

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Rok 2021

Miroslav Kušnír

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Vnímání přítomných členů rodiny nelékařským zdravotnickým personálem,  
provádějícím neodkladnou resuscitaci

Diplomová práce

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2019/2020

## **ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE**

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Miroslav Kušnír, DiS.**  
Osobní číslo: **Z17185**  
Studijní program: **N5341 Ošetrovatelství**  
Studijní obor: **Ošetrovatelská péče v interních oborech**  
Téma práce: **Vnímání přítomných členů rodiny nelekářským zdravotnickým personálem provádějícím neodkladnou resuscitaci**  
Zadávací katedra: **Katedra ošetrovatelství**

### Zásady pro vypracování

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

Rozsah pracovní zprávy: **50 stran**  
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**  
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

1. BÁRTLOVÁ, Sylva, Ivana CHLOUBOVÁ a Marie TREŠLOVÁ, 2010. Vztah sestry – lékaře. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, ISBN 978-80-7013-526-6.
2. Meyers TA, Eichhorn DJ, Guzzetta CE, et al. Přítomnost rodiny během invazivních zákroků a resuscitace: zkušenosti rodinných příslušníků, sester a lékařů. Am J Nurs. 2000; 100 (2): 32-41.
3. Meyers TA, Eichhorn DJ, Guzzetta CE. Chtějí být rodiny přítomny během KPR? Retrospektivní průzkum. J Emerg Nurs. 1998; 24 (5): 400-405.
4. ŠEBLOVÁ, Jana, 2015. Urgentní medicína. Časopis pro neodkladnou lékařskou péči: časopis Urgentní medicíny a medicíny katastrof ČLS JEP Praha [online]. Č. MIMORÁDNÉ VYDÁNÍ/2015, s. 1-76 [cit. 2015-11-30]. Dostupné z archiv 2001-2013: [https://urgentnimedicina.cz/casopisy/UM\\_2015\\_mimoradne-vydani.pdf](https://urgentnimedicina.cz/casopisy/UM_2015_mimoradne-vydani.pdf)
5. ŠEVČÍK, Pavel, Vladimír ČERNÝ a Jiří VÍTOVEC, 2003. Intenzivní medicína. 2., rozš. vyd. Praha: Galén. ISBN 80-7262-203-X

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Jan Pospíchal, Ph.D.**  
Katedra klinických oborů

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2019**  
Termín odevzdání diplomové práce: **29. dubna 2021**

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

L.S.

**Mgr. Michal Kopecký** v.r.  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 17. března 2021

Prohlašuji:

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

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

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

V Pardubicích dne 29. 04. 2021

Miroslav Kušnír v. r.

## **PODĚKOVÁNÍ**

Chtěl bych především poděkovat své milované manželce, jenž po celou dobu studia stála při mně a byla mi oporou i v její těžké nemoci, které nakonec podlehla. Dále vedoucímu práce Mgr. Janovi Pospíchalovi, PhD., zaměstnancům školy, kteří mi umožňovali vstup na počítačové učebny v nelehké době virové pandemie, dále primáři a vrchní sestře ARO ve vybrané nemocnici, za to, že mi byly nápomocny v průběhu zpracování magisterské práce a poskytli mi prostor pro výzkumné šetření.

## **ANOTACE**

Diplomová práce se zaměřuje na dosud málo probádané téma přítomnosti laických osob při provádění profesionální neodkladné resuscitace. Hlavním cílem práce je s využitím postupů kvalitativního výzkumu zjistit, jak zdravotničtí pracovníci nelékařských profesí, kteří se aktivně na resuscitaci podílejí, vnímají přítomnost rodinných příslušníků u resuscitace příbuzné osoby. Kvalifikační práce je kvalitativní vypovědí komplexní složitosti nelékařských zdravotnických pracovníků, kteří jsou součástí resuscitačního týmu oddělení ARO, provádějícího neodkladnou resuscitaci, jenž se konfrontuje přítomností či nepřítomností členů pacientovy rodiny. Pacientova rodina tak nemůže být nikdy připravená na tyto kritické stavy. Nelékařští zdravotníci takto náhle vzniklá dilemata v krátkém čase dokáží zvládat, prožívat a organizovat v kontextu s etikou, ošetrovatelskými možnostmi a realitou, kterou přináší denní obraz resuscitační péče. Jakým způsobem pomoci v praxi zdravotníkům u vznikajících rébusů s důvodnou přítomností a nepřítomností rodin u neodkladné resuscitace je složitou polemikou, kterou tato práce řeší.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

NLZP, kritické stavy, přítomnost a nepřítomnost rodiny, vnímání, neodkladná resuscitace

## **TITLE**

Perception of presence of family members by non-medical staff performing resuscitation.

## **ANNOTATION**

The diploma thesis focuses on the hitherto little-explored topic of the presence of lay people during professional emergency resuscitation. The main goal of this work is to use qualitative research procedures to find out how health professionals of non-medical professions, who are actively involved in resuscitation, perceive the presence of family members in the resuscitation of a relative. This qualification work is a qualitative statement of the complex complexity of non-medical health professionals who are part of the resuscitation team of the IC, performing emergency resuscitation, which is confronted by the presence or absence of members of the patient's family. Thus, the patient's family can never be prepared for these critical conditions. In this short time, non-medical health professionals are able to manage, experience and organize dilemmas in a short time in the context of ethics, nursing possibilities and the reality that the daily picture of resuscitation care brings. How to help health professionals in practice with emerging puzzles with a reasonable presence and absence of families in emergency resuscitation is a complex controversy that this work addresses.

## **KEYWORDS**

NMS, critical conditions, presence and absence of family, perception, urgent resuscitation



# OBSAH

Seznam tabulek a obrázků .....	9
Seznam zkratk a značek .....	12
Úvod.....	14
1 Cíl práce.....	16
1.1 Cíl teoretické části.....	16
1.2 Cíl praktické části.....	16
2 ETICKÁ DIMENZE KARDIOPULMONÁLNÍ RESUSCITACE .....	17
2.1 Role a kompetence NLZP v KPR .....	17
2.1.1 Vymezení základních pojmů .....	17
2.1.2 Role NLZP v KPR .....	18
2.1.3 Resuscitace v prostředí nemocnice .....	18
2.1.4 Resuscitace mimo oddělení ARO .....	19
2.1.5 Neodkladná resuscitace mimo nemocnici.....	20
2.2 Vybrané etické faktory ovlivňující KPR.....	20
2.2.1 Základní etické principy v intenzivní péči a KPR .....	21
2.2.2 Princip autonomie .....	21
2.2.3 Rozhodnutí o zahájení či nezahájení resuscitace .....	22
2.2.4 Socio-demografické faktory .....	24
2.2.5 Legislativa.....	25
2.2.6 Princip spravedlnosti.....	26
2.2.7 Lidská důstojnost .....	26
2.2.8 Pokroky v medicíně a ošetřovatelství .....	27
2.2.9 Morálka a profesní etika ve vztahu k NLZP.....	28
2.2.10 Role empatie .....	31
2.3 Etické otázky související s přítomností rodinných příslušníků a dalších laiků při KPR prováděné profesionálními zdravotníky .....	31

