní faktory. Pro nemocné s vážnými onemocněními a pokynem DNR se může zdát tato léčba spíše neefektivní a zbytečná, proto se velmi často stává, že jsou tito pacienti vedením JIP odmítáni. Některým z nich, ale může právě tato léčba značně pomoci v navýšení kvality jejich života (Wang et al., 2019).

Spolehlivým ukazatelem úspěšnosti případné resuscitace je u pacientů na JIP skóre Apache II., které hodnotí pravděpodobnost skonu při život zachraňujících úkonech. Toho je využito při hospitalizacích nových pacientů. Skóre může mimo jiné pomoci i s plánováním léčby, aby nebyla pro pacienta zbytečně zatěžující. Resuscitace pacienta s vysokým skóre

Apache II. může zavinit jeho fyzické poškození. Mnoho z nich se tak nedožije propuštění. Nejnovější výzkumy ukazují, že pravděpodobnost úspěšné resuscitace takových pacientů je velmi nízká. Zároveň bylo prokázáno, že čím závažnějším onemocněním pacient trpí, tím více u něj klesají pozitivní účinky KPR. Ideálním východiskem pro tyto pacienty se stává pokyn DNR (Baldor et al., 2022; MDCalc, ©2005-2023).

Pacienti, kteří podstoupí úspěšnou KPR, mohou paradoxně čelit narušením funkce neuronů. Výzkumy zjistily, že pacienty, které postihne zástava srdce s nedefibrilovatelným rytmem mají pouhých 6 % pravděpodobnost, že se jejich správná a pravidelná srdeční činnost obnoví a z tohoto počtu se mnoho z nich nikdy neuzdraví do podoby zdravotního stavu před srdeční zástavou. Proto je nutná včasná komunikace s pacientem a jeho rodinou o postupu při náhlé zástavě srdce. Tyto rozhovory by měly dále vést k vylepšení vhodného rozvrhu péče pro specifické potřeby pacienta (Teixeira, Cardoso, 2019).

### **Typ onemocnění ovlivňuje přijetí pokynu DNR**

Výzkum zabývající se problematikou pokynu provedli autoři Aletreby et al. (2022) v Saudské Arábii. Hlavním cílem vytyčeným autory byl vliv typu onemocnění na čas zapsání pokynu DNR do dokumentace pacienta. Na počátku studie byly vyčleněny pojmy brzké obdržení DNR, tzn. méně jako dva dny od hospitalizace na JIP a opožděné obdržení DNR, tzn. více, jako dva dny od hospitalizace. Pacienti byli rozděleni do dvou skupin dle zapsání pokynu. Už v této fázi výzkum zaznamenal velké odlišnosti. Do první skupiny brzkého pokynu bylo zařazeno 21,7 % nemocných a do druhé skupiny s opožděným pokynem patřilo 78,3 % nemocných. Ve druhé skupině se sdružovali pacienti, kteří častěji trpěli tzv. syndromem akutní dechové tísně (ARDS), cévní mozkovou příhodou (CMP), onemocněním COVID-19, zápallem plic či náhlou poruchou ledvin. Pacient s diagnózou ARDS měl až o 230 % větší šanci, že mu bude udělen opožděný pokyn, u nemocného s CMP se tato možnost zvýšila o 150 %, naopak septický šok přispěl spíše k brzkému přijetí pokynu. Predikce vývoje onemocnění hrála nejvýznamnější roli. Ve stavech, kdy lékaři očekávali efektivní léčbu, která nabude pozitivního konce, byl častěji udělován opožděný pokyn. Ve stavech, kdy lékaři očekávali negativní vývoj pacientova zdraví, byl udělován brzký pokyn.

### **Život udržující léčba**

V procesu léčby může nastat situace, kdy se terapie stane neefektivní, postrádající příznivé výsledky. V této fázi se ošetřující lékař nejčastěji přikloní k léčbě udržující život. Tato léčba se pokládá za zcela běžnou právě na JIP, kde má za cíl podporu tělesných funkcí a předejetí

jejich selhání. Tento přístup již patří do péče paliativy, není však výjimkou, že je uplatňován i na intenzivních jednotkách (Mercadante, Gregoretti a Cortegiani, 2018).

LST u pacientů s DNR zkoumala studie zveřejněná v časopise *Internal journal of environmental research and public health*. Konkrétně se zaměřila na vztah mezi DNR a následnou léčbou u pacientů na JIP. Základem pro vytvoření studie byl předpoklad, že moderní medicína a její technika a terapie navyšují délku života akutně nemocných pacientů. Do této kategorie patří i LST, která má mnoho pozitiv, zároveň se ale s jejím využíváním zvyšuje možnost nepřirozeného prodlužování života. Výzkum měl za cíl zjistit, u jak velkého množství nemocných se souhlasem DNR následuje KPR nebo omezení LST. Před úmrtím souhlasilo s DNR 82,6 % nemocných. Pacienti s pokynem DNR měli větší tendenci k absolvování hospicové péče. Před hospitalizací disponovalo pokynem DNR pouhých 8,2 % nemocných, avšak do dvou dnů od přijetí do nemocnice jich souhlasilo celkem 58,9 %. Studii se potvrdil předpoklad, že pacienti s DNR mají menší šanci, že jim bude poskytnuta KPR. Stlačování a defibrilace byla u této skupiny zjištěna ve velmi nízké míře, nejvíce bylo využíváno resuscitačních medikamentů. Většina pacientů na zdejší JIP užívala podporu plic ventilací díky zavedení endotracheální kanyly (94 %) či měření tlaku pomocí katétru zavedeným v arterii (95,1 %). Ovšem nejčastější LST se stalo užívání antibiotik u 96,4 % pacientů. Pouze u 5,4 % pacientů byla omezena či zcela zrušena LST. Výzkum nabádá k upuštění od LST a častějšímu využití pokynů DNR u závažně nemocných pacientů. Jako další východisko podporuje výzkum praktikování LST po určité období v závislosti na stavu pacienta (Shiu et al., 2022).

## **2.4 DNR u pacientů s diagnózou COVID-19**

Většina pokynů DNR je ukládána pacientům s chronickou chorobou a s nepříznivou predikcí vývoje nemoci. U nemocných s aktivním onemocněním tento jev nebyl až do nedávné doby tak často pozorován. Milníkem se stala pandemie COVID-19, která ovlivnila udělování těchto pokynů. Ke zvládnutí pandemie nebyly téměř žádné zdroje, žádný precedent, který by napomohl k jejímu řešení. Každá země si tak vytvořila svůj způsob, podle jakého rámce pacienty rozdělovat. Mnohým pacientům tak začal být připisován pokyn DNR (Sultan et al., 2021).

Nově vzniklé globální onemocnění s sebou přineslo stará etická dilemata. Rovnost a poskytování stejné péče všem, nebylo už možné u každého pacienta, jak z personálních, tak i ekonomických důvodů. Bylo nutné vytvořit systém, podle kterého se co nejefektivněji

uplatní zdravotní péče. Hlavním kritériem se stal fyziologický stav pacienta a jeho prognóza uzdravení. V současnosti používané obecné pokyny DNR nepovažují autoři studie za vhodný přístup u pacientů s onemocněním COVID-19. Mnohdy se využívá plošného vydávání pokynů dle typu onemocnění, jako je například toto. Jako nejvhodnější postup je navrhována jednotlivá klasifikace každého pacienta zvláště s ohledem na jeho zdravotní výsledky a následná volba plánu léčby (Bledsoe et al., 2020).

### **KPR u pacientů s COVID-19**

KPR v dnešním světě medicíny není vnímána jako ta nejlepší možnost pro každého pacienta se srdeční zástavou. Takovým příkladem jsou pacienti s těžkým COVID-19 onemocněním. U takto nemocných pacientů byla zjištěna úspěšnost KPR v pouhých 11 % případů. Pro tyto těžce nemocné pacienty je žádoucí příkaz DNR, který je ochrání před zatěžující KPR v případě zástavy krevního oběhu. Studie z roku 2021 se zaměřila právě na tyto pacienty. U majority nemocných (83,5 %) rozhodl o odmítnutí KPR jeho zástupce, protože toho sami pacienti nebyli schopni kvůli svému špatnému zdravotnímu stavu. Každému třetímu pacientovi byl zapsán pokyn již během prvního dne hospitalizace. 15,7 % pacientů, kteří během hospitalizace měli zapsán pokyn DNR v dokumentaci, bylo uzdraveno a následně propuštěno z nemocnice. Studie zjistila, že pokyn DNR významně přispěl k úmrtím zkoumané skupiny pacientů. Dále výzkum zdůraznil významnost brzké komunikace o pokynu DNR u pacientů, které spojuje vysoký věk nebo u těch, kteří trpí vícero onemocněními, ve snaze o zachování důstojnosti a sebeurčení pacienta (Kirupakaran et al., 2021).

Podle článku zveřejněného v časopise Resuscitation, by u nemocných se suspektním či potvrzeným onemocněním COVID-19 neměla být prováděná tzv. externí KPR. Ta je prováděná u pacienta, který je připojen na mimotělní krevní oběh. Autor článku považuje přínosné faktory této intervence za nedostatečné. Převažují zde spíše negativa plynoucí pro zdravotníky. ARO týmy provádějící resuscitaci jsou vystaveny nadměrnému úsilí jak po psychické tak i fyzické stránce, aby zamezili své nákaze. Navíc extrakorporální membránová oxygenace (ECMO) patřila v době této nákazy za méně dostupnou. Umožnit všem nemocným takto kvalitní péči během pandemie není zcela možné. Nemocnice musí myslet i na ostatní pacienty s potřebou ECMO, kteří nejsou infikováni touto závažnou nemocí (Kandori, Narumiya a Iizuka, 2020).

## **Úmrtnost pacientů v závislosti na přijetí pokynu DNR**

Významný průzkum představil odborný časopis *Clinics in dermatology*. Autoři se v oné studii rovněž zaměřili na pojem DNR v souvislosti s novým onemocněním SARS-CoV-2. Zkoumána byla četnost úmrtí mezi pacienty, kteří byli postiženi tímto onemocněním a disponovali pokynem DNR a těmi, kteří pokyn DNR ve své zdravotnické dokumentaci neměli. Největší výskyt pokynu zjistila studie u zemřelých pacientů a to v 89,1 % případů. Naproti tomu pacienti, kteří se uzdravili, měli v pouhých 28,6 % případů zaznamenán pokyn DNR. Nemocní s tímto zápisem byli obecně starší než jejich kolegové bez něj. Pacienti s pokynem rovněž strávili v nemocnici dvakrát delší dobu než ti bez něj. Mnoho zdejších nemocných trpělo jedním nebo větším počtem přidružených onemocnění, některé z nich bohužel přispívaly k exacerbaci COVID-19. Nemoci oběhového systému nepřispěly ke zhoršení zdravotního stavu, naopak choroby metabolického charakteru, onkologického typu či choroby dýchací soustavy vedly k vyššímu výskytu úmrtí mezi pacienty (Alhatem et al., 2021).

### **2.5 DNR u Chronické obstrukční plicní nemoci**

Chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN) se manifestuje jako dlouhodobý zánět, který způsobuje zmenšení průsvitu průdušek a destrukci sklípků plic. Etiologicky je onemocnění ve většině případů způsobeno na podkladě dlouhodobého kouření. Pacienti trpící tímto onemocněním nemají postiženy pouze plíce, současně mohou být negativně ovlivněny také srdce a cévy. Významným typem je exacerbace CHOPN, neboli zhoršení průběhu nemoci, které může nemocného přímo ohrožovat na životě (Český občanský spolek proti plicním nemocem, 2022).

Podle světové zdravotnické organizace (WHO) zemřelo na výše zmíněnou chorobu v roce 2019 přes tři miliony lidí po celém světě. Brzká identifikace nemoci, její léčba a zejména razantní omezení kouření je klíčem ke zmírnění příznaků nemoci. Bohužel CHOPN je jedním z mnoha nemocí, které se dají léčit nikoli zcela vyléčit. Cílem léčby je zmírnit dopady na kvalitu života pacienta a předejít exacerbaci onemocnění. Základním léčivem pro toto onemocnění jsou inhalační kortikosteroidy, které rozšiřují dýchací cesty při záchvatu, dále se mohou využívat jako prevence (WHO, 2022).

### **Prvky přispívající k udělení pokynu DNR**

Pokyn DNR se často vyskytuje i u pacientů s exacerbací CHOPN. Vývoj této nemoci není lehké předpovědět a proto je pro pacienty volba pokynu DNR obtížná. Výzkum publikovaný

roku 2018, cíleně vytvořený na tuto problematiku, se zabýval analýzou prvků, které vedly pacienty k brzké volbě pokynu DNR ještě před hospitalizací. Předmětem zkoumání se stali terminálně nemocní trpící CHOPN, kteří následně zemřeli na základě této diagnózy. Aby mohli být nemocní takto klasifikováni, museli vykazovat tři symptomy a to dechovou nedostatečnost, více než jedno přidružené onemocnění a srdeční tep vyšší jako 100 úderů za minutu v neaktivitě. Pacienti byli rozděleni do dvou skupin, na nemocné s brzkým pokynem DNR a pozdním pokynem DNR. Výzkum zjistil, že 86,3 % terminálně nemocných zesnulo v souvislosti s pokynem DNR, ke kterému se vyslovili v rámci dokumentu Living will (zahraniční modifikace Dříve vysloveného přání). Nemocní s brzkým pokynem DNR tvořili pouhých 30 %. Pacienti, kteří svolili k brzkému pokynu, spojoval zvýšený srdeční tep nad 100 úderů za minutu, vysoký věk, prudké snížení dechové aktivity a selhání pravé části srdce. Významný rozdíl zaznamenala studie v souvislosti s časovým rozmezím od zahájení pokynu do úmrtí pacienta. Tato střední hodnota činila 68,5 dne u nemocných s brzkým pokynem. Naopak druhá skupina nemocných s pozdním pokynem disponovala průměrně pěti dny. Dalšími zjištěnými výsledky u nemocných s brzkým pokynem DNR byla sporadická hospitalizace na JIP, nižší výskyt podpory plic a také se tato skupina vyznačovala zkráceným pobytem v nemocnici. Výzkum zjistil, že více jak 85 % pacientů chtělo přistoupit k pokynu DNR mnohem dříve. Navzdory tomu bylo 70 % DNR objednávek učiněno při terminální hospitalizaci (Fu et al., 2018).

V následující studii se autoři Raskin et al. (2018) zaměřili na pacienty s CHOPN, jejichž nemoc se ještě nerozvinula do terminální fáze. Studie probíhala dlouhodobě, až osmiletým pozorováním mimo primární péči. Více jako polovina pacientů (61 %) nedisponovala během celého výzkumu pokynem DNR, následně zemřela přibližně čtvrtina z nich. Naopak nemocní, u kterých byl v průběhu studie pokyn přidělen, vykazovali úmrtnost 82 %. Byly zjištěny čtyři prvky, které měli vliv na udělení pokynu DNR lékařem. Tvořil je vysoký věk, dlouhodobá vazba na kyslík, námaha při vydechovaném objemu vzduchu za jednu vteřinu a umělá plicní ventilace v anamnéze. Pacienti se rozřadili do čtyř skupin podle poskytované formy DNR. První skupina pacientů se zastoupením 11 % neodmítala jakékoli intervence zachraňující život. Druhá skupina obsahovala dvě další podskupiny. Podskupina první odmítala jakékoli KPR, zde bylo zahrnuto 24 % pacientů. Podskupina druhá odmítala KPR a invazivní zajištění dýchacích cest, dle posouzení lékaře však bylo možné využití neinvazivní ventilace, tvořila nejpočetnější skupinu se 40 % pacientů. Třetí skupina pacientů byla specifická odmítáním KPR, invazivního zajištění dýchacích cest i neinvazivní ventilací, zde se zařadilo 24 %



pacientů. V poslední vytvořené skupině s pouhým jednoprocenním zastoupením došlo k úplnému přerušení veškeré péče.

## **2.6 DNR u dětských pacientů**

Současná data uvádějí, že přes veškerou snahu zemře až 20 % dětí trpící rakovinou. Proto je žádoucí brzké stanovení cílů péče, které budou pro dítě minimální zátěží a zajistí mu kvalitní a hodnotný zbytek života. Bylo zjištěno, že žádný faktor jako je například náboženství či typ nádoru nehraje roli v přijetí pokynu či jiným ovlivněním terapie. Jediným prvkem, na kterém záleží, je komunikace. Optimálně by taková diskuze měla zahrnovat rodiče, dítě a zdravotnický personál (Bilal et al., 2019).

### **Omezení léčby**

Autoři Jeffrey Burns et al. (2014) zveřejnili průzkum týkající se úmrtnosti dětských pacientů v pěti fakultních nemocnicích napříč USA. Výsledkem bylo, že 70 % dětských úmrtí nastalo v souvislosti s withdrawing nebo withholding therapy. Anglický pojem withdrawing therapy označuje ukončení současné terapie, která již nadále není efektivní. Withholding therapy znamená nezačínání konkrétní terapie. Druhá nejčastější příčina úmrtí byla u 16 % mozková smrt a zbylých 14 % skonalo v důsledku nezdařilé KPR. Dále bylo zjištěno, že 57 % dětí zemřelo v průběhu prvního týdne v nemocnici na JIP. Tyto děti umírali nejčastěji v důsledku mozkové smrti či nezdařilé KPR. Naopak pacienti, k jejichž úmrtí došlo později, umírali spíše po ukončení či omezení terapie.

Obdobný výzkum na stejné téma byl prováděn i ve Španělsku, výsledek byl zveřejněn v časopisu *Anales de Pediatría* autory Tunas et al. (2019). Více jak polovina dětí zemřela kvůli omezení léčebné snahy tzv. limitation of therapeutic effort, pojem může zahrnovat pokyn DNR, odejmutí ventilátoru nebo medikace podporující krevní oběh. Největší podíl omezené léčby tvořila objednávka DNR (45 %). Dalších 33,8 % zemřelo v důsledku neúspěšné KPR a u zbylých 15,4 % to byla smrt mozku. Tři čtvrtiny pacientů zemřelo na podkladě chronického onemocnění, nejčastějšími problémy byly choroby srdce a plic. U dětských pacientů se srdečním onemocněním bylo typické odejmutí ventilátoru a medikace podporující oběh. Pacienti s plicními chorobami pak častěji obdrželi pokyn DNR, aniž by jim byla odeprána podpora ventilátoru. Pacientům, kterým byla omezena léčebná snaha, zahrnovala děti s častějšími příjmy v nemocnici, s nádorovými nebo s jiným dlouhodobým onemocněním.

## **Invazivita léčby**

Odborný časopis *Journal of Palliative Medicine* zkoumal pacienty na dětské JIP se statutem DNR. Podrobněji se výzkum zabýval vztahem mezi invazivitou léčby v souladu s tímto pokynem. Třetina pacientů disponovala časným příkazem, měla prokazatelně méně agresivní léčbu a diagnostické postupy na rozdíl od pacientů, kteří disponovali pozdním příkazem (49 %). Právě brzký pokyn by mohl znamenat vývoj v péči o nemocného a nastavit reálné cíle, které nebudou tak zatěžující. Dále se zmenší psychické a tělesné strádání. Výzkum vyzdvihl pozitivitu brzkých pokynů, které mohou zajistit důstojnou smrt dětského pacienta (Ennamuri et al., 2021).

## **2.7 DNR u novorozenců**

Stavy, které vedou ke KPR, mohou mít mnoho podob. U novorozenců to může ovlivnit brzký porod před 37. týdnem, tělesná degenerace nebo jiné deformity. KPR provádí vždy vyškolený ARO tým. Obezřetnost musí u tohoto život zachraňujícího úkonu spočívat v minimalizaci chyb, které mohou být pro novorozence fatální. Statisticky je KPR u této skupiny úspěšnější než u dospělé populace. Nejčastěji zákonní zástupci rozhodují o pokynu DNR u novorozence, který se narodí před 24. týdnem. Případná KPR by v tomto stavu mohla představovat značné trápení pro tak malého jedince. Obecné doporučení říká, že resuscitace by neměla být prováděna u dítěte, které bylo narozeno před 23. týdnem těhotenstvím (Miller & Wagner, 2021).

