

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

**Etické a právní aspekty resuscitace pacientů v terminálním stádiu
onemocnění v přednemocniční péči.**

Petr Hofírek

Bakalářské práce

2014

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Petr Hofírek**
Osobní číslo: **Z11037**
Studijní program: **B5345 Specializace ve zdravotnictví**
Studijní obor: **Zdravotnický záchranář**
Název tématu: **Etické a právní aspekty resuscitace pacientů v terminální fázi onemocnění v přednemocniční péči**
Zadávací katedra: **Katedra ošetrovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

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

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


1. CÍSAŘOVÁ, Dagmar. Dříve vyslovená přání a pokyny do not resuscitace v teorii a praxi. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, 2010. ISBN 9788087146316.
2. MACH, Jan. Lékař a právo. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3683-9.
3. POKORNÝ, Jiří et al. Urgentní medicína. 1. vyd. Praha: Galén, 2004. ISBN 80-7262-259-5.
4. ŠEBELOVÁ, J. Urgentní medicína: časopis pro neodkladnou lékařskou péči. České Budějovice, 2011, roč. 4. ISSN 1212-1924.
5. HAŠKOVCOVÁ, Helena. Thanatologie nauka o umírání a smrti. 2. vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7292-471-3.

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Kateřina Čermáková, DiS.
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: 1. října 2012
Termín odevzdání bakalářské práce: 9. května 2014


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Čermáková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 10. dubna 2014

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracoval samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 30. 4. 2014

Petr Hofírek

PODĚKOVÁNÍ:

Tímto bych rád poděkoval svému vedoucímu práce PhDr. Kateřině Čermákové za její odbornou pomoc, trpělivost, cenné rady a poskytnuté materiály, které mi pomohly při zpracování bakalářské práce. Děkuji záchranářům a lékařům Zdravotnické záchranné služby Královéhradeckého kraje za ochotu a čas, který mi věnovali při tvorbě rozhovorů k mé bakalářské práci. Rád bych také poděkoval rodině, přátelům, kteří mě neustále podporovali.

ANOTACE

Práce je věnována etické a právní problematice, jež je spojená s resuscitací pacientů v terminálním stádiu onemocnění, prací zdravotnického záchranáře. Zabývá se indikacemi a kontraindikacemi kardiopulmonální resuscitace v přednemocniční péči, zdravotnickým právem a v neposlední řadě vazbami mezi zdravotnickým pracovníkem a pacientem, kteří se v přednemocniční péči často setkávají v emocemi nabitém prostředí. Praktická část seznamuje čtenáře s pohledem zdravotnických záchranářů a lékařů na daný problém.

KLÍČOVÁ SLOVA

resuscitace, hollywoodská resuscitace, terminální stav, smrt, zdravotnický záchranář

TITLE

Ethical and legal aspects of resuscitation of patients in the terminal stage of the disease in pre-hospital care.

ANNOTATION

The work is focused ethical and legal issues that are associated with resuscitation of patients in the terminal stage of disease, and on a paramedic's job. It deals with indications and contraindications of cardiopulmonary resuscitation in pre-hospital care, medici law and, last but not least, relations between health care staff and patients who often meet in pre-hospital care in the environment full of emotions. The practical part introduces paramedics' and doctors' view of the problem.

KEYWORDS

resuscitation, hollywood resuscitation, terminal stage, death, paramedic

OBSAH

Seznam použitých zkratek	- 5 -
Úvod	10
Cíle práce	11
1 Zdravotnická záchranná služba	12
2 Kardiopulmonální resuscitace	13
2.1 Indikace KPR	14
2.2 Kontraindikace KPR	14
2.3 Ukončování KPR	15
2.4 Přítomnost rodiny u KPR	15
2.5 Historie KPR	15
3 Zdravotnický záchranář	17
3.1 Osobnost zdravotnického záchranáře	17
3.2 KPR z pohledu zdravotnického záchranáře	18
4 Zdravotnické právo	19
4.1 Co je lege artis?	19
4.2 Terminální stav	20
4.3 Dříve vyslovená přání a pokyny DNR	20
5 Etika ve zdravotnictví	23
5.1 Etické aspekty resuscitace	23
5.2 Hollywoodská resuscitace	24
6 Moderní medicína a smrt	26
6.1 Sociální rozměr umírání a smrti	27

6.2	Euthanasie	28
6.3	Dystanázie	29
7	Výzkumné otázky	30
8	Metodika výzkumu	31
9	Hodnocení výzkumu	33
9.1	Otázka č. 1	33
9.1.1	Obecné hodnocení	33
9.1.2	Rozdíly mezi názory lékařů a záchranářů	33
9.2	Otázka č. 2	34
9.2.1	Obecné hodnocení	34
9.2.2	Rozdíly mezi názory lékařů a záchranářů	35
9.3	Otázka č. 3	36
9.3.1	Obecné hodnocení	36
9.3.2	Rozdíly mezi názory lékařů a záchranářů	37
9.4	Otázka č. 4	38
9.4.1	Obecné hodnocení	38
9.4.2	Rozdíly mezi názory lékařů a záchranářů	39
9.5	Otázka č. 5	41
9.5.1	Obecné hodnocení	41
9.5.2	Rozdíly mezi názory lékařů a záchranářů	41
9.6	Otázka č. 6	43
9.6.1	Obecné hodnocení	43

9.6.2	Rozdíly mezi názory lékařů a záchranářů.....	43
9.7	Otázka č. 7.....	44
9.7.1	Obecné hodnocení.....	44
9.7.2	Rozdíly mezi názory lékařů a záchranářů.....	45
9.8	Otázka č. 8.....	45
9.8.1	Obecné hodnocení.....	45
9.8.2	Rozdíly mezi názory lékařů a záchranářů.....	46
9.9	Otázka č. 9.....	47
9.9.1	Obecné hodnocení.....	47
9.9.2	Rozdíly mezi názory lékařů a záchranářů.....	48
9.10	Otázka č. 10.....	48
9.10.1	Obecné hodnocení.....	48
9.10.2	Rozdíly mezi názory lékařů a záchranářů.....	49
10	Diskuse.....	51
	Závěr.....	56
	Doporučení pro praxi.....	57
	Seznam citované literatury	58

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AED – Automatický externí defibrilátor

ALS – Advanced life support

BLS – Basic life support

DNR – Do not resuscitate

DVP – Dříve vyslovená přání

HC – Hollywood code

IZS – Integrovaný záchranný systém

KPR – Kardiopulmonální resuscitace

SC – Show code

TS – Terminální stav

UPV – Umělá plicní ventilace

ZZS – Zdravotnická záchranná služba

ÚVOD

Rozvoj moderní medicíny, který můžeme sledovat v posledních letech zásadně změnil průběh lidského života. Do podvědomí široké veřejnosti vnesl pocit, že většinu zdravotních problémů lze efektivně řešit a tím změnil i pohled člověka na smrt.

Při vykonávání profese zdravotnického záchranáře se člověk setkává se širokým spektrem pacientů. Někdy asistuje u zrození nového života, podává pomocnou ruku lidem v nemoci, nesnázích, pacientům přímo ohrožených na zdraví a životě. Často se setkává s umíráním a smrtí, která je nedílnou součástí našich životů. V těchto situacích od něj společnost očekává vysokou míru erudice, rychlé a správné rozhodování. Asi nejkompexnějším výkonem v jeho praxi je rozšířená kardiopulmonální resuscitace, kterou vykonává spolu se svými kolegy a lékaři.

Rozšířená kardiopulmonální resuscitace u pacientů v terminálním stádiu onemocnění je však kontraindikována a staví zdravotnického záchranáře pod nadměrný psychický tlak. Záchranáři a lékaři tuto kontraindikaci většinou opomíjejí a zahajují kardiopulmonální resuscitaci i u těchto pacientů. Důvodem často bývá strach z právního napadení jejich jednání.

Práce má část teoretickou a praktickou. V teoretické části vymezují pojmy nutné k pochopení této problematiky. Zabývám se prací a osobou zdravotnického záchranáře. Kardiopulmonální resuscitací, jejími indikacemi a kontraindikacemi. Pozornost jsem věnoval právní úpravě předem vyslovených přání, která se do legislativy České republiky pozvolna dostává. Dále se věnuji etické stránce kardiopulmonální resuscitace, kdy se na jedné straně střetává postoj rodiny, která chce za každou cenu záchranu svého příbuzného. Na straně druhé postoj lékaře, který musí vyhodnotit, zda je stav pacienta indikovaný k zahájení resuscitace či ne. V neposlední řadě se zabývám pohledem moderní medicíny na smrt spíš jako na prohru než fakt konečnosti života. Popisuji pojmy euthanazie a dystanazie. V praktické části mé práce jsem se zaměřil na zmapování názorů zdravotnických záchranářů a lékařů na toto téma. Jak se chovají v těchto případech a zda se setkávají s danou legislativou, která se týká dříve vyslovených přání.

CÍLE PRÁCE

1. Popsat a charakterizovat problematiku resuscitace u pacientů v terminálním stádiu onemocnění.
2. Zjistit, jak záchranáři a lékaři přistupují k resuscitaci terminálně nemocných pacientů.
3. Zjistit, zda záchranáři a lékaři vykonávají v těchto případech resuscitaci dle platných standardů.
4. Zjistit, zda se záchranáři a lékaři setkávají s legislativním postupem „Dříve vyslovených přání“.

I Teoretická část práce

1 ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA

Zdravotnická záchranná služba (dále jen ZZS) je zdravotní službou, v jejímž rámci je poskytována přednemocniční odborná pomoc osobám se závažným poškozením zdraví nebo osobám v přímém ohrožení života. (Zákon 374/2011 Sb., §2, odst. 1)

Závažným poškozením zdraví rozumíme onemocnění, úraz, akutní bolest nebo jiné zhoršení zdravotního stavu, které bez neprodleného zásahu ZZS vede k prohlubování chorobných změn, dlouhodobým či trvalým následkům případně až k selhání některých životních funkcí lidského organismu nebo náhlé smrti pacienta. (Zákon 374/2011 Sb., §3, odst. a)

Přednemocniční odborná pomoc je pacientovi poskytována na místě vzniku závažného poškození zdraví a během transportu k poskytovateli lůžkové péče. (Zákon 374/2011 SB., §3, odst. e)

ZZS nepřetržitě zajišťuje příjem tísňového volání na národní lince 155 a výzev od ostatních složek Integrovaného záchranného systému (dále jen IZS). Rozhoduje o stupni naléhavosti tísňového volání a nejvhodnějším řešení dané situace. Pokud je třeba telefonicky podává instrukce k zajištění první pomoci na místě mimořádné události před příjezdem výjezdové skupiny. Dle stavu pacienta vysílá na místo mimořádné události výjezdovou skupinu. Provádí vyšetření a péči o pacienta včetně urgentních výkonů směřujících k záchráně života a stabilizaci životních funkcí a to až do chvíle předání pacienta v lůžkovém zařízení. Dále ZZS zajišťuje transport pacientů ale i orgánů mezi zdravotnickými zařízeními leteckými prostředky v situacích kdy hrozí nebezpečí s prodlení a transport nelze zajistit jinak. Na místech hromadného postižení osob ZZS spolupracuje s ostatními složkami IZS a třídí pacienty dle odborných hledisek urgentní medicíny. (Zákon 374/2011 Sb., §4)

2 KARDIOPULMONÁLNÍ RESUSCITACE

Kardiopulmonální resuscitace (dále jen KPR) je soubor terapeutických úkonů vedoucí k obnově cirkulace okysličené krve, k dostatečné perfúzi v životně důležitých orgánech a prevencí orgánovému poškození hypoxií u osob s náhlou zástavou oběhu. (Bydžovský, 2008)

KPR rozdělujeme na základní tzv. Basic life support (dále jen BLS) poskytovanou především v první pomoci a rozšířenou Advanced life support (dále jen ALS) užívanou při odborné zdravotnické pomoci zdravotnickou záchrannou službou. (Bydžovský, 2008)

Základní KPR je poskytována bez zdravotnických pomůcek a léků, proto ji mohou poskytovat svědci náhlé zástavy oběhu nebo ti, kteří pacienta naleznou jako první (zdravotníci, rodinní příslušníci, kolemjdoucí, kamarádi). Základní KPR provádí laici, ale je také základem, na kterém ZZS pokračuje rozšířenou KPR. (Dobiáš, 2007)

Základní KPR zahrnuje zajištění průchodnosti dýchacích cest, umělé dýchání a stlačování středu hrudníku. Důležitá je především kvalita stlačení pět centimetrů do hloubky frekvencí alespoň stokrát za minutu s dostatečným uvolněním hrudníku a bez jakýchkoli přestávek. Trénovaní záchránci vykonávají základní KPR poměrem 30 stlačení a 2 umělé vdechy. (Dobiáš, 2012)

Po příjezdu ZZS navazuje na základní KPR rozšířená KPR a je zprostředkována odborným zdravotnickým pracovníkem většinou lékařem či zdravotnickým záchranářem. Rozšířená KPR zahrnuje zajištění dýchacích cest pomůckami, (endotracheální rourka, laryngální maska), monitoraci srdeční aktivity pomocí elektrokardiografu (dále jen EKG), elektroimpulsoterapie (defibrilace) a podávání indikovaných léků. Následuje transport do zdravotnického zařízení, které je připravené na poresuscitační péči o pacienta. Cíl rozšířené KPR sledujeme ve spontánním obnovení srdeční a dechové činnosti. (Pokorný, 2004)