2.3.1	Vnímání KPR prováděné profesionálními zdravotníky z hlediska rodinných příslušníků.....	33
2.3.2	Vnímání a prožívání KPR za přítomnosti laiků z hlediska profesionálních pracovníků (NLZP) a možné důsledky.....	34
2.3.3	Vztah NLZP a rodiny pacienta .....	35
3	EMPIRICKÁ ČÁST: VNÍMÁNÍ PŘÍTOMNÝCH ČLENŮ RODINY NLZP PROVÁDĚJÍCÍM KPR .....	37
3.1	Metodika .....	37
3.1.1	Design empirického šetření .....	37
3.1.2	Stanovené výzkumné otázky .....	38
3.1.3	Metoda sběru dat.....	39
3.1.4	Organizace a průběh rozhovorů.....	40
3.1.5	Metody vyhodnocení dat .....	42
3.1.6	Výzkumný vzorek.....	44
3.2	Organizace a etické aspekty výzkumu .....	46
4	VÝSLEDKY EMPIRICKÉHO ŠETŘENÍ .....	48
5	SOUHRN .....	89
6	Diskuse.....	95
	Závěr .....	99
7	Použitá literatura .....	102
8	Přílohy.....	107
	Příloha A Základní struktura podkladových otázek pro rozhovor.....	107

## **Seznam tabulek a obrázků**

Tabulka 1	Přehled sociodemografických proměnných respondentů .....	45
Tabulka 2	Vytvořené kódy a kategorie.....	50
Obrázek 1	Schéma metodického postupu empirického šetření .....	39

Obrázek 2 Organizační schéma studie.....	47
Obrázek 3 Základní stanovení kódů .....	48
Obrázek 4 Příklad sémantické provázanosti .....	49
Obrázek 5 Citace ke kódu 1.1: Absence přímé zkušenosti s přítomností rodiny u resuscitace	51
Obrázek 6 Citace ke kódu 1.2: Malá zkušenost s přítomností rodiny u resuscitace.....	52
Obrázek 7 Citace ke kódu 1.3: Přímá zkušenost s přítomností rodiny u resuscitace .....	52
Obrázek 8 Citace ke kódu 2.1.1: Ochrana rodiny před negativními vlivy resuscitace.....	54
Obrázek 9 Citace ke kódu 2.1.2: Faktory vyplývající z povahy neodkladné resuscitace.....	55
Obrázek 10 Citace ke kódu 2.1.3: Faktory spočívající v osobnosti a chování příbuzných .....	57
Obrázek 11 Citace ke kódu 2.1.4: Faktory týkající se NLZP .....	60
Obrázek 12 Citace ke kódu 2.1.4.1: Prožívaný stres NLZP z přítomnosti příbuzných u KPR .....	61
Obrázek 13 Citace ke kódu 2.1.4.2: Obavy z forenzního dopadu .....	63
Obrázek 14 Citace ke kódu 2.2.1: Akceptace přání rodiny .....	64
Obrázek 15 Citace ke kódu 2.2.2: Vybudovaný vztah s rodinou .....	65
Obrázek 16 Citace ke kódu 2.2.3: Vhodné chování příbuzných i KPR.....	66
Obrázek 17 Citace ke kódu 2.2.4: Vyjádření empatie s příbuznými .....	67
Obrázek 18 Citace ke kódu 2.2.5: Specifika situace u dětských pacientů.....	68
Obrázek 19 Citace ke kódu 3.1: Negativní vliv přítomnosti příbuzného na kvalitu KPR.....	69
Obrázek 20 Citace ke kódu 3.2.1: Kvalita resuscitace by měla být stejná za všech okolností.	71
Obrázek 21 Citace ke kódu 3.2.2: Soustředění se na pacienta – nevnímání příbuzných.....	72
Obrázek 22 Citace ke kódu 3.3.1: Vliv chování příbuzných na kvalitu KPR .....	73
Obrázek 23 Citace ke kódu 3.3.2: Vliv osobnostních predispozic a profesních zkušeností na kvalitu KPR .....	74
Obrázek 24 Citace ke kódu 3.3.3: Odvedení příbuzných z místa resuscitace .....	75
Obrázek 25 Citace ke kódu 4.1: Role lékaře ve věci přítomnosti a informování rodinných příslušníků u KPR příbuzného .....	78
Obrázek 26 Citace ke kódu 4.2: Reakce příbuzných po resuscitaci .....	79
Obrázek 27 Citace ke kódu 4.3.1: Vyjádření empatie, uklidňování rodinných příslušníků .....	81
Obrázek 28 Citace ke kódu 4.3.2: Ošetrovatelská péče.....	82
Obrázek 29 Citace ke kódu 4.3.3: Umožnění setkání rodinných příslušníků s pacientem.....	83
Obrázek 30 Citace ke kódu 4.3.4: Komunikace a informování rodinných příslušníků.....	84
Obrázek 31 Citace ke kódu 4.3.5: Vysvětlování a edukace rodinných příslušníků.....	85

Obrázek 32 Citace ke kódu 4.4: Postoje NLZP k přítomnosti u resuscitace v případě člena vlastní rodiny .....	87
Obrázek 33 Citace ke kódu 4.5: Ochota NLZP k dalšímu vzdělávání .....	88
Obrázek 34 Základní identifikované vztahy .....	89
Obrázek 35 Další identifikované vztahy .....	90
Obrázek 36 Důvody pro přítomnost rodinných příslušníků u KPR příbuzného.....	92
Obrázek 37 Důvody proti přítomnost rodinných příslušníků u KPR příbuzného .....	93

## SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

AND	Pokračování v přirozené smrti
ARIP	Anestezie, resuscitace a intenzivní péče (specializační vzdělání)
ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
ARO NPK	Anesteziologicko-resuscitační oddělení Nemocnice Pardubického kraje, a.s.
ATLAS. Ti.	Kódovací program verze 7 pro zpracování dat kvalitativním výzkumem
Bc.	Bakalář
ČLS JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
ČR	Česká republika
ČRR	Česká resuscitační rada
DIS.	Diplomovaný specialista
DNR	Neresuscitovat
DNAR	Doporučeno neresuscitovat
DNA CPR	Doporučeno neprovádět kardiopulmonální resuscitaci
EBN	Na základech moderního ošetrovatelství
ERC	Evropská resuscitační rada
EU	Evropská unie
FAQ	Často kladené otázky v kódovacích souborech Atlas 7
FN	Fakultní nemocnice
FZS	Fakulta zdravotnických studií
GDPR	Ochrana osobních údajů evropskou modifikací
IP	Intenzivní péče
JIP	Jednotka intenzivní péče
Know How	Jak na to, odborná dovednost