## **Zkušenosti zdravotníků**

Výzkumy, které se zabývají pokynem DNR u dospělé populace ukázaly, že při přijetí DNR během hospitalizace lékaři uplatňují méně invazivní zákroky. U novorozenců nebyl tento stav detailně zkoumán. Studie publikovaná v časopise *Pediatric Critical Care Medicine* se zabývá právě příkazem DNR na novorozenecké JIP. Zkoumány byly čtyři různé novorozenecké JIP. Mezi dotazovaným zdravotnickým personálem byli zdravotní sestry a lékaři pracující na novorozenecké JIP. Ve 41 % případů uvedli respondenti, že byl vydán pokyn DNR u dítěte, bez toho aby byla problematika rozebrána s rodiči dítěte, u těchto novorozenců byly přerušeny veškeré zákroky při nenasazení žádné nové terapie. 27 % zdravotníků uvedlo zkušenost s péčí o novorozence s DNR, u něhož bylo přistoupeno k nezačínání terapie. Ve své praxi mělo 57 % dotazovaných zkušenost s péčí o novorozence s příkazem DNR. Dotazovaní respondenti se ve většině shodli na důležitosti přijetí withholding či withdrawing therapy u novorozenců s příkazem DNR (Arzuaga et al., 2018).

## **Život udržující terapie**

V posledních letech se zlepšila péče a kvalita života u velmi předčasně narozených dětí, stejně příznivý vývoj byl zaznamenán u novorozenců s terminálními chorobami, kteří žijí podstatně déle. Důležitým milníkem ve státě Taiwan, kde se výzkum uskutečnil, bylo povolení o ukončení LST u novorozenců. Studie zde porovnávala změny, které nastaly po tomto uzákonění. Autoři analyzovali základní informace o novorozenci a o prvcích, které vedly k jejich úmrtí. Výzkum zjistil pravidelnou tendenci zvyšování počtu pokynů DNR a to z 57,9 % z roku 2008 až 2009 na hodnotu 93,8 % z roku 2016 až 2017. U 60 % novorozenců byla zachována LST a taktéž podepsán pokyn DNR. Odmítnutí DNR a zachování LST autoři zjistili u 21 % novorozených. Studie závěrem vyjádřila spokojení s příznivým vývojem paliativní péče u novorozenců (Chen et al., 2020).

### 3 USTANOVENÍ DNR V PRÁVNÍCH DOKUMENTECH

Ve světě moderní medicíny jsou pacienti vedeni k zapisování svých přání týkající se budoucí léčby do právních dokumentů. Tyto listiny zaručí pacientům, aby jejich přání byla respektována v momentě, kdy nebudou schopni vyjádřit své názory. Sepsání takového dokumentu je možné kdykoli v průběhu života, nejčastěji se tak děje v závěru života či v případech, kdy pacienti trpí dlouhodobými závažnými onemocněními. Tento dokument je v zahraničí známý pod názvem Advance directives. Studie z roku 2017 zjistila, že 36,7 % amerických občanů vyplní nějakou z forem tohoto právního dokumentu (Kuldeep et al., 2017).

V České republice (ČR) je dokument ustanoven v listině Dříve vysloveného přání. Najdeme ho v zákonu č. 372/2011 Sb. O zdravotnických službách a podmínkách jejich poskytování „*Pacient může pro případ, kdy by se dostal do takového zdravotního stavu, ve kterém nebude schopen vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb a způsobem jejich poskytnutí, tento souhlas nebo nesouhlas předem vyslovit*“

#### 3.1 Dříve vyslovené přání

Lidé v pokročilém věku často nemají jasno v tom, jak by chtěli prožít závěr svého života. Jsou tu dvě hlavní možnosti a to zemřít ve svém domově obklopen blízkými nebo zemřít v nemocnici, kde bude mít pacient jistotu, že bude personál bojovat o jeho život za každou cenu a je pravděpodobnější, že bude žít o něco déle. Chce pacient využít veškerou novodobou medicínu k tomu, aby na tomto světě byl déle? Nebo se nechce trápit déle než je nutné? Zda má pacient takové přání, je na místě vytvořit právní dokument, kde vysloví svůj nesouhlas s určitými léčebnými postupy (Koubová, 2015a).

Dříve vyslovené přání je právním dokumentem, který je vázán několika podmínkami. Pacient ho může sepsat až v době, kdy dosáhl 18 let věku a tím se stal způsobilým k právním úkonům. V dokumentu je zapsáno jaká léčba a za jakých okolností je pacientem zavrhnuta, v našem případě by se jednalo o pokyn DNR. Dříve vyslovené přání je sepsáno písemně s podpisem žadatele, který je verifikován úředním činitelem. Součástí je i odborné poučení od lékaře o příčinách vyplývající ze splnění pacientova přání v budoucnu. Sepsání je možné i při hospitalizaci pacienta v nemocnici, kdy je zapotřebí kromě podpisu žadatele podpis lékaře a jednoho svědka. Vyhotovený dokument je založen do zdravotnické dokumentace. V případě, že je Dříve vyslovené přání v rozporu s lékařovým svědomím, přání nemusí být respektováno, jedná se o tzv. výhradu ve svědomí. Dále nebude přání respektováno v případě,

kdy okolnosti, které vedly pacienta k sepsání přání, již nejsou relevantní. V minulosti platilo, že platnost Dříve vysloveného přání činila pět let, k dnešnímu dni platí dokument po neomezenou dobu (Peterková, Kops, 2010, s. 67-68; Ombudsman pro zdraví, 2018).

Dříve vysloveným přáním pacient požaduje jaká léčba má, respektive nemá být prováděna v případě jeho bezvědomí, kdy nebude schopen rozhodovat. Přání musí být bráno v potaz, ale nemusí být vždy splněno. Je na lékaři, aby posoudil, zda je pacient v situaci, na kterou se vztahuje sepsané přání. Dokument musí respektovat i poskytovatelé přednemocniční péče, pokud jsou s ním obeznámeni. Dříve vyslovené přání je založeno na základech autonomie pacienta, který má právo rozhodnout, jak bude nakládáno s jeho tělem v případě bezvědomí či zhoršeného psychického stavu (Matějek, 2011, s. 14-15, s. 22).

### **3.2 Dříve vyslovené přání v zahraničí**

Ve spojených státech amerických je běžnou praxí využití tzv. Advance care planning neboli plánování předběžné péče. Zjednodušeně se jedná o předběžný písemný pokyn pacienta k jeho léčbě, kdy nebude schopen sám za sebe rozhodovat. Plánování předběžné péče je zaměřeno zejména na budoucí pozdní období v pacientově životě. Základem je informovanost pacienta, ten se následně rozhodne, jakou zdravotní péči přijme nebo odmítne a za jakých okolností. Pacientovo rozhodnutí zahrnuje jeho hodnoty a požadavky na budoucí péči, ty se stanou součástí právního listu, který vejde v platnost pouze v případě nezpůsobilosti pacienta jednat sám za sebe. Tento dokument se může v průběhu let volně měnit. Rozhodování zahrnuje využití léčby udržujícího pacienta při životě jako je například provedení KPR při zástavě oběhu, využití dýchacích přístrojů, výživové podpory pomocí sondy nebo žily. Klade se důraz na odborný rozhovor s lékařem. Součástí plánování předběžné péče bývají 2 části (může být ovšem využita pouze jedna z nich) a to *Living will* a *Durable power of attorney for health care* neboli životní vůle a plná moc pro zdravotní péči. *Living will* je dokument, ve kterém se pacient vyjádří k terapeutickým metodám, které chce či nechce za určitých podmínek využít v případě jeho akutního stavu. Druhou částí je plná moc týkající se zdravotní péče, kdy si pacient zvolí svého zástupce, který za něj bude rozhodovat. Tento zástupce by měl znát pacientovi hodnoty a náhled na život, aby mohl co nejlépe zhodnotit, co by si přál sám pacient (NIH National Institute on Aging, 2018).

Dále má pacient možnost využít formuláře POLST. Ten doplňuje výše uvedený předběžný pokyn a spíše konkretizuje terapeutické metody formou lékařským pokynů, ovšem stále na základě pacientových hodnot a přání v souladu s předběžným pokynem. Při případné

hospitalizaci pacienta říká POLST zdravotnickému týmu pomocí lékařského příkazu jak konat, ve stavu, kdy pacient není schopen jednat sám za sebe (National POLST, © 2022).

Velká část států v USA jednotně uzákonila pokyn DNR do své legislativy, za účelem jeho rychlého rozpoznání jakýmkoli kompetentním zdravotníkem. Takto se docílí správného jednání, které je v souladu s pacientovým přáním. Jediný nedostatek této legislativy je nutnost tištěného dokumentu, ve kterém se vyslovují k pokynu. O něco dokonalejší systém byl vytvořen ve státě Oregon. Zde mají lidé možnost se zapsat do internetové databáze, která je speciálně vytvořená pro osoby s Advance care planning. Do této databáze mají přístup všichni lékařští pracovníci. Díky tomu došlo k urychlení předávání informací ohledně vysloveného přání pacientů. Tvůrci článku navrhuji uplatnění systému databáze ve všech státech USA, aby bylo dosaženo co nejlepší kontinuity péče (Holt et al., 2019).

### **3.3 Ukotvení pokynu DNR u dětských pacientů**

Režim DNR u dětských pacientů je ve většině případů přijímán v tzv. šedé zóně. Ta nastává v případě, že by úspěšná KPR nevedla k pokračování kvalitního života dítěte nebo pokud by KPR byla vysoce poškozující a nezaručila by jistou obnovu oběhu. V tomto bodě nám vyvstává několik otázek. Trpí dítě konečnou fází nemoci? Můžeme předpokládat hodnotný život po úspěšné KPR? Jaká existuje právní opora pro zdravotníky? Přesné vymezení o rozhodnutí pokynu DNR u dětí v českých zákonech ukotveno není, chybí i pasáž zabývající se možností paliativní péče u dítěte. Na dítě se ani nevztahuje právo o Dříve vysloveném přání, které je běžnou praxí u dospělých. Občanský zákoník pouze definuje zákonné zástupce dítěte jako osoby způsobilé za rozhodování o poskytování medicínské péče pro nezletilé dítě (Hříděl et al., 2014).

Soudní systémy v anglicky mluvících zemích Evropy a Austrálie řešili situaci lékaře, v jakém případě a za jakých okolností je oprávněn rozhodnout o odepření terapie u těch nejmladších dětí. Rozhodnutí nepřineslo žádný výrok, který by se mohl vztahovat na všechny případy, protože každý z nich je jiný a vždy jsou v něm určitá odlišná specifika. Za podstatné pokládají hodnocení případných pozitiv, negativ a faktorů zátěže pro psychiku dítěte. Dospěly k vytyčení dvou prvků, které by se mohly stát hlediskem k posuzování pokračování či nepokračování léčby. Patří sem úroveň poznávacích funkcí dítěte a stav blížící se smrti, kterou již nelze odvrátit (Savulescu, Cameron, 2019).

## 4 DNR POHLEDEM ETIKY

Evropská resuscitační rada vydala dokument, který obsahuje obecná doporučení pro etiku resuscitace. Obsahuje několik základních témat, na které by měl být brán zřetel v případech, kdy lékař uvažuje o (ne)resuscitaci. První z nich zahrnuje postupy zajišťující svobodné rozhodování o budoucí léčbě samotným pacientem zejména formou Dříve vysloveného přání. Tento dokument bude lékař respektovat a sám jej nabízet všem nemocným, kteří mají vyšší pravděpodobnost zástavy srdečního oběhu nebo špatnou prognózu po KPR. Každému nemocnému by mělo být umožněno sestavit svůj dokument o Dříve vysloveném přání. Dále je doporučováno, aby pacient zvážil přijetí či odmítnutí jiných invazivních postupů jako je například plicní ventilace. Lékař by neměl poskytovat KPR ve stavech, kdy by nemocnému tato intervence spíše uškodila nebo nebyla efektivní. Druhé téma zahrnuje kvalitní komunikaci s pacientem a rodinnými příslušníky o závěru života. Diskuze by měla být zaměřena na plán péče a využívání LST u pacienta. Třetí téma obsahuje podmínky ukončení probíhající KPR a to podle nejnovějších postupů Guidelines. Toto doporučení říká, že po 20 minutách probíhající rozšířené kardiopulmonální resuscitace a vyloučení všech reverzibilních příčin, kdy srdce nevykazuje žádnou aktivitu je doporučeno KPR ukončit (Mentzelopoulos et al., 2021).

### 4.1 Etika jako součást práce zdravotních sester

Zdravotní sestry jsou odpovědné za péči a léčbu, která je předepsána lékařem, jejich úkolem je zajišťovat její komplexnost. Jsou v neustálém kontaktu s pacienty, jejich profesionalita a empatie jsou velice důležité. Každá ze zdravotních sester se musí řídit Etickým kodexem. „*Etický kodex sestry vyjadřuje základní cíle a hodnoty ošetrovatelského povolání. Pokud se někdo stane sestrou, bere na sebe morální závazek, že bude dodržovat hodnoty a plnit morální povinnosti vyjádřené v kodexu.*“ Zdravotní sestra je povinna respektovat a uznávat lidské bytí, ctít autonomii pacienta, dbát na to, aby její práce přinášela pacientovi blaho, být diskrétní, vyvarovat se poškozování pacienta jak po fyzické, tak po psychické stránce (Ondriová, 2021, s. 126).

#### Výhrada svědomí

Pokud pacient sepíše dokument Dříve vyslovené přání, kde se vysloví k odmítnutí resuscitace, může se ošetřující zdravotní sestra dostat do vnitřního konfliktu. Na jedné straně si je vědoma své povinnosti pečovat o pacienta, léčit ho k jeho zdraví, na straně druhé, však musí

respektovat právní dokument Dříve vysloveného přání, v jehož důsledku pacient může zemřít a ona má odeřeno mu poskytnout pomoc, která by ho zachránila (Koubová, 2015b).

Nicméně může nastat i opačná situace a to taková, že sestra bude nucena provádět resuscitaci, se kterou nesouhlasí. V této souvislosti je nutné zmínit tzv. výhradu svědomí. Ta může zasáhnout do práce sestry, právě při péči o pacienta s pokynem DNR. Výhrada svědomí je právně ukotvená v zákoně č. 372/2011 Sb. O zdravotních službách a službách jejich poskytování „*Zdravotnický pracovník může odmítnout poskytnutí zdravotních služeb pacientovi v případě, že by jejich poskytnutí odporovalo jeho svědomí nebo náboženskému vyznání*“ Lékař či jiný zdravotnický pracovník je takto zákonem chráněn.

Objevují se však názory, že takto definovaný zákon není vhodný. Odpůrci tvrdí, že by měla existovat, alespoň podoba zákona, která omezuje zákon ve výhradě svědomí, podobou která by byla více ku prospěchu pacienta. Morální hodnoty zdravotnického personálu by neměly omezovat jejich povinnosti v poskytování léčby. Potřeba pomoci pacientovi by měla být nadřazená nad svědomím pracovníků. Výsledek jakékoli léčby má být dobro pro pacienta, které je nadřazené sebeurčením zdravotnického personálu (Doležal, 2016; Savulescu, Schuklenk, 2017).

## **4.2 Pokyn DNR v praxi**

Výzkum, který publikovaly autorky Pettersson, Hoglund a Hedström (2018) v časopise Public Library of Science se zabýval procesem rozhodování o DNR mezi sestrami a lékaři. Necelých 50 % dotázaných sester a lékařů sdělilo, že se pacient spíše nebude podílet na procesu rozhodování o pokynu DNR. 21 % zdravotníků zhodnotilo za nepodstatné sdělit pacientovi rozhodnutí o neposkytnutí KPR v případě zástavy oběhu. Předávání údajů pacientovi pokládá za významné 57 % dotázaných, ale 21 % z nich dokládá, že v praxi informace pacient spíše nezíská. V neposlední řadě bylo zjištěno, že v procesu úvahy o DNR je pro sestry nejvíce významné sebeurčení pacienta, nýbrž pro lékaře je to princip neškození. V závěru výzkumu je vyzdvížena důležitost komunikace mezi sestrami a lékaři v úvahách o DNR.

### **Kvalita péče u pacientů s pokynem DNR**

Driggers et al., (2022b) vytvořili studii, která měla za cíl zjistit, zda pokyn DNR ovlivňuje poskytovanou kvalitu péče. Byla porovnáována skupina zdravotníků na JIP a na oddělení chirurgie. Výzkum byl proveden pomocí dotazníku rozdělených do tří částí se zaměřením na paliativní léčbu, léčbu aktivní a diskuzi. Překvapujících 43 % sester z chirurgického oddělení a stejné procento sester z JIP se shodlo, že při pokynu DNR u pacienta, se snižuje kvalita



poskytované péče. 63 % zdravotních sester na chirurgickém oddělení uvedlo, že je pacientovi aplikována méně invazivní léčba, dále 57 % z nich uvedlo, že nebude použita elektrická kardioverze mimo rozšířenou neodkladnou resuscitaci. Zdravotní sestry pracující na JIP měly odlišné vnímání, pouhých 25 % z nich souhlasilo, že je pacientovi s pokynem DNR aplikována méně invazivní léčba, že se nebude využívat elektrické kardioverze, mimo rozšířenou neodkladnou resuscitaci uvedlo 24 % sester.

### **Vnímání a pocity sester**

Studie prezentovaná autory Sok et al., (2020) se zaměřila na psychiku sester v souvislosti s péčí o pacienty s pokynem DNR. Předmětem výzkumu byly zdravotní sestry pracující v několika různých nemocnicích Korejské republiky. Výzkum zjistil prokazatelně vyšší stupeň syndromu vyhoření než je průměr mezi zdejšími obyvateli. Bylo prokázáno, že syndrom vyhoření u zdravotních sester výrazně navyšoval vztah k depresím a stresu zažívaného v práci. Míra deprese byla rovněž ovlivněna věkem. Depresi prožívalo obecně více respondentů pod 25 let, což je zejména připisováno nezkušenostem nebo menším množstvím znalostí. Výsledky jasně dokázaly psychickou nepohodu sester v souvislosti s péčí o pacienty s pokynem DNR. Nezbytné je poskytnutí vhodných postupů, které by snížily pravděpodobnost syndromu vyhoření.

Polská studie se zaměřila na pocity, které sestry zažívají při úmrtí pacientů. Průzkum se konal na standardních a intenzivních lůžkových oddělení. Mezi prožívanými emocemi byla často zmiňovaná bezmoc, soucit, stres nebo úzkost. Výzkum zjistil, že více stresu zažívaly zdravotní sestry ze standardních lůžkových oddělení v porovnání se zdravotníky v intenzivní péči. Více jak polovina sester uvedla, že musela vyvíjet úsilí, aby své pocity prožívané při úmrtí pacienta udržela na uzdě. Další skupina zdravotních sester v zastoupení 33 % uvedla, že se snaží emočně distancovat od pacienta. Dalších 11 % sester připustilo, že nedokáže své pocity dostatečně kontrolovat. Byla nalezena souvislost mezi délkou praxe zdravotních sester a převažující emocí, kterou prožívají při úmrtí pacienta. U personálu, který disponoval praxí do pěti let, převažoval pocit bezmocnosti. U sester s praxí mezi šesti a deseti roky to byl smutek a u poslední skupiny sester s nejdelsí praxí byl převažující emocí soucit. Zdravotní sestry s delší praxí mají tedy obecně lepší schopnost se vypořádat se stresem (Kostka, Borodzicz, Krzeminska, 2021).

## PRŮZKUMNÁ ČÁST

V průzkumné části bakalářské práce bylo stanoveno pět cílů. Prvním cílem bylo zjistit znalosti respondentů ohledně pokynu DNR a Dříve vysloveného přání. Druhý cíl byl zaměřen na zjištění zvyklostí při udělování pokynu DNR v praxi na vybraném oddělení ARO. Třetí cíl si dal za úkol zjistit zkušenosti respondentů s péčí o pacienty s pokynem DNR. Čtvrtým cílem bylo zjistit postoj respondentů k problematice DNR. Posledním pátým cílem bylo zjistit, jaké pocity respondenti prožívají při péči o pacienta s pokynem DNR.