Mezi základní a rozšířenou KPR bychom mohli zařadit KPR pomocí automatického externího defibrilátoru (dále jen AED), jež vyžaduje použití přístroje, ale jeho obsluha je natolik snadná, že ji zvládne i neškolený laik. (Franěk, 2011)

Způsob jakým je provedena základní KPR prvním zachráncem má na konečný stav pacienta obrovský vliv. Proto je nesmírně důležité edukovat širokou veřejnost o poskytování a technice KPR. (Sláma, 2009)

Pokorný (2004) dodává, že úspěch resuscitačního úsilí závisí na mnoha faktorech, jako je čas, typ poškození, věk a stav organismu, který je náhlou zástavou oběhu poškozen. V neposlední řadě je důležitá kvalita samotné resuscitace. Rozhodují i faktory stojící převážně mimo vliv zdravotnické záchranné služby. Patří do nich mravní podvědomí společnosti, úroveň edukace veřejnosti o první pomoci a prostředky, jež jsou do této oblasti vydávány z veřejných rozpočtů. (Pokorný, 2004)

2.1 Indikace KPR

KPR zahajujeme při náhlé zástavě oběhu, kdy dochází k zániku cirkulace většinou ze dvou příčin: primárně kardiální a hypoxické. Primárně kardiální zástavy vznikají z důvodu přítomnosti maligní kardiální arytmie. Zástavy hypoxické má za následek obstrukce dýchacích cest a intoxikace. (Franěk, 2011)

KPR zahajujeme také u osob, které nereagují na žádné podněty, nedýchají normálně nebo vůbec a nejeví známky aktivity. (Bartůněk, Ptáček a kol., 2011)

2.2 Kontraindikace KPR

Kontraindikací k nezahájení KPR rozlišuje odborná literatura hned několik. KPR nezahajujeme pokud došlo k poraněním neslučitelných se životem (dekapitace), pacient se nachází v terminálním stádiu nevléčitelného onemocnění. Dále resuscitaci nezahajujeme pokud akt samotné resuscitace není zahájen po 15 minutách od zástavy a bez zahájení laické resuscitace u dospělých, po 20 minutách u dětí při normotermii, při hypotermii se tento interval prodlužuje na 40 minut. Pokud dojde k objevení jistých známek smrti (posmrtné skvrny, mrtvolný chlad, posmrtná ztuhlost, mrtvolný rozklad, Tonelliho příznak) resuscitaci rovněž nezahájíme. (Bydžovský, 2008)

Bydžovský (2008), Sláma (2009) se shodují v kontraindikacích KPR. Šeblová (2013) jejich názory doplňuje o stav kdy hrozí reálné ohrožení zdraví zachránce nebo záchránců. (Šeblová, 2013)

2.3 Ukončování KPR

Bydžovský (2008) a Šeblová (2013) se také shodují na postupech směřujících k ukončení KPR. Ukončit KPR můžeme pokud došlo k obnově životních funkcí pacienta. KPR také ukončujeme, když trvá déle než 20 minut při rytmu jiném než je komorová fibrilace a nevedla k obnově životních funkcí. V případě komorové fibrilace se doporučuje KPR prodloužit na 40 - 60 minut. Během KPR nedošlo minimálně 20 minut ke známkám okysličení organismu (zúžení zornic, obnova laryngálních reflexů, měřitelná saturace kyslíkem). Došlo k totálnímu vyčerpání záchránců při BLS. (Bydžovský, 2008)

Rozšířenou KPR ukončuje pouze lékař. (Franěk, 2011)

2.4 Přítomnost rodiny u KPR

Přítomností rodinných příslušníků u KPR jejich blízkých se společnost zabývá od 80 let minulého století. Rodinní příslušníci by byli rádi přítomni resuscitačnímu úsilí ZZS a okolo 90% z nich, kteří mají tuto zkušenost za sebou, by ji absolvovali znovu. Dle jejich názorů se tímto lépe vyrovnají s odchodem blízkého člověka. Toto rozhodnutí je zcela na rodině. Navíc při mimonemocniční zástavě mohou rodinní příslušníci poskytovat KPR velice rychle, pokud jsou s pacientem v kontaktu. Lékaři a zdravotničtí záchranáři by jim měli nabídnout tu samou možnost a nechat je sledovat jejich práci a zároveň poděkovat za jejich obětavé úsilí. (Lippert a kol., 2010)

Šeblová (2011) uvádí, že pokud jsou resuscitaci přítomni členové rodiny, snáze porozumí situaci a přijmou lépe fakt úmrtí blízkého. Smíření s touto situací je pro rodinu jednodušší a mají i pocit, že se pro záchranu jejich blízkého udělalo opravdu vše. Argument proti přítomnosti rodinných příslušníků u resuscitačního úsilí je vznik možné traumatizace tím, že jsou očitými svědky všech invazivních výkonů prováděných při KPR. (Šeblová, 2011)

2.5 Historie KPR

V nejstarších dobách lidstva byl život spjat především s teplem, proto se při snaze navrátit nemocnému život používali hořící výkaly, horká voda a popel. První dochované zápisky mapující umělé dýchání a snad i masáž hrudníku najdeme v Bibli. (Bydžovský, 2008)

Základy neodkladné resuscitace byly položeny v druhé polovině dvacátého století. Roku 1956 byla poprvé zdokumentována možnost zvrátit maligní arytmií (komorou fibrilaci) pomocí výboje stejnosměrného proudu. Tato schopnost byla podnětem k vyvinutí metody, jež měla zajistit umělé udržení dostatečné ventilace a cirkulace u postižených náhlou zástavou oběhu. V roce 1958 byla Safarem popsána ventilační technika dýchání z úst do úst a nedlouho potom Kouwenhoven publikoval srdeční masáž na uzavřeném hrudníku. V roce 1960 byly všechny tyto postupy sjednoceny do neodkladné resuscitace. Vzniklá doporučení až na malé změny respektujeme dodnes. Největším přínosem Safrových doporučení je jednoduchost, která umožňuje i laikům aplikovat neodkladnou resuscitaci pacientům ohrožených zástavou oběhu a tím se podílet na jejich záchraně. (Šeblová, 2013)

Autoři ve svém díle o neodkladné resuscitaci však deklarují, že pacient musí být zachránítelný, neodkladná resuscitace není indikována u pacientů v terminálním stádiu onemocnění kde smrt ani oběhová zástava nejsou neočekávané. (Sláma, 2009)

3 ZDRAVOTNICKÝ ZÁCHRANÁŘ

Zdravotnický záchranář získá odbornou způsobilost k výkonu své profese buď absolvováním akreditovaného tříletého bakalářského programu v oboru Zdravotnický záchranář na vysoké škole, nebo absolvováním nejméně tříletého denního studia v oboru Diplomovaný zdravotnický záchranář na vyšší odborné škole. Odbornou způsobilost k vykonávání této profese má také zdravotnický pracovník, který získal odbornou způsobilost k výkonu povolání všeobecná sestra podle zákona 96/2004 Sb. §5 a specializovanou způsobilost v oboru pro intenzivní péči a byl členem výjezdové skupiny ZZS minimálně poloviny týdenní pracovní doby po dobu 5 let v posledních 6 letech. (Zákon 96/2004 Sb., §18)

Posledním školním rokem kdy bylo, možno studovat obor Zdravotnický záchranář na Střední zdravotnické škole byl školní rok 1998/1999 (Zákon 96/2004 Sb., §18 odst. 1c)

3.1 Osobnost zdravotnického záchranáře

Profese zdravotnického záchranáře převyšuje rámec „normálního“ zaměstnání. Schopnost zvládat psychickou zátěž patří k nutné výbavě každého záchranáře. Tato schopnost předurčuje záchranáře, aby zdolávali náročné situace ohrožení života, pracovali v improvizovaných podmínkách, byli svědky životních tragédií. Záchranář by měl dosáhnout vysoké odborné erudice v oboru, schopnost celoživotně se vzdělávat, být sebevědomý, morálně zralý, ochotný pomáhat a nepodléhat panice. Vystupování by mělo být pohotové a eticky vyspělé. (Andrašová, 2012)

Bydžovský (2008) uvádí, že základní rysy záchranáře jsou znalost, zkušenost, zručnost, rychlost a chladnokrevnost. (Bydžovský, 2008)

Nutno podotknout, že záchranář není superhrdina, nadčlověk ani superman a od pacienta se odlišuje pouze vzděláním a snahou dodržet základní pravidla: „*Salus aegroti suprema lex*“ (Zdraví pacienta je nejvyšším zákonem) a „*Primum non nocere*“ (Především neškodit). Důležitá je rovina životního nadhledu a schopnost neztratit životní optimismus ani v nejtěžších chvílích. Důležité je také uvědomění si co na světě změnit lze a co nikoli. (Andrašová, 2012)

3.2 KPR z pohledu zdravotnického záchranáře

Zdravotnický záchranář může bez indikace lékaře zahájit a provádět KPR s pomocí ručních křísících vaků, defibrilovat srdce elektrickým výbojem po zjištění kardiografického záznamu a tím hodnotit poruchy rytmu, měřit a sledovat základní životní funkce. Sledovat hodnoty saturace pulzním oxymetrem. Zajišťovat periferní žilní vstup a podávat do něj krystaloidní roztoky. (Vyhláška 55/2011 Sb., §17)

Na základě indikace lékaře může zdravotnický záchranář podávat nitrožilně léčivé přípravky, zajišťovat dýchací cesty všemi dostupnými pomůckami a nastavovat parametry ventilátoru pro umělou plicní ventilaci (dále jen UPV) určené lékařem. Dále podává kyslíkovou terapii a provádí hygienu dýchacích cest u pacienta na UPV. (Vyhláška 55/2011 Sb., §17)

4 ZDRAVOTNICKÉ PRÁVO

Vztah medicíny a práva je významnou problematikou, která zajímá studenty zdravotnických i právnických oborů a v neposlední řadě i zaměstnance pracující ve zdravotnictví. Otázky řešené tímto oborem, ale zajímají v podstatě každého, protože se s nimi v životě setkáváme často ať už jako subjekty nebo objekty zdravotní péče. (Sovová, 2011)

K základním problémům, jež jsou často diskutovány je nutno nalézt řešení odpovídající aktuální potřebě. Patří sem osobnostní právo každého svobodně rozhodovat nejen o pokračování léčení, svém životě, ale i právo na důstojnou smrt. Jedním ze závažných problémů, jehož vliv bude úměrně narůstat s úspěchy moderní medicíny, je obecný problém vztahu mezi nedotknutelností života a jeho kvalitou. Další zásadní otázkou je povinnost respektovat vůli pacienta, který odmítá výkon, jež může zachraňovat život, zdraví, nebo určitý stupeň zdraví. S rozvojem vědy stoupá v neposlední řadě důležitost etiky a právní odpovědnosti zdravotnického pracovníka, především lékaře ve vztahu s právem na život a zdravotní péči. (Sovová, 2011)

4.1 Co je *lege artis*?

Pojem „*lege artis*“ po přeložení z latiny známe „*podle pravidel vědy*“. *Lege artis* je odborně správný postup lékaře, zda byl tento postup v danou chvíli správný či ne posoudí soudní znalec. Tato odpověď je věcně správná, ale naprosto nezasvěcená. Mezi lidmi se někdy říká s trochou ironie vůči lékařům: „Operace se podařila, pacient zemřel.“ Zatímco pro většinu z nás zní tato věta ironicky, pro lékaře vůbec ironická není, vždyť operace mohla proběhnout dle očekávání, ale pacient přesto zemřel. Pozůstalí však často kladou otázky, zda jejich blízký musel opravdu zemřít, zda neměl být zvolen jiný postup a jestli lékaři neudělali nějakou chybu. Pokud je výsledek špatný, nemohl být přece postup správný. (Mach, 2010)

Od roku 2005 naštěstí existuje velmi dobrý, uznávaný judikát Nejvyššího soudu ČR k pojmu *non lege artis*, jinak řečeno nesprávný odborný postup. Tento soud v něm zaujal postoj, že nesprávná diagnóza nebo chyba v diagnóze ještě neznamená postup *non lege artis*, pokud se zdravotnický pracovník či lékař držel uznávaných medicínských zásad a postupů. Za *non lege artis* lze považovat jen bezdůvodné opomenutí diagnostických a terapeutických metod, které v daný moment mohl zdravotnický pracovník využít a využít měl. Rovněž

je uznáváno, že pokud se lékař či zdravotnický pracovník držel jakéhokoli z uznaných postupů, pak postupoval lege artis. (Mach, 2010)

4.2 Terminální stav

Jako terminální stav je lékaři nejčastěji označován stav pacienta bezprostředně před smrtí, kdy již dochází k útlumu vědomí a postupně dochází k respiračnímu a oběhovému selhání, lze ho také označit jako terminální agónii. Jako terminálně nemocní bývají označováni onkologičtí pacienti s vyčerpanými možnostmi onkologické léčby, s metastatickým onemocněním a postupným multiorgánovým selháním. Trpí řadou nepříjemných symptomů, jsou klinicky velice nestabilní a je pravděpodobné, že v řádu dní, týdnů vstoupí do terminálního stádia, nebo zemřou na některou z komplikací (infekce, plicní embolie, infarkt). Vzhledem ke špatné prognóze základního onemocnění je úspěšnost resuscitačního úsilí v těchto případech mizivá. Právě proto může být skutečnost nezahájení KPR rodinou vnímána jako nedostatečná intenzivní léčba s možnými legislativními důsledky pro lékaře, jež o nezahájení KPR rozhodl. Díky nejasnému definování „terminálního stavu“ je nutno počítat s tím, že se rozhodnutí o nezahájení KPR může stát předmětem soudního přezkoumání. Je velice důležité, aby byl status terminálního stavu řádně zanesen a zdůvodněn v pacientově dokumentaci. (Sláma, 2009)