KPR	Kardiopulmonální resuscitace
MS	Ministerstvo školství
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
LZP	Lékařský zdravotnický personál
Mgr.	Magistr
NLZP	Nelékařský zdravotnický pracovník/personál
NPK	Nemocnice Pardubického kraje, a.s.
NZO	Náhlá zástava oběhu
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
ObčZ	Občanský zákoník
PhD.	Doktor filozofie, velký doktorát, titul za jménem
PF UK	Právnická fakulta Univerzity Karlové
ROSC	Spontánní návrat do plného vědomí
RZP	Rychlá zdravotnická pomoc
SIP	Specialista intenzivní péče, ekvivalent absolventa ARIP
UP	Urgentní příjem
UPV	Umělá plicní ventilace
VAS	Vertebrogenní algický syndrom
VLC	Svobodný multiplatformní multimedialní přehrávač
xCs	Formáty souborů pro ukládání ve kvalifikační práci
xml	Formáty souborů pro ukládání ve kvalifikační práci
ZOOÚ	Zákon č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů.

## ÚVOD

Předkládaná diplomová práce se zaměřuje na dosud málo probádané téma přítomnosti laických osob při provádění profesionální neodkladné resuscitace. Moderní ošetrovatelství se pyšní mnohými úspěchy, ví si rady s moderními modely ošetrovatelství 21. století, avšak nevyhnutelné stavy konečnosti lidského života v kritické fázi pacienta, se ošetrovatelství konfrontuje s nepříjemnou částí péče, kde je potřebné mnohdy zohlednit návaznost na rodinu. I z tohoto důvodu je záměrem diplomové práce pokusit se zmapovat, v jakém smyslu ovlivňuje přítomnost rodinného příslušníka při kardiopulmonální resuscitaci jejich příbuzného a zda tuto přítomnost vnímají aktéři z řad nelékařských pracovníků jako spíše přínosnou nebo spíše rizikovou.

Motivem ke zvolení tématu je osobní zkušenost autora s řešenou problematikou přítomnosti rodinných příslušníků při kardiopulmonální resuscitaci (KPR) blízké osoby. Zvolené téma je významné pro každodenní praxi, predikuje systém hodnot pacienta, mravnost jednotlivců ve zdravotnictví, názory laiků a systém mravních norem, jenž vytváří mnoho nedorozumění, zkreslených vnímání, ambivalentní postoje a přání rodiny, či posuzování okolností při poskytování zdravotní péče, včetně kardiopulmonální resuscitace. Znalost i neznalost postojů a přání rodiny, rozporné názory a přání zdravotníků, implementace práv pacienta v podmínkách časové tísně u život ohrožujících stavů, to vše rozporuje právo a praxe, přičemž tak konfrontuje etiku. U laické veřejnosti často převládá zkreslený názor, nerealistická očekávání, falešné naděje v případě posuzování kritických stavů pacientovými blízkými. Moderujícími prvky jsou zde pojetí práv pacientů, odpovědností zdravotníků, kulturní variabilita a historické pozadí evropských národů, které by mělo přimět stanovit univerzální principy.

Současné pojetí zdravotnické péče orientované na práva pacientů se staví k přítomnosti rodiny u KPR prováděné profesionálními zdravotníky kladně. Podle doporučení Evropské resuscitační rady (European resuscitation council; ERC) z roku 2015 je vhodné nabídnout rodinným příslušníkům pacienta, aby mohli zůstat během prováděné KPR v jeho blízkosti (Truhlář, Černý, Černá Pařízková, 2015).

Nové doporučení Evropské resuscitační rady (European resuscitation council: ERC) z února 2021 se zaměřuje na pomoc pacientům a rodinám, dosáhnout tak výsledků, které jsou pro ně důležité, podílet se na sdíleném rozhodování, zapojit pacienty a veřejnost-jejich rodiny do přípravy, provádění a interpretace výzkumu (Mentzelopoulos, et al., 2021).

Politika přítomnosti rodiny během resuscitace je častým a v poslední době rozvíjejícím se fenoménem v americkém zdravotnictví (Twibbel, Siela, Riwitis, 2008). Celosvětový charakter polemiky rizik a přínosů rodinných příslušníků pacienta při neodkladné resuscitaci pacienta predikuje rozvíjet výzkumné šetření i v podmínkách českého zdravotnictví.

Diplomová práce je členěna do dvou základních oddílů na část teoretickou a empirickou. Teoretická část představí současný stav zkoumaného problému, zejména se zaměří na Etické a psychologické aspekty resuscitace a roli nelékařského zdravotnického personálu v KPR. Jádrovým oddílem práce je část empirická. Řeší souvislosti mezi činností NLZP při KPR ve vztahu k výhodám a nevýhodám přítomnosti rodiny při resuscitaci. Metodická složitost zkoumání a pohledu na problematiku přítomnosti rodiny při KPR je omezena nedostatkem spolehlivých a platných nástrojů pro měření klíčových proměnných. Empirické šetření zjišťuje na vzorku NLZP demografické proměnné a vnímání sebedůvěry, zejména však rizika a přínosy spojená s přítomností rodiny u KPR blízké osoby. Předmětem analýzy jsou i vztahy mezi vnímáním ohledně přítomnosti rodiny během resuscitace a rozhodnutím NLZP o pozvání/nepozvání rodiny a o situacích bez přítomných členů rodin. Výstupem studie by mělo být porozumění riziku a přínosu přítomnosti rodiny při KPR tak jak jej hodnotí NLZP pracující v intenzivní péči. Konfrontuje převládající přístup akutní péče, která má odmítavou pašální politiku týkající se přítomnosti rodiny během resuscitace, s chováním v praxi nejen na oddělení ARO, ale i v areálu nemocnice, kde zdravotničtí pracovníci často rozhodují případ od případu o tom, zda mají členové rodiny možnost být přítomní nebo nemají.

Empirické šetření je provedeno v designu kvalitativního výzkumu. Podkladem pro analýzu jsou rozhovory s dvanácti respondenty z řad nelékařských zdravotnických pracovníků, pracujících na oddělení ARO ve vybraném zdravotnickém zařízení. Výběr vzorku byl záměrný na základě toho, zda respondenti byli ochotni spolupracovat ale i na priority chodu oddělení ARO v sekvencích pracovního dne, ale i pracovního volna a pracovního klidu.