## 5 METODIKA PRŮZKUMNÉ ČÁSTI

V první fázi průzkumu byl zásadní výběr respondentů. Při onom výběru byla využita metoda sběru „teoretické saturace“. Tato forma sběru pracuje s konkrétním výběrem respondentů, kteří musí splnit určitá kritéria. Nebyl určen přesný počet respondentů, sběr dat byl ukončen v moment naplnění teoretické saturace. To znamená, že již není šance, že by se dalším sběrem objevila nová data (Krause, 2016).

Účastníky průzkumu se stali NLZP, konkrétně zdravotní sestry a zdravotničtí záchranáři z oddělení ARO. Výběr respondentů byl zcela náhodný. Jedinou podmínku, kterou museli účastníci splnit, byly dva odpracované roky na tomto oddělení. Toto kritérium bylo zvoleno z důvodu relevantnosti výpovědí. Průzkum byl ukončen v okamžiku teoretického nasycení. Respondentům byly před zahájením vysvětleny všechny jeho náležitosti. Byli seznámeni s průběhem, formou a tématem průzkumu. Každý respondent obdržel formulář Informovaného souhlasu, kde potvrdil svoji účast v průzkumu. Respondenti byli anonymně označováni čísly v pořadí, v jakém podstupovali průzkum.

Sběr dat byl uskutečněn formou kvalitativního rozhovoru. Jeho téma bylo zaměřené na pokyn DNR v intenzivní péči. Od tohoto tématu se následně odvíjely otázky, které byly pokládány respondentům. Otázky byly vytvořeny tak, aby umožnily respondentovi, co nejširší odpověď. Rozhovor tedy obsahoval převážně otevřené otázky. Dále byly otázky rozděleny na obecné a hlavní. Obecné otázky měly za cíl rozpovídat a uvést respondenta do pohody, aby se cítil příjemně během celého průběhu rozhovoru. Následovaly hlavní otázky, které respondenta plně ponořily do rozhovoru. Zde bylo cílem sesbírat potřebná data k tématu průzkumu. Pokud bylo uznáno za vhodné, byly respondentům pokládány doplňující otázky.

Respondenti byli dopředu seznámeni s průzkumem prostřednictvím hlavní sestry ARO. Následně respondenti, kteří měli zájem o poskytnutí rozhovoru, kontaktovali autorku

průzkumu pomocí emailové adresy. Poté byla s každým respondentem domluvena osobní schůzka. Ta se konala na veřejném místě navrženém respondentem, aby mohl být zajištěn jeho komfort. Na úvod schůzky bylo představeno respondentovi téma, průběh a cíle rozhovoru. Respondenti byli dotázáni, zda mohou být jejich odpovědi zaznamenávány a to buď na nahrávací zařízení, nebo písemně. Důvodem záznamu byla pozdější analýza dat v průzkumné části bakalářské práce. Respondentům byl následně předán informovaný souhlas, který obsahoval podrobnější informace o průběhu rozhovoru, anonymitě respondenta a možnosti odmítnout zodpovědět jakoukoli z kladených otázek. Dále byl respondentovi poskytnut prostor pro případné doplňující dotazy. Posledním aspektem byl souhlas respondenta podpisem Informovaného souhlasu či jeho nesouhlas a ukončení schůzky. Po souhlasu respondenta následoval samotný rozhovor. Po skončení rozhovoru byl respondentovi poskytnut prostor pro případné dotazy.

### **Polostrukturovaný kvalitativní rozhovor**

#### **Úvodní část**

1. Kolik je Vám let?
2. Jak dlouho pracujete na oddělení ARO?
3. Jaké je Vaše dosažené vzdělání a v jakém oboru?
4. Pracoval/a jste i na jiných odděleních? Jak dlouho?

#### **Hlavní část**

5. Víte co znamená pojem Do Not Resuscitate? Dokážete ho vysvětlit, popsat?

*-doplňující otázky: V jakých případech mohou pacienti obdržet pokyn?*

*Jaká je charakteristika pacientů, kteří obdrží pokyn?*

6. Jak často se setkáváte s příkazem DNR na Vašem oddělení?

7. Kdo na Vašem oddělení rozhoduje o pokynu DNR?

*-doplňující otázky: Máte jako sestra nějaký podíl na rozhodování?*

8. Pokud se pacient sám rozhodne pro pokyn DNR, jak se jmenuje dokument, který musí sepsat? Řekněte mi, co o něm víte.

*-doplňující otázky: Z jakého důvodu se může pacient rozhodnout pro sepsání?*

*Jaké náležitosti musí splňovat?*

9. Jakým způsobem je předáváno, že pacient disponuje DNR statutem?

*doplňující otázky: Je zapsán nějakou formou v dokumentaci?*

*Ověřujete si informaci u lékaře?*

10. Popište svoji první zkušenost u pacienta s pokynem DNR.

*doplňující otázky: Co jste prožíval/a?*

*Jak jste se s tím vypořádal/a?*

11. Jaký je Váš momentální postoj k pokynu DNR?

*doplňující otázky: Změnil se Váš postoj s postupem času stráveným na oddělení?*

12. Byl/a jste někdy v situaci, kdy jste musel/a resuscitovat pacienta, který by podle Vás být resuscitován neměl? Pokud ano, popište situaci.

*doplňující otázky: Zvažoval/a jste, že byste odmítl/a resuscitovat?*

*Odmítl/a jste někdy resuscitaci?*

*Jak jste situaci prožíval/a?*

13. Vnímáte rozdílně mladého pacienta (řekněme do 40 let) s pokynem DNR než jiné pacienty starších ročníků s pokynem?

*doplňující otázky: Z jakého důvodu?*

*Máte osobní zkušenost?*

14. Změnil by se Váš pohled na status DNR pokud by se týkal Vašeho příbuzného?

*doplňující otázky: Z jakého důvodu?*

*Jak byste se cítil/a v takové to situaci?*

Zpracování dat z rozhovorů probíhalo přepisem odpovědí z nahrávacího zařízení. Data byla následně analyzována formou kódování. Tento proces obsahuje tři fáze. V první fázi probíhá otevřené kódování, zde jsou data podrobně rozebrána a jsou hledány spojitosti mezi jednotlivými prvky dat. Druhou fází je kódování axiální, zde jsou data znovu spojena do podskupin podle nalezené příbuznosti. Poslední částí je selekce, kdy vytvořeným podkategoriím přisuzujeme centrální skupiny (Kutnohorská, 2009).

Data z rozhovorů byla několikrát přečtena. Následně byly vyhledávány souvislosti a spojitosti mezi jednotlivými odpověďmi respondentů. Významným částem výpovědí, byly přiřazeny kódy. Tyto kódy představovaly klíčová slova nebo slovní spojení nalezené v sesbíraných datech. Kódy, které spojovaly vztahy na základě příbuznosti, byly společně řazeny do vytvořených podkategorií. V závěrečné fázi analýzy byly tyto podkategorie zařazeny do velkých skupin charakterizující hlavní prvek všech obsažených podkategorií.

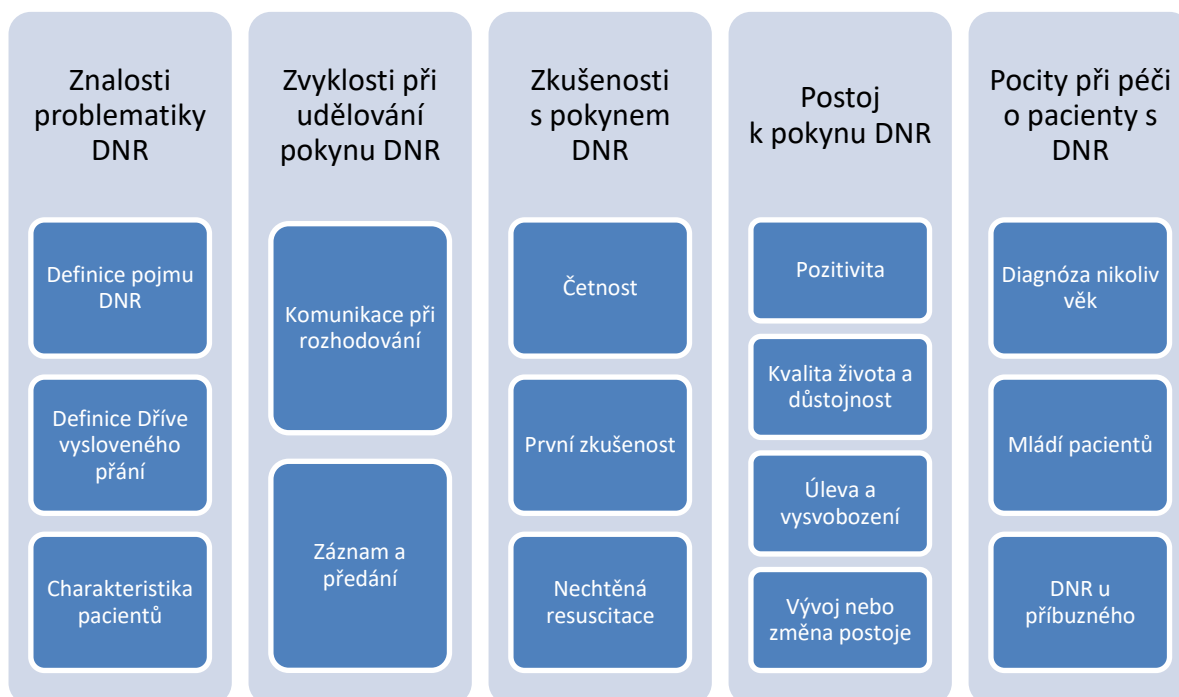
## 6 VÝSLEDKY

Polostrukturovaného rozhovoru se zúčastnilo sedm respondentů. Všichni účastníci měli splněnou podmínku odpracovaných dvou let na oddělení ARO.

**Tabulka 1-** Základní údaje o respondentech (vlastní zdroj)

Respondent	Pohlaví	Věk	Délka praxe	Vystudovaný obor	Dosažené vzdělání	Pracovní zkušenosti z jiných oddělení
1.	M	25	3	zdravotnický záchranář	bakalářské	ne
2.	Ž	45	20	diplomovaná sestra	vyšší odborné	ne
3.	M	24	2	zdravotnický záchranář	bakalářské	ne
4.	Ž	25	3	zdravotnický záchranář	bakalářské	ne
5.	M	30	7,5	zdravotnický záchranář	vyšší odborné	ne
6.	Ž	49	26	diplomovaná sestra	ARIP	ano
7.	Ž	28	2,5	zdravotnický záchranář	bakalářské	ano

**Tabulka 2 -** Kategorie a podkategorie (vlastní zdroj)



## 6.1 Kategorie č. 1 – Znalosti problematiky DNR

Úvodní kategorie otestovala znalosti respondentů. V prvních dvou podkategoriích měli vysvětlit pojmem DNR a Dříve vyslovené přání. U pokynu DNR neměli respondenti problém s objasněním významu. Naopak u dokumentu Dříve vyslovené přání, si respondenti nebyli úplně jistí. Respondenti č. 6 a 7 si nevybavili název dokumentu, nicméně v základech zvládli definovat jeho význam. Respondent č. 2 uvedl, že tento dokument nezná vůbec. Třetí zařazenou podkategorií je charakteristika pacientů s DNR, ve které měli respondenti uvést specifika, která spojují pacienty s pokynem.

### Podkategorie první – Definice pojmu DNR

U definice pojmu DNR, byli respondenti sebejistí, bylo vidět, že situaci znají z praxe. Většina respondentů odpovídala podobně jako například respondent č. 6: *„Pacient se neresuscituje, v případě selhání životních orgánů nebo se aktivně nezachraňuje.“* Respondent č. 5 se více zaměřil na důvod udělení pokynu, uvedl: *„Když ten pacientův stav je v takové fázi, že ta léčba k ničemu nevede a tak se rozhodou lékaři i se sestrami, že pokud by se mu zastavilo srdce, že by se neresuscitoval.“* Obdobný důraz na opodstatnění vydávání pokynu uvedl i respondent č. 1, který jako kritérium vyhodnotil marnou léčbu, pokračoval: *„léčba už nezabírá a jejich stav se nezlepšuje, nýbrž zhoršuje“.* Pouze respondent č. 4, uvedl, že o DNR může rozhodnout jak lékař, tak i samotný pacient: *„Z jedné strany je to přání pacienta, že nechce být resuscitován v případě, že by měl zástavu oběhu, z té druhé to mohou rozhodnout lékaři podle zdravotního stavu toho pacienta.“*

### Podkategorie druhá – Definice Dříve vysloveného přání

U Dříve vysloveného přání, respondenti tak sebejistí nebyli. Až na jednu výjimku sice věděli, co dokument znamená, ale bylo vidět, že se s touto formou nesetkávají zdaleka tak často jako u vydávání DNR lékařem. Drtivá část respondentů se shodla, že dokument musí být platný či úředně potvrzen. Respondent č. 5 uvedl: *„Musí to být úředně potvrzené, nesmí to být nějaký cár papíru napsaný doma rukou nebo na počítači. Musí to být platné.“* Respondent č. 6 zdůraznil, že je nutné, aby o přání věděli jeho blízcí a rovněž zdůraznil povinnost pacienta mít přání při sobě: *„Rodina o sepisu toho dokumentu musí vědět. Pacient ho musí mít vždy u sebe a ne někde schované doma.“* Pouze respondent č. 4 byl schopen uvést základní právní prvky, které musí dokument splňovat, uvedl: *„Dříve platila platnost pět let a teď někdy se to měnilo, že ten dokument má neomezenou platnost. Pokud se to sepisuje až při hospitalizaci, tak u toho musí být jeden svědek a lékař. A pokud se přání sepisuje mimo hospitalizaci, tak musí být jeho*

*podpis ověřen u notáře.*“ Respondent č. 3 zmínil zkušenost, kdy pozoroval zvýšený zájem o toto přání v období COVID-19, uvedl: *„Já jsem zažíval u pacientů Dříve vyslovené přání „neintubovat“ v době Covidu.“*

### **Podkategorie třetí – Charakteristika pacientů**

Při obecných otázkách týkající se pokynu DNR, respondenti často uváděli typické charakteristiky pacientů, kteří získají pokyn. Nejčastější diagnózu respondenti uváděli terminální stádium nemoci jako je například onkologické onemocnění. Respondent č. 2 uvedl: *„U pacienta v terminálním stádiu, kdy už víme, že mu nemůžeme více pomoci, kdy je na konci života.“* Dále respondenti č. 6 a 7 uváděli kritérium nepříznivé prognózy a nezlepšujícího se stavu nemocného, respondent č. 6 uvedl: *„Je to například u pacientů, jejichž léčba není nadále přínosná a ten stav pacienta stagnuje nebo se zhoršuje.“* Pokud se DNR uplatní z přání pacienta, vidí tentýž respondent důvod v utrpení pacienta či beznaděj v úspěchu další léčby, pokračoval: *„Pacient se může tak vyslovit, když je ten jeho stav těžký, hodně trpí a výsledky léčby prostě nejsou.“* Další roli hraje podle respondenta č. 1 také vyčerpatelnost medicínských možností: *„Přístupuje se k tomu, když nejsou žádné další možnosti léčby.“*

## **6.2 Kategorie č. 2 – Zvyklosti při udělování pokynu DNR**

V této fázi byly dotazy zaměřovány na obvyklý chod oddělení při léčbě pacienta s DNR. V první podkategorii bylo cílem zjistit, kdo rozhoduje na oddělení o pokynu DNR a za jakých okolností. Druhá podkategorie se zaměřila na předávání informací mezi sestrami týkající se pokynu a jeho záznam v dokumentaci či jiném spisu.

### **Podkategorie první – Komunikace při rozhodování**

Bylo zjišťováno, kdo na oddělení rozhoduje o udělování pokynu, zda jednotlivec či skupina. Dále byli respondenti dotazováni, zda mají ze své pozice nějakou váhu v procesu rozhodování. Respondenti se shodli, že je to zejména záležitost lékaře, který má hlavní podíl na rozhodování. Respondent č. 6 uvedl: *„Rozhodují lékaři, já nerozhoduji, může si, ale vyslechnout můj názor ovšem nemusí na něj dát.“* Ovšem respondent č. 5 uvedl, že jde spíše o skupinové rozhodnutí: *„Tak určitě se lékař nebo lékaři ptají i nás sester. Kdyby někdo z nás nesohlasil s tím postupem, tak by se k tomu nepřístupovalo, ale většinou se to takhle kolektivně rozhodne.“* Respondent č. 1, uvedl, že rozhodování o pokynu DNR má více fází, nikdy nejde o rozhodnutí jednotlivce: *„Tak jako první o tom může rozhodnout velká vizita, která je tady každé ráno. Sejdou se tady všichni sloužící lékaři ARO včetně sloužících zdravotních sester, následně se obchází každý pacient a bavíme se o tom co a jak dál. Tady se*



*o DNR může začít poprvé uvažovat. Konečné rozhodnutí je potom na ošetřujícím lékaři spolu s dalším jedním lékařem například primářem. My sestry potom k tomu rozhodnutí přispíváme, kdy se nás lékaři chodí ptát, jestli s tím souhlasíme a jaký máme názor.*“ Další respondent č. 2 zmínil princip rozhodování při zástavě uvnitř resuscitačního týmu, kde byla vyzdvížena významnost vzájemné komunikace respondent č. 2, uvedl: *„U té resuscitace nejsem jen já a lékař, ale celý ARO tým, ty názory tam padají. Stane se třeba, že někdo souhlasí a druhý zase ne, ale je to o komunikaci, té skupinové kooperaci.“*

### **Podkategorie druhá – Záznam a předání**

Zde bylo cílem zjistit jakým způsobem je zaznamenáván pokyn DNR a jak si NLZP předávají tuto informaci. Popřípadě, zda si informace ověřují u lékařů. Bylo zmíněno, že hlavní předání mezi NLZP probíhá ústně, respondent č. 3 uvedl: *„Předáváme si to slovně při předání, kdy přijde nová sestra na službu.“* Respondenti č. 1 a 2 uvedli, že si ústně předanou informaci ověří u ošetřujícího lékaře, respondent č. 2 dodal: *„Pokud by pacient vykazoval asystolii nebo fibrilaci komor a informaci bych neměla ověřenou, resuscitovat budu.“* Ohledně předávání byli respondenti jednotní, ovšem ohledně záznamu v dokumentaci se jejich výpovědi lišily znatelně. Respondenti č. 1, 2 a 6 uvedli, že v dokumentaci sester tato informace zaznamenaná není, zápis je uveden pouze v dokumentaci lékařů. Zbylí čtyři respondenti uvedli, že je tento záznam učiněn i v sesterské dokumentaci, respondent č. 3 uvedl: *„Je to zaznamenáváno v plachtě v zadní části, kde máme kolonku pro poznámky.“*

### **6.3 Kategorie č. 3 – Zkušenosti s pokynem DNR**

Tato kategorie se zaměřila na zkušenosti respondentů s péčí o pacienty, kteří obdrželi pokyn DNR. První podkategorie se zaměřila na četnost pokynů na oddělení, od čehož se odvíjí zkušenost respondentů. Druhá podkategorie se zaměřila na úplně první zkušenosti respondentů s pacienty s pokynem DNR. Třetí zahrnutou podkategorií je nechtěná resuscitace, se kterou se setkala většina z těchto respondentů. Respondent č. 1 dokonce uvedl, že se častokrát s tímto dilematem setkává.