4.3 Dříve vyslovená přání a pokyny DNR

Moderní lékařská etika je v současné době konfrontována s problematikou spojenou s ochranou života na obou jeho koncích, tedy s případy kdy člověk ještě je, nebo již není schopen vyslovit svá práva a přání. S otázkami spojenými s koncem života přicházíme do styku hlavně s problémem euthanasie, ale v pozadí zůstává problém čtenější a palčivější a v mnoha ohledech nejasnější. Problematika kvality života umírajících pacientů nebo pacientů v terminálním stádiu onemocnění. Otázky kdy a za jakých podmínek pokračovat v léčbě, zda má pacient právo vyslovit co se s ním bude dít, až nebude schopen své názory a myšlenky artikulovat. Zatímco ve Spojených státech amerických jsou „předem vyslovená přání“ (advance directives) několik let běžnou praxí, v České republice se teprve teď dostávají do podvědomí lékařů, pacientů a jejich rodinných příslušníků. (Císařová, 2010)

Pojem „Do not resuscitate“ (dále jen DNR) a dříve vyslovená přání česká legislativa dlouho neznala. Opřít se mohla teprve o Úmluvu o ochraně lidských práv a biomedicíně, jež byla do našeho legislativního řádu zařazena roku 2001 pod číslem 96/2001 Sb. m.s., kde se v článku 9 dočteme o tzv. dříve vyslovených přání (dále jen DVP). (Sláma, 2009)

„Bude brán zřetel na dříve vyslovená přání pacienta ohledně lékařského zákroku, pokud pacient v době zákroku není ve stavu, kdy může vyjádřit své přání.“ (Zákon č. 96/2001 Sb., II. kapitola, čl.9)

Dále však není určeno, jak by toto DVP mělo vypadat a kdy je možno takové přání učinit. Tento problém upravuje až zákon 372/2011 Sb. o zdravotních službách, především §36 odst. 1 ho upravuje takto:

„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 předem vyslovit (dále jen „dříve vyslovené přání“).“ (Zákon č. 372/2011 Sb., §36, odst. 1)

Protože se v práci zaměřuji na přednemocniční neodkladnou péči, je nutno neopomenout odst. 5 písm. c v §36 ten upravuje, kdy není DVP nutno respektovat.

„Dříve vyslovená přání nelze respektovat, pokud byly v době, kdy poskytovatel neměl k dispozici dříve vyslovená přání, započaty takové zdravotní výkony, jejichž přerušování by vedlo k aktivnímu způsobení smrti.“ (Zákon 372/2011 Sb., § 36, odst. 5 písm. c)

„Dříve vyslovené přání není třeba respektovat, pokud by od doby jeho vyslovení došlo v poskytování zdravotních služeb, k nimž se toto přání vztahuje k takovému vývoji, že lze důvodně předpokládat, že by pacient vyslovil souhlas s jejich poskytnutím; rozhodnutí o nerespektování dříve vysloveného přání pacienta a důvody, které k němu vedly, se zaznamenají do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi.“ (Zákon 372/2011 Sb., § 36, odst. 5 písm. a)

Přednemocniční neodkladné péče se také týká odst. 4 téhož zákona, z něhož plyne, že pacient v terminálním stádiu onemocnění se selhávajícími životními funkcemi může učinit DVP nebýt

resuscitován, které zdravotnický záchranář či lékař zapíše do výjezdové karty, kde se pod něj podepíše zdravotnický pracovník, pacient a svědek většinou rodinný příslušník.

„Pacient může učinit dříve vyslovená přání též při přijetí do péče poskytovatelem nebo kdykoliv v průběhu hospitalizace, a to pro poskytování zdravotních služeb zajišťovaných tímto poskytovatelem. Takto vyslovené přání se zaznamená do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi; záznam podepíše pacient, zdravotnický pracovník a svědek.“ (Zákon č. 372/2011 Sb., §36, odst. 4)

Pacient má tedy právo požádat o ukončení stávající léčby nebo o nenasazení nové. Je nutno vzít na vědomí, že léčit do poslední chvíle není vždy a ve všech myslitelných případech lékařovou povinností. Je totiž obrovský rozdíl mezi „cure“ a „care“, mezi léčbou a péčí. Péčí jsme povinni vždy a všude, léčbou ne. Problematika DVP tak na straně jedné přináší určité projasnění vztahu mezi lékařem a pacientem, na straně druhé se jedná o jeden z nejsložitějších problémů moderní lékařské etiky vůbec. (Císařová, 2010)

5 ETIKA VE ZDRAVOTNICTVÍ

V posledních desetiletích se ve vyspělých zemích Evropy a Severní Ameriky postupně změnil vztah lékaře a jeho pacienta z paternalistického modelu na model partnerský. V tradičním paternalistickém modelu je vztah lékaře a jeho pacienta asymetrický. Většina rozhodnutí o pacientově léčbě je považována za názor specialisty, jež rozhoduje v jeho nejlepším zájmu, usiluje o jeho dobro (princip beneficence) a snaží se snižovat riziko poškození nemocného (princip nonmaleficence). Lékař by měl pacienta informovat a chystaných diagnostických a terapeutických postupech. Od pacienta se očekává důvěra v odbornou kompetentnost a dobrý úmysl lékaře. Tedy i jeho odsouhlasení daného postupu navrhovaného lékařem. V partnerském modelu je obrovský vliv kladen na pacientovu autonomii. Pacient má právo rozhodovat o všem co se týká jeho léčby, zdraví a poskytnuté zdravotní péče. Všechny diagnostické i terapeutické postupy by měly být prováděny pouze se souhlasem plně edukovaného pacienta. Pacient má samozřejmě právo odmítnout navrhovanou léčbu i v případě, kdyby toto rozhodnutí mohlo vést k vážné poruše zdraví nebo smrti. (Sláma, 2009)

Z etického pohledu tak často řeší zdravotník kolizi základních etických principů: povinnost chránit zdraví a život pacienta a respektovat jeho autonomii. V souvislosti s péčí o terminálně nemocné pacienty v závěru jejich života vystává otázka jaký tip léčby je pro pacienta v této fázi onemocnění prospěšný, a který je naopak marný a pro pacienta zatěžující. (Sláma, 2009)

5.1 Etické aspekty resuscitace

KPR byla po svém zavedení do praxe postupem času přijata jak odbornou tak laickou veřejností za standardní postup u pacientů s oběhovou nebo dechovou zástavou. Postupem času se ukázalo, že tento postup má řadu úskalí a především u polymorbidních a terminálně nemocných pacientů má malé šance na úspěch. Řada kliniků i etiků polemizovala, že KPR je univerzálně indikovaný a prospěšný postup, který může být odložen jen ve výjimečných případech. Zároveň má své indikace a kontraindikace, má být tedy poskytnuta pouze pacientům, u kterých je z lékařského hlediska indikovaná. Koncem 60. let minulého století se objevují první zmínky o dlouhém a nedůstojném umírání terminálně nemocných, kteří byli často před smrtí resuscitováni. (Sláma, 2009)

Při neodkladné resuscitaci v terénu se nad bezvědomím pacientem setkávají jeho příbuzní a záchranáři. Rodinní příslušníci prožívají velice náročnou a emočně vypjatou situaci, na kterou nejsou v danou chvíli připraveni. Většinou vyvíjí tlak na záchranáře, aby bojovali o jejich blízkého až do samého konce. Tento postoj by se dal vyjádřit přáním: „Zachraňte ho za každou cenu“, bohužel jen málo z nás dokáže definovat onu „každou cenu“. Mállokdy se v pozadí pocitů rodiny objeví obava z prodlužovaného utrpení. Tato obava se častěji vyskytne tam, kde jsou rodinní příslušníci dlouhodobě konfrontováni se špatnou prognózou jejich blízkého. Laici navíc často přeceňují úspěšnost KPR a v krizových situacích obzvlášť. Pro zdravotníka, který je konfrontován s pacientem v terminálním stádiu onemocnění a oběhovou zástavou je nesmírně komplikované vyhodnotit i nemedicínské aspekty této situace. Většinou mají záchranáři k dispozici nedostatek základních anamnestických informací, které jim příbuzní v této situaci nejsou schopni podat. Což celou situaci spíš komplikuje. Stává se, že pro rozhodování u těchto případů nemá lékař v urgentní medicíně partnera a informace zprostředkované rodinou pacienta o jeho přáních či postojích mohou být zkreslené úmyslně či nikoli. (Šeblová, 2011)

Velice důležité by bylo zmapovat postoje a názory zdravotníků i nezdravotníků na toto téma. Podnítit celospolečenskou diskuzi na téma smrti, umírání, úspěšnosti resuscitace u polymorbidních pacientů a osobní odpovědnosti každého z nás. Jen tak se lze dobrat k pokynům pro zdravotníky, jak se mají chovat a postupovat v případech kdy pacient není schopen artikulovat své postoje nebo jsou tyto postoje z různých důvodů pro zdravotníky neznámé. (Šeblová, 2011)

5.2 Hollywoodská resuscitace

Průzkum ve Spojených státech amerických poukázal na to, že KPR je laickou veřejností pokládána za velice úspěšnou metodu při oběhové zástavě a to až v 80-90% případů. V České republice nebyl průzkum na toto téma nikdy proveden. Je však velice pravděpodobné, že by výsledky nebyly příliš odlišné od americké studie. V USA je největší význam prisuzován populárním televizním seriálům z nemocničního prostředí (Nemocnice Chicago

Hope, Emergency Room) kde je KPR prezentována jako velice úspěšná lékařská intervence. (Sláma, 2009)

Seriály ze zdravotnického prostředí většinou medicínu neukazují v jejím pravém světle, kterým jsou především střízlivost a rutina. Zpravidla ji zkreslují do podoby hrdinských výkonů. Tím v široké veřejnosti vyvolávají dojem, že medicína je všehoschopná a zázračná věda, která dokáže zvrátit jakýkoli nepříznivý stav. Záchraná služba je samozřejmě dostupná kdykoli a bez časového prodlení. (Šeblová, J. In: Bartůněk, Ptáček a kol., 2011)

O špatném vlivu těchto seriálů na názor laické veřejnosti se vedly diskuse i na stránkách amerických lékařských časopisů (Sláma, 2009)

Bohužel takto prezentovaná úspěšnost KPR vzbuzuje u laické veřejnosti pocit, že tento terapeutický postup je jediným správným řešením u každé oběhové zástavy. Z pohledu naší práce je důležité, že nerealistická očekávání laiků či rodinných příslušníků od KPR u pacienta v terminálním stádiu onemocnění přináší obrovský psychický tlak na záchranáře a lékaře, kteří se v rámci své praxe ocitají v těchto situacích. Lékař i záchranář reagují tak že, KPR zahájí i v případě, že samotná KPR je v terminálním stádiu onemocnění kontraindikovaná a pro pacienta ztrácí benefit. Důvodem může být strach lékařů z právní napadnutelnosti za neposkytnutí adekvátní péče. Praxe z amerických nemocnic udává, že u těchto pacientů docházelo k předstírané KPR, kde nebyl brán zřetel na hloubku stlačení hrudní kosti a správnou frekvenci. Taková to KPR byla samozřejmě neúspěšná a jejím cílem bylo předcházet stížnostem rodinných příslušníků za zanedbání péče. Rozhodnutí o počátku této pseudoresuscitace si bral lékařský tým a to většinou bez informování rodinných příslušníků. Tento status byl v dokumentaci zapsán zkratkou „HC“ nebo „SC“ (Hollywood code, Show code). Odtud se k nám dostává pojem Hollywoodská resuscitace. Zkušenosti z praxe zahraničních kolegů ukazují, že citlivá a empatická edukace pacientů a jejich blízkých o nízké úspěšnosti KPR u pacientů v terminálním stádiu onemocnění může pohled na tuto problematiku modifikovat. (Sláma, 2009)

6 MODERNÍ MEDICÍNA A SMRT

Smrt je přirozenou částí našeho života a nikdo z nás se ji nemůže vyhnout. Smrt je v naší společnosti a době tabuizované téma, o kterém se nemluví. Většina lidí o ní nerada slyší a dokonce i přemýšlí. (Haškovcová, 2007)

Moderní medicína je opravdu mocná věda. V praxi to znamená, že lékaři dnes mohou zachránit nemocné, jejichž životy by před půl stoletím čekal pouze nevyhnutelný individuální skon. Pokud se podíváme na strategii moderní medicíny, je smrt prohrou a nastoupení paliativní péče je pro nás méně hodnotné. V praxi to poté vypadá, že teprve když selhává mocná a vítězná medicína nastupuje často přehlížená a neoceněná paliativní péče. Člověk, jehož život se chýlí ke konci, potřebuje především paliativní péči, v níž má nezastupitelné místo vlídné slovo, soucit, povzbuzení a projev osobní účasti. (Haškovcová, 2000)