# 1 CÍL PRÁCE

Studie na pracovišti ARO v jedné z krajských nemocnic je tematicky zacílená na oblast vnímání nelékařských zdravotnických pracovníků provádějících neodkladnou resuscitaci v přítomnosti blízkých členů rodiny nebo v jejich nepřítomnosti.

## 1.1 Cíl teoretické části

Prezentovat publikované poznatky z odborné literatury související s tématem etických a psychologických aspektů kardiopulmonální resuscitace z hlediska moderního ošetrovatelství.

## 1.2 Cíl praktické části

Hlavním cílem empirického šetření je zjistit názory a zkušenosti NLZP na přítomnost rodinných příslušníků u KPR příbuzné osoby.

Jako tři dílčí cíle byly stanoveny:

- **DČ<sub>1</sub>:** Ověřit míru osobní zkušenosti NLZP s prováděním neodkladné resuscitace za přímé přítomnosti rodinných příslušníků resuscitovaného pacienta.
- **DČ<sub>2</sub>:** Zjistit, jak NLZP subjektivně vnímají důvěru rodinných příslušníků ve vztahu k neodkladné resuscitaci jejich příbuzné osoby.
- **DČ<sub>3</sub>:** Získat přehled o důvodech pro a proti přítomnosti rodinných příslušníků u neodkladné resuscitace prováděné profesionálními zdravotníky z pohledu NLZP.

## **2 ETICKÁ DIMENZE KARDIOPULMONÁLNÍ RESUSCITACE**

Etickým otázkám poskytování zdravotní péče se dostává stále více pozornosti, přičemž výjimkou není ani péče neodkladná, a to včetně etických otázek souvisejících s resuscitací pacienta (Červený a kol., 2018, s. 37). Teoretický úvod predikuje komplexnost, ale zároveň i variabilitu metodologie výzkumného šetření, potažmo průzkumné části práce.

### **2.1 Role a kompetence NLZP v KPR**

V úvodu práce je nezbytné vymezit několik základních pojmů vztahujících se k nelékařskému zdravotnickému personálu a kardiopulmonální resuscitaci.

#### **2.1.1 Vymezení základních pojmů**

Pravomoci a kompetence nelékařského zdravotnického pracovníka/personálu (NLZP) upravuje zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních v platném znění. Zdravotnickým povoláním souhrn činností při poskytování zdravotní péče podle tohoto zákona, zejména ošetrovatelské péče včetně neodkladné péče a anesteziologicko-resuscitační péče. V ustanovení § 3 vymezuje zákon způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka, která je zakotvena do získání odborné způsobilosti vymezenou tímto zákonem, zdravotní způsobilostí a bezúhonností (Česko, 2004).

Neodkladnou resuscitací se rozumí soubor výkonů, které jsou zacíleny k neprodlenému obnovení průtoku okysličené krve mozkem u osoby postižené náhlým selháním jedné či více základních funkcí. Základní neodkladnou resuscitaci poskytují všichni občané bez jakéhokoli vymezení a pomůcek. Rozšířenou neodkladnou resuscitaci (která může navazovat na resuscitaci základní) poskytují zdravotničtí pracovníci na místě vzniku náhlé, život ohrožující příhody, ať už ve zdravotnickém zařízení nebo mimo něj. Rozšířená neodkladná resuscitace, která představuje odbornou pomoc, zahrnuje použití speciálních postupů, pomůcek, přístrojů a léčiv (Cvachovec, 2003, s. 382). Poslední aktualizované postupy pro rozšířenou neodkladnou resuscitaci jsou uvedeny v Doporučených postupech pro resuscitaci vydaných Evropskou resuscitační radou (European resuscitation council; ERC) z roku 2015. Český překlad připravila Česká resuscitační rada, národní partner ERC pro Českou republiku. Platná doporučení z roku 2015 pro rozšířenou neodkladnou resuscitaci dospělých (ALS, advanced life support) kladou důraz na zlepšování kvality poskytované péče a implementaci doporučených postupů s cílem zlepšit léčebné výsledky. V doporučeních je kladen důraz na využívání systémů rychlé reakce v péči o pacienta ve zhoršujícím se stavu a prevence vzniku srdeční zástavy v nemocnici. Důraz

je dále kladen mj. na minimálně přerušovanou vysoce kvalitní srdeční masáž po celou dobu provádění rozšířené neodkladné resuscitace; „komprese hrudníku mohou být přerušeny pouze na co nejkratší dobu potřebnou k provedení nezbytných léčebných zákroků. Přerušování srdeční masáže pro podání defibrilačního výboje nesmí trvat déle než 5 sekund“ (Truhlář, Černý, Černá Pařízková a kol., 2015c, s. 7-8).

### **2.1.2 Role NLZP v KPR**

Výše uvedené nastiňuje a zdravotnická praxe dokládá, že neodkladná resuscitace je zpravidla pro zdravotníky stresujícím výkonem.

Pro zdravotníka, který je konfrontován s pacientem v bezvědomí se zástavou oběhu a na vyhodnocení situace má několik vteřin, je nesmírně obtížné až nemožné zvážit i všechny nemedicínské aspekty situace, jako je mj. i přítomnost rodinných příslušníků, tedy situaci, na níž se zaměřuje tato diplomová práce. Zdravotník je schopen a povinen rychle diagnostikovat srdeční zástavu a vyhodnotit kontraindikace. Zásahující zdravotníci přepínají na automatický sled nacvičených úkonů. Na vyhodnocení situace včetně případné prognózy týkající se kvality života v případě obnovy spontánního oběhu (ROSC = return of spontaneous circulation) je však nesmírně málo času. Pokud nejsou zjevné kontraindikace, zdravotníci neodkladnou resuscitaci zahájí. Jejich úlohou zcela jistě není dělit pacienty na „tomu šanci dáme – tomu nikoliv“. V tomto ohledu jsou jasně dané indikace a kontraindikace velkou oporou (Šeblová, Šeblová, 2013, s. 34).

### **2.1.3 Resuscitace v prostředí nemocnice**

Truhlář (2012, s. 474) uvádí, že při kardiopulmonální resuscitaci prováděné v nemocnici nelze striktně oddělovat postupy základní a rozšířené neodkladné resuscitace, protože se vzájemně překrývají a současně na sebe navazují. Z pravidel pro přivolání resuscitačního týmu vyplývá nutnost neprodleného přivolání dalšího personálu schopného zahájit rozšířenou resuscitaci v plném rozsahu v případech: a) pokud zástava nevznikne v přítomnosti týmu schopného provádět rozšířenou neodkladnou resuscitaci, b) pokud počet členů resuscitačního týmu není dostatečný, c) pokud resuscitační tým nemá aktuálně k dispozici kompletní vybavení pro monitoraci, defibrilaci, zajištění dýchacích cest apod. (Truhlář 2012, s. 474).