#### **Podkategorie první – Četnost**

Respondentům byla kladena otázka, jak často se setkávají s pacienty, kterým lékař udělí pokyn DNR a tedy, jak velké zkušenosti s péčí o tyto pacienty mají. Zde většina respondentů odpověděla, že se s takovými pacienty příliš často neseťkávají. Nejčastěji zazněla odpověď *„1-2 do měsíce“* či *„2-3 měsíčně“*. Od tohoto průměru se odchylovali respondenti č. 1 a 2. Respondent č. 2 uvedl, že se s pokynem setkává minimálně: *„Velmi zřídka, řekla bych*

*dokonce, že párkrát za rok. Osobně jsem takových pacientů viděla pár za svoji praxi.“* Respondent č. 1 zdůraznil, že četnost nelze generalizovat: *„To se nedá úplně říct, tady je to spíše takové nárazové, není to pravidelné, občas se stává, že se s tím setkáme každou směnu, tak to může být třeba 10x za měsíc. Ale další měsíc se s tím nesekáme třeba vůbec.“*

### **Podkategorie druhá – První zkušenost**

Většina respondentů si vybavila a podělila se o své první zkušenosti o péči s pacientem DNR, výjimkou byli respondenti č. 6 a 2. První zkušenosti, které se respondentům zapsaly do paměti, byly v mnoha případech již situace z praxí během studiu. Většina respondentů zažívala při své první zkušenosti šok, smutek či obavy. Respondent č. 1 uvedl: *„Shodou okolností, můj úplně první pacient, který zemřel. To bylo v době, kdy jsem ještě chodil na praxe na střední škole. Ten pacient byl v terminálním stádiu, polymorbidní.“* Respondent č. 5 řekl, že jeho prvotní reakcí byl údiv, že takový pokyn vůbec existuje: *„Moje první zkušenost byla na praxích, to jsem byl takový překvapený, že se ty lidi neresuscitují.“* Emočně nejtěžší situaci zažil respondent č. 3. Jeho zkušenost se sice plně neshoduje s definicí DNR, spíše se jedná o ukončení resuscitace dle obecně platných doporučení Guidelines. Nicméně jeho výpověď byla zařazena do této skupiny z důvodu určité podobnosti ve vnímání respondenta, uvedl: *„Moje zkušenost byla u šestnáctiletého chlapce při resuscitaci, kdy se rozhodlo, že už nebudeme pokračovat. Za celou půl hodinu resuscitace nejevil žádné známky obnovy srdeční akce. Pak se zjistilo, že měl prasklé břišní aneurysma.“* Poslední respondentem, který byl ochotný se podělit o svoji zkušenost, byl respondent č. 4. Tento respondent vyjádřil obavy z potenciální zástavy srdce, kdy by musel sledovat pacienta umírat: *„Doufala jsem, že se mu nic nestane, že se mu nezastaví srdce, protože si nedokážu představit, že bych tam jen stála a koukala, jak odchází.“*

### **Podkategorie třetí – Nechtěná resuscitace**

Mezi témata rozhovoru patřila i nechtěná resuscitace, zde šest ze sedmi respondentů uvedlo, že takovou situaci zažili. Výjimku tvořil respondent č. 5, který uvedl, že odpovědnost je na lékařích, kteří mají v kompetenci udělit DNR a tedy respektuje jejich rozhodnutí: *„Kolikrát se třeba jezdí do domova důchodců. Ty lidi se tam někdy zresuscitují a těžko říct jestli je to dobře nebo není, to už je na posouzení lékařů.“* Respondent č. 3 přiznal, že pacienta resuscitoval, přestože s resuscitací nesouhlasil, dodal: *„Neuvažoval jsem, že odmítnu resuscitovat, spíše jsem měl takové nutkání naznačit, zda je to zapotřebí.“* Jediný respondent č. 6 uvedl, že odmítl provádět resuscitaci: *„Jednou jsme se zkrátka s ARO týmem dohodli, že*

*resuscitovat nebudeme a řekli jsme to lékaře.*“ Velice důležitý prvek vysvětlil respondent č. 1 a to stav, kdy je možné resuscitovat pacienta, přestože má DNR, uvedl: *„Pokud se u pacienta s DNR vyvine stav, který je zvrátitelný, jako je třeba aspirace a nesouvisí s tou základní diagnózou, kvůli které má DNR, tak se přistupuje k resuscitaci. Právě u těchto stavů z toho lidského pohledu nechceme resuscitovat.“* Poslední příklad uvedl respondent č. 4, ten naznačil možné obavy NLZP z právního postihu v případě neresuscitace: *„Když jsme přijeli k pacientovi po pokusu o sebevraždu, ten člověk byl už jako mrtvý, ale stejně jsme ho resuscitovali. Bylo to takový hraní jako ‘aby se neřeklo’ a bylo to hrozné.“*

#### **6.4 Kategorie č. 4 – Postoj k pokynu DNR**

V této části byl rozhovor zaměřen na postoje respondentů k pokynu DNR. Ohledně něj se respondenti vyjadřovali velmi pozitivně. Následně uváděli důvody jejich postojů. Nejčastěji zmiňovali kritéria kvality života, důstojnosti a úlevy či vysvobození pacienta. V poslední podkategorii bylo cílem zjistit, zda se jejich postoj vyvíjel v čase nebo zda se zcela změnil.

##### **Podkategorie první – Pozitivita**

Všichni respondenti se vyslovili pozitivně k udělování pokynu DNR. Respondent č. 5 rozvedl myšlenku, ve které zdůraznil, že udělení DNR je možné pouze za určitých podmínek, uvedl: *„Pokud je pacient v takové situaci, že se jeho stav nezlepší díky terapii a naopak by se jeho utrpení zhoršovala, tak jsem jen pro DNR.“* Respondent č. 7 vidí DNR spíše jako doplněk dalších omezení v léčbě, kdy DNR jako samostatný prvek není dostatečný: *„Můj postoj je určitě pozitivní, myslím, že je to důležitá součást, řekněme nějaké formy omezování péče.“* V pokynu DNR vidí respondent č. 1 šanci jak odvrátit umělé prodlužování života pacienta, jejichž stav se nevyvíjí pozitivním směrem: *„My jako sestry jsme za to určitě rády. Mnohokrát zde leží pacienti, kteří jsou na lécích a ventilátoru a jejich stav se nezlepšuje, a ti pacienti nezemřou, protože jsou na té podpoře, to mi přijde někdy jako trápení.“*

##### **Podkategorie druhá – Kvalita života a důstojnost**

Respondenti se shodli, že mají k pokynu pozitivní postoj. Respondenti č. 2, 6 a 7 vyzdvihli kvalitu života a důstojnost pacienta jako podstatné faktory při léčbě pacientů. Respondent č. 7 zdůraznil péči v poslední fázi pacientova života, kdy je zapotřebí specifický přístup personálu: *„Pacientovi je důležité zajistit komfort a bezbolestné odcházení, dále je důležitá možnost styku s rodinou.“* Respondent č. 6 byl podobného názoru, uvedl: *„Pacient se nechá v klidu odejít. Důležitá je kvalita života, pacient by neměl trpět.“* Respondent č. 2 vyzdvihl potřebu zachování důstojnosti zejména u starších ročníků s nepříznivou prognózou: *„Pokud je*

*to starý člověk, který na tom není dobře, budiš mu to přáno zemřít důstojně. Je důležité se rozhodnout a nechat toho člověka důstojně odejít.“*

### **Podkategorie třetí – Úleva a vysvobození**

Druhá polovina respondentů č. 1, 3 a 5 zdůraznila úlevu a vysvobození pro pacienta, který obdrží pokyn DNR. Úlevu a vysvobození respondenti zmiňovali nejvíce v kontextu léčby u starších lidí či u pacientů s dlouhodobou léčbou, která pacienta udržuje při životě. Respondent č. 5 se vyhradil proti prodlužování utrpení a umělému oddalování smrti: *„Nepřijde mi rozumné pacienta v terminálním stádiu resuscitovat a prohlubovat jeho špatný stav.“* Respondent č. 3 vidí situaci obdobně, zmiňuje pacienty starších ročníků, kteří nemívají příliš dobrou prognózu: *„Když pacient nemá žádné vyhlídky, je mu 80 a více, už není schopen fungovat. Tak si myslím, že je to na jednu stranu dobře, je to vysvobození pro toho člověka.“* I respondent č. 5 byl podobně smýšlející: *„Vnímám to jako úlevu pro ty lidi a jakési vysvobození.“*

### **Podkategorie čtvrtá – Vývoj nebo změna postoje**

Respondenti byli tázáni, zda se jejich postoj změnil s časem, který strávili na oddělení. Nadpoloviční většina respondentů uvedla, že je jejich postoj stále konstantní. Respondenti č. 6 a 4 svůj postoj změnili a to zejména vzhledem k narůstající praxi a zkušenostem. Respondent č. 6 uvedl: *„Ze začátku jsem neměla zkušenosti a poslouchala jsem lékaře, nechtěla jsem odporovat. Dnes si myslím, že je pokyn někdy udělován zbytečně pozdě.“* Nejvíce se rozpovídal respondent č. 4, který uvedl konkrétní zkušenost, díky které se změnil jeho pohled na DNR. Zkušenost se týkala pacienta, který se vyslovil k DNR v dokumentu Dříve vyslovené přání. Respondent uvedl: *„Zpočátku jsem to moc nedokázala pochopit, proč by to někdo to DNR chtěl, s tím, jak se ta medicína vyvíjí, přece jen je to život. Pak jsem, ale měla pacienta, který byl při vědomí, jen na umělé ventilaci. Byl jen takový věchýtek a stále mluvil o tom, že chce umřít, ale že se bojí, že ho to bude bolet. Říkal, že by si přál podstoupit eutanazii, kdyby to byl možné. A právě toto mě pak přimělo změnit názor. Každý má právo rozhodnout o svém životě a tohle je zkrátka strašné jen čekat, až přijde smrt.“*

Změna postoje může být také ovlivněna situací, ve které by se pokyn týkal blízkých. U tohoto dotazu měli respondenti několik odlišných názorů. Respondenti č. 3, 4 a 5 by postoj neměnili ani v tomto případě, respondent č. 4 uvedl: *„Samozřejmě by mi to příjemné nebylo, ale bylo by to jeho přání a to je potřeba respektovat, přestože se nám to nelíbí. Takže bych názor nezměnila.“* Naopak respondenti č. 7 a 1 uvedli, že by se jejich postoj změnil v situaci, kdy by

se pokyn týkal jejich blízkého, respondent č. 7 uvedl: „*Mám na to jiný pohled, u blízkého doufám v to nejlepší, třeba i nemožné, mám k němu citovou vazbu. Neubráním se tomu, i když jsem zdravotník.*“ Poslední dva respondenti uvedli, že situaci nezažili a nedokáží si ji ani představit a tedy nejsou schopni říci, zda by se jejich postoj změnil.

## **6.5 Kategorie č. 5 - Pocity při péči o pacienty s DNR**

Při otázce na dotaz, jak se respondenti, cítí nebo jaké mají pocity, odpovídali někteří vyhybavě. Taková reakce je zcela pochopitelná, protože téma DNR nepatří mezi ta příjemná. Nicméně se našel i respondent, který byl ochoten se podělit, více se otevřít a rozprávět se. Respondent č. 2 v souvislosti s tímto tématem zmínil syndrom vyhoření, uvedl: „*Jestli chceme nebo ne, sestry po rocích postihne nějaká forma syndromu vyhoření.*“ při péči o pacienty s DNR tentýž respondent uvedl: „*Určitě mě to zasáhne, není mi to jedno. Cítíte lítost, bezmocnost, smutek. Pokud je to mladší člověk nebo vrstevník, je to daleko těžší, člověka to víc zasáhne.*“

### **Podkategorie první – Diagnóza nikoliv věk**

Respondenti byli tázáni, zda vnímají rozdílně mladé a starší pacienty s pokynem DNR. Pět respondentů uvedlo, že rozdíl nevnímají nebo že ho spíše nevnímají. Svůj postoj odůvodňovali, tím, že je nutné vzít v potaz diagnózu a zdravotní stav pacienta. Respondent č. 7 uvedl: „*Nikdy pacient nedostane DNR jen tak, je k tomu důvod. Pokud je pacient mladý, ale má vážnou nemoc, je pochopitelné, že má DNR.*“ Respondent č. 4 se zamyslel i nad zhoršujícím se psychickým stavem, který může postihnout mladého člověka s nevléčitelným onemocněním, dodal: „*Je důležitý ten zdravotní stav, protože i ten mladý člověk se může trápit podobně jako ten starý.*“ Respondent č. 6 měl velmi jasnou a stručnou výpověď, kterou shrnul jeho celkové vnímání: „*Nejde o věk, ale jde o diagnózu.*“

### **Podkategorie druhá – Mladí pacientů**

Většina respondentů nevnímá odlišně pacienty s DNR na základě věku. Jak je výše uvedeno, jejich vnímání odůvodňují významností diagnózy pacienta, která je důležitější než jejich věk. Zbylí dva respondenti toto vnímání nesdílejí, naopak uvedli, že bez ohledu na diagnózu budou pacienty vnímat rozdílně a to právě na základě věku. Jednalo se konkrétně o dva respondenty, u kterých byla po celou dobu rozhovoru pozorována větší míra empatie a citové otevřenosti než u ostatních respondentů. Respondent č. 1 zmínil, že má zkušenost s péčí o mladé pacienty s DNR, pokračoval: „*Tohle docela dost pociťuji emočně. Měli jsme tady DNR u sedmnáctiletého kluka a to zasáhlo celé oddělení.*“ Respondent č. 2 uvedl, že chápe volbu

lékařů při udělování DNR mladému pacientovi, ale i přes tuhle skutečnost bude pacienty vnímat rozdílně: „*Určitě je rozdíl jestli přijede dědeček s plenami, ležící, nevnímající svět z Alzheimer centra, řeknete si, že už má odžito a jeho čas se naplnil, více lidem se spíše uleví. A pokud je to mladší člověk a je v podobně akutním stavu, taky byste mu to přáli, aby v klidu odešel. Člověk to, ale vnímá rozdílně.*“

### **Podkategorie třetí – DNR u příbuzného**

Respondenti byli dotázáni na jejich pocity, které prožívali při péči o své blízké s pokynem DNR. Většina respondentů s touto situací zkušenost neměla, výjimkou byl pouze jeden respondent. Převažujícím pocitem pro ostatní respondenty bez této osobní zkušenosti byla obava. Respondent č. 1 uvedl: „*Nedávno v nemocnici ležela moje máma i můj bratránek, který má čtyři děti. A už to nebylo vůbec příjemné, neumím si představit, že bych něco takového zažíval, kdyby někdo z mé rodiny měl pokyn.*“ Dále respondenti zmiňovali rozdílnost pohledu na pokyn DNR u svého pacienta v porovnání s pokynem DNR u svého blízkého, respondent č. 7 přiznal: „*Cizímu člověku to budete přát, tomu blízkému možná také anebo to bude takový pud sebezáchovy, že ho nebudete chtít pustit. Člověk se bojí a chce ho zachránit za každou cenu, přestože mu není pomoci.*“ Respondent č. 6, který měl jako jediný osobní zkušenost s blízkým člověkem s pokynem DNR, odpovídal více racionálně, nezmiňoval citové prožívání ani obavy, uvedl: „*Již jsem to zažila a je to spíše úleva*“ Podobné vnímání měl i respondent č. 3, který kladl důraz na pokojný odchod svého příbuzného. Svůj pohled odůvodnil skutečností, že jako zdravotník vídá mnoho lidí v bolestech: „*Já osobně bych byl zastáncem toho přístupu 'at' už se netrápí'. Je to lepší než kdyby musel být na spustě léků, mít spoustu vstupů a být napojen na přístroje.*“

## 7 DISKUZE

V této části byly porovnávány výsledky průzkumu této práce sesbírané mezi NLZP na ARO, s výsledky jiných bakalářských či diplomových prací na obdobné téma. Dále byla data porovnávána se zahraničními výzkumy na obdobná témata. Výzkumy byly vyhledávány v internetových databázích poskytující odborné periodika zaměřující se na oblast zdravotnictví. Ve většině materiálů, které byly využity ke srovnávání, byly nalezeny shody, rozdíly tvořily menší část. Diskuze je členěna podle stanovených průzkumných cílů práce.

### Znalosti

Na úvod byly zjišťovány znalosti respondentů ohledně pokynu DNR. Bylo zjištěno, že NLZP z ARO mají dostatečné znalosti týkající se pokynu. Všichni zvládli pokyn správně definovat. Bylo patrné, že se s pokynem DNR setkávají v praxi při práci na oddělení. Podobné zjištění měla ve své práci i Klimešová (2018), ta položila NLZP obdobnou otázku zaměřující se na vědomosti o pokynu DNR. I zde bylo doloženo, že většina NLZP ví, co pokyn znamená a zvládne ho správně definovat. Bohužel se v této práci autorka setkala s případem, kdy zdravotník neměl tušení, co pojem znamená a nedokázal si pod ním nic představit. Stejně zjištění uvedl ve své práci Motyčka (2019), kde jeden z respondentů uvedl, že o pokynu nikdy neslyšel. Výzkum konaný v Íránu, který se zaměřoval právě na znalosti zdravotních sester ohledně pokynu DNR zjistil, že pouze 37,5 % zdejších zdravotních sester vykazovalo dostatečné znalosti týkající se tohoto pokynu (Goodarzi et al., 2022).

Dále byli respondenti tázáni na znalosti ohledně dokumentu Dříve vysloveného přání. V této problematice mají NLZP pouze základní znalosti, bylo vidno, že pro ně není tato situace obvyklá. Často respondenti opakovali, že je u tohoto dokumentu nutné splnit všechny náležitosti, aby byl uznán platným včetně ověření podpisu žadatele. Konkrétní náležitosti, které by měl dokument obsahovat si však až na jednu výjimku jen těžko vybavovali. Jeden respondent dokonce uvedl, že o tomto typu dokumentu ještě nikdy neslyšel. V práci Klimešové (2018) zdůrazňovala většina respondentů rovněž nutnost ověření dokumentu ohledně jeho platnosti, tito respondenti dále vyzdvihli nutnost sepisu dokumentu osobou, která je svéprávná a orientovaná. Motyčka (2019) zjistil, že přibližně čtvrtina respondentů si nemyslí, že je nutná písemná forma Dříve vysloveného přání. Je patrné, že v praxi dokument Dříve vyslovené přání není zdaleka tak běžný jako pokyn DNR vydaný lékařem v písemné podobě. Dokládá to i výzkum ze stejné práce, kde 45 % respondentů uvedlo, že s tímto dokumentem nemají ze své praxe žádné zkušenosti. Obdobný výsledek zjistil i Vařeka (2013),

který uvedl, že až 66 % NLZP se s tímto dokumentem setkává výjimečně a dalších 33 % se s ním ještě nesetkalo vůbec.

Respondenti během definování významu pokynu často doplňovali i typickou charakteristiku pacienta, který obdrží pokyn DNR. Nejčastěji zmiňované bylo kritérium terminálního stádia nemoci nebo neefektivity léčby. Klimešová (2018) ve své práci rovněž potvrdila, že dle NLZP je pro pacienty s DNR charakteristické terminální stádium nemoci. Obdobné zjištění udala i Bubláková (2012), v této práci NLZP uvádějí, že pacienti s pokynem DNR bývají typičtí pozdním stádiem onemocnění. Dále je zde uvedeno, že se častěji jedná o pacienty staršího věku. Souhlasný výsledek přinesla i studie ze Saudské Arábie, kde 90 % lékařů uvedlo, že pokud by pacient trpěl terminálním stádiem nemoci, zahájili by s ním konverzaci týkající se pokynu DNR (Gouda et al., 2018). Výzkum autorů ze Saudské Arábie Madadin et al. (2019) doložil, že pro zdejší lékaře je nejvýznamnějším kritériem k udělení pokynu neurologické onemocnění u 58,3 % lékařů a kardiovaskulární onemocnění u 41,7 % z nich. Faktem tedy je, že se pokyn DNR volí nejčastěji u pacientů s terminálním stádiem nemoci.