Pohled široké veřejnosti na moderní medicínu přispěl k pocitu, že lze (nyní nebo v brzké budoucnosti) všechny zdravotní problémy úspěšně řešit. Zatímco v dávných dobách považoval pacient vyléčení za zázrak či štěstí, dnes s vyléčením u běžných onemocnění počítá takřka automaticky. Proto je pro pacienta a jeho blízké okolí velice těžké smířit se s úmrtím nebo nezdarem v léčbě a často ho dávají za vinu lékařům. (Sláma, 2009)

Bydžovský (2008) rozděluje dva typy smrti. Smrt klinickou, při které dochází k zástavě dechu, krevního oběhu a bezvědomí. Tento stav může být reverzibilní nebo přejde ve smrt biologickou, která je daná smrtí mozku a je tedy ireverzibilním stavem. (Bydžovský, 2008)

Haškovcová (2000) dále rozlišuje smrt náhlou, rychlou a pomalou. Náhlá smrt svůj příchod neavizuje, rychlá smrt tak činí ve velmi omezeném rozsahu. Tyto dva pojmy se prakticky překrývají. Náhlá smrt je častěji spojována s tragickou smrtí (úraz, autonehoda) pojem rychlá smrt reflektuje nemoc, jež je příčinou brzkého skonu pacienta (infarkt myokardu, masivní plicní embólie). Velice důležité je říci, že oba tyto druhy smrti zastihnou zcela nepřipravené příbuzné. (Haškovcová, 2000)

S rozvojem moderní medicíny také došlo ke změně průběhu závěru života. Pokud před stoletími většina pacientů „stonala krátce a umírala rychle“ (nejčastější příčinou byly infekce, úrazy) v dnešní době charakterizujeme závěr života jako „dlouhé stonání a pomalé umírání“

(příčinou úmrtí bývají chronické onemocnění plic, srdce, karcinomy, diabetes mellitus). Prodloužení délky života pro pacienty znamená, že posledních několik let žijí alespoň s jedním chronickým nevyléčitelným onemocněním, které lze udržet léčbou ve stádiu funkční kompenzace. Z klinického pohledu přináší pacientům řadu nepříjemných symptomů (nechutenství, bolest). V oblasti sociální vedou ke snížení samostatnosti a závislosti na cizí pomoci. (Sláma, 2009)

6.1 Sociální rozměr umírání a smrti

Faktum lidské konečnosti si populace uvědomovala vždycky a v dávných dobách bylo lidem v jistém slova smyslu samozřejmější zemřít než žít. Smrt byla každodenní součástí života a byla viditelná. Lidé většinou umírali doma v kruhu svých přátel. Umírání bylo zpravidla krátké a nedocházelo k jeho oddalování léčebnými zásahy. Bylo by odvážné tvrdit, že lidé neměli ze smrti v minulosti strach. Lepší je připustit, že se jí báli jinak než v dnešní době my. Relativní útěchou byla víra v posmrtný život, který nebude svazován útrpnostmi pozemského bytí. Model domácího umírání spočíval v tom, že umírající zhodnotil svůj stav a pocity a vycítil, že přišla jeho „poslední hodinka“. Následně svolal členy rodiny, své nejbližší a vyslovil svá poslední přání. Poté se s rodinou důstojně rozloučil. (Haškovcová, 2000)

Dnešní situace umírajících a z velké části jejich citového strádání ve zdravotnickém zařízení je poměřováno právě s ideálem domácího modelu umírání. (Haškovcová, 2000)

Změnilo se tedy i místo umírání. Jak říká Haškovcová (2000) většina lidí umírala před 100 lety doma. Dnes se tento trend přestěhoval do nemocnic, léčeben dlouhodobě nemocných. Pouze malá část úmrtí nastává v domácím prostředí. Tomuto vývoji přikládáme několik příčin. Nemoc a bezmoc je na sklonku života brána jako medicínský problém, který nejlépe zvládne zdravotnický personál v nemocnicích. Důvěra veřejnosti v moderní medicínu, která dokáže některé stavy zvrátit. Dalším faktorem promítajícím se do této problematiky jsou společenské socioekonomické změny. Proměna a rozvolnění vícegeneračního soužití rodin, migrování za prací, zvýšená zaměstnanost žen. Tyto důvody přispěly ke snížené schopnosti postarat se o svého nemocného nebo umírajícího člena rodiny doma. Sociologové hovoří o fenoménu „hospitalizace umírání“. Tento fenomén byl typický pro 50-70. léta minulého století (Sláma, 2009)

Dříve byl v centru vesnice kostel a hřbitov tak byla i smrt součástí života a působila jako pojící prvek rodinného života. Poznatky péče o umírající se dědili z generace na generaci a smrt se stávala rituálem, jehož součástí bylo urovnávání vztahů, sepsání poslední vůle a rozloučení s rodinou. (Kutnohorská, 2007)

6.2 Euthanazie

Diskuze o možných způsobech odchodu ze života probíhá ve většině společností pod označením euthanazie. Člověk považuje za ideál smrti, úmrtí v klidu a bez bolesti. Ve skutečnosti však většina našich blízkých umírá v osamocení a někdy i v bolestech. To je asi hlavní důvod proč je euthanazie velice často diskutovaným tématem. Slovo „euthanazie“ je tvořeno pomocí řeckých slov „eu-dobry“ a „thanatos-smrt“ a v překladu tedy znamená „dobrou bezbolestnou smrt“, kterou by nějaká osoba zkrátila utrpení nemocného nebo by mu splnila jeho přání. (Ulrichová, 2009)

V literatuře se nejčastěji setkáváme se třemi formami euthanazie. První je „Euthanazie aktivní aneb usmrcení na vlastní žádost nemocného“. O tomto typu euthanazie hovoříme, pokud pacient přímo zažádá o urychlení nástupu smrti. Nemocný většinou nese břímě závažného onemocnění se špatnou prognózou, trpí nesnesitelnou bolestí a opakovaně žádá o urychlení smrti. V diskuzi na téma aktivní euthanazie panuje nejvíce sporů právě okolo předpokladu kdy vyhovět pacientovu přání. Stačí k tomu pouze výslovná žádost nebo bude pacientovi vyhověna na základě nějakého dříve vysloveného přání. V souvislosti s aktivní euthanazií hovoříme o strategii přeplněné stříkačky. Legalizace aktivní euthanazie je obrovským morálním a etickým dilematem dnešní doby, jež je spojeno s diskusí o tom, zda je milosrdné ukončení života, za trvající bolesti a nesnesitelné trýzně eticky a právně přijatelné. (Ulrichová, 2009)

Druhá forma je „Euthanazie pasivní aneb omezení a ukončení léčby“. Tento typ euthanazie se shoduje s odstoupením od léčby, které je marná a pacientovi nepřináší žádný benefit. Tím rozumíme stav nemocného, kdy je smrt na blízku, a ustoupíme od léčby, jež už není léčbou, ale pouze prodlužováním pacientova utrpení. (Ulrichová, 2009)

Posledním typem euthanazie je „Sociální euthanazie“. Tento pojem je v České republice spíše nepoužíván. Jedná se o stav, kdy se pacientovi nedostává kauzální léčby v případě kurability jeho onemocnění. Důvody mohou být geografického či ekonomického původu. Začlenit bychom sem mohli i edukační insuficienci daného zdravotnického systému. (Ulrichová, 2009)

V České republice je euthanazie podobně jako asistovaná sebevražda zakázaná a v případě jejího provedení bude klasifikována jako trestný čin a trestána podle zákona. Podobně se vyjadřuje i Etický kodex České lékařské komory. (Haškovcová, 2000)

6.3 Dystanázie

Dystanázíí nazýváme stav, kdy je smrt neodvratná, a přesto je medicínou namáhavě oddalována. Tento stav odborníci nazývají dystanázíí neboli zadržanou smrtí. Oddalovat smrt je hodnotný čin, ale nebrat v potaz konečnost lidského života, je projevem lidské i profesní nezodpovědnosti. Částečnou omluvou pro počínání zdravotníků může být to, že většina široké veřejnosti od nich očekává hrdinské výkony v boji o jejich zdraví a život. Samozřejmě i zdravotníci by v tomto ohledu uvítali změnu, pocítili by úlevu, kdyby někdo převzal péči o pacienty ve chvílích, kdy jejich heroické výkony už zjevně nestačí na jejich záchranu a setrvání na tomto světě. Medicína by se měla chovat rozvážně a střídme. Její úlohou přeci není učinit člověka nesmrtelným, nýbrž pomoci lidem prožít omezený počet let na tomto světě co nejaktivněji a nejzdravěji. (Haškovcová, 2000)

II Výzkumná část práce

7 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

1. Jsou pracovníci záchranných služeb raději, když resuscitaci přihlíží rodina nebo je mimo v jiné místnosti?
2. Dokážou lékaři a zdravotníci záchranáři vysvětlit pojem „Hollywoodská resuscitace“?
3. Jak se cítí pracovníci záchranných služeb při resuscitaci pacienta v TS onemocnění?
4. Setkávají se pracovníci záchranných služeb s dříve vyslovenými přáními a braly by na ně zřetel?
5. Jaká jsou očekávání rodiny od resuscitace jejich blízkého, který se nachází v TS onemocnění?
6. Mluví pracovníci záchranných služeb s rodinou o etické stránce umírání a marnosti resuscitace u pacientů v TS onemocnění?
7. Provádí pracovníci záchranných služeb u pacientů v TS onemocnění resuscitaci dle platných standardů?
8. Jsou rodiny dostatečně edukované o zdravotním stavu svého příbuzného?
9. Resuscitují pracovníci záchranných služeb pacienty v TS onemocnění proti svému morálnímu přesvědčení?
10. Jaké řešení by pracovníci záchranných služeb navrhovali?

8 METODIKA VÝZKUMU

K získání výsledků jsem ve své práci použil metodu kvalitativního výzkumného šetření, které jsem prováděl na Zdravotnické záchranné službě Královéhradeckého kraje. Forma mého výzkumu byla v podobě polostrukturovaných rozhovorů, které jsem nahrával na diktafon. Rozhovory jsem následně analyzoval v mé práci. Otázkami jsem zjišťoval jak cíle mé práce tak deset oblastí vyhodnocených v praktické části práce. Soustřeďuji se na podobnost odpovědí jednotlivých respondentů a porovnám pohled na danou problematiku očima lékaře a zdravotnického záchranáře. Výzkumný soubor tvořilo 20 respondentů. Lékařů zapojených do mého šetření bylo 5 všichni muži. Jejich praxe u zdravotnické záchranné služby se pohybovala v rozmezí od 3 do 11 let. Zdravotnických záchranářů jsem oslovil 15, z tohoto počtu bylo 6 žen a 9 mužů. Jejich praxe na zdravotnické záchranné službě se pohybuje v rozmezí 3 – 24 let. Sběr rozhovorů byl prováděn od 16. 12. 2013 do 28. 2. 2014.

Tabulka č. 1 Rozdělení dotazovaných pracovníků na záchranné službě

Číslo respondenta <i>ZZ</i>	Pohlaví	Nejvyšší dosažené vzdělání	Praxe u ZZS
1	Žena	DiS.	12 let
2	Muž	DiS.	10 let
3	Muž	DiS.	4 roky
4	Žena	DiS.	24 let
5	Muž	DiS.	10 let
6	Muž	DiS.	11 let
7	Žena	DiS.	10 let
8	Muž	DiS.	4 roky
9	Muž	Bc.	5 let

10	Žena	DiS.	20 let
11	Muž	DiS.	3 roky
12	Žena	DiS.	4 roky
13	Žena	DiS.	22 let
14	Muž	Bc.	6 let
15	Muž	Bc.	3 roky
16	Muž	MUDr.	3 roky
17	Muž	MUDr.	11 let
18	Muž	MUDr.	6 let
19	Muž	MUDr.	6 let
20	Muž	MUDr.	11 let

9 HODNOCENÍ VÝZKUMU

9.1 Otázka č. 1

Jsou pracovníci záchranných služeb raději, když resuscitaci přihlíží rodina nebo je mimo v jiné místnosti?

9.1.1 Obecné hodnocení

V první otázce je řešena přítomnost rodiny u KPR. Z výpovědi většiny respondentů je jasné, že pracovníci záchranné služby raději resuscitují bez přítomnosti rodiny. Častým důvodem je větší klid na práci a méně emotivně vypjaté prostředí, které poskytuje záchranářům a lékařům větší komfort při práci. Někteří pracovníci záchranných služeb také uvádí, že akt resuscitace je pro rodinu traumatizující a proto není vhodná jejich přítomnost. Malá část záchranářů uvedla, že přítomnost rodiny neřeší nebo je jim to jedno.

„Mimo. Akt samotné resuscitace mi přijde pro rodinu traumatizující a i mě tato situace přináší více stresu.“ (respondent č. 2)

„Jsem raději, když je mimo. Mám radši klid na práci.“ (respondent č. 5)

„Jsem raději, když je rodina mimo. Rodina je většinou ve stresu a tlačí na záchranáře či lékaře, poté nemáme klid na práci.“ (respondent č. 8)

„Jsem raději, když je rodina mimo. Mě osobně to přináší větší klid na práci. Není snad ani problém, že rodina přihlíží, ale to že tyto situace jsou emotivně vypjaté a to není dobré ani pro rodinu, ani pro nás jako záchranáře.“ (respondent č. 15)

9.1.2 Rozdíly mezi názory lékařů a záchranářů

V této otázce se všichni dotazovaní lékaři shodují, že raději resuscitují bez přítomnosti rodiny. Mezi nejčastější důvody patří klid na práci, méně emotivně vypjaté prostředí.