KPR zpravidla zahajují NLZP v nepřítomnosti lékaře dle „lege artis“ (zákonným postupem), i dle „de lege artis medicinae“, překládaného jako dle pravidel lékařského umění (Sokol©2010). Po jeho aktivaci se právě lékař stává tým-lídrem, je supervizor, který dohlíží a správně a manažersky dává krátké, jasné a úderné pokyny. Tým tak dotváří dva až tři NLZP, jenž jeden

člen je nižší zdravotnický personál, dva jsou sestry s ARIP, nebo vysokoškolským vzděláním, nebo zdravotničtí záchranáři s akademickým titulem Bc, jenž jsou povinováni roční stáží u lůžka. Koordinace a souhra je profesionálním konceptem týmu na oddělení ARO, který se kontinuálně procvičuje. NLZP s ARIP nebo vysokoškolským vzděláním intervnuje farmakologicky na pokyn lékaře spolu i s asistencí při zajištění dýchacích cest, který v samotném procesu se jeví jako nejsložitější odborný úkon v KPR (Šeblová, Šeblová 2013, s. 35).

Při neočekávané náhlé zástavě oběhu se setkávají nad bezvědomým pacientem příbuzní pacienta a zasahující zdravotníci. To může platit jak v přednemocniční péči (v terénu), tak v i péči nemocniční v případech, kdy rodina naléhá a dožaduje se přítomnosti neodkladné resuscitace a zdravotníci s touto přítomností souhlasí. Potom tyto dva aspekty, neodkladná resuscitace v přednemocniční péči (viz níže) a neodkladná resuscitace v nemocnici, mají mnoho společného. V případě apelu členů rodiny na přítomnost u neodkladné resuscitace, to bude právě stejný počet zdravotníků, jenž musí vyvinout další koncentraci a neovlivnit, a především neohrozit kvalitu neodkladné resuscitace, a přitom zvládnout případnou nepřehlednost či anomálii v chování jednotlivců rodiny. V opačném případě je nezbytné umístění těchto členů rodiny ve vedlejší místnosti. I přesto, že některá z přítomných rodin dobře spolupracuje, i tak je ubíraná koncentrace jednoho z členů resuscitačního týmu směrem k monitoraci chování dotyčného (detailněji podkapitola 2.3).

#### **2.1.4 Resuscitace mimo oddělení ARO**

Resuscitační tým ARO tvořený lékařem a NLZP se aktivuje i na zavolání z jednotlivých oddělení nemocnic, a to i na zavolání nezdravotníky, pacienty či občany v areálu nemocnice. V těchto případech provádí NLZP neodkladnou resuscitaci za účasti náhodně přítomných a kolemjdoucích, tedy laické veřejnosti. Průběh této KPR je odlišný od těch, které jsou prováděny na uzavřeném boxu na oddělení ARO právě i z toho důvodu, že je zde přítomná masívní variabilita přítomných, kteří přihlíží a tvoří riziko z hlediska etiky a důstojnosti. KPR prováděné v těchto situacích naráží na principy bioetické Barcelonské deklarace (viz podkapitola 2.2.2).

Při propouštění z lůžkové péče by měl být v dokumentaci zapsán i plán další péče, a to včetně případných kontraindikací neodkladné resuscitace. A hlavně – o reálných možnostech medicíny a o existenci smrti jako přirozené součásti života by měla být zahájena skutečně široká

celospolečenská diskuse, neboť plynutí času a smrt jsou jediné jistoty, které má ve svém osudu každý z nás (Šeblová©2019).

### **2.1.5 Neodkladná resuscitace mimo nemocnici**

Tým NLZP na oddělení ARO se konfrontuje také se situacemi, kdy dojde k zhroucení a případům NZO v areálu nemocnice, nebo dokonce mimo nemocnici před vrátnici. V tomto případě běží tým určený pro zahájení KPR z oddělení ARO k postiženému, aby tak, v co nejkratší době detekoval NZO a zahájil neodkladnou resuscitaci, jenž má charakter odborné rozšířené resuscitace. Ta vždy navazuje na předtím případnou laickou, občanskou, neodkladnou resuscitaci. Mimo-nemocniční náhlá zástava oběhu-rozhodnutí zahájit nebo ukončit KPR mimo nemocnici je náročné kvůli nedostatku podrobných informací o pacientových přáních a hodnotách, komorbiditách a dosavadním zdravotním stavu (Truhlář, Černý, Černá Pařízková a kol., 2015d, s. 18).

## **2.2 Vybrané etické faktory ovlivňující KPR**

Jednou z oblastí, která se dotýká kvalifikační práce, je i měnící se pohled společnosti na etiku kardiopulmonální resuscitace a její jednotlivé faktory, jako jsou generační obměna zdravotnických odborníků medicíny, zdokonalování technologií, narůstání zkušeností odborníků interpretovaných v podobě kazuistik a především multidisciplinární přístup v intenzivní péči. Intenzivní medicína (intensive care medicine nebo critical care medicine) je lékařský obor pojednávající o nemocných s akutními, život ohrožujícími stavy. Nedílnou součástí této medicíny jsou i intervence KPR. Na ošetrovatelský personál jsou v intenzivní medicíně kladeny velké nároky, jak po stránce odbornosti, tak i po stránce psychické i fyzické zátěže (Ševčík, 2003, s. 4) a etického přístupu; „*aplikace základních etických přístupů by měla být za všech okolností nedílnou součástí celkového hodnocení nemocného v procesu stanovení diagnostické a léčebné strategie*“ (Černý, 2003, s. 6).

Výše uvedené faktory KPR jsou vlastně jakési nástroje společnosti jakožto skupiny jednotlivců, která je charakterizována společnými zájmy a může mít i svou vlastní kulturu a instituce. Společnost je rovněž označení pro zájmová seskupení typu profesních skupin, odborných organizací, ale i jiných sdružení či spolků (Petrušek©2012). Příslušnost k určité společenské skupině determinuje mj. i postoj jednotlivce k přítomnosti člena rodiny v kritické situaci. Členové společnosti však mohou pocházet z různých etnických skupin, mohou ale mít i různý věk, pohlaví, státní příslušnost nebo náboženské vyznání. Na uvedené a další faktory se zaměříme v následujícím textu.

### 2.2.1 Základní etické principy v intenzivní péči a KPR

K základním etickým principům intenzivní medicíny patří principy beneficence, nonmaleficence a respektování zákona. Tyto etické principy nepoškozování, dobře-činění jsou společně s principy respektu k autonomii spravedlnosti jsou nejvyššími atributy při poskytování intenzivní péče včetně KPR. Jejich smyslem a prioritou je garantovat systém hodnot pacienta.