### **Zvyklosti**

V této kategorii bylo cílem zjistit, jakým způsobem probíhá ukládání pokynu DNR pacientovi. Kdo je kompetentní vyslovit pokyn či zda probíhá komunikace mezi NLZP a lékařem před udělením pokynu. V této práci se 100 % respondentů vyslovilo, že komunikace mezi lékaři a NLZP ohledně pokynu DNR probíhá vždy. Dále se NLZP shodli na tom, že konečné rozhodnutí je plně v pravomoci lékaře. Motyčka (2019) ve své práci rovněž uvedl, že rozhodování o pokynu je zejména záležitost lékaře. Obdobnou praxi zjistila ve své práci i Čížová (2017), zároveň uvedla, že téměř čtvrtina ze zahrnutých NLZP by uvítala možnost, ve které by tento pokyn mohla vyslovit i rodina nemocného. Rozdílnost mezi výzkumy byla nalezena v komunikaci ohledně DNR mezi lékařem a NLZP. Čížová (2017) uvedla, že necelých 65 % sester nemá zkušenosti s tím, že by s nimi lékaři konzultovali udělení pokynu DNR či jiné omezení péče a zároveň většina z dotázaných ani nemá možnost vyjádřit svůj názor ohledně udělení pokynu. Naopak v práci Vařeky (2013) tři čtvrtiny respondentů souhlasily s tvrzením, že s nimi lékař konzultuje nezahájení resuscitace. Výsledky ukazují, že DNR v kompetenci lékaře je obecným pravidlem na intenzivních jednotkách v různých nemocnicích. Dále lze pozorovat, že diskuze lékařů s NLZP není samozřejmostí při udělování pokynu. Proto je velmi pozitivním zjištěním, že všichni ze sedmi



respondentů, kteří se zúčastnili průzkumu v rámci této bakalářské práce, se vždy stávají součástí debaty o pokynu DNR.

Dalším důležitým bodem týkající se zvyklostí bylo zjistit, jak se na oddělení předávají informace o pokynu a kde jsou zaznamenávány. Respondenti se ohledně předávání pokynu shodli v celé míře. Na jejich oddělení probíhá ústní formou při předání směn. Nicméně ohledně záznamu byly výpovědi odlišné o něco více. Tři respondenti se shodli, že je záznam proveden v dokumentaci lékařů nikoli v dokumentaci sester. Zároveň tito NLZP vypověděli, že si ústně předanou informaci ověřují právě u lékaře. Zbylí respondenti uvedli, že písemný záznam je různým způsobem uveden i v sesterské dokumentaci. V práci Klimešové (2018) uvedlo 75 % účastníků výzkumu, že pokyn DNR je zaznamenáván písemně v dokumentaci sester. V bakalářské práci Motyčky (2019) byly výsledky obdobné, 90 % NLZP uvedlo, že je pokyn písemně zapsán rovněž v sesterské dokumentaci. Naopak v následující práci autorky Čížové (2017) 72 % respondentů vypovědělo, že pokyn DNR nemá v současnosti v sesterské dokumentaci vyhrazený prostor pro jeho záznam. Na druhou stranu je 57 % respondentů přesvědčeno o tom, že písemný záznam v dokumentaci sester je potřebný minimálně na odděleních intenzivní lůžkové péče. Co se týče předávání pokynu DNR, tak i v této práci bylo rovněž zjištěno, že je zcela běžné ústní předávání informací ohledně omezené péče či DNR při předávání služby. Shoda ve všech uvedených výzkumech platí pro ústní předávání pokynu, nicméně písemný záznam pokynu v sesterské dokumentaci není stále zcela pravidlem ve všech nemocnicích ČR.

## **Zkušenosti**

Nejprve byli respondenti tázáni, jak velké mají zkušenosti s péčí o pacienty s DNR, tedy jaká je četnost těchto pacientů na jejich oddělení. V tomto bodě se respondenti shodli, že se setkávají s DNR pokynem u pacientů asi dvakrát za měsíc. Motyčka (2019) ve své práci uvedl, že 76 % respondentů z oddělení intenzivních jednotek se běžně setkává s pokynem DNR, četnost je zde nejvyšší v porovnání s respondenty ze standardního oddělení či ze záchranné služby. Naopak ve styku s dokumentem Dříve vysloveného přání jsou minimálně, konkrétně 57 % z nich se s tímto ve své praxi ještě nesetkalo. Zkušenosti s pokynem ve zvolené krajské nemocnici této bakalářské práce se nezdají být tak velké jako zkušenosti uvedené v práci Motyčky (2019). Shoda mezi pracemi nastává ve věci zkušenosti s dokumentem Dříve vysloveného přání, ten se zdá být z výpovědí respondentů obou průzkumů sporadicky využíván.

Průzkum se dále zaměřil na první zkušenost NLZP s pacientem označeným pokynem DNR. Velká část zkušeností byly situace z praxí během studia. Respondenti zažívali při své první zkušenosti šok, smutek či obavy. Respondenti prvně zjišťovali, že se můžou setkat s případy, kdy není vhodné nemocné resuscitovat při zástavě oběhu. Dále zmiňovali, že bývali více emotivně ladění a zranitelní, po emoční stránce situaci prožívali více než dnes.

V rozhovoru bylo zjišťováno, zda se NLZP ocitli i v situaci, kdy měli pochybnosti o lékařově indikované resuscitaci. Většina respondentů vypověděla, že se s těmito pochybnostmi setkala, ale vždy splnili pokyn lékaře z důvodu, že konečné rozhodnutí o (ne)resuscitaci je v jeho kompetenci. Podobný výsledek uvedl ve své práci Vařeka (2013), respondenti odpovídali na otázku, zda v každé situaci přijmou rozhodnutí lékaře týkající se (ne)resuscitace. 82 % těchto respondentů vždy akceptuje rozhodnutí lékaře resuscitovat, pouhých 10 % z nich se setkalo s odmítnutím resuscitace ze strany NLZP. V tomto tématu opět nastala shoda. Je patrné, že NLZP mají obavy z odmítnutí resuscitace a dostávají se tak do morálního dilema. Dále je možné vyzorovat, že tato situace je neměnná, obdobné zkušenosti uvádí respondenti dlouhodobě.

## **Postoje**

Velice pozoruhodný postoj NLZP k DNR byl zmíněn v několika bakalářských pracích, jedná se o přirovnání pokynu k eutanazii. V práci Klimešové (2018) s tímto tvrzením souhlasí necelých 20 % respondentů. Podobný výsledek zmínila i Bubláková (2012), 25 % uvedených respondentů vypovědělo, že se staví k ordinaci DNR podobně jako k pasivní eutanazii. V práci Motyčky (2019), všichni NLZP intenzivních lůžkových oddělení toto tvrzení odmítají a doplňují, že jde o zcela odlišné problematiky. Je nutné uvést rozdíl mezi eutanazií a pokynem DNR. Bartůněk et al. (2016, s. 64-65) uvádějí, že eutanazie znamená usmrcení na žádost pacienta, v ČR je zakázána a je považována za neetickou. Pacient v tomto státě nemá možnost žádat takovou formu ukončení života. Na druhou stranu pokyn DNR či jiné přání pacienta je možné splnit formou Dříve vysloveného přání, zde se může pacient vyslovit k jakémukoli odmítnutí léčby nikoli však k usmrcení. Dříve vysloveného přání, je zcela etické a zároveň ustanoveno v zákoně. Umožňuje tak nemocnému zachovat jeho autonomii a splnit jeho přání na ukončení léčby legální cestou.

Respondenti v tomto průzkumu zastávali k pokynu skrze pozitivní postoj. Podle celého průběhu rozhovoru bylo patrné, že NLZP jsou rádi, že něco jako pokyn neresuscitovat existuje. Žádný z nich během rozhovoru nevyjádřil sebemenší obavy. Podobně se NLZP

shodují i v práci Motyčky (2019). Jejich postoj se rovněž dá označit za pozitivní, ovšem musí být splněna podmínka, že je pacient v terminálním stádiu nemoci s nevratným poškozením životně důležitých orgánů. Klimešová (2018) uvedla, že pozitivní postoj k DNR mají NLZP převážně u dospělých a pacientů seniorského věku. Co se týče postoje DNR u dětských pacientů, tam má pozitivní postoj asi polovina NLZP, další čtvrtina z nich nedokázala odpovědět. V turecké studii, která prováděla výzkum náhledu zdravotních sester na pokyn DNR, 60 % z dotázaných uvedlo, že pro ně pokyn DNR u pacienta nepředstavuje etické dilema, zdejší zdravotní sestry se převážně vyslovily k pozitivnímu postoji k pokynu (Gül, Bagcivan, Aksu, 2022). Tato data ukazují, že NLZP sdílí pozitivní postoj k pokynu DNR jak po celé ČR, tak i v zahraničí.

U dotazů týkající se postoje k DNR respondenti zmiňovali kritéria, které by měla být nápomocná při rozhodování ohledně udělení pokynu. Polovina respondentů vidí jako takovéto kritérium kvalitu života a důstojnost. Pokud se pacientovi kvalita života dlouhodobě snižuje a jeho prognóza není příznivá, nemá cenu mu zbytečně prodlužovat trápení. Podobný výsledek zjistila i Klimešová (2018) uvedla, že NLZP vnímají za důstojné vyslovení pokynu DNR u terminálně nemocného pacienta. V práci Bublákové (2012) NLZP zase vyzdvihují významnost kvality života během pobytu v nemocnici i potřebu zachování důstojnosti k jeho konci. Druhá část respondentů této bakalářské práce zmínila další možná kritéria a to úlevu a vysvobození pacienta díky udělení pokynu DNR. Bubláková (2012) ve své práci rovněž dokládá, že NLZP vnímají zapsání pokynu DNR u pacienta jako vysvobození a úlevu, pokynem DNR se tak zabrání prodlužování trápení. Vařeka (2013) zjistil, že respondenti berou DNR u pacientů jako formu vysvobození a úlevy. Lze pozorovat, že pro NLZP je důležité mimo klinických výsledků také etická strana léčby a to dopřání důstojnosti a kvality života nemocnému a případným pokynem vysvobození a úlevu od zatěžující či neúčinné léčby.

Poslední částí této kategorie byl dotaz, zda respondenti zaznamenali vývoj nebo změnu postoje k pokynu. Zde nadpoloviční většina uvedla, že se jejich postoj nezměnil a je stále konstantní. V tomto případě uváděli respondenti racionální stránku věci, kdy kompetentní lékař volí pokyn DNR na základě dlouhodobě stanovených a neměnných kritérií jako je například předpokládaná prognóza nebo efektivita léčby. Nikdy se nemůže stát, že by pacient obdržel pokyn bezdůvodně. Respondenti, kteří uvedli, že se jejich názor změnil, vypověděli, že názor se přirozeně mění či jemně modifikuje v závislosti s délkou praxe a přibývajícimi znalostmi. Nicméně většina z nich neuváděla žádné radikální změny v postoji.

## Pocity

Poslední část rozhovoru byla zaměřena na pocity a vnímání NLZP při péči o pacienty s pokynem DNR. Byli tázáni, zda rozlišují pacienty s DNR podle jejich stáří. V tomto ohledu se rozdělili do dvou skupin. První skupina mezi pacienty rozdíl nevidí. Jejich výpověď byla odůvodněná diagnózou a stádiem nemoci pacienta. Uvedli, že starý i mladý člověk může trpět kvůli určitému onemocnění úplně stejně. Totožné vnímání NLZP dokládá Motyčka (2019), který zjistil, že pro 85 % z nich je DNR u mladého pacienta akceptovatelné. V práci Vařeky (2013) byly názory NLZP více rozpolcené, přesto by větší polovina z nich přijala DNR u mladých ročníků nebo u dětí. Podmínkou by však bylo terminální stádium či onkologické onemocnění.

Druhá skupina respondentů této práce uvedla, že není schopna se natolik odprostit od emocí. Například seniory a mladé pacienty s DNR bude vnímat vždy rozdílně. Uvedli, že si zcela uvědomují, že udělení pokynu i u mladého pacienta může být vhodné, nicméně situace je více emočně zasáhne. Mezi respondenty této bakalářské práce bylo uvedené vnímání v menšině. Naopak v práci Bublákové (2012) je uvedeno, že NLZP jednoznačně rozlišují pacienty s pokynem DNR na základě věku. U seniorů DNR přijímají nejlépe, naopak pokyn u mladého člověka většina z nich odmítá. Neresuscitovat mladého pacienta označili NLZP za morální dilema. Zároveň by se nevyhnuli prožívání nepříjemných pocitů a úzkostí. Lze vidět, že DNR u mladší populace je velmi ošemetné. Například v práci Klimešové (2018) se autorka ptala respondentů na přijatelnost DNR u dětí. Více než polovina sice uvedla, že by souhlasila s pokynem, na druhou stranu dalších 25 % ji nedokázalo odpovědět. Náhled NLZP k pokynu DNR nelze generalizovat, každý se s udělením pokynu vyrovnává rozdílně na základě své vlastní osobnosti.

Jeden respondent zmínil, že není možné se vyhnout nějaké formě syndromu vyhoření, dle tvrzení tohoto respondenta, syndrom postihne dříve či později každou zdravotní sestru pracující v intenzivní péči. Tuto výpověď potvrzuje taiwanská studie, která říká, že téměř 30 % zdravotních sester postihne akutní stresová reakce v souvislosti s úmrtím pacienta, o kterého pečují. Dále je zde uvedeno, že se zvyšuje míra jejich stresu v situacích, kdy pacient vyžaduje resuscitaci (Wang et al., 2022). Studie prezentovaná časopisem *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine* uvedla, že se mnoho sester cítí během debaty týkající se pokynu DNR nekomfortně, eticky a citově zatíženě (Raoofi, et al., 2021).

Respondentům byla popsána teoretická situace, ve které by někdo z jejich příbuzných, rodiny či blízkých získal pokyn DNR. Cílem bylo zjistit jejich pocity a chování v takové situaci. Bylo vidět, že je tato otázka zaskočila a zcela očekávatelně to byla ta nejobtížnější ze všech. Objevily se dva názory, jeden z nich byla úleva a pochopení a druhý obavy. Obavy uvedla většina respondentů. Vypověděli, že si zkrátka nedokáží představit, jak by se s takovou situací vypořádali a jak by reagovali. Na závěr se shodli, že doufají, že se s takovou situací nebudou muset nikdy vypořádávat.

## 8 ZÁVĚR

Bakalářská práce byla zaměřena na téma Do Not Resuscitate v intenzivní péči. Je rozčleněna na část teoretickou a průzkumnou. V první části byla uvedena obecná stanoviska tohoto tématu z odborné literatury, které byly doplněny nejnovějšími výzkumy nastiňující jeho aktuálnost. Byly přiblíženy situace pokynu DNR u dospělých a dětí, dále v souvislosti s právem či etikou. V průzkumné části jsem se zaměřila na pohled NLZP k pokynu DNR, formou polostrukturovaného kvalitativního rozhovoru. Respondenti byli vybráni z oddělení ARO, kde jsem předpokládala nejvyšší četnost pokynů a tedy zkušenost s péčí o tyto konkrétní pacienty. Díky uskutečnění a následné analýze rozhovoru byly splněny průzkumné cíle práce. Byla jsem vděčná, že respondenti byli ochotni se otevřít a podělit se o své zkušenosti, postoje či pocity vážící se k tomuto tématu.

Z průzkumného šetření vyplývá, že znalosti sester týkající se pokynu DNR jsou na dobré úrovni podobně jako v ostatních nemocnicích napříč ČR. Bylo patrné, že většina znalostí se odvíjí od praxe. S pacienty, u kterých vysloví lékař DNR, se setkávají a není jim tato situace cizí. To se ovšem nedá říci o DNR které je vysloveno pacientem v dokumentu Dříve vyslovené přání. Jelikož se NLZP s tímto dokumentem téměř nebo spíše vůbec nesetkávají, odpovídají tomu i jejich znalosti. Například NLZP s více jak dvacetiletou zkušeností v oboru disponovali nižší mírou znalostí dokumentu. Naopak mladší z nich, s délkou praxe do deseti let znali dokument lépe, pravděpodobně ještě ze studia na zdravotnické škole. Na základě těchto výsledků se dá rovněž usuzovat, že NLZP nemají k dispozici dostatečnou edukaci v rámci jejich pracoviště, kde by měli mít možnost doplnit chybějící znalosti týkající se Dříve vysloveného přání. Bez této znalosti NLZP nemohou být následné informace předávány pacientům, kterým může tento dokument pomoci.

Největší stěženi týkající se zvyklostí na oddělení ARO bylo dilema záznamu pokynu DNR Je žádoucí, aby pokyn byl zaznamenán i v dokumentaci sester. Bylo by vhodné vyčlenit konkrétní místo v dokumentaci, kde by byl učiněn záznam o omezení péče nebo tomto pokynu. Slovní předání při předávání směn je rovněž žádoucí, ale písemný záznam jej nenahradí. Shledávám jako velice pozitivní, že NLZP ze zvolené krajské nemocnice mají možnost se vyjádřit k udělení pokynu DNR od lékaře. Je samozřejmé, že kompetentní k vyslovení je pouze lékař, ale sestry jsou přeci jen s pacientem v neustálém kontaktu a mají do této diskuze čím přispět. Jak je uvedeno v diskuzi, stále není tato komunikace mezi zdravotnickým personálem samozřejmá celorepublikově.

Zkušenosti NLZP se formují již od školních praxí, kde získávají první praktické znalosti. Lze vidět, že po teoretické stránce tehdejší studenti nebyli připraveni na stav, který umožňuje pacienta neresuscitovat. V prvotní fázi u nich převládala nejistota, ale s narůstající praxí ji vystřídal pochopení, že není etické pacienta resuscitovat a bránit důstojnému odchodu. Dnes uvádějí, že se s takovými pacienty setkávají obecně asi dvakrát za měsíc. Což není zas tak časté, jak by se dalo očekávat. Respondenty dále spojuje jedna negativní zkušenost a tím je nechtěná resuscitace. Nejen v mé práci, ale i v pracích na obdobné téma zažili respondenti tuto nepříjemnou zkušenost. NLZP se bojí vyslovit proti rozhodnutí lékaře a odmítnout resuscitaci. Respondenti na ni však mají právo, a to za využití výhrady ve svědomí. Zdá se, že NLZP se snaží respektovat právo rozhodnutí lékaře o (ne)resuscitaci, která je výhradně v jejich pravomoci, přestože se NLZP tento respekt přičítá. Někteří zmínili, že se tímto nesnaží zatěžovat, kdy bezmezně věří rozhodnutí lékaře. Jiní uvedli, že se snažili naznačit, zda je resuscitace nutná. Na druhou stranu žádný z respondentů nezmínil, že by tento stav měl být běžný, jedná se zřejmě o výjimečné situace.

Co se týče pohledu NLZP na pokyn DNR setkala jsem se pouze s pozitivním přístupem. Spíše bylo zmiňováno, že by u pacienta vyžadující DNR s dlouhodobě nepříznivým stavem mělo být ideálně pristoupeno k dalším omezením v léčbě. Ve specifických situacích pokyn DNR nemusí být vždy dostatečný. Dále by NLZP uvítali častější vydávání pokynů. Je pochopitelné, že jsou takovými zastánci pokynu. Právě oni jsou v neustálém kontaktu s pacientem a více soucítí s jeho stavem, vidí každý posun nebo nezdar v jeho léčbě. Proto NLZP nejvíce dbají na to, aby léčba pacientovi zajistila dobrou kvalitu života a zároveň zachovala jeho důstojnost. Respondenti se mnohokrát vyhradili proti umělému prodlužování života, ke kterému bohužel někdy dochází. Pohled NLZP je důležitý a tím také právo vyjádřit svůj názor ohledně omezené léčby pacienta. Pokyn DNR dále označili jako možnost vysvobození a úlevy pro pacienta, který již nemá naději v léčbě. Jednoduše pokud pacient postrádá dobrou kvalitu života a jeho léčba již není důstojná, je na místě DNR. Tento pokyn následně nemocnému poskytne úlevu a toužené vysvobození. Pozitivní náhled NLZP na pokyn zůstává konstantní několik let a to celorepublikově. Uvědomují si důležitost včasného omezení léčby, která není dlouhodobě prosperující.