„Jsem raději, když rodina nepřihlíží resuscitaci.“ (respondent č. 20)

„Jsem raději, když resuscitujeme bez přítomnosti rodiny. Důvodem je větší klid na práci a méně emotivně vypjaté prostředí.“ (respondent č. 17)

„Jsem raději, když je to mimo v sanitce nebo bez přítomnosti rodiny. Rodina nám většinou nepomůže, maximálně poskytne nějakou bazální anamnézu pacienta.“ (respondent č. 16)

Odpovědi zdravotnických záchranářů se liší jen málo. Většina opět udává, že resuscitují raději bez přítomnosti rodiny již z výše uvedených důvodů. Ovšem malá skupina záchranářů na rozdíl od názoru lékařů uvedla, že přítomnost rodiny ji nějak zásadně nevadí, pokud neruší nebo nevytváří vypjaté prostředí. I když zdůrazňují individualitu jednotlivých případů, kdy záchranářům na přítomnosti rodiny nezáleží.

„Můžu říct, že přítomnost rodiny mi nevadí. Za prvé vidí, co děláme a za druhé mohou třeba pomoci. Vadí mi, když je tam nějaké hysterické okolí. To se snažím, aby byli raději mimo. V zásadě s přítomností rodinných příslušníků nemám problém.“ (respondent č. 1)

„Jsem raději, když jsme tam o samotě, ale přítomnost rodiny mi nevadí. V tu chvíli se soustředím na pacienta a vůbec neřeším, kdo mi stojí za zády.“ (respondent č. 12)

„Nezáleží mi na tom.“ (respondent č. 7)

9.2 Otázka č. 2

Dokážou lékaři a zdravotníci záchranáři vysvětlit pojem „Hollywoodská resuscitace“?

9.2.1 Obecné hodnocení

Většina dotazovaných uvádí, že tento pojem v životě neslyšela nebo neví, co si pod ním mají představit. Po krátké rozbavě však zkouší tento pojem pojmenovat jako resuscitaci na oko, pouze pro přihlížející, rodinu. Někteří se snaží tento pojem připodobnit k hrané resuscitaci jako divadlo pro přihlížející

„Asi ne. Ani nevím, co bych si pod tímto termínem představila.“ (respondent č. 13)

„Nikdy jsem to neslyšel. Podle názvu bych řekl, že je to resuscitace na oko, jen pro rodinu. Kde víme, že návrat pacienta do běžného života už není reálným cílem.“ (respondent č. 8)

„Tento pojem slyším poprvé. Z názvu chápu, že je to nějaká hraná resuscitace.“ (respondent č. 9)

Pouze jeden respondent uvádí, že se s pojmem setkal a umí ho vysvětlit. Přirovnává tento postup k ošizené resuscitaci, kde se nebere zřetel na hloubku a frekvenci stlačení. Tento respondent také uvádí, že se nejedná o postup lege artis.

„Ano je to taková ošizená resuscitace kde se nedodrží hloubka a frekvence stlačení. Samozřejmě, že to není postup lege artis.“ (respondent č. 15)

9.2.2 Rozdíly mezi názory lékařů a záchranářů

Dotazovaní lékaři nedokázali tento pojem vysvětlit buď se s ním nesetkali nebo ho pouze přirovnali k resuscitaci pro rodinu kdy pacient už nemá šanci na přežití.

„Jestli tomu dobře rozumím je to stav, když se resuscituje pouze pro rodinu. Pacient už nemá prakticky žádnou šanci na přežití, a přesto se resuscitace zahajuje.“ (respondent č. 18)

„V životě jsem se tento termín neslyšel.“ (respondent č. 17)

„Nedokážu. S pojmem jsem se nesetkal.“ (respondent č. 16)

Z dotazovaných zdravotnických záchranářů dokázal tento termín vymezit pouze výše uvedený respondent č. 15. V ostatních případech převládá fakt, že záchranáři tento termín slyšeli poprvé nebo se s ním nesetkali. Někteří přirovnávají tento pojem k resuscitaci na oko nebo pouze pro okolí.

„Ne. Představila bych si to jako nějaké představení pro okolí.“ (respondent č. 10)

„Ne nikdy jsem tento pojem neslyšel.“ (respondent č. 11)

9.3 Otázka č. 3

Jak se cítí pracovníci záchranných služeb při resuscitaci pacienta v TS onemocnění?

9.3.1 Obecné hodnocení

Na tuto otázku opět panuje mezi dotazovanými všeobecný souhlas. Většina z respondentů udává, že se v těchto situacích cítí špatně a resuscitace takového pacienta považují za zbytečné trápení jak pacienta, tak rodinných příslušníků. Popisují nechuť KPR zahajovat, bohužel pokud se tato situace týká posádky bez lékaře, KPR zahájí. Respondenti také uvádí, že zahajování resuscitace u terminálně nemocných či polymorbidních pacientů postižených náhlou zástavou oběhu jim přijde nehumánní a neetické. Pokud se takového pacienta podaří úspěšně resuscitovat respondenti si uvědomují, že prognóza je pro pacienta nepříznivá a nejspíše umře v poresuscitační péči. Malá část dotazovaných uvedla, že se chová standardně jako u jiných resuscitací. Většina tedy zastává názor, že se cítí špatně a resuscitace je pouze trápením pacienta.

„Resuscitovat takového pacienta mi přijde nehumánní, a pokud musím resuscitovat, dělám to co je potřeba.“ (respondent č. 7)

„Moc to neovlivním. Samozřejmě máme nějaké standardy, ale není mi to moc příjemné a moc se s tím nesetkáváme. Pokud jsme na výjezdu s lékařem, snažíme se anamnézu zjistit co nejdříve, abychom věděli, jestli resuscitaci zahájit nebo ne. Nemůžu říct, že bych se s tímto setkala přímo v TS. Vadí mi to u starých lidí třeba přes 90 let, když vím, že jsou polymorbidní tak to mě vadí. Zahajovat resuscitaci v těchto případech mi přijde nehumánní a neetické.“ (respondent č. 1)

„Cítím takovou vnitřní nechuť vůbec něco začínat, protože pacientovi spíš ublížíme. Pokud jsem na místě bez lékaře samozřejmě začnu resuscitovat tak jak se má ale lituji toho.“ (respondent č. 2)

„Samozřejmě se řídím standardy, ale z lidského hlediska je to trápení, především rodiny.“ (respondent č. 3)

9.3.2 Rozdíly mezi názory lékařů a záchranářů

Dotazovaní lékaři mají v tomto případě výhodu kompetencí k nezahájení resuscitace u pacienta v TS onemocnění. Proto také uvádí, že u terminálně nemocných pacientů resuscitaci vůbec nezahajují nebo se ji snaží včas ukončit. Pokud se zaměříme na jejich pocity uvádí pocit marnosti a zbytečné práce. Dotazovaní si snaží zachovat respekt a pokoru k této situaci. Respondenti uvádí, že šance na úspěšné z resuscitování takového pacienta je velmi malá a prognóza v poresuscitační péči nepříznivá. Samozřejmě je to velice individuální.

„Pokud tyto informace máme a víme, že se jedná o terminální stav, snažím se resuscitaci vůbec nezahajovat a rodině to zavčasu a co nejlépe vysvětlit. Pokud tyto informace získám až v průběhu resuscitace nechci pacienta příliš trápit a resuscitaci ukončím.“ (respondent č. 17)

„Terminálně nemocné neresuscituji, je-li se však dotazováno na pocity při resuscitaci, která se evidentně nedaří a je jasné že, dochází k definitivnímu selhání životních funkcí, tak nezbyvá než tuto situaci respektovat, zachovat si pokorný přístup a důstojnost.“ (respondent č. 19)

„Samozřejmě záleží i na ostatních členech týmu. Rozhoduji samozřejmě já. Pokud je pacient kolem 90 let tak resuscitaci vůbec nezahajuji. Pokud se nám podaří resuscitovat takového pacienta, cítím se špatně, protože ten pacient zemře v poresuscitační péči. Pokud je pacient kachektický, starý, polymorbidní, tak se z tohoto stavu bohužel nedostane.“ (respondent č. 16)

Zdravotničtí záchranáři jsou bohužel povinni v těchto případech resuscitaci zahájit vždy. Z jejich odpovědí je jasné, že resuscitaci terminálně nemocných považují za neetické a nehumánní jednání, popřípadě trápení pacienta, ale pokud jsou u takovýchto případů bez lékaře resuscitaci zahájí a postupují dle platných standardů. Pokud se v této situaci naskytnou s lékařem, uvádí, že se chovají na jeho příkaz.

„Chovám se na příkaz lékaře. Pokud se to lékař dozví tak resuscitaci ukončí. Myslím, že pro pacienta v TS onemocnění je to vysvobození.“ (respondent č. 6)

„S ohledem na praxi i na anesteziologicko-resuscitačním oddělení vím, že pokud se tento stav podaří resuscitovat prognóza je velmi špatná. Dělán tedy co musím, ale myslím si, že to nemá význam.“ (respondent č. 10)

„Pokud není k dispozici vyslovené přání nebo nemáme-li k dispozici lékařskou zprávu pacienta, ve které není vedeno DNR, je to pro mě náročné. Samozřejmě že postupuji dle standardů, ale moje cítění je takové, že bych takového pacienta dále netrápil a neresuscitoval.“ (respondent č. 8)

9.4 Otázka č. 4

Setkávají se pracovníci záchranných služeb s dříve vyslovenými přáními a brali by na ně zřetel?

9.4.1 Obecné hodnocení

Z odpovědí dotazovaných pracovníků vyplývá, že s dříve vyslovenými přáními se až na jednoho respondenta nikdo neseťkal. Zaměříme-li se však na druhou část otázky dostaneme se do velice zajímavé diskuse. Z počátku nutno podotknout, že několik dotazovaných nevědělo, že dříve vyslovená přání jsou legislativně podložena, ale ne však zcela jednoznačným způsobem. Pouze 5 respondentů uvedlo, že by dříve vyslovené přání respektovali, samozřejmě v případě právní podloženosti tohoto přání.

„Nevím, že to je legislativní postup. Pokud by to tak bylo v našem státě uzákoněno, snažila bych se to respektovat. V praxi jsem se s tím ještě neseťkala.“ (respondent č. 1)

„Určitě bych na to přání pacienta bral zřetel. Pokud by bylo právně ošetřeno. Nikdy jsem se s tím však neseťkal.“ (respondent č. 2)

„S tímto pojmem jsem se nikdy neseťkal. Pokud by si to pacient žádal a měl to právně podloženo, proč ne, je to jeho přání.“ (respondent č. 3)

Ostatní respondenti se shodují v tom, že by dříve vyslovené přání neakceptovali, protože neví jakou by mělo mít tištěnou formu a do jaké míry je právně ukotveno v legislativě. Dále také uvádějí, že v podmínkách přednemocniční péče bude něco takového těžko dohátelné. Někteří respondenti označili tento legislativní postup za etický a právně napadnutelný problém v případě akceptování tohoto přání.

„Nesetkal jsem se s tím nikdy. Nevím, jak by to mělo být ošetřeno. Co by pacient měl mít u sebe, abychom to našli. Pokud bych něco takového našel, zřetel bych na to nebral. Sám bych se mohl dostat do problémů. Někdo přijde a řekne, že jsem něco neudělal. Čím budu oponovat? Něčím, co ani nevím, jestli je právně ošetřeno. Já jsem záchranář a musím resuscitovat. Jediný kdo může resuscitaci ukončit je lékař.“ (respondent č. 9)

„Vím, že co se týče například transplantací dává se tam nějaký předpokládaný souhlas. Možná, kdyby se toto přání týkalo něčeho jiného, třeba pokynu neresuscitovat, tak bych na to ohled nebrala. Z důvodu, že nevím, kdy to ten člověk napsal a jestli se nacházel v psychické pohodě, nebo neprocházel nějakou momentální depresí.“ (respondent č. 13)

„Nesetkal. Pokud by se tak stalo, zřetel bych na tuto situaci nebral. Myslím, že by mé chování v případě akceptování tohoto přání bylo poté právně napadnutelné.“ (respondent č. 15)

9.4.2 Rozdíly mezi názory lékařů a záchranářů

Respondenti z řad lékařů se s dříve vyslovenými přáními v praxi nesetkali. Většina z nich ani neví jak by se v této situaci zachovala. Dotazovaní lékaři především poukazovali na to, jak se k tomuto dříve vyslovenému přání dostanou, nebo kdo je v přednemocniční péči o tomto přání poučí a jak by toto přání mělo být formulováno. Pokud by toto přání bylo řádně podloženo, část respondentů by ho akceptovala. Záleželo by především na informacích, které by byly k dispozici.