Nonmaleficence, neboli nečinění zla, je jeden z hlavních etických principů ve zdravotnictví, kde se jím rozumí nepoškozování druhých, vztah k zásadě „*primum non nocere*“ (Kohoutek© 2021). Princip non-maleficence KPR se stala normou pro většinu pacientů v akutních, život ohrožujících stavech. V praxi znamená uplatnění tohoto principu vyhýbat se všem postupům, které by mohly mít negativní dopad na nemocného, „*kdy jejich případný nežádoucí efekt či riziko nejsou adekvátně a zřetelně vyváženy přínosem zvolené metody či postupu*“ (Černý, 2003, s. 6).

KPR je nicméně invazivním postupem s nízkou pravděpodobností úspěchu a neměla by proto být prováděna v marných případech. Definovat marnost takovým způsobem, který by byl přesný, prospektivní a použitelný ve většině případů je obtížné. WHO definuje „*marnost*“ jako „*léčbu, která nenabízí odůvodnitelnou naději na zlepšení nebo vyléčení nebo léčbu, ze které pacient nemůže mít prospěch*“ (in Šeblová©2016). Podmínkou „marnosti je neexistence medicínské indikace. Ve vztahu k blízkým pacienta se nutně nevyžaduje souhlas rodinných příslušníků, neboť ti mohou mít nerealistická očekávání, a zahájení KPR v případě „marného stavu“ by dávalo rodině falešné naděje (Šeblová©2016). Nonmaleficence má však přednost před beneficencí, zakazuje ubližovat, poškozovat nebo usmrtit (Truhlář, 2015, s. 6-7).

Dobře-činění, nebo beneficence garantují princip konání vždy v zájmu a ku prospěchu nemocného. Tento princip vyjadřuje základní axiomy medicíny, k nimž se mj. řadí i ochrana života a obnovení zdraví (Černý, 2003, s. 6), tedy základní cíle KPR. Klinická doporučení založená na důkazech pomáhají zdravotnickému personálu v rozhodování, které léčebné postupy jsou pro pacienta nejvhodnější (Truhlář, 2015, s. 8-10).

### 2.2.2 Princip autonomie

V etických otázkách souvisejících s resuscitací se „*stále více se respektuje právo jedince na autonomní rozhodování, a to i o svém vlastním osudu. Každý má mít právo na rozhodnutí, zdali chce či nechce být resuscitován, a jeho rozhodnutí musí být respektováno, pokud splňuje zákonem stanovené náležitosti a pokud je o něm zasahující tým informován*“ (Červený a kol, 2018, s. 40).

Etické otázky související s přítomností rodinných příslušníků a dalších laiků při KPR prováděné profesionálními zdravotníky úzce souvisí s principy uvedenými v Barcelonské deklaraci. Tato deklarace je pokračováním projektu BIOMED, jejím obsahem jsou pak návrhy pro Evropskou komisi, založené na politické dohodě mezi odborníky na bioetiku a zdravotnické/medicínské právo z mnoha různých zemí. Základem Barcelonské deklarace jsou čtyři identifikované principy týkající se autonomie, důstojnosti, integrity a zranitelnosti jako čtyř důležitých myšlenek nebo hodnot pro evropskou bioetiku a právo (Kemp, 2008, s. 240).

Princip autonomie vychází z přesvědčení, že pacient schopný vlastního rozhodování by neměl být léčen bez jeho souhlasu (*voluntas aegroti suprema est*). V intenzivní medicíně je však otázka získání informovaného souhlasu nemocného s léčbou zvláště problematická, a pokud není k dispozici informovaný souhlas nemocného či jeho nejbližších příbuzných, postupuje lékař podle výše uvedených principů beneficence a nonmaleficence (Černý, 2003, s. 7).

Principem autonomie ve vztahu k tématu této DP se rozumí i vtažení rodinných příslušníků do rozhodovacích procesů v záležitostech intenzivní péče o pacienta s vitální indikací, jenž je v bezvědomí ve fázi resuscitace, nebo po resuscitaci, nebo před další resuscitací (Mareš, 2011, s. 10). Autonomie je zakotvená v důrazu na osobní zájmy či preference pacienta, pacient je součástí zájmu, je součástí rozhodování. Autonomie nemocného na ARO oddělení má omezené možnosti. Princip respektování autonomie pacienta odkazuje na povinnost zdravotníka respektovat pacientovo přání a přijímat rozhodnutí, která jsou v souladu s hodnotami a přesvědčením pacienta (Petrovicová, Trešlová, 2016, s. 19-20). Zdravotní péče zaměřená na pacienta klade pacienta do středu zájmu během rozhodovacího procesu spíše než do role příjemce rozhodnutí lékaře. Uplatnění tohoto principu při srdeční zástavě je obtížné, protože pacient většinou není schopen vyjádřit svá přání.

### **2.2.3 Rozhodnutí o zahájení či nezahájení resuscitace**

Rozhodnutí o zahájení/nezahájení resuscitace nebo jejím ukončení je vždy výsledkem klinického úsudku nejzkušenějšího člena týmu. Plnou právní odpovědnost za takové rozhodnutí má lékař, který je vedoucím resuscitačního týmu (Dobiáš a kol., 2012, s. 27).

Jak ve vztahu k etickým otázkám resuscitace uvádějí Červený a kol. (2018, s. 40), v současné době existuje snaha omezit „zbytečné resuscitace“, tj. takové, „*kde i případný úspěch resuscitace není pacientovi prospěšný. Z tohoto důvodu by se včas mělo rozhodnout o tom, u kterých pacientů není resuscitace indikována (například maligní stavy atp.)*.“

V nemocnici existují situace, kdy by resuscitace zahajována být neměla. Obecně se jedná o případy, kdy si pacient prokazatelně resuscitaci při srdeční zástavě nepřál (Truhlář, 2012, s. 478). V souladu s již výše zmíněným zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách v platném znění, může každý občan pro případ, kdy se dostane do zdravotního stavu, v němž nebude schopen vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb a způsobem jejich poskytnutí, svůj souhlas nebo nesouhlas předem vyslovit. Poskytovatel péče musí toto přání respektovat, pokud bylo učiněno na základě písemného poučení pacienta lékařem o důsledcích jeho rozhodnutí. Platnost tohoto „dříve vysloveného přání“ je pět let, musí být učiněno písemnou formou a s úředně ověřeným podpisem. Pacient se může rozhodnout až při přijetí do péče nebo kdykoliv během hospitalizace. Vůle pacienta omezující rozsah léčby musí být vždy zaznamenána do dokumentace. Předem vyjádřené přání nelze uplatnit u nezletilých pacientů a u pacientů zbavených způsobilosti k právním úkonům (Ministerstvo vnitra ČR©2021).