Je bez debat, že vnímání NLZP je u pokynu komplikované. Jedná se o emočně složitou problematiku. NLZP obecně prožívají při péči s DNR pacientem obavy či lítost. Základním úkolem NLZP a lékařů je léčit pacienta do posledních chvil. Zde tato povinnost zaniká a vzniká požadavek na důstojnou péči. Nezapomínejme však, že DNR neznamena paliativní

léčbu, je to pouhé nezahájení resuscitace. Otázkou zůstává, zda je to dostatečné. Podstatná je kvalitní práce paliativního týmu a ARO týmu, který zhodnotí která z variant je ta nejvhodnější pro pacienta. Bylo vidno, že pro NLZP je obtížný fakt, kdy se mohou setkat s mladými pacienty s pokynem DNR. Většina z nich sice uvedla, že rozhodující pro jejich vnímání je diagnóza pacienta nikoliv jeho věk, ale to je dáno zejména jejich osobností, emoční stabilitou a její odolností. Myslím, že DNR u mladého pacienta by vnitřně zarezonovalo u každého, důležité potom je, jak jsou NLZP schopni se s tím vypořádat. Z tohoto důvodu si myslím, že je potřeba dostupnosti intervenční služby, která může NLZP pomoci se vypořádat s podobnými nepříjemnými situacemi a vést je k dobrému psychickému zdraví. Mezi takové lze zahrnout i situaci, kdy by obdržel pokyn jejich rodinný příslušník. Při této myšlence drtivá většina respondentů vyjádřila obavy. Mohou se u svých blízkých bát zbytečného prodlužování života nebo naopak budou mít pocit, že se pro něho mělo udělat více. Zkrátka dokud se v podobné situaci neocitnou, jejich slovy řečeno, nedokáží odhadnout, jak se k věci postaví.

Je faktem, že věk populace se neustále zvyšuje, medicína nikdy nebyla na takové úrovni, jako je tomu dnes. Nicméně vyvstává otázka, zda je prodlouženému životu úměrná i její kvalita. Zda je udělení pokynu dostatečné, pacientovi jsou totiž nadále podávány život udržující léky. Ne každý si přeje takový konec života. Myslím si, že nejdůležitějším výsledkem této práce je doklad o nedostatečném povědomí Dříve vysloveného přání. Ačkoliv je zaneseno v zákoně více jak dvacet let, stále se dostatečně neuplatilo v praxi.

Dle výsledků mé práce, bych navrhla několik doporučení. Úroveň znalostí NLZP ohledně Dříve vyslovených přání je nedostatečná. Bylo by tedy vhodné edukovat zdravotníky o Dříve vysloveném přání. NLZP by měli mít větší přehled o tomto významném dokumentu. Lékaři, by zase měli častěji a včas debatovat s pacienty na ono téma a představit jim tento dokument, který pacientům, ale také jim samotným, může pomoci v postupu při budoucí léčbě. Druhým doporučením je vymezení konkrétního místa v sesterské dokumentaci, kde bude prostor pro záznam omezení péče či DNR u pacientů na odděleních intenzivní péče.



## 9 POUŽITÁ LITERATURA

### 9.1 Primární zdroje

BARTŮNĚK, Petr, Dana JURÁSKOVÁ, Jana HECZKOVÁ a Daniel NALOS, ed., 2016. Vybrané kapitoly z intenzivní péče. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada), 752 s. ISBN 978-80-247-4343-1.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. Sestra. 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.

MARX, David, 2010. III. Problémy s DNR v klinické praxi. In: *Dříve vyslovená přání a pokyny Do Not Resuscitate v teorii a praxi: monografie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, s. 23-31. ISBN 978-80-87146-31-6.

MATĚJEK, Jaromír, 2011. *Dříve projevená přání pacientů: výhody a rizika*. Praha: Galén. 189 s. ISBN 978-80-7262-850-6.

ONDŘIOVÁ Iveta, 2021. *Etické problémy a dilemata v ošetrovatelské praxi*. Přeložila Ludmila MÍČOVÁ. Praha: Grada Publishing. Sestra, 144 s. ISBN 978-80-271-1696-6.

PETERKOVÁ, Helena, KOPS, Richard 2010. VII. Úvahy de lege ferenda. In: *Dříve vyslovená přání a pokyny Do Not Resuscitate v teorii a praxi: monografie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, s. 23-31. ISBN 978-80-87146-31-6.

SLÁMA, Ondřej, VAFKOVÁ Tereza, 2020. Etické a právní aspekty paliativní péče: Model sdíleného rozhodování. *Paliativní péče* [online]. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta [cit. 2022-12-04]. ISBN: 978-80-210-9628-8. Dostupné z: [https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps19/paliativni\\_pece/web/pages/08\\_04\\_sdilene\\_rozhodovani.html](https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps19/paliativni_pece/web/pages/08_04_sdilene_rozhodovani.html)

Zákon č. 372/2011 Sb., O zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. In: Sběrka zákonů České republiky. 2011, částka 131, str. 4752. ISSN: 1211-1244.

Zákon č. 372/2011 Sb., O zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. In: Sběrka zákonů České republiky. 2011, částka 131, str. 4760. ISSN: 1211-1244.

### 9.2 Odborné články

ALETREBY, Walled T. et al., 2022. Early versus late DNR orders and its predictors in Saudi Arabian ICU: a descriptive study. *Saudi journal of medicine & medical sciences* [online].

- Mumbai : Wolters Kluwer - Medknow Publications, [2013]-; 10 (3): 192-197 [cit. 2022-11-26]. ISSN: 2321-4856. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9555038/>
- ALHATEM, Albert et al, 2021. „Do not resuscitate (DNR)“ status determines mortality in patients with COVID-19. *Clinics in dermatology* [online]. Philadelphia, PA : J.B. Lippincott 39 (3): 510-516 [cit. 2022-11-25]. ISSN: 1879-1131. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738081X20302315?via%3Dihub>
- ARZUAGA, Bonnie H. et al., 2018. Do-not-resuscitate orders in the Neonatal ICU: experiences and beliefs among staff. *Pediatric Critical Care Medicine* [online]. Lippincott Williams & Wilkins 19 (7): 635-642 [cit. 2022-11-22]. ISSN: 1947-3893. Dostupné z: [https://journals.lww.com/pccmjournal/Abstract/2018/07000/Do\\_Not\\_Resuscitate\\_Orders\\_in\\_the\\_Neonatal\\_ICU\\_.5.aspx](https://journals.lww.com/pccmjournal/Abstract/2018/07000/Do_Not_Resuscitate_Orders_in_the_Neonatal_ICU_.5.aspx)
- BALDOR, Daniel J., et al., 2022. A Controlled Study in CPR – Survival in Propensity Score Matched Full-Code and Do-Not-Resuscitate ICU Patients. *Journal of Intensive Care Medicine* [online]. Sage journals 37 (10): 1363-1369 [cit. 2022-12-28]. ISSN: 1525-1489. Dostupné z: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/08850666221114052>
- BILAL, Moaed et al., 2019. Factors Influencing Do-Not-Resuscitate Status in Children During Last Month of Life: Single Institution Experience. *Journal of pediatric hematology/oncology* [online]. Hagerstown, MD: Lippincott Williams & Wilkins 41 (4): 201-205 [cit. 2022-12-28]. ISSN: 1536-3678. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30499908/>
- BLEDSOE, Thomas A. et al., 2020. Universal Do-not-Resuscitate Orders, Social Worth and Life-Years: Opposing Discriminatory Approaches to the Allocation of Resources During the COVID-19 Pandemic and Other Health System Catastrophes. *Annals of Internal Medicine* [online]. American College of Physicians 173: 230-232 [cit. 2022-12-28] ISSN: 1539-3704. Dostupné z: <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M20-1862>
- BRUERA Eduardo, Judith A. PAICE, 2015. Cancer pain management: safe and effective use of opioids. *American Society of Clinical Oncology Educational Book* [online]. Alexandria, Va. : American Society of Clinical Oncology 35: 593-599 [cit. 2022-11-15]. ISSN: 1548-8756. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25993228/>
- BURNS, Jeffrey P. et al., 2014. Epidemiology of Deaths in the PICU at Five U.S. Teaching Hospitals. *Critical Care Medicine* [online]. Lippincott Williams & Wilkins jménem Society

of Critical Care Medicine 42(9): 2101 – 2108 [cit. 2022-12-16]. ISSN: 1530-0293. Dostupné z:

[https://journals.lww.com/ccmjournal/Abstract/2014/09000/Epidemiology\\_of\\_Death\\_in\\_the\\_PICU\\_at\\_Five\\_U\\_S\\_.17.aspx](https://journals.lww.com/ccmjournal/Abstract/2014/09000/Epidemiology_of_Death_in_the_PICU_at_Five_U_S_.17.aspx)

BUSS, Mary K., Laura K. ROCK a Ellen P. McCARTHY, 2017. Understanding Palliative Care and Hospice: A Review for Primary Care Providers. *Mayo Clinic Proceedings* [online]. Elsevier on behalf of the Mayo Clinic 92 (2): 280-286 [cit. 2022-11-13]. ISSN: 1942-5546. Dostupné

z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0025619616307637?via%3Dihub>

CUI, Panpan et al., 2020. Timing do-not-resuscitate orders and health care utilization near the end of life in cancer patients: a retrospective cohort study. *Supportive Care in Cancer* [online]. Springer Science + Business Media on behalf of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer, 29: 1893-1902 [cit. 2022-12-08]. ISSN: 1433-7339. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00520-020-05672-x>

DRIGGERS, Kathryn E. et al., 2022. Perceptions of care following initiation of Do not resuscitate orders. *Journal of Critical Care* [online]. Elsevier 69 [cit. 2022-11-09]. ISSN: 0883-9441. Dostupné

z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S088394412200034X>

ENNAMURI, Sravya et al., 2021. Changes in Clinical Course Before and After Do-Not-Resuscitate Order Placement in Pediatric Intensive Care Unit Setting. *Journal of palliative medicine* [online]. Mary Ann Liebert 24 (1): 107-111 [cit. 2022-11-13]. ISSN: 1557-7740. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32250188/>

FU, Pin-Kuei et al., 2018. Early and late do-not-resuscitate (DNR) decisions in patients with terminal COPD: a retrospective study in the last year of life. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease* [online]. Auckland, N.Z.: DOVE Medical Press 13: 2447-2454 [cit. 2023-01-05]. ISSN: 1178-2005. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6097512/>

GOUDA, Alaa et al., 2018. Knowledge and Attitude of ER and Intensive Care Unit Physicians toward Do-Not-Resuscitate in a Tertiary Care Center in Saudi Arabia: A Survey Study. *Indian Journal of Critical Care Medicine* [online]. Indian Society of Critical Care

Medicine 22 (4): 214-222 [cit. 2023-02-05]. ISSN: 1998-359X. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5930524/#!po=2.77778>

GOODARZI, Afshin et al., 2022. Knowledge, Attitude and Decision-making of Nurses in the Resuscitation Team towards Terminating Resuscitation and Do-Not-Resuscitate Order. *Ethiopian journal of health sciences* [online]. College of Public Health and Medical Sciences of Jimma University 32 (2): 413-422 [cit. 2022-11-25]. ISSN: 2413-7170. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9175214/#!po=2.27273>

GÜL, Senay, Gülcan BAGCIVAN a Miray AKSU, 2022. Nurses opinions on Do-Not-Resuscitate Orders. *OMEGA – Journal of Death and Dying* [online]. Sage 86 (1): 271-283 [cit. 2022-12-26]. ISSN: 1541-3764. Dostupné z: <https://oce.ovid.com/article/02273457-202286010-00016?sequence=0&clickthrough=y>

HASSANKHANI, Hadi et al., 2020. Palliative Care Models for Cancer Patients: Learning for Planning in Nursing (Review). *Journal of cancer education: the official journal of the American Association for Cancer Education* [online]. New York: Springer 35 (1): 3-13 [cit. 2023-01-05]. ISSN: 1543-0154. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31020622/>

HOLT, Gregory E. et al., 2019. Nonstandard do-not-resuscitate orders. *Current opinion in anaesthesiology* [online]. Philadelphia, PA : Lippincott Williams & Wilkins 32 (2): 179-183 [cit. 2023-02-05]. ISSN: 1473-6500. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30817392/>

CHANG, Hsiao-Ting et al., 2016. Trends of Do-not-resuscitate consent and hospice care utilization among noncancer decedents in a tertiary hospital in Taiwan between 2010 and 2014. A hospital-based observational study. *Medicine* [online]. Wolters Kluwer 95 (46): 5394 [cit. 2022-12-03]. ISSN: 1536-5964. Dostupné z: [https://journals.lww.com/md-journal/Fulltext/2016/11150/Trends\\_of\\_Do\\_Not\\_Resuscitate\\_consent\\_and\\_hospice.46.aspx](https://journals.lww.com/md-journal/Fulltext/2016/11150/Trends_of_Do_Not_Resuscitate_consent_and_hospice.46.aspx)

CHEN, Chin-Hung et al., 2019. Association between the communication skills of physicians and the signing of Do-not-resuscitate consent for terminally ill patients in emergency rooms (cross-sectional study). *Risk management and healthcare policy* [online]. Macclesfield, UK : Dove Medical Press, c2008- 12: 307-315 [cit. 2022-12-15]. ISSN: 1179-1594. Dostupné z: <https://www.dovepress.com/association-between-the-communication-skills-of-physicians-and-the-sig-peer-reviewed-fulltext-article-RMHP>

CHEN, Szu-Jung et al., 2020. Neonatal hospice care utilization in a tertiary hospital in Taiwan before and after the legalization of life-sustaining treatment withdrawal. *Journal of*

*the Chinese Medical Association* [online]. Elsevier Taiwan LLC 83 (8): 774-778 [cit. 2022-11-05]. ISSN: 1726-4901. Dostupné z: [https://journals.lww.com/jcma/Fulltext/2020/08000/Neonatal\\_hospice\\_care\\_utilization\\_in\\_a\\_tertiary.18.aspx#](https://journals.lww.com/jcma/Fulltext/2020/08000/Neonatal_hospice_care_utilization_in_a_tertiary.18.aspx#)

KANDORI, Kenji, Hiromichi NARUMIYA a Ryoji IIZUKA, 2020. Extracorporeal cardiopulmonary resuscitation should not be performed on confirmed or suspected COVID-19 patients. *Resuscitation* [online]. Elsevier 153: 6-7 [cit. 2023-01-06]. ISSN: 0300-9572. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300957220302215#section-cited-by>

KIRUPAKARAN, Johnathan, et al., 2021. Do not resuscitate orders among hospitalized patients with Covid-19: evaluating preventive ethics regarding cardiopulmonary resuscitation. *American Journal of Preventive Cardiology* [online]. Elsevier 7 [cit. 2022-11-08]. ISSN: 1873-2607. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666667721001264>

KOSTKA, Marie Anna, Adriana BORODZICZ a Sylwia Anna KRZEMINSKA, 2021. Feelings and Emotions of Nurses Related to Dying and Death of Patients – A Pilot Study. *Psychology Research and Behavior Management* [online]. Dove Medical Press 14: 705-717 [cit. 2022-11-09]. ISSN: 1179-1578. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34113186/>

KULDEEP, Yadav N. et al., 2017. Approximately One In Three US Adults Completes Any Type Of Advance Directive For End-Of-Life Care. *Health Affairs* [online]. Project HOPE – The People-to-People Health Foundation, Inc. 36 (7) [cit. 2022-10-05]. ISSN: 1544-5208. Dostupné z: <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2017.0175>

MADADIN, Mohammed et al., 2019. Clinicians ' Attitudes Towards Do-Not-Resuscitate Directives in a Teaching Hospital in Saudi Arabia. *The Cureus Journal of Medical Science* [online]. Cureus, Inc. 11 (12): e6510 [cit. 2022-11-19]. ISSN: 2168-8184. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6937465/#!po=2.00000>

MENTZELOPOULOS, Spyros D. et al., 2021. European Resuscitation Council Guidelines 2021: Ethics of resuscitation and end of life decisions. *Resuscitation* [online]. Elsevier 161: 408-432 [cit. 2022-11-25]. ISSN: 1873-1570. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300957221000708>

MERCADANTE, Sebastiano, Cesare GREGORETTI a Andrea CORTEGIANI, 2018. Palliative care in intensit care units: why, where, chat, who, hen, how. *BMC Anesthesiology* [online]. BioMed Central Ltd.: 18 (106) [cit. 2023-02-05]. ISSN: 1471-2253. Dostupné z: <https://bmcanesthesiol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12871-018-0574-9>

PETTERSSON, Mona, Anna, HÖGLUND and Mariann HEDSTRÖM, 2018. Perspective on the DNR decision process: A survey of nurses and physicians in hematology and oncology. *Public Library of Science* [online]. San Francisco, CA : Public Library of Science 13 (11) [cit. 2022-11-28]. ISSN: 1932-6203. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30462673/>

RAOOFI, Neda et al., 2021. The worldwide investigating nurses' attitudes towards do-not-resuscitate order: a review. *Philosophy, Ethics and Humanities in Medicine* [online]. BioMed Central Ltd, 16: 5 [cit. 2022-12-25]. ISSN: 1747-5341. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8422718/#!po=1.31579>

RASKIN, Jo, et al., 2018. Do not resuscitate orders as part of advance care planning in patients with COPD. *European Respiratory Journal* [online]. European Respiratory Society 4 (1): 00116-2017 [cit. 2022-12-18]. ISSN: 1399-3003. Dostupné z: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5814757/#\\_\\_ffn\\_\\_sectitle](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5814757/#__ffn__sectitle)

SAVULESCU, Julian, James CAMERON, 2019. An Objective Approach to Decisions to Withdraw or Withhold Life-sustaining Medical Treatment. *Journal of law and medicine* [online]. North Ryde, Australia: Law Book Co., [1993- ] 27(1): 192-210 [cit. 2022-11-13]. ISSN: 1320-159X. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31682350/>

SAVULESCU, Julian, Udo SCHUKLENK, 2017. Doctors have no right to refuse medical assistance in dying, abortion or contraception. *Bioethics* [online]. John Wiley & Sons 31(3), 162-170 [cit. 2022-11-06]. ISSN: 1467-8519 . Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/bioe.12288>

SHIH, Tzu-Chien et al., 2018. Differences in do not resuscitate orders, hospice care utilization, and late referral to hospice care between cancer and non-cancer decedents in a tertiary Hospital in Taiwan between 2010 and 2015: a hospital based observational study. *BMC Palliative Care* [online]. BMC: 17(18) [cit. 2022-11-17]. ISSN: 1472-684X. Dostupné z: <https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-018-0271-y>

SHIU, Shang-Sin et al., 2022. The impact of signing Do-not-resuscitate orders on the use of Non-beneficial Life-sustaining treatments for Intensive Care Unit patients: A retrospective

study. *International journal of environmental research and public health* [online]. Basel : MDPI, c2004-; 19 (15): 9521 [cit. 2023-01-17]. ISSN: 1660-4601. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9367818/>

SOK, Sohyune et al., 2020. Burnout and Related Factors of Nurses Caring for DNR Patients in Intensive Care Units, South Korea. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. Multidisciplinary Digital Publishing Institute: 17 (23): 8899 [cit. 2023-01-01]. ISSN: 1660-4601. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7729810/#!po=65.7895>

SULTAN, Hala et al., 2021. DNR and COVID-19: Ethical Dilemma and Suggested Solutions. *Frontiers in Public Health* [online]. Frontiers Media SA (9): 560405 [cit. 2023-02-11]. ISSN: 2296-2565. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8149588/>

TEIXEIRA, Cassiano, Paulo R. C. CARDOSO, 2019. How to discuss about do-not-resuscitate in the intensive care unit? *Revista Brasileira de terapia intensiva* [online]. Associação de Medicina Intensiva Brasileira 31 (3): 386-392 [cit. 2023-01-11]. ISSN: 1982-4335. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31618359/>

TUNAS, Maria C. A. et al., 2019. Modes of dying of children in Intensive Care Units in Spain: MOMUCIP study. *Anales de Pediatría*. [online]. Elsevier 91(4): 228-236 [cit. 2023-01-02]. ISSN: 2341-2879. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2341287919301474#!>

VIRTUAL MENTOR, 2013. AMA Code of Medical Ethics' Opinions on Care at the End of Life. *Virtual mentor* [online]. American Medical Association 13 (12): 1038-1040 [cit. 2023-02-26]. ISSN: 1937-7010. Dostupné z: <https://journalofethics.ama-assn.org/article/ama-code-medical-ethics-opinions-care-end-life/2013-12>

WANG, An-Yi et al., 2019. Characteristics and outcomes of „Do Not Resuscitate“ patients admitted to the emergency department – Intensive care unit. *Journal of the Formosan Medical Association* [online]. Formosan Medical Association a Elsevier Singapore Pte Ltd., 118 (1): 223-229 [cit. 2023-01-25]. ISSN: 0929-6646. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0929664617301754#bib2>

WANG, Chao-Ping et al., 2022. Factor associated with critical care nurses' acute stress disorder after patient death. *Australian Critical Care* [online]. Elsevier 35 (4): 402-407 [cit.