„Nejsem si jistý, kdo mi to v té situaci sdělí, protože můžu resuscitaci provádět v terénu a tam je hledání nějakého DVP nemyslitelné. Nevím, jak by to muselo být právně ošetřeno, protože pokud pojedou k záchraně života, tak nebudu přemýšlet, zda něco pacient vyslovil nebo ne. Pokud by někdo vyslovil, že nechce resuscitovat, tak je to spíše věc, kterou by měli řešit v nemocnici. Nevím jak by to bylo v terénu, kdo by nám to měl sdělit a jak by tato informace byla validní. Pokud by byl pacient hodně nemocný nebo v TS a resuscitace by nebyla ku prospěchu myslím, že bych se k němu přiklonil.“ (respondent č. 16)

„Zatím jsem se s tím nesetkal. Myslím, že je to eticky složitý problém a co se týče resuscitace nevím, jak bych se zachoval. Velice často nemáme o pacientovi mnoho informací a řídit

se jen podle toho, že někdo z rodiny řekne, že pacient má nějaké DVP, nevím jak bych na to reagoval. Musel bych mít dostatek informací.“ (respondent č. 17)

„Vím, co pojem znamená, v praxi jsem se s ním však neseťkal. Pokud bych s tímto „dříve vysloveným přáním“ setkal, pak bych ho chtěl a musel respektovat. Toto přání by ale muselo mít jasnou a nezpochybnitelnou formu.“ (respondent č. 19)

Zdravotničtí záchranáři se rovněž jako lékaři s dříve vyslovenými přáními za svou dosavadní praxi na ZZS neseťkali. Většina zdravotnických záchranářů se přiklání k tomu, že neví jak by se zachovali v případě setkání s tímto dříve vysloveným přáním. Část by přání pacienta brala v potaz a snažila se mu vyhovět. Většina dotazovaných by však toto přání neakceptovala z důvodu právní napadnutelnosti jejich jednání, nejednoznačné validnosti tohoto dokumentu. Názory jsou však velmi rozmanité a nedá se jednoznačně říci, jaký názor převládá.

„Neseťkal. Pokud by se tak stalo, zřetel bych na tuto situaci nebral. Myslím, že by mé chování v případě akceptování tohoto přání bylo poté právně napadnutelné.“ (respondent č. 15)

„V praxi jsem se tímto neseťkal. Pokud bych, se s tím setkal, bral bych na toto přání zřetel. Myslím, že pokus o návrat do života u pacienta, který si toto nepřeje je zbytečný.“ (respondent č. 14)

„Neseťkala. Setkala jsem se s tím pouze na oddělení ARO v podobě DNR. Pokud bych se s tím setkala v terénu, nevím, jak postupovat. Etická a legislativní stránka věci je hodně rozdílná. Z etického hlediska se snažím vyhovět rodině. Ze strany legislativy zahájit prostě musím. Nevím, jaký by šel udělat kompromis, abych z této situace vyšla se vztyčenou hlavou.“ (respondent č. 12)

„Nikdy jsem se s tím neseťkal. Nevím, jak bych postupoval.“ (respondent č. 11)

9.5 Otázka č. 5

Jaká jsou očekávání rodiny od resuscitace jejich blízkého, který se nachází v TS onemocnění?

9.5.1 Obecné hodnocení

V odpovědích respondentů na tuto otázku jsem zaznamenal mnoho rozdílných názorů. Podle dotazovaných hraje v tomto případě roli hned několik ukazatelů. Na jedné straně rodina čeká od záchranářů a lékařů záchranu svého blízkého. Tato skutečnost je způsobena buď špatnou edukací rodiny o zdravotním stavu jejich příbuzného, nebo vírou v to, že záchranná služba je všemohoucí a dokáže zvrátit i tuto nepříznivou prognózu. Na straně rodin také dochází z pohledu respondentů k popírání skutečnosti, že se jejich příbuzný nachází v TS onemocnění.

„Při zohlednění svých zkušeností myslím, že je to tak půl na půl. Část rodinných příslušníků se se smrtí smířit nechce a někteří jsou seznámeni s touto situací a ani nechtějí, abychom resuscitaci zahajovali.“ (respondent č. 2)

„Myslím si, že v devadesáti procentech stejně není rodina připravená na to, že jim ten člen odejde a doufají do poslední chvíle, že se to změní. Alespoň mám takovou zkušenost.“ (respondent č. 4)

„Záleží na situaci, pokud je rodina seznámena s diagnózou pacienta a je soudná, tak vědí, že bude následovat negativní výsledek. Pokud však nemají validní informace o stavu svého příbuzného a nechápou ho, nebo si tento stav nedokážou připustit. Doufají a myslí si, že přivolaná záchranná služba je všemohoucí a očekávají od ní něco, co není schopna splnit.“ (respondent č. 9)

9.5.2 Rozdíly mezi názory lékařů a záchranářů

Názory lékařů na tuto otázku se různí a opět se objevuje více pohledů na danou situaci. Nedá se ani z určitosti říci, jaký názor převládá. Dle lékařů je nejdůležitější informovanost rodiny a schopnost rodin se na tuto náročnou situaci alespoň nějak připravit. V případě akutního stavu chce být rodina ujištěna, že bylo učiněno vše k jeho odvrácení.

„Jsou rodiny, které to nesou dobře. Většinou to ale provází hodně emocí a samozřejmě to jak se na tuto náročnou situaci dokážou připravit a zpracovat.“ (respondent č. 16)

„Někdy je rodina poučená, má dostatek informací a ví, že život člověka končí a svým způsobem je to završení, konec toho trápení a čekají, že ani my pacienta trápit nadále nebudeme. Pokud rodina informace nemá, a často to tak bývá, tak jsou očekávání velká a poté je velmi těžké rodině vysvětlit všechny aspekty rozhodnutí o nezahájení resuscitace a dalším trápení jejich rodinného příslušníka.“ (respondent č. 17)

„Očekává samozřejmě zachování pacientova života. Pokud zjistím, že resuscitace nevede k obnově životní funkce, tak se kloním spíše k ukončení resuscitace.“ (respondent č. 20)

Postoj zdravotnických záchranářů se jen nepatrně liší od postojů dotazovaných lékařů. Opět vyzdvihují to, že očekávání rodinných příslušníků jsou přímo úměrná jejich informovanosti o zdravotním stavu jejich příbuzného a schopnosti tyto informace vstřebat.

„Pokud je rodina správně edukována o TS rodinného příslušníka, očekávání má velmi racionální a je smířena s nadcházejícím úmrtím. V případech špatné edukace ze strany ošetřujícího lékaře očekává od příjezdu ZZS nějaký zázrak, který je většinou zcela vyloučen.“ (respondent č. 15)

„Záleží, jestli je rodina dostatečně edukovaná. Pokud rodina bude mít minimum informací většinou od našeho příjezdu čeká zázrak. Naopak rodina edukovaná, s dostatkem informací od ošetřujícího lékaře je většinou smířená se špatnou prognózou.“ (respondent č. 14)

„Myslím si, že někteří si tuto situaci uvědomují a berou smrt jako část života. Na druhou stranu spousta lidí popírá, že se jejich rodinný člen nachází v TS a myslí si, že se stane zázrak. Věří v uzdravení příbuzného a v to, že život bude zase jako dřív. Očekávají od nás vzkříšení pacienta a záchranu.“ (respondent č. 12)

9.6 Otázka č. 6

Mluví pracovníci záchranných služeb s rodinou o etické stránce umírání a marnosti resuscitace u pacientů v TS onemocnění?

9.6.1 Obecné hodnocení

Z výpovědí respondentů je patrné, že rozhovor o výsledku resuscitace nebo stavu pacienta nechávají na osobě tomu kompetentní, tedy na lékařích. Z tohoto důvodu se přesunu hned na rozdíly mezi názory zdravotnických záchranářů a lékařů, kde bude zcela jasné, jak dotazovaní respondenti odpověděli na tuto otázku.

9.6.2 Rozdíly mezi názory lékařů a záchranářů

Všichni respondenti z řad lékařů odpověděli, že rozhovor na toto téma s rodinou provádí. Popisují především postup resuscitačního úsilí a důvody ukončení nebo neúspěchu resuscitace. Pokud resuscitace dopadne úspěšně, čas se podle dotazovaných lékařů na tento rozhovor významně zkracuje, je však nutné ho uskutečnit.

„Někteří po neúspěšné resuscitaci rodině řeknou, ať otevřou okno, zapálí svíčku aby duše mohla odejít a ono to opravdu funguje. Po resuscitaci řeknu rodině, že pokud by se nám podařilo tento stav zvrátit, tak je pacient v takovém stavu, že by následnou péčí nepřežil a bylo by to jen prodlužování dalšího utrpení. Toto většinou lidé potřebují slyšet. Takže i když resuscitaci nezahajujeme, mluvím s rodinou o té bezvýznamnosti nějakých marných pokusů o obnovení životních funkcí. Samozřejmě je potřeba tento rozhovor uskutečnit.“ (respondent č. 16)

„Pokud se resuscitace zdaří, není moc prostoru na rozhovor s rodinou. V případě že resuscitace dopadne špatně a člověk umírá, tak čas na tento rozhovor je. Poté je nezbytně nutné s rodinou hovořit a popsat naše jednání během resuscitačního úsilí.“ (respondent č. 17)

„Pokud resuscitaci nezahájím z důvodu TS nebo už jistých známek smrti, snažím se rodině vysvětlit, že je to pouze prodlužování utrpení a drtivá většina takto resuscitovaných pacientů končí na ARO či JIP, kde později umírají. Takto to rodinám vysvětlím a nestalo se mi,

že by nás nutili v pokračování resuscitace. Samozřejmě existují i vyhrocené situace.“ (respondent č. 18)

Dotazovaní záchranáři ve většině případů uvedli, že tento rozhovor nechávají výhradně na lékařích. Udávají, že resuscitaci ukončuje lékař a i seznámení rodinných příslušníků s výsledkem resuscitace je v jeho kompetencích. V některých případech, kdy otázka od rodinného příslušníka směřuje přímo na záchranáře, samozřejmě odpověď poskytne.

„Ne, to nechávám na lékaři. To mi nepřísluší.“ (respondent č. 5)

„Ne, od toho je tam lékař.“ (respondent č. 6)

„Pokud se resuscituje, tak na to není čas. Potom je to na lékaři. Když třeba ještě píše dokumentaci, tak se snažím projevit soustrast. Vím třeba, že se nemají dávat nějaké léky na tlumení emocí, je lepší když si to rodina prožije. Někdy vysvětlím, proč má pacient na těle nějaké poranění, které je důsledkem naší činnosti. Nevadí mi si s rodinou o tomto tématu promluvit.“ (respondent č. 13)

9.7 Otázka č. 7

Provádí pracovníci záchranných služeb u pacientů v TS onemocnění resuscitaci dle platných standardů?

9.7.1 Obecné hodnocení

Z výpovědi dotazovaných plyne, že pokud je resuscitace zahájena, tak postupují dle platných standardů vždy a bez rozdílu, zda se pacient nachází v TS onemocnění, nebo nikoli.

„Ano. Nejsem však zastáncem prodlužování resuscitace u pacientů v terminálním stádiu onemocnění.“ (respondent č. 13)

„Samozřejmě.“ (respondent č. 11)

„Myslím, že se snažíme vždy postupovat dle platných standardů. To znamená i dle postupů pro terminálně nemocné pacienty.“ (respondent č. 17)

9.7.2 Rozdíly mezi názory lékařů a záchranářů

Dotazovaní lékaři odpověděli, že pokud resuscitaci zahájí, snaží se postupovat dle standardů. Pokud se jedná o TS nevyléčitelného onemocnění postupují takto až do doby zjištění tohoto faktu. Pouze jeden respondent ze strany lékařů uvedl, že při resuscitaci pacienta v TS onemocnění dle standardů nepostupuje.

„Vždy, když zahájím resuscitaci, provádím ji dle platných standardů.“ (respondent č. 18)

„Jestliže se jedná o případy neindikované k resuscitaci, tak do tohoto zjištění provádím KPR dle standardů.“ (respondent č. 20)

„Ne.“ (respondent č. 19)

Respondenti z řad zdravotnických záchranářů, až na jednu výjimku uvádí, že postupují dle platných standardů vždy.

„Ano.“ (respondent č. 1)

„Ano. Určitě.“ (respondent č. 2)

„Samozřejmě.“ (respondent č. 11)

„U pacientů v terminálních stádiích asi ne.“ (respondent č. 14)

9.8 Otázka č. 8

Jsou rodiny dostatečně edukované o zdravotním stavu svého příbuzného?

9.8.1 Obecné hodnocení

Z odpovědí většiny respondentů je patrné, že odpověď na tuto otázku má opět několik aspektů, na kterých záleží. Necelá polovina dotázaných si myslí, že edukovanost rodin o zdravotním stavu jejich blízkého, který se nachází v TS onemocnění je na špatné úrovni. Vinu vidí v chybějícím dialogu mezi rodinou pacienta a ošetřujícím lékařem. Buď je situace vysvětlena

pro rodinu nepochopitelně, nebo ne zcela úplně. Dále v tom že rodina tyto zdrcující fakta nechce přijmout. Posledním aspektem, který dotazovaní uvádí, mohou být sociální problémy uvnitř rodiny a její mentalita.

„Myslím si, že informovanost rodin je velmi špatná. Nevím, jestli ten fakt nechtějí přijmout, ale zdá se mi, že poučení o zdravotním stavu jejich blízkých je na velmi špatné úrovni.“ (respondent č. 7)

„Myslím, že je to tak půl na půl. Polovina ví, že smrt je součástí života a že přijde, druhá polovina doufá v zázrak.“ (respondent č. 5)

„Pokud je to pacient dlouhodobě nemocný a rodina o tyto pacienty sama pečuje, tak si to uvědomují velice dobře. Řada pacientů a rodin ovšem tato fakta vytlačuje, neguje a nechce je přijmout.“ (respondent č. 18)

9.8.2 Rozdíly mezi názory lékařů a záchranářů

Názory dotazovaných lékařů se různí. Každý se ale přiklání alespoň k jednomu z výše uvedených faktů. Nejčastějším problémem v neinformovanosti rodin spatřují v negaci kruté pravdy sdělené od obvodního nebo ošetřujícího lékaře, komunikační problémy uvnitř rodiny a opomíjený fakt, že člověk je smrtelný. Někteří se setkali i se situací, kdy jako první uvedli na pravou míru stav pacienta a seznámili rodinu s pravou diagnózou. Samozřejmě se tento problém liší případ od případu.