Dalším důvodem nezahájení resuscitace jsou případy, kdy z důvodu závažnosti onemocnění nelze zástavu oběhu přežít, např. v terminálním stadiu onemocnění, při jehož léčbě byly prokazatelně vyčerpány veškeré léčebné možnosti (Pokorný et. al, 2004, s. 8). Z Doporučení postupů pro resuscitaci ERC 2015 vyplývá, že zdravotnický personál by měl zvážit nezahájení nebo ukončení KPR u dětí a dospělých, pokud: a) nemůže být zajištěna bezpečnost zachránce, b) pokud jsou zřejmá zranění neslučitelná se životem nebo přítomny jist známky smrti, c) pokud je k dispozici platné předem vyslovené přání pacienta pro tuto situaci, d) pokud existují pádné důkazy, že další KPR by byla prováděna navzdory hodnotám a preferencím pacienta, nebo je KPR považována za marnou, e) přetrvává asystolie po dobu delší než 20 minut navzdory probíhající rozšířené neodkladné resuscitaci při absenci reverzibilní příčiny srdeční zástavy (Truhlář, Černý, Černá Pařízková a kol., 2015a, s. 58).

Z výše uvedeného vyplývá, že nemedicínským důvodem k nezahájení neodkladné resuscitace jsou dříve vyslovené přání, která jsou zakotvena v článku 9 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně: „brát zřetel na dříve vyslovená přání v okamžiku, kdy pacient není schopen vyjádřit své priority“ (in Šeblová©2016). Jedná se o rozhodnutí o léčbě provedené jedincem prospektivně pro situace, v nichž by nemusel být schopen o sobě takto aktivně rozhodovat vzhledem k jeho zdravotnímu stavu. Dříve vyslovená přání vyžadují periodické aktualizace, aby vždy přesně odrážela aktuální vůli pacienta a všechny okolnosti. Právní status dříve vyslovených přání je v národních legislativách evropských zemí velmi variabilní (Ptáček, Bartůněk a kolektiv, 2011, s. 46). Podmínkou platnosti dříve vyslovených přání jsou písemná



forma, úředně ověřený podpis pacienta, poučení pacienta o důsledcích praktickým nebo jiným ošetřujícím lékařem. Dříve vyslovená přání nejsou z právního hlediska platná (nesmí se respektovat) v situacích jako jsou aktivní způsobení smrti, protiprávní jednání, započetí postupů, které by vedly k smrti, ohrožení jiných osob, jedná se o nezletilého ad. (Šeblová©2016). Červený a kol. (2018, s. 40) v souvislosti s přítomnosti příbuzných u KPR a dříve vyslovených přání uvádějí, že „pokud má pacient mít právo odmítnout léčbu včetně resuscitace, pak on sám, ani jeho příbuzní nemají u svého blízkého práva na vyžadování léčby, a to včetně další resuscitační péče.“ *Kompetence pro případné ukončení resuscitace jsou následující:* a) vedoucí resuscitačního týmu, b) nejzkušenější z lékařů v případech, kdy resuscitaci provádí lékař (např. lékař ZZS), c) lékař pokud je resuscitace prováděna jedním lékařem a NLZP (Červený a kol., 2018, s. 40).

Příprava zdravotnického personálu v otázkách nezahajování resuscitace-zdravotníci by měla být taková, že pracovníci by měli absolvovat školení v eticko-právní problematice související s rozhodnutím nezahajovat resuscitaci a o efektivním způsobu komunikace s pacienty, jejich příbuznými nebo nejbližšími. Problematika kvality života, poskytování podpůrné péče a rozhodování v otázkách o ukončení života musí být nedílnou součástí přípravy na lékařskou i ošetrovatelskou praxi.

#### **2.2.4 Socio-demografické faktory**

Jak uvádí Mareš (2011, s. 9) etické principy intenzivní medicínské péče nelze oddělit od kultury, náboženství, právních norem či panujících morálních zvyklostí dané země nebo civilizačního okruhu. V České republice dominuje euro-americká kulturní tradice a z ní odvozené určité pojetí zdravotní péče. Společnost tlumočí důraz na práva pacienta, avšak ty jsou v dnešní době konfrontovány častými demograficko-kulturními jevy, jako jsou migrační proudění, multikulturalismus s projevy solidarity či xenofobie, jež citlivě zasahují do rozhodování jedince, ať už pacienta, člena rodiny od pacienta, zdravotníka (Hofstede, Hofstede, 2005, s. 34-35). Fenomén migrace obyvatelstva je v současné době jednou z nejproblematictějších oblastí mezinárodních vztahů i mezinárodní politiky. Po skončení studené války na konci 20. století migrace představuje jeden z nejvýznamnějších problémů, které přináší proces globalizace (Lid'ák, Koganová, 2004, s. 36).

Práva pacienta na úctu, důstojné zacházení, na ohleduplnost a respektování soukromí při poskytování zdravotních služeb v souladu s charakterem poskytovaných zdravotních služeb jsou rovněž faktory ovlivňované danou společenskou kulturou. Variabilita determinantů, jako

jsou multikultura, technologie, rozvoj medicíny má neoddiskutovaný vliv na etiku, jenž se dotýká citlivého tématu diplomové práce. Globalizace, míšení různých kultur, poskytují prostředí s posunem v chápání etických principů, vzhledem k autonomii resuscitovaného pacienta, s ohledem na beneficienci a non-maleficienci, justici, tedy spravedlivý a rovný přístup i ve vztahu k přítomnosti členů rodiny v kritické fázi pacienta.

Prioritou je také zajistit, aby přítomný člen rodiny, jenž je z jiného kulturního prostředí, byl vnímán jako součást pacienta, který by neměl být v komunikačním procesu poškozen, napadán, či nepochopen, ať už vědomě či nevědomě. Kulturní citlivost pomáhá eliminovat napětí a problémy v tak kritických situacích, jako je resuscitace blízkého člena rodiny. V současné multikulturní společnosti by si každý měl osvojit vnímání kultury jako projevu specificky lidské činnosti (Guirdham, 2005, s. 102).

Kulturní prostředí ovlivňuje i požadavek uznání. Jak uvádí A. Gutmannová (2001, s. 22), tento požadavek vychází z ideálu lidské důstojnosti a odkazuje přinejmenším dvěma směry: jak k ochraně základních práv individuí jakožto lidských bytostí, tak k uznání zvláštních potřeb individuí jakožto příslušníků určitých kulturních skupin (úcta k jedinečné identitě každého individua bez ohledu na pohlaví, rasu, etnickou příslušnost, ale i úctu k oněm formám jednání, praktikám, podobám obrazů světa, jichž si obzvláště cení nebo s nimiž jsou úzce spjati členové znevýhodněných skupin; respektování nejzákladnějších morálních předpokladů, které je potřeba vzájemně sdílet).