2022-11-18]. ISSN: 1036-7314. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1036731421001016>

WANG, Chun-Li, et al., 2019. Do not resuscitate status is correlated with the prescribed use of systemic strong opioid analgesics in patients with terminal cancer: an observation study. *Supportive Care in Cancer*. [online]. Springer Science + Business Media on behalf of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer, 27: 4507-4513 [cit. 2022-11-15]. ISSN: 1433-7339. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00520-019-04765-6>

WERFF, Hans van der et al., 2022. Do not resuscitate order and end of life treatment in cohort of deceased in Norwegian University Hospital. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* [online]. Wiley-Blackwell, 66 (8): 1009-1015 [cit. 2023-01-24]. ISSN:1399-6576. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/aas.14104>

### 9.3 Internetové zdroje

ANESTHESIA KEY, 2022. Ethics in cancer care delivery – Do not resuscitate. *Aneskey.com* [online]. Anesthesia Key [cit. 2022-12-05]. Dostupné z: <https://aneskey.com/ethics-in-cancer-care-delivery-do-not-resuscitate-2/>

ČESKÝ OBČANSKÝ SPOLEK PROTI PLICNÍM NEMOCEM, 2022. Chronická obstrukční plicní nemoc. *Copn.cz* [online]. Praha: Český občanský spolek proti plicním nemocem [cit. 2022-12-14]. Dostupné z: <https://www.copn.cz/cs/pro-pacienty/o-nemocech/chopn>

DOLEŽAL, Adam, 2016. Výhrada svědomí – ano či ne? *Zdravotnickepravo.info* [online]. Praha: © Ústav státu a práva, v. v. i., 2011 -, [cit. 2022-11-06]. Dostupné z: <https://zdravotnickepravo.info/vyhrada-svedomi-ano-ci-ne/>

HŘÍDEL Jan et al., 2014. Režim DNR u pediatrických pacientů. In: *Adoc.pub* [online]. Praha: Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, červen 2014 [cit. 2023-01-16]. Dostupné z: <https://adoc.pub/reim-dnr-u-pediatrickych-pacient.html>

KOUBOVÁ, Michaela, 2015. Dříve vyslovená přání: první krůček k tomu, aby závěr života vypadal podle našich představ. *Zdravotnickýdenik.cz* [online]. Praha: Media Network [cit. 2022-11-10]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickýdenik.cz/2015/06/drive-vyslovena-prani-prvni-krucek-k-tomu-aby-zaver-zivota-vypadal-podle-nasich-predstav/>

KRAUSE, Martin, 2016. Zpracování kvalitativního výzkumu. In: *Elearning.tul.cz* [online]. Liberec, Technická univerzita Network [cit. 2023-01-20]. Dostupné



z: [https://elearning.tul.cz/pluginfile.php/436033/mod\\_resource/content/0/3%20-%20Zpracov%C3%A1n%C3%AD%20kvalitativn%C3%ADho%20v%C3%BDzkumu.pdf?forcedownload=1](https://elearning.tul.cz/pluginfile.php/436033/mod_resource/content/0/3%20-%20Zpracov%C3%A1n%C3%AD%20kvalitativn%C3%ADho%20v%C3%BDzkumu.pdf?forcedownload=1)

MDCalc, © 2005-2023. Skóre APACHE II. *Mdcalc.com* [online]. New York: MDCalc [cit. 2022-12-20]. Dostupné z: <https://www.mdcalc.com/calc/1868/apache-ii-score#use-cases>

MILLER & WAGNER, 2021. Infant Resuscitation and DNR Orders. *Miller-wagner.com* [online]. Portland: Miller & Wagner [cit. 2023-02-15]. Dostupné z: <https://www.miller-wagner.com/articles/infant-resuscitation-and-dnr-orders/>

NATIONAL POLST, © 2022. POLST & Advance directives. *Polst.org* [online]. Baton Rouge: National POLST [cit. 2023-01-15]. Dostupné z: <https://polst.org/polst-and-advance-directives/>

NIH NATIONAL INSTITUTE ON AGING, 2018. Advance care planning: health care directives. *Nia.nih.gov* [online]. Baltimore: National institute on aging [cit. 2023-02-15]. Dostupné z: <https://www.nia.nih.gov/health/advance-care-planning-health-care-directives> -

OMBUDSMAN PRO ZDRAVÍ, 2018. Dříve vyslovená přání. *Ombudsmanprozdravi.cz* [online]. Praha: Ombudsman pro zdraví [cit. 2022-12-04]. Dostupné z: <https://www.ombudsmanprozdravi.cz/drive-vyslovena-prani/>

ROSENBLATT, Carolyn, © 2023. What is a Do not resuscitate order and How does it work? *Agingcare.com* [online]. Seattle: Aging Care [cit. 2022-12-18]. Dostupné z: <https://www.agingcare.com/articles/what-is-a-do-not-resuscitate-dnr-order-and-how-does-it-work-134190.htm>

SABATINO, Charles, 2022. Do not resuscitate (DNR) orders. *Merckmanuals.com* [online]. Rahway: Merck & Co., Inc. [cit. 2022-12-19]. Dostupné z: <https://www.merckmanuals.com/home/fundamentals/legal-and-ethical-issues/do-not-resuscitate-dnr-orders>

SLÁMA, Ondřej, 2010. Lze klinicky definovat pacienta v „terminálním stavu“ a co je u takového pacienta péčí „lege artis“. *Linkos.cz* [online]. Praha: ČOS ČLS JEP [cit. 2022-11-18]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/kongresy/po-kongresu/database-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/lze-klinicky-definovat-pacienta-v-terminalnim-stavu-a-co-je-u-takoveho-pacienta/>

SWEDISH PARLIAMENT, 2014. Patient Act (2014:821). *Riksdagen.se* [online]. Stockholm: Socialdepartementet (Social Department) [cit. 2022-11-30]. Dostupné z: [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svenskforfattningssamling/patientlag-2014821\\_sfs-2014-821](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svenskforfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821)

SWEDISH RESUSCITATION COUNCIL, 2017. Cardiac arrest in hospital–treatment and education. In: *Hlr.nu* [online]. Stockholm: Svenska rådet för hjärt-lungräddning (Swedish Resuscitation Council), 27. září 2017 [cit. 2022-11-30]. Dostupné z: <https://www.hlr.nu/wp-content/uploads/2018/03/Hj%C3%A4rtstopp-inom-sjukv%C3%A5rden-2017.pdf>

SWEDISH SOCIETY OF MEDICINE, SWEDISH SOCIETY OF NURSING AND SWEDISH RESUSCITATION COUNCIL, 2013. Ethical Guidelines for CPR. In: *Hlr.nu* [online]. Stockholm: Svenska Rådet för Hjärt-lungräddning, 20. května 2013 [cit. 2022-11-30]. Dostupné z: <https://www.hlr.nu/wp-content/uploads/2018/03/Etiska-riktlinjer-f%C3%B6r-HLR-Maj-2013.pdf>

WHO, 2022. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Who.int* [online]. Ženeva: World Health Organization [cit. 2022-01-12]. Dostupné z: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd))

#### **9.4 Ostatní**

BUBLÁKOVÁ, Jana, 2012. *DNR jako eticko-ošetrovatelský problém* [online]. České Budějovice [cit. 2023-02-10]. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce prof. MUDr. Oto Masár, Ph.D. Dostupné z: [https://theses.cz/id/4qtuov/DNR\\_jako\\_eticko-osevratelsky\\_problem2.pdf](https://theses.cz/id/4qtuov/DNR_jako_eticko-osevratelsky_problem2.pdf)

ČÍŽOVÁ, Zuzana, 2017. *Pojem Do not resuscitate a omezená terapie i intenzivní péči* [online]. Brno [cit. 2023-02-10]. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Mgr. Jitka Hůsková. Dostupné z: [https://is.muni.cz/th/ddluu/Pojem\\_Do\\_Not\\_Resuscitate\\_a\\_omezena\\_terapie\\_v\\_intenzivni\\_peci.pdf](https://is.muni.cz/th/ddluu/Pojem_Do_Not_Resuscitate_a_omezena_terapie_v_intenzivni_peci.pdf)

KLIMEŠOVÁ, Jitka, 2018. *Pohled sester na ordinaci DNR* [online]. Jihlava [cit. 2023-02-10]. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava, Katedra zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Jana Bubláková. Dostupné z: <https://is.vspj.cz/bp/get-bp/student/52410/thema/6655>

MOTYČKA, Štěpán, 2019. *Příkaz Do Not Resuscitate a dříve vyslovené přání* [online]. Pardubice [cit. 2023-02-10]. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Martina Rábová. Dostupné z: [https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/73825/MotyckaS\\_PrikazDNR\\_MR\\_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/73825/MotyckaS_PrikazDNR_MR_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

VAŘEKA, Karel, 2013. *DNR v podmínkách České republiky* [online]. Zlín [cit. 2023-02-10]. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Mgr. Petr Snopek Dis. Dostupné z: [https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/20363/va%C5%99eka\\_2013\\_bp.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/20363/va%C5%99eka_2013_bp.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

## 10 PŘÍLOHY

Příloha A – <i>Informovaný souhlas</i> .....	68
Příloha B – <i>Přepis rozhovoru – Respondent č. 1</i> .....	69
Příloha C – <i>Přepis rozhovoru – Respondent č. 2</i> .....	72
Příloha D – <i>Přepis rozhovoru – Respondent č. 3</i> .....	74
Příloha E – <i>Přepis rozhovoru – Respondent č. 4</i> .....	76
Příloha F – <i>Přepis rozhovoru – Respondent č. 5</i> .....	78
Příloha G – <i>Přepis rozhovoru – Respondent č. 6</i> .....	80
Příloha H – <i>Přepis rozhovoru – Respondent č. 7</i> .....	82

**INFORMOVANÝ SOUHLAS**

Název výzkumu: Do Not Resuscitate v intenzivní péči

Vážená paní, vážený pane,  
obracím se na Vás s prosbou o zapojení do studie, jejíž výsledky budou součástí mé bakalářské práce. Účast ve výzkumu je zcela dobrovolná. Získané údaje nebudou uváděny ve spojitosti s Vaší osobou, neboť veškeré informace budou vyhodnoceny a prezentovány anonymně a tento Informovaný souhlas bude uchován odděleně\*.

V průběhu realizace výzkumu můžete kdykoliv odstoupit. Prosím Vás tímto o rozhovor týkající se Vašeho názoru a zkušeností s pokynem Do Not Resuscitate.

Pokud budete mít i nadále jakékoliv dotazy související s účastí ve výzkumu, můžete mne kontaktovat.

Jméno studenta: Radka Valentová  
Email: valentova1radka@gmail.com  
Studijní obor: Zdravotnický záchranář  
Ročník: 3.

Děkuji Vám za spolupráci.

Souhlas s účastí

Přečetl/a jsem si výše uvedené informace a obdržela jsem odpovědi na veškeré mé dotazy.  
Vyslovuji souhlas s účastí v tomto výzkumu.

v..... dne.....  
jméno..... podpis.....

*\*Údaje budou zpracovány dle Zákona 101/2000 Sb. O ochraně osobních údajů*

Úvodní obecné dotazy

**1. Kolik je Vám let?**

25

**2. Jak dlouho pracujete na oddělení ARO?**

3 roky

**3. Jaké je Vaše dosažené vzdělání a v jakém oboru?**

Bakalářské v oboru Zdravotnický záchranář

**4. Pracoval/a jste i na jiných odděleních? Jak dlouho?**

V průběhu studia na vysoké škole jsem na tomto oddělení pracoval jako sanitář.

Hlavní část

**5. Víte co znamená pokyn Do Not Resuscitate? Dokážete ho vysvětlit, popsat?**

Znamená to neresuscitovat. Rozhoduje se o tom tady u pacientů, u kterých dojde k tomu, že léčba je marná, že už léčba nezabírá a jejich stav nezlepšuje, nýbrž zhoršuje. Dále to může být u pacientů, kteří jsou v terminálních stádiích rakoviny a jiných onemocnění.

**6. Jak často se s příkazem DNR setkáváte na Vašem oddělení?**

To se nedá úplně říct, tady je to spíše takové nárazové, není to pravidelné, občas se stává, že se s tím setkáváme každou směnu, tak to může být třeba 10x za měsíc. Ale další měsíc se s tím nesetkáme třeba vůbec.

**7. Kdo na Vašem oddělení rozhoduje o pokynu DNR?**

Tak jako první o tom může rozhodnout velká vizita, která je tady každé ráno. Sejdou se tady všichni sloužící lékaři ARO včetně sloužících zdravotních sester, následně se obchází každý pacient a bavíme se o tom co a jak dál. Tady se o DNR může začít poprvé uvažovat. Konečné rozhodnutí je potom na ošetřujícím lékaři spolu s dalším jedním lékařem například primářem. My sestry potom k tomu rozhodnutí přispíváme, kdy se nás lékaři chodí ptát, jestli s tím souhlasíme a jaký máme názor.

**8. Pokud se pacient sám rozhodne pro pokyn DNR, jak se jmenuje dokument, který musí sepsat? Řekněte mi, co o něm víte.**

Jmenuje se Dříve vyslovené přání. V podstatě to sepíše, teď si přesně nevzpomenu ty podmínky, ale musí splnit všechny podmínky, aby ten dokument byl platný. Přistupuje se k tomu, když nejsou žádné další možnosti léčby, například v tom terminálním stádiu. Když se tady takto vysloví k DNR, snažíme se to respektovat.

**9. Jakým způsobem je předáváno, že pacient disponuje DNR statutem?**

Informování o DNR u pacienta mezi sestrami probíhá u předávání směn, kde se zmiňují kompletní informace o pacientovi. A já osobně, pokud mi tuto informaci sestra předá, tak si ji ověřím u sloužícího lékaře. V dokumentaci to mají zaznamenané lékaři, v naší dokumentaci to nepíšeme.

**10. Popište svoji první zkušenost u pacienta s pokynem DNR.**

Shodou okolností, můj úplně první pacient, který zemřel. To bylo v době, kdy jsem ještě chodil na praxe na střední škole. Ten pacient byl v terminálním stádiu, polymorbidní. Bylo to pro mě náročné a dost dlouho se mi to honilo v hlavě.

**11. Jaký je Váš momentální postoj k pokynu DNR?**

My jako sestry jsme za DNR určitě rádi. Mnohokrát zde leží pacienti, kteří jsou na léčích a ventilátoru a jejich stav se nezlepšuje, a ti pacienti nezemřou, protože jsou na této podpoře, to mi přijde někdy už jako trápení. A když pak dostanou DNR, tak je to takové vysvobození. Řekl bych tedy, že můj postoj k DNR je konstantní, vnímám to jako úlevu pro ty lidi a jakési vysvobození.

**12. Byl/a jste někdy v situaci, kdy jste musel/a resuscitovat pacienta, který by podle Vás být resuscitován neměl? Pokud ano, popište situaci.**

S tím se setkáváme často. Je DNR a DNR Pokud se u pacienta s DNR vyvine stav, který je zvrátitelný, jako je třeba aspirace a nesouvisí s tou základní diagnózou, kvůli které má DNR, tak se přistupuje k resuscitaci. Právě, u těchto stavů z toho lidského pohledu nechceme resuscitovat. Kolikrát nám záchranky přivezou pacienta, který neměl být resuscitován, ale ta rodina na ně tlačila, ať ho zachrání. A tady ve výsledku stejně zemře o dvě hodiny později.

**13. Vnímáte rozdílně mladého pacienta (řekněme do 40 let) s pokynem DNR než jiné pacienty starších ročníků s pokynem?**

Ano. Podobně mladí pacienti u nás také občas leží a mají právě pokyn DNR a tohle docela dost pociťuji emočně. Měli jsme tady DNR u 17letého kluka a to zasáhlo celé oddělení. Ale u těch starších, kteří jsou polymorbidní, tak u nich je to vhodné vůči té důstojnosti, že v klidu odejdou.

**14. Změnil by se Váš pohled na status DNR pokud by se týkal Vašeho příbuzného?**

Ano, určitě. Nedávno v nemocnici ležela moje máma i můj bratránek, který má čtyři děti. A už to nebylo vůbec příjemné, neumím si představit, že bych něco takového zažíval, kdyby někdo z mé rodiny měl pokyn.



Úvodní obecné dotazy

**1. Kolik je Vám let?**

45

**2. Jak dlouho pracujete na oddělení ARO?**

20 let

**3. Jaké je Vaše dosažené vzdělání a v jakém oboru?**

Vyšší odborné vzdělání, diplomovaná sestra

**4. Pracoval/a jste i na jiných odděleních? Jak dlouho?**

Ne

Hlavní část

**5. Víte co znamená pokyn Do Not Resuscitate? Dokážete ho vysvětlit, popsat?**

Rozhodnutí o tom, že se pacient nebude resuscitovat. Například u pacienta v terminálním stádiu, kdy už víme, že mu nemůžeme více pomoci, kdy je na konci svého života.

**6. Jak často se s příkazem DNR setkáváte na Vašem oddělení?**

Velmi zřídka, řekla bych dokonce, že párkrát za rok. Záleží to také na štěstí, jak se střídáme ve směnách. Osobně jsem takových pacientů viděla pár za svoji praxi.

**7. Kdo na Vašem oddělení rozhoduje o pokynu DNR?**

Pokud je to pacient, který je tady dlouhodobě, rozhodují o tom lékaři v čele s primářem. Pokud je to čerstvý příjem, tak ošetřující lékař. Lékař se vždy ptá, jestli má někdo výhrady při udílení DNR a jaký je náš názor.

**8. Pokud se pacient sám rozhodne pro pokyn DNR, jak se jmenuje dokument, který musí sepsat? Řekněte mi, co o něm víte.**

Ne, to nevím, jak se jmenuje. To už se učíte vy mladý ve škole, to já neznám.

**9. Jakým způsobem je předáváno, že pacient disponuje DNR statutem?**

Víceméně je to předáváno ústně. V tom případě se tím nemůžu řídit, že „jedna paní povídala“ a co nejdříve, jakmile potkám lékaře, si musím u něj informaci ověřit. Další možností je nahlédnutí k lékařům do dokumentace. Pokud by pacient vykazoval asystolii nebo fibrilaci komor a informaci bych neměla ověřenou, resuscitovat budu.

#### **10. Popište svoji první zkušenost u pacienta s pokynem DNR.**

Na první případ si nepamatuju, ale je to případ od případu. Pokud je to starý člověk, který na tom není dobře, budíš mu to přáno zemřít důstojně. Určitě mě to zasáhne, není mi to jedno. Je důležité se dobře rozhodnout a nechat toho člověka důstojně odejít.

#### **11. Jaký je Váš momentální postoj k pokynu DNR?**

Jako mladé ženy se mě to určitě dotýkalo více než teď. Jestli chceme nebo ne sestry po rocích postihne nějaká forma syndromu vyhoření a můžeme se tomu bránit sebe víc. Ale určitě pokud je to mladší člověk nebo vrstevník, je to daleko těžší, člověka to víc zasáhne. Cítíte lítost, bezmocnost, smutek. Více to umocňuje fakt, pokud zjistíte o tom člověku nějakou více soukromou informaci, například že má malé dítě. Člověk si to vztáhne na sebe.

#### **12. Byl/a jste někdy v situaci, kdy jste musel/a resuscitovat pacienta, který by podle Vás být resuscitován neměl? Pokud ano, popište situaci.**

Nastanou i takové situace, ale je to zřídka. U té resuscitace nejsem jen já a lékař, ale celý ARO tým, ty názory tam padají. Stane se třeba, že někdo, souhlasí a druhý zase ne, ale je to o komunikaci, té skupinové kooperaci.