„Myslím, že ano. Pokud tyto informace vůbec chtějí vědět.“ (respondent č. 20)

„Často se stává, že informované nejsou. Potom je komunikace s rodinou o to těžší a záchranná služba bývá první, která natvrdo řekne, jak na tom pacient doopravdy byl a to je samozřejmě špatně.“ (respondent č. 17)

„Rodiny nejsou informované. Samozřejmě závisí na komunikaci uvnitř rodiny. Stává se, že tak při jedné z pěti resuscitací rodina řekne, že ví, jak je například tatínek nemocný a je jen otázkou času kdy zemře. Občas se ale také stává, že resuscitujeme nějakého pacienta s karcinomem a rodina nám to záměrně neřekne. Další stránkou věci je fakt, že smrt se vytratila z našich životů a spousta lidí si myslí, že jsou nesmrtelní.“ (respondent č. 16)

Respondenti z řad zdravotnických záchranářů si myslí, že informovanost rodin je na dobré úrovni nebo došlo v poslední době ke zlepšení. Samozřejmě závisí na tom, do jaké míry chce tyto skutečnosti přijmout. Problém špatné informovanosti vidí v sociálních problémech uvnitř příbuzenstva, špatné informovanosti ze stran lékařů a vytěsnění negativních faktů.

*„Myslím, že informovanost rodin o TS rodinných příslušníků není na dobré úrovni.“
(respondent č. 15)*

„Myslím, že v našem zdravotnictví je edukovanost pacientů na špatné úrovni. Myslím, že lékaři se bojí pacientům sdělovat tvrdou pravdu a to, že se jejich život chýlí ke konci. Poté přichází ta krutá realita, na kterou není rodina připravena. Samozřejmě připravit se na takovou situaci není vůbec jednoduché.“ (respondent č. 14)

*„Záleží na několika aspektech. Jak s rodinou komunikuje obvodní lékař. Také na mentalitě té rodiny. Obecně si myslím, že informovanost rodin je na špatné úrovni. Mohla by být lepší.“
(respondent č. 13)*

9.9 Otázka č. 9

Resuscitují pracovníci záchranných služeb pacienty v TS onemocnění proti svému morálnímu přesvědčení?

9.9.1 Obecné hodnocení

Na danou otázku odpověděla necelá polovina respondentů odpovědí „ne“. Zbytek respondentů se s tímto pocitem setkal. Někteří uvádí, že resuscitovat pacienta v TS onemocnění je neetické a právě proto i proti jejich morálce.

„Myslím, že ne. Tuto práci dělám rád a nehledím, jestli má pacient šanci na přežití nebo ne. Pracuji dle standardů.“ (respondent č. 8)

„Ano.“ (respondent č. 2)

*„Ano, myslím, že resuscitovat pacienta v TS je neetické a proti mému přesvědčení.“
(respondent č. 15)*

9.9.2 Rozdíly mezi názory lékařů a záchranářů

Z dotazovaných lékařů odpověděli 3 odpovědi „ne“ ostatní tuto situaci už zažili. Jeden z dotazovaných lékařů vypověděl, že tuto situaci pocítoval především ze začátku své praxe. Je tedy jasné, že tento pocit je velice individuální.

„ Určitě ne.“ (respondent č. 16)

„Určitě, především ze začátku své praxe.“ (respondent č. 17)

Skupina dotazovaných zdravotnických záchranářů většinou vypověděla, že zatím proti svému morálnímu přesvědčení nikoho neresuscitovali. Někteří uvedli, že v pacientech nedělají rozdíly a proto morální stránku této otázky neřeší. Pouze necelá třetina uvedla, že se jich tato situace týká a v době své praxe na ZZS ji zažili.

„Ne.“ (respondent č. 13)

„Určitě ne.“ (respondent č. 4)

„Ne. Přistupuji ke každému pacientovi stejně. Nedělám v nich rozdíly.“ (respondent č. 9)

9.10 Otázka č. 10

Jaké řešení by pracovníci záchranných služeb navrhovali?

9.10.1 Obecné hodnocení

Jednoznačnou odpověď nenajdeme. Každý má svůj názor a přístup k dané věci je velice individuální. Pokud si vezmeme od každého respondenta něco, utvoříme si ucelený obraz nejdůležitějších bodů, které by respondenti změnili. V první řadě vidíme důraz na zlepšení informovanosti rodin o zdravotním stavu jejich blízkého a zlepšení paliativní péče. Další navrhovanou změnou by bylo zlepšení legislativní úpravy „dříve vyslovených přání“ a snaha

je zavést do praxe. Objevili se i názory respondentů, kteří by rozšířili pravomoci zdravotnických záchranářů tak, aby nemuseli zahajovat KPR u pacientů v TS onemocnění.

„Důležité je dle mého názoru edukovat správně veřejnost jak o TS tak třeba i o úspěšnosti resuscitace jako takové. V neposlední řadě správně užívat paliativní medicíny u pacientů v terminálním stádiu onemocnění.“ (respondent č. 15)

„Zlepšení legislativy nebo rozšíření kompetencí zdravotnických záchranářů.“ (respondent č. 14)

„To je těžké. Důležité je aby rodina měla validní informace, aby pochopila závažnost stavu. Takže řešení vidím v edukaci těchto pacientů a jejich rodin.“ (respondent č. 9)

„Myslím, že systém funguje dobře. Možná bych pouze zatlačil na obvodní lékaře, aby více spolupracovali s rodinami, které se starají o tyto pacienty. Kolikrát se stane, že pacientům chybí tlumení bolesti, mají nedostatek zdravotnického materiálu. Jinak myslím, že pacienti z fakultních nemocnic jsou edukováni velmi dobře.“ (respondent č. 8)

9.10.2 Rozdíly mezi názory lékařů a záchranářů

Respondenti z řad lékařů by zlepšení této situace viděli jak ve výše uvedených poznatcích, tak ve vyvolání celospolečenské diskuse na téma smrt. Edukaci společnosti o celkové úspěšnosti KPR. V řadách lékařů se objevuje i názor, že zjednodušení tohoto problému by vedlo ke ztrátě lidského a etického rozměru. Současnou právní úpravu považují někteří za složitou nýbrž dostatečnou.

Ovšem nutno podotknout, že je nutné, aby se zdravotníci chovali rozumně a empaticky především v těchto náročných situacích.

„Řešení vidím v edukaci veřejnosti. O tom, že člověk je stále smrtelný a o povědomí úspěšnosti resuscitací. Bylo by dobré třeba snížit prioritu výjezdu k těmto resuscitacím a urgovat výjezd k mladším ročníkům.“ (respondent č. 16)

„Myslím, že nějaké zjednodušení tohoto problému není možné. V okamžiku kdy to bude dané nějakou legislativou, kdy resuscitovat a kdy ne, ztratí to lidský a etický rozměr. Současná právní úprava je složitá, ale myslím dostatečná.“ (respondent č. 18)

„Rozum, lidský přístup a dostatek empatie vždy při ruce.“ (respondent č. 19)

Zdravotníci záchranáři apelují především na zlepšení informovanosti pacientů a jejich příbuzných, využívání paliativní péče, zlepšení legislativního postupu „dříve vyslovených přání“ a edukovat veřejnost v KPR jejího užívání a úspěšnosti. Z odpovědí respondentů vidíme, že doporučení do praxe se v případě lékařů a zdravotnických záchranářů liší jen málo.

„Právně ošetřený postup „Dříve vyslovených přání“ a edukaci veřejnosti o tomto problému.“ (respondent č. 1)

„Tento problém je dle mého názoru velmi těžké ošetřit legislativou. Vždy je obava ze zneužití. Především informovanost rodinných příslušníků by se měla zlepšit.“ (respondent č. 7)

„Myslím, že systém funguje dobře. Možná bych pouze zatlačil na obvodní lékaře, aby více spolupracovali s rodinami, které se starají o tyto pacienty. Kolikrát se stane, že pacientům chybí tlumení bolesti, mají nedostatek zdravotnického materiálu. Jinak myslím, že pacienti z fakultních nemocnic jsou edukováni velmi dobře.“ (respondent č. 8)

„To je těžké. Důležité je aby rodina měla validní informace, aby pochopila závažnost stavu. Takže řešení vidím v edukaci těchto pacientů a jejich rodin.“ (respondent č. 10)

10 DISKUSE

Výzkumná otázka č. 1

Jsou pracovníci záchranných služeb raději, když resuscitaci přihlíží rodina nebo je mimo v jiné místnosti?

Z mého šetření vyplynulo, že pracovníci záchranných služeb nejraději resuscitují bez přítomnosti rodinných příslušníků. Důvodem je klid pro práci, emotivně méně vypjaté prostředí a fakt, že resuscitační úkony jsou pro rodinu traumatizující.

Odborná literatura poukazuje na fakt, že rodinní příslušníci by rádi přihlíželi resuscitačnímu úsilí. Lippert (2010) ve svém díle udává, že tato volba by měla být zcela v rukou rodiny. Poukazuje také na fakt, že pokud rodina přihlíží resuscitačnímu úsilí, snáze se vyrovná s případným úmrtím rodinného příslušníka. Šeblová (2011) tuto skutečnost rovněž potvrzuje tím, že smíření je pro rodinu jednodušší a mohou se i ujistit, že pro záchranu jejich blízkého bylo uděláno vše, co bylo v rukou záchranářů. Shodu nacházím se Šeblovou (2011) ve skutečnosti, že výkony prováděné při KPR mohou působit na rodinné příslušníky traumaticky, a proto je lepší jejich nepřítomnost při KPR.

Výzkumná otázka č. 2

Dokážou lékaři a zdravotníci záchranáři vysvětlit pojem „Hollywoodská resuscitace“?

Z odpovědí respondentů je jasné, že se s tímto pojmem odborná veřejnost setkává jen velmi málo. Většina dotazovaných nedokáže tento pojem řádně vysvětlit. Pouze se domnívají, co se pod tímto pojmem skrývá. Většina odpovědí zněla „resuscitace na oko, pouze pro rodinu“.

Bohužel ani v odborné literatuře nenacházíme zcela jasný a ucelený pohled na tento pojem. Sláma (2009) ve své práci poukazuje, že tento pojem se začal používat v amerických nemocnicích, pokud pacient nebyl kandidátem na plnohodnotnou resuscitaci z důvodu TS onemocnění a zdravotnický personál měl strach z právního napadení. Proto zahajovali tuto „Hollywoodskou resuscitaci“ jako ochranu jejich jednání. Uher (2013) také poukazuje ve své práci na fakt, že tento pojem je české odborné veřejnosti spíše neznámý.

Výzkumná otázka č. 3

Jak se cítí pracovníci záchranných služeb při resuscitaci pacienta v TS onemocnění?

Z mého šetření vyplývá, že pocity vyvolané při resuscitaci pacient TS onemocnění jsou pro pracovníky záchranné služby nepříjemné. Cítí vnitřní nechuť a zahajování KPR v těchto případech jim přijde neetické a nehumánní. V resuscitaci takového pacienta vidí trápení pro něho i jeho rodinu.

Podobné názory uvádí ve své práci také Uher (2013) kdy poukazuje, že resuscitace pacientů v TS onemocnění je pro pracovníky záchranných služeb nepříjemná. Někteří ji považují za amorální a stojí za názorem, že pacientovi způsobují jen další bolest. Uvádí, že takovouto resuscitaci považují za kontraindikační a zbytečnou. Mají pocit, že k tomuto jednání jsou tlačeni legislativou.

Výzkumná otázka č. 4

Setkávají se pracovníci záchranných služeb s dříve vyslovenými přáními a braly by na ně zřetel?

Z mého šetření vyplývá, že s DVP se záchranáři a lékaři neseťkávají, někteří o něm neslyšeli a neví, že se jedná o legislativní postup. Pokud by se s tímto dokumentem setkali, většina by ho nerespektovala z důvodu právní napadnutelnosti jejich jednání a z důvodu, že neví, jak by tento dokument měl být upraven, aby byl validní. Problém také vidí v nedohledatelnosti tohoto dokumentu na místě zásahu.

Dříve vyslovená přání jsou ukotvena v legislativě České republiky ve dvou pramenech práva. Za prvé se s nimi setkáme v Úmluvě o ochraně lidských práv a biomedicíně pod číslem 96/2001 Sb. m.s., kde se v článku 9 setkáváme s tímto pojmem. Dále dříve vyslovená přání rozvíjí až Zákon 372/2011 Sb. o zdravotních službách především pak § 36. Je tedy zřejmé, že dříve vyslovená přání jsou v naší legislativě zakotvena. Císařová (2010) ve svém díle uvádí, že DVP jsou ve světě již běžnou praxí avšak do podvědomí lékařů, zdravotníků a veřejnosti se v České republice dostávají až nyní. Sláma (2009) uvádí, že rozhodnutí o nezahájení KPR na podkladě DVP je eticky i právně ospravedlnitelné pokud je písemně provedeno pacientem a jeho zákonným zástupcem. Uher (2013) ve své práci uvádí, že DVP

by akceptovali především lékaři. Záchranáři by resuscitaci většinou zahájili ze strachu z právního napadení v čemž se shoduje i s mým šetřením.

Výzkumná otázka č. 5

Jaká jsou očekávání rodiny od resuscitace jejich blízkého, který se nachází v TS onemocnění?

Z výpovědi respondentů vyplývá, že rodina čeká od záchranářů a lékařů záchranu svého blízkého. Tato skutečnost je způsobena buď špatnou edukací rodiny o zdravotním stavu jejich příbuzného, nebo vírou v to, že záchranná služba je všemohoucí a dokáže zvrátit i tuto nepříznivou prognózu.

Uher (20013) ve své práci uvádí, že pokud je rodina dobře informována o stavu svého příbuzného od ošetřujícího lékaře, neočekává od záchranářů žádné zázraky a neklade na ně takový psychický tlak, jako rodina neinformovaná. Sláma (2009) uvádí, že pokud je rodina neinformovaná, spoléhá na informace buď vyčtené, nebo okoukané ze seriálů ze zdravotnického prostředí, kde je resuscitace často vykreslována jako zázračná metoda. Tento názor se shoduje s mým šetřením. Pokud se záchranáři dostanou k takové rodině, je na ně díky těmto mylným informacím vyvíjen enormní psychický tlak.

Výzkumná otázka č. 6

Mluví pracovníci záchranných služeb s rodinou o etické stránce umírání a marnosti resuscitace u pacientů v TS onemocnění?

Z mého výzkumného šetření je jasné, že záchranáři tento rozhovor nechávají na lékařích, protože je v jejich kompetencích. Dotazovaní lékaři poté uvádí důležitost vedení tohoto rozhovoru s rodinou pacienta.

Šeblová (2011) uvádí, že přítomnost rodiny u KPR je důležitá jak z pohledu pochopení naší práce, tak i z důvodu, že lékař může už během resuscitace, pokud se vyvíjí špatně, informovat rodinu o špatném výsledku. Tato myšlenka vyplývá i z mého šetření.

Výzkumná otázka č. 7

Provádí pracovníci záchranných služeb u pacientů v TS onemocnění resuscitaci dle platných standardů?

Z odpovědí respondentů je jasné, že pokud KPR zahájí, provádí ji podle platných standardů. V tomto případě minimálně rozlišují, v jakém stavu se pacient nachází.

Uher (2013) uvádí velmi podobný náhled na věc. Pokud záchranář resuscitaci zahájí, postupuje dle standardů. Pouze jeden z dotazovaných v této práci uvedl, že zahájí „Hollywoodskou resuscitaci“. Sláma (2009) popisuje tento tip resuscitace jako postup non lege artis.

Výzkumná otázka č. 8

Jsou rodiny dostatečně edukované o zdravotním stavu svého příbuzného?

Necelá polovina dotázaných si myslí, že edukovanost rodin o zdravotním stavu jejich blízkého, který se nachází v TS onemocnění je na špatné úrovni. Vinu vidí v chybějícím dialogu mezi rodinou pacienta a ošetřujícím lékařem. Buď je situace vysvětlena pro rodinu nepochopitelně, nebo ne zcela úplně.

Sláma (2009) ve svém díle uvádí, že lékař by měl pacienta přiměřeně informovat o jeho diagnóze, léčebných a diagnostických postupech. Z toho vyplývá, že pacienti by měli být minimálně dobře informováni. Potíž z mého pohledu vidím ve slovíčku „přiměřeně“. Pro některé lékaře by to mohlo skrývat možnost zamlčet část závažné diagnózy. Následné informování rodiny je už jen na pacientovi.

Výzkumná otázka č. 9

Resuscitují pracovníci záchranných služeb pacienty v TS onemocnění proti svému morálnímu přesvědčení?

Na danou otázku odpověděla necelá polovina respondentů odpovědí „ne“. Zbytek respondentů se s tímto pocitem setkal. Někteří uvádí, že resuscitovat pacienta v TS onemocnění je neetické a právě proto i proti jejich morálce.

Uher (2013) uvádí že, se zpravidla nestává, aby zdravotničtí záchranáři zahajovali KPR proti svému morálnímu přesvědčení. někteří si s rodinou citlivě promluví, jiní se starají

o pacientovy obtíže a až poté hledají informace o pacientově zdravotním stavu. Lékař má podle něj lepší výchozí pozici z důvodu širších kompetencí než zdravotnický záchranář.

Výzkumná otázka č. 10

Jaké řešení by pracovníci záchranných služeb navrhovali?

Z mého výzkumného šetření vyplývá několik navrhovaných řešení, které by chtěli zdravotničtí pracovníci zavést do praxe nebo alespoň zlepšit současnou úpravu. Důraz kladou na zlepšení informovanosti veřejnosti o úspěšnosti resuscitace. Dalším bodem by bylo lepší využívání paliativní medicíny u pacientů v TS. Důraz kladou na zlepšení legislativní úpravy dříve vyslovených přání. Někteří by rozšířili kompetence zdravotnických záchranářů. V neposlední řadě vyvolat celospolečenskou diskusi na téma umírání a smrti.

Uher (2013) se shoduje na zlepšení informovanosti pacientů a rodinných příslušníků a rozšíření kompetencí zdravotnických záchranářů. Dalším řešením této situace by podle něj bylo zavedení specifických kartiček nebo dokumentů, které by pacient dostával od obvodního nebo ošetřujícího lékaře, a na kterých by bylo jasně vyznačeno, zda pacienta resuscitovat či ne v případě náhlé zástavy oběhu. Řešení by také viděl ve změně interních předpisů dané záchranné služby.

ZÁVĚR

Prvním cílem mé práce bylo popsat a charakterizovat problematiku resuscitace u pacientů v terminálním stádiu onemocnění. Tohoto cíle jsem dosáhl v teoretické části práce, když jsem se postupně věnoval zdravotnické záchranné službě. Náplní práce zdravotnického záchranáře od bazálních úkonů až po nejkompexnější a nejobornější výkon, kterým je rozšířená kardiopulmonální resuscitace. Stručně jsem popsal její historii. Vymezil jsem její indikace a kontraindikace, kterými se zdravotnický záchranář a lékař řídí při jejím zahajování či ukončování. Popsal jsem termín „Hollywoodská resuscitace“, který zatím není příliš rozšířený mezi odbornou veřejností, a se kterým se právě můžeme setkat u resuscitace pacientů v TS onemocnění. Dále jsem vymezil legislativní postup dříve vyslovených přání, který s danou problematikou souvisí, i když zatím není mezi záchranáři a lékaři zcela rozšířen. V neposlední řadě jsem se věnoval základním principům lékařské etiky. Vztahem moderní medicíny a smrti, která je neustálým pokrokem vědy zatlačována dále od našich životů a tím se na ni bohužel trochu zapomíná a nemluví se o ní. Ke konci teoretické části jsem vymezil pojmy euthanazie a dystanazie.

Jako druhý cíl jsem si stanovil zjistit jak lékaři a zdravotničtí záchranáři přistupují k resuscitaci pacientů v terminálním stádiu onemocnění. Tohoto cíle jsem dosáhl v praktické části práce, když jsem k této problematice prováděl polostrukturované rozhovory na Zdravotnické záchranné službě Královéhradeckého kraje. Z mého šetření je patrné, že postoj k tomuto problému je odlišný u lékařů a zdravotnických záchranářů. Zdravotničtí záchranáři přistupují k těmto resuscitacím se špatnými pocity, etickými a morálními zábrany. KPR však zahájí, i když TS je jedna z kontraindikací zahájení KPR. Zdravotničtí záchranáři za sebou necítí právní oporu a v případě nezahájení resuscitace u těchto případů by bylo jejich jednání právně napadnutelné. Lékaři s ohledem na své kompetence mají situaci o poznání snazší. Pokud se dostanou k informaci, že se pacient nachází v TS, ihned po příjezdu na místo resuscitaci vůbec nezahajují. V ostatních případech resuscitaci ukončí po zjištění, že se pacient nachází v TS a své jednání odůvodní rodinným příslušníkům.

Třetím cílem bylo zjistit, zda lékaři a zdravotničtí záchranáři vykonávají resuscitaci v těchto případech dle platných standardů. Tohoto cíle jsem opět dosáhl pomocí mého výzkumu

na ZZS. Naprostá většina respondentů uvedla, že resuscituje dle platných standardů vždy, když zahájí KPR. V tomto případě nerozlišují, v jakém stavu se pacient nahází.

Posledním cílem bylo zmapovat, zda se lékaři a zdravotničtí záchranáři setkávají v přednemocniční péči s „dříve vyslovenými přáními“. Tohoto cíle jsem dosáhl opět v praktické části práce. Z výzkumné části je patrné, že někteří se s tímto pojmem nesetkali a nevěděli, že se jedná o legislativní postup. Co se týká setkání s tímto postupem v praxi většina dotazovaných pracovníků tuto čest ještě neměla. Pokud by se tak stalo, spíše by toto přání neakceptovali z důvodu nejasné právní úpravy a strachu z právního napadnutí jejich konání.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Z mého výzkumného šetření je patrné několik doporučení pro praxi, která vychází z výzkumné části. Dotazovaní tyto zlepšení sami navrhli, aby jejich rozhodování o zahájení či nezahájení resuscitace u pacientů v TS bylo jednodušší, nebo by alespoň v těchto situacích pocítovali méně tlaku ze strany rodinných příslušníků. První z několika doporučení je zlepšení informovanosti rodin o stavu příbuzných nacházejících se v TS onemocnění. Důležitost vidí dotazovaní i v edukaci široké veřejnosti o úspěšnosti resuscitace. Dotazovaní by také uvítali zlepšení paliativní péče u těchto pacientů. Důležitou změnou by pak podle respondentů bylo zlepšení právní úpravy „Dříve vyslovených přání“. Nakonec by bylo nutné vyvolat celospolečenskou diskusi na téma smrti, která je v dnešním světě zahrnuta do kouta, lidé s ní přestali počítat a spoléhají se na moderní medicínu.

SEZNAM CITOVANÉ LITERATURY

1. ANDRAŠOVÁ, Alena. *Psychologie a komunikace pro záchranáře v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN: 978-80-247-4119-2
2. BARTŮŇEK, P., R. PTÁČEK a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. 1.vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3976-2
3. BYDŽOVSKÝ, Jan. *Akutní stavy v kontextu*. 1. vyd. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7254-815-6
4. CÍSAŘOVÁ, Dagmar. *Dříve vyslovená přání a pokyny do not resuscitace v teorii a praxi*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, Právnická fakulta, 2010. ISBN 978-80-87146-31-6
5. ČESKO. Zákon č. 374 ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotnické záchranné službě. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 131. Dostupný také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-374>. ISSN 1211-1244
6. ČESKO. Zákon č. 372 ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 131. Dostupný také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>. ISSN 1211-1244
7. ČESKO. Zákon č. 96 ze dne 4. února 2004 o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2004, částka 30. Dostupný také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>. ISSN 1211-1244
8. ČESKO. Vyhláška č. 55 ze dne 1. března 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 20. Dostupná také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>. ISSN 1211-1244
9. DOBIÁŠ, Viliam. *Prednemocničná urgentná medicína*. 2. vyd. Martin: Osveta, 2012. ISBN 978-80-8063-387-5
10. DOBIÁŠ, Viliam. *Prednemocničná urgentná medicína*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2007. ISBN 978-80-8063-255-7
11. FRANĚK, Ondřej. *Mimonemocniční náhlá zástava oběhu a neodkladná resuscitace v terénu* [online]. 2011 [cit. 2014-4-20]. Dostupné z:

- http://www.zachrannasluzba.cz/zajimavosti/2010_resuscitace.pdf
12. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie nauka o umírání a smrti*. 1. vyd. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-034-7
 13. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie nauka o umírání a smrti*. 2. vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7292-471-3
 14. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2069-2
 15. LIPPERT, F. K., RAFFAY, V., GEORGIU, M., STEEN, P. A., BOSSAERT, L. *ERC Guidelines for resuscitation 2010 section 10. The ethics of resuscitation and end-of-life*
http://www.resuscitace.cz/wpcontent/uploads/2010/09/Full_ERC_2010_Guidelines.pdf
 16. MACH, Jan. *Lékař a právo*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3683-9
 17. POKORNÝ, Jiří a kol. *Urgentní medicína*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004. ISBN 80-7262-259-5
 18. SLÁMA, Ondřej. *Klinické, etické a právní aspekty rozhodování o kardiopulmonální resuscitaci u terminálně onkologicky nemocných pacientů*. Brno, 2009. 94 s. Dizertační práce. Masarykova univerzita Brno, Lékařská fakulta. Školitel prof. MUDr. Jiří Vorlíček, CSc.
 19. SOVOVÁ, Olga. *Zdravotnická praxe a právo*. 1. vyd. Praha: Leges, 2011. ISBN 978-80-87212-72-1
 20. ŠEBLOVÁ, Jana. *Urgentní medicína: časopis pro neodkladnou lékařskou péči*. České Budějovice, 2011, roč. 4. ISSN 1212-1924
 21. ŠEBLOVÁ, Jana, J. KNOR a kol. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-4434-6
 22. ULRICHOVÁ, Monka. *Různé tváře smrti*. 1. vyd. Hradec králové: Gaudeamus, 2009. ISBN 978-80-7041-743-0