#### **13. Vnímáte rozdílně mladého pacienta (řekněme do 40 let) s pokynem DNR než jiné pacienty starších ročníků s pokynem?**

Určitě je rozdíl jestli přijede dědeček na s plenami, ležící, nevnímají svět z Alzheimer centra, řeknete si, že už má odžito a jeho čas se naplnil, více lidem se spíše uleví. A pokud je to mladší člověk a je v podobně akutním stavu, taky byste mu to přáli, aby v klidu odešel. Člověk to, ale vnímá rozdílně.

#### **14. Změnil by se Váš pohled na status DNR pokud by se týkal Vašeho příbuzného?**

Nedokážu Vám na to odpovědět a strašně se toho bojím, že by k tomu někdy došlo, nevím, jak bych se zachovala, o cizích lidech se rozhoduje jednodušeji. Cizímu člověku to budete přát, tomu blízkému možná také anebo to bude takový pud sebezáchovy, že ho nebudete chtít pustit. Člověk se bojí a chce ho zachránit za každou cenu, přestože mu není pomoci.

Úvodní obecné dotazy

**1. Kolik je Vám let?**

24

**2. Jak dlouho pracujete na oddělení ARO?**

2 roky

**3. Jaké je Vaše dosažené vzdělání a v jakém oboru?**

Bakalářské, Zdravotnický záchranář

**4. Pracoval/a jste i na jiných odděleních? Jak dlouho?**

Ne

Hlavní část

**5. Víte co znamená pokyn Do Not Resuscitate? Dokážete ho vysvětlit, popsat?**

Přání pacienta nebo rozhodnutí lékaře neresuscitovat. Mělo by to být pečlivě zaznamenáno. Často to bývá u pacientů v terminálních stádiích.

**6. Jak často se s příkazem DNR setkáváte na Vašem oddělení?**

2-3x do měsíce.

**7. Kdo na Vašem oddělení rozhoduje o pokynu DNR?**

Je to čistě věc lékaře, ten o tom rozhoduje. Lékař se nás doptává na stav a chování pacienta v jeho nepřítomnosti, když má konzilia a jiné akutní věci.

**8. Pokud se pacient sám rozhodne pro pokyn DNR, jak se jmenuje dokument, který musí sepsat? Řekněte mi, co o něm víte.**

Dříve vyslovené přání. Přání pacienta neresuscitovat. Mělo by to být zaznamenáno s nějakým svědkem, měl by být tento dokument uložen v dokumentaci, mělo by to být označený u toho pacienta. Já jsem zažíval u pacientů Dříve vyslovené přání „neintubovat“ v době Covidu.

### **9. Jakým způsobem je předáváno, že pacient disponuje DNR statutem?**

Předáváme si to slovně při předávání, kdy přijde nová sestra na službu. Dále je to zaznamenáno v plachtě v zadní části, kde máme kolonku pro poznámky.

### **10. Popište svoji první zkušenost u pacienta s pokynem DNR.**

Moje první zkušenost byla u šestnáctiletého chlapce při resuscitaci, kdy se rozhodlo, že už nebudeme pokračovat. Za celou půl hodinu resuscitace nejevil žádné známky obnovy srdeční akce. Pak se zjistilo, že měl prasklé břišní aneurysma. Co se týče pocitů, tak to bylo pro mě hodně zvláštní, v té době jsem měl stejně starého bratra, nedokážu říct, co jsem cítil, byl to zkrátka takový zvláštní pocit.

### **11. Jaký je Váš momentální postoj k pokynu DNR?**

Když pacient nemá žádné vyhlídky, je mu 80 a více, už není schopen fungovat. Tak si myslím, že je to na jednu stranu dobře, je to vysvobození pro toho člověka. A tenhle postoj má celou dobu co jsem ve zdravotnictví.

### **12. Byl/a jste někdy v situaci, kdy jste musel/a resuscitovat pacienta, který by podle Vás být resuscitován neměl? Pokud ano, popište situaci.**

Stalo se mi to. Ale neuvažoval jsem, že odmítnu resuscitovat, spíše jsem měl takové nutkání naznačit, zda je to zapotřebí. A pocit to byl takový, no nevím, nedokážu to popsat.

### **13. Vnímáte rozdílně mladého pacienta (řekněme do 40 let) s pokynem DNR než jiné pacienty starších ročníků s pokynem?**

Na jednu stranu ano, na druhou ne. Ten mladý člověk má život před sebou, tam by záleželo na diagnóze, kterou by měl v souvislosti s tím DNR Každý člověk má právo si zvolit, jestli chce nebo nechce resuscitaci, asi bych se na to nekoukal rozdílně.

### **14. Změnil by se Váš pohled na status DNR pokud by se týkal Vašeho příbuzného?**

Já si myslím, že já osobně bych byl zastáncem toho přístupu „ať už se netrápí“. A právě proto, že pracuji ve zdravotnictví a vidím ty lidi třeba v bolestech, tak o to víc bych chtěl, aby měl ten příbuzný pokojný odchod. Je to lepší než kdyby musel být na spoustě léků, mít spoustu vstupů a být napojen na přístroje.

Úvodní obecné dotazy

**1. Kolik je Vám let?**

25

**2. Jak dlouho pracujete na oddělení ARO?**

3 roky

**3. Jaké je Vaše dosažené vzdělání a v jakém oboru?**

Bakalářské, Zdravotnický záchranář

**4. Pracoval/a jste i na jiných odděleních? Jak dlouho?**

Ne

Hlavní část

**5. Víte co znamená pokyn Do Not Resuscitate? Dokážete ho vysvětlit, popsat?**

Znamená to neresuscitovat. Z jedné strany je to přání pacienta, že nechce být resuscitován v případě, že by měl zástavu oběhu, z té druhé to mohou rozhodnout lékaři podle zdravotního stavu toho pacienta.

**6. Jak často se s příkazem DNR setkáváte na Vašem oddělení?**

Zřídka, asi jednou do měsíce.

**7. Kdo na Vašem oddělení rozhoduje o pokynu DNR?**

Rozhodnutí je na lékaři. Na naše názory se spíše ptají, když pacient přechází do celkové paliativní péče.

**8. Pokud se pacient sám rozhodne pro pokyn DNR, jak se jmenuje dokument, který musí sepsat? Řekněte mi, co o něm víte.**

Je to Dříve vyslovené přání. Dříve platila platnost pět let a teď někdy se to měnilo, že ten dokument má neomezenou platnost. Pokud se to sepisuje až při hospitalizaci, tak u toho musí být jeden svědek a lékař. A pokud se přání sepisuje mimo hospitalizaci, tak musí být ten jeho podpis ověřen u notáře. Většinou to vídám u pacientů, kteří mají nějaká terminální stádia nebo trpí nevléčitelnými nemocemi, ale musím říct, že to tady není moc časté.

### **9. Jakým způsobem je předáváno, že pacient disponuje DNR statutem?**

Je to zanesené viditelně v dokumentaci. Dále se ta informace předává ústně mezi sestrami při předávání směny, popřípadě při ranní vizitě.

### **10. Popište svoji první zkušenost u pacienta s pokynem DNR.**

Můj pocit byl, ten, že se doufala, že se nic nestane (že se mu nezastaví srdce), protože si nedokážu představit, že bych tam jen stála a koukala, jak odchází. Obecně, když ten člověk umírá, tak to není nic rychlého. Byla to nepříjemná situace. Naštěstí se, ale nic nestalo, takže jsem to na konci služby jen předala dál.

### **11. Jaký je Váš momentální postoj k pokynu DNR?**

Co se týče Dříve vysloveného přání, tak zpočátku jsem to moc nedokázala pochopit, proč by to někdo to DNR chtěl, s tím, jak se ta medicína vyvíjí, přece jen je to život. Pak jsem, ale měla pacienta, který byl při vědomí, jen na umělé ventilaci. Byl jen takový věchýtek a stále mluvil o tom, že chce umřít, ale že se bojí, že ho to bude bolet. Říkal, že by si přál podstoupit eutanazii, kdyby to byl možné. A právě toto mě pak přimělo změnit názor. Každý má právo rozhodnout o svém životě a tohle je zkrátka strašné jen čekat, až přijde smrt.

### **12. Byl/a jste někdy v situaci, kdy jste musel/a resuscitovat pacienta, který by podle Vás být resuscitován neměl? Pokud ano, popište situaci.**

Ano, stalo se mi to ještě na praxích na záchrance, kdy jsme přijeli k pacientovi po pokusu o sebevraždu, ten člověk byl už jako mrtvý, ale stejně jsme ho resuscitovali. Bylo to takový hraní jako „aby se neřeklo“ a bylo to hrozné.

### **13. Vnímáte rozdílně mladého pacienta (řekněme do 40 let) s pokynem DNR než jiné pacienty starších ročníků s pokynem?**

Asi ne. Když by ten mladý člověk měl nějakou nevléčitelnou nemoc, tak akorát by to zhoršovalo jeho psychický stav. Je důležitý ten zdravotní stav, protože i ten mladý člověk se může trápit podobně jako ten starý.

### **14. Změnil by se Váš pohled na status DNR pokud by se týkal Vašeho příbuzného?**

No rozhodně bych nechtěla být u toho. Určitě bych se ujistila, jestli ten příbuzný ví, co to znamená, jestli si to opravdu přeje. Samozřejmě by mi to příjemné nebylo, ale bylo by to jeho přání a to je potřeba respektovat, přestože se nám to nelíbí. Takže bych názor nezměnila.

Úvodní obecné dotazy

**1. Kolik je Vám let?**

30

**2. Jak dlouho pracujete na oddělení ARO?**

7,5 roku

**3. Jaké je Vaše dosažené vzdělání a v jakém oboru?**

Vyšší odborná škola, Zdravotnický záchranář

**4. Pracoval/a jste i na jiných odděleních? Jak dlouho?**

Ne

Hlavní část

**5. Víte co znamená pokyn Do Not Resuscitate? Dokážete ho vysvětlit, popsat?**

V překladu je to neresuscitovat. Je to vlastně, když ten pacientův stav je v takové fázi, že ta léčba k ničemu nevede a tak se rozhodnou lékaři i se sestrami, že pokud by se mu zastavilo srdce, že by se neresuscitoval.

**6. Jak často se s příkazem DNR setkáváte na Vašem oddělení?**

Asi 1-2x do měsíce, nejsem si jistý. Chodím i na půl úvazek na záchranku, tak nemám takový přehled.

**7. Kdo na Vašem oddělení rozhoduje o pokynu DNR?**

Tak určitě lékař nebo lékaři a ti se ptají i nás sester. Kdyby někdo z nás nesouhlasil s tím postupem, tak by se k tomu nepřistupovalo, ale většinou se to takhle kolektivně rozhodne. Každopádně lékaři mají to nejhlavnější slovo.

**8. Pokud se pacient sám rozhodne pro pokyn DNR, jak se jmenuje dokument, který musí sepsat? Řekněte mi, co o něm víte.**

Jmenuje seto Dříve vyslovené přání, musí to být úředně potvrzené, nesmí to být jen nějaký cár papíru napsaný doma rukou nebo na počítači. Musí být platné. A je to právě v těch případech, kdy je ten pacient na tom špatně a hodně to bývá spojené s jiným omezením léčby.

### **9. Jakým způsobem je předáváno, že pacient disponuje DNR statutem?**

Je to zaznamenané v dokumentaci, v dekurzu, je to tam napsané, že se nebude resuscitovat, popřípadě pak pokračovat v léčbě.

### **10. Popište svoji první zkušenost u pacienta s pokynem DNR.**

Moje úplně první zkušenost byla na praxích, to jsem byl takový překvapený, že se ty lidi neresuscitují. Postupem času jsem ale pochopil, že ten stav by se tou resuscitací nezlepšil nebo nezvrátil, akorát by se pacient trápil bolestmi. Za podobných situací jsem tomu nakloněn, že by se ten špatný stav pacienta neměl prodlužovat.

### **11. Jaký je Váš momentální postoj k pokynu DNR?**

Pokud je pacient v takové situaci, že se ten jeho stav nezlepší díky terapii a naopak by se jeho utrpení zhoršovalo, tak jsem jen pro DNR. Myslím, že jsem ten názor nijak nezměnil. Nepřijde mi rozumné pacienta v terminálním stádiu resuscitovat a prohlubovat jeho špatný stav.

### **12. Byl/a jste někdy v situaci, kdy jste musel/a resuscitovat pacienta, který by podle Vás být resuscitován neměl? Pokud ano, popište situaci.**

Tam je to spíš, že se neví ta anamnéza toho pacienta, když se pak zresuscituje, tak se následně přijde na to, že ten pacient trpí tím a tím, a že by bylo lepší, kdyby se neresuscitoval. Když to vztáhnou na svojí druhou práci na záchrance, tam se kolikrát se třeba jezdí do domovů důchodců. Ty lidi se tam někdy zresuscitují a těžko říct jestli je to dobře nebo není, to už je na posouzení lékařů.

### **13. Vnímáte rozdílně mladého pacienta (řekněme do 40 let) s pokynem DNR než jiné pacienty starších ročníků s pokynem?**

Spíše by mě zarazil rozdíl v tom věku, ale že by mě to nějak rozhodilo nebo bych si řekl, ne toho budu resuscitovat, to určitě ne. Má to nějaký důvod proč ten mladý čtyřicetiletý pacient má DNR status, jestliže je těžce nemocný, tak je to stejné jako u starého člověka. Takže by to měl ten zdravotník respektovat. Je to samozřejmě jiný, když je to mladý člověk, ale tyhle věci by nás neměly rozhazovat.

### **14. Změnil by se Váš pohled na status DNR pokud by se týkal Vašeho příbuzného?**

Nedokážu říct, nebyl jsem v té situaci a doufám, že nikdy nebudu.



Úvodní obecné dotazy

**1. Kolik je Vám let?**

49 roků

**2. Jak dlouho pracujete na oddělení ARO?**

26 let

**3. Jaké je Vaše dosažené vzdělání a v jakém oboru?**

ARIP, Zdravotní sestra

**4. Pracoval/a jste i na jiných odděleních? Jak dlouho?**

Ano, ARO v jiném městě, asi 1 rok, dále ARO anestezie, také 1 rok

Hlavní část

**5. Víte co znamená pokyn Do Not Resuscitate? Dokážete ho vysvětlit, popsat?**

Pacient se neresuscituje, v případě selhání životních orgánů nebo se neaktivně nezachraňuje. Je to domluva mezi lékaři. Je to například u pacientů, jejichž léčba není nadále přínosná a ten stav pacienta stagnuje nebo se zhoršuje.

**6. Jak často se s příkazem DNR setkáváte na Vašem oddělení?**

Asi 1x měsíčně.

**7. Kdo na Vašem oddělení rozhoduje o pokynu DNR?**

Rozhodují lékaři, já nerozhoduji, může si ale vyslechnout můj názor, ovšem nemusí na něj dát.

**8. Pokud se pacient sám rozhodne pro pokyn DNR, jak se jmenuje dokument, který musí sepsat? Řekněte mi, co o něm víte.**

Název nevím, ale podpis v tomhle dokumentu musí být ověřen u notáře. Rodina o sepisu toho dokumentu musí vědět. Pacient ho musí mít vždy u sebe a né někde schované doma. Pacient se tak může vyslovit, když je ten jeho stav těžký, hodně trpí a výsledky léčby prostě nejsou. U nás na ARO se praktikuje „Vyslovené přání před rodinou“.

**9. Jakým způsobem je předáváno, že pacient disponuje DNR statutem?**

Lékaři mají ten zápis v dokumentaci, sestry informaci předávají ústně na předání služeb.

**10. Popište svoji první zkušenost u pacienta s pokynem DNR.**

Na tu si rozhodně už nevzpomenu. Ale obecně je to hrozná úleva, já jsem jednoznačně pro, pacient se nechá v klidu odejít.

**11. Jaký je Váš momentální postoj k pokynu DNR?**

Jak jsem řekla, jsem jednoznačně pro DNR. Ze začátku jsem neměla zkušenosti a poslouchala jsem lékaře, nechtěla jsem odporovat. Dnes si myslím, že je pokyn někdy udělován zbytečně pozdě.

**12. Byl/a jste někdy v situaci, kdy jste musel/a resuscitovat pacienta, který by podle Vás být resuscitován neměl? Pokud ano, popište situaci.**

Ano, stalo se mi to. Například jednou jsme se zkrátka s ARO týmem dohodli, že resuscitovat nebudeme a řekli jsme to lékařce.

**13. Vnímáte rozdílně mladého pacienta (řekněme do 40 let) s pokynem DNR než jiné pacienty starších ročníků s pokynem?**

Nejde o věk, ale jde o diagnózu. Důležitá je kvalita života, pacient by neměl trpět.

**14. Změnil by se Váš pohled na status DNR pokud by se týkal Vašeho příbuzného?**

Již jsem to zažila a je to spíše úleva. Kolikrát, když rodina vidí, jak je ten pacient ve špatném stavu spíše pochopí, že je to pro něj takhle lepší.

Úvodní obecné dotazy

**1. Kolik je Vám let?**

28 let

**2. Jak dlouho pracujete na oddělení ARO?**

2,5 roku

**3. Jaké je Vaše dosažené vzdělání a v jakém oboru?**

Bakalářské, Zdravotnický záchranář

**4. Pracoval/a jste i na jiných odděleních? Jak dlouho?**

Pracovala jsem na ARO Motol, asi jeden rok, potom na Kardio JIP, tři roky.

Hlavní část

**5. Víte co znamená pokyn Do Not Resuscitate? Dokážete ho vysvětlit, popsat?**

Znamená to neresuscitovat, nezachraňovat. Používá se třeba u pacientů v terminálních stádiích nemoci nebo u těch, kteří mají špatnou prognózu. Dále v případech, kdy lékař rozhodne o nerozšiřování péče a lékař se přikloní k DNR

**6. Jak často se s příkazem DNR setkáváte na Vašem oddělení?**

Myslím, že 2-3x měsíčně.

**7. Kdo na Vašem oddělení rozhoduje o pokynu DNR?**

Lékař, může se samozřejmě zeptat na můj názor, ale nemusí ho zohlednit.

**8. Pokud se pacient sám rozhodne pro pokyn DNR, jak se jmenuje dokument, který musí sepsat? Řekněte mi, co o něm víte.**

Na název si nevzpomenu. Musí to být, ale platný dokument, může ho sepsat člověk starší 18 let nebo i mladší s podpisem zákonného zástupce. Může se tak rozhodnout, když už nevidí žádnou naději v léčbě.

**9. Jakým způsobem je předáváno, že pacient disponuje DNR statutem?**

Je to zapsáno v denním záznamu, v hlášení sester, dále se to předává slovně u předávky směny a ještě u vizity.

**10. Popište svoji první zkušenost u pacienta s pokynem DNR.**

Pociťovala jsem úzkost, člověk si to nechce připouštět. Pacientovi je důležité zajistit komfort a bezbolestné odcházení, dále je důležitá možnost styku s rodinou.

**11. Jaký je Váš momentální postoj k pokynu DNR?**

Určitě pozitivní, myslím, že je to důležitá součást, řekněme, nějaké formy omezování péče. Můj postoj během let je víceméně stejný.

**12. Byl/a jste někdy v situaci, kdy jste musel/a resuscitovat pacienta, který by podle Vás být resuscitován neměl? Pokud ano, popište situaci.**

Ano, zažila jsem to. Neuvažovala jsem, ale odmítnutí, respektuji rozhodnutí pacienta.

**13. Vnímáte rozdílně mladého pacienta (řekněme do 40 let) s pokynem DNR než jiné pacienty starších ročníků s pokynem?**

Vnímám to stejně. Zásadní je diagnóza pacienta, nikdy pacient nedostane DNR jen tak, je k tomu důvod. Pokud je pacient mladý, ale má vážnou nemoc, je pochopitelné, že má DNR. Podstatné je také zamyslet se nad tím jakou kvalitu života bude mít pacient po resuscitaci.

**14. Změnil by se Váš pohled na status DNR pokud by se týkal Vašeho příbuzného?**

Mám na to jiný pohled, u blízkého doufám v to nejlepší, třeba i nemožné, mám k němu citovou vazbu. Neubráním se tomu, i když jsem zdravotník. Pokud, ale vidím v jak špatném stavu je, spíše to DNR pochopím a respektuju to.