### **2.2.5 Legislativa**

Ve vztahu k tématu této diplomové práce je důležitý do legislativy implementovaný pojem „dříve projevených přáních“. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování tímto pojmem přispívá k významnému posilování práv a odpovědnosti pacienta i v oblasti poskytování péče v těch nejkritičtějších stavech (Ministerstvo vnitra©2021). Otázkou je, zda jsou na to obě strany – zdravotníci i veřejnost – dostatečně připraveni a jsou schopni předefinovat své role.

Legislativa České republiky dále ve výše uvedeném zákonu o zdravotních službách zakotvuje nezletilému pacientovi při poskytování zdravotních služeb právo na nepřetržitou přítomnost zákonného zástupce, popřípadě osoby určené zákonným zástupcem, pěstouna nebo jiné osoby, do jejíž péče byl pacient na základě rozhodnutí soudu nebo jiného orgánu svěřen. V případě osoby s omezenou svéprávností zákon dává právo na přítomnost opatrovníka.

Zákon dále stanoví, že pacient může přijímat návštěvy ve zdravotnickém zařízení lůžkové nebo jednodenní péče, a to s ohledem na svůj zdravotní stav a v souladu s vnitřním řádem a způsobem, který neporušuje práva ostatních pacientů, pokud tento zákon nebo jiný právní předpis nestanoví jinak, přijímat ve zdravotnickém zařízení lůžkové nebo jednodenní péče duchovní péči a duchovní podporu od duchovních církví a náboženských společností registrovaných v České republice nebo od osob pověřených výkonem duchovenské činnosti (dále jen „duchovní“) v souladu s vnitřním řádem a způsobem, který neporušuje práva ostatních pacientů, a s ohledem na svůj zdravotní stav, nestanoví-li jiný právní předpis jinak. Návštěvu duchovního nelze pacientovi odeprít v případech ohrožení jeho života nebo vážného poškození zdraví, nestanoví-li jiný právní předpis jinak, na poskytování zdravotních služeb v co nejméně omezujícím prostředí při zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb (Ministerstvo vnitra©2021).

### **2.2.6 Princip spravedlnosti**

Princip spravedlnosti nebo justice se klasifikuje jako rovnost přístupu pro každého, spravedlnost a rovný přístup má souvislost s rozdělováním zdrojů pro nemocné. Adekvátní péči bez diskriminace, ať se to týče věku, sociálního původu, je zásadním kritériem připravenosti NLZP. Studie týkající se přítomnosti rodiny pocházejí pouze z některých zemí a jejich závěry nelze aplikovat pro celou Evropu (Truhlář, Černý, Černá Pařízková, 2015a, s. 58).

Princip spravedlnosti a rovného přístupu-princip spravedlnost znamená, že jsou dostupné zdroje zdravotní péče rozdělovány rovnoměrně a spravedlivě, a to bez ohledu na společenské postavení pacienta, aniž by byl diskriminován, a s právem každého dostat péči odpovídající současným standardům (Truhlář, Černý, Černá Pařízková, 2015a, s. 58).

### **2.2.7 Lidská důstojnost**

Nejen samotné legislativní zakotvení, ale i důstojnost, nebo dignity (z latinského „dignus“ - hodnota, cena, můžeme ho chápat jako vážnost chování) (Haškovcová, 2007, s. 15) je garantem principiálního postoje zdravotníka v situacích, kdy je nebo není přítomná rodina během resuscitace a pakliže je, tak zda je nebo není vnímaná právě zdravotníkem jako další zátěž navíc.

Právě zdravotník (tedy NLZP) v rámci čestného postoje zohlední osobní preference pacienta, jenž je součástí medicínského rozhodování, jako jednoho ze základních přístupů. Vyklíčivkem při provádění KPR spojených za přítomnosti blízkých je tak pro zdravotníky vždy systém hodnot pacienta, který odráží právě poměr rizika a prospěchu pacienta, ale i posouzení relevantního rizika a prospěchu přítomných členů rodiny. Rozhodování je spojené s

osvojováním hodnotového systému. Pokud jste součástí procesu, jenž je spojen s ovlivňováním druhého, co prožívá, co pociťuje, položte si otázku, zdali je to správné a zdali, byste si přáli, aby se někdo k vám takto choval. Jak uvádí Petrovicová a Trešlová (2016, s. 19-20), zdravotnický personál by měl mít neustále na mysli to, že člověk není pouze souhrn orgánů a funkcí, se kterými se jedná jako se stroji, ale že má i složku emoční, kterou vnímá veškeré chování a přístup zdravotnického personálu. Svobodová se Šimkem (2006, s. 495 v této upozorňují, že „*lidskou důstojnost a aspekty s ní spojené jako jsou respekt, autonomie či intimita častěji vidáme v literatuře, bohužel u lůžka nemocného je opomíjena a do každodenního života nevtahována*“ (Svobodová, Šimek, 2006, s. 496).

### **2.2.8 Pokroky v medicíně a ošetřovatelství**

Moderní, soudobé ošetřovatelství 21. století dovede velice sofistikovaně vyřešit rébusy, jež by v minulosti byly ukončené infaustním způsobem. Současná intenzivní medicína umožňuje přežití nemocným se reverzibilním selháním životních funkcí (Černý, 2003, s.7). S pokrokem však budou i nadále přicházet nové problémy a výzvy. Je nutné připravit se především na eticky i legislativně velmi citlivé aspekty týkající se rozhodování o konci života, protože ARO, ale i ostatní intenzivní oddělení nejsou jen místem k záchraně života, ale i místem, kde mnoho lidí umírá. A s rozvojem našich schopností udržovat pacienty při životě je nutné se těmito problémy vážně zabývat (Matějovič, 2012, s. 467).

Změny, které ovlivňují etické principy, staví do konfrontační roviny zdravotníka versus práva pacienta a jednou z nich je i přítomnost rodiny. Medicína má větší možnosti, stále více dostupné postupy a rychleji zjistitelné. V obecné rovině se zdravotníci i veřejnost shodují, že prodlužování života v situacích, kdy medicína už je bezmocná, je neetické a medicínsky nesprávné. Stanovit však onu hranici a domluvit se o ní i s pacientem nebo jeho blízkými je někdy velmi obtížné, neboť se u nich střídá strach, zoufalství a naděje a zřejmě exaktně nestanovitelné (Monestier, 2003, s. 11). Další změnou ovlivňující etické principy pacienta jsou technologie, které jsou přínosem, pokud jsou regulované ve prospěch zdravotníka, avšak v rukou pacienta či člena rodiny (laika) se stávají rizikem pro spolupráci, neboť jsou mnohdy v nesprávném kontextu uplatňovány právě pacientovými blízkými v kritických stavech ve vztahu k zdravotníkům. Tento status je mnohdy zakončený forenzním dopadem.

Avšak nejen pokroky v samotné medicíně, ale i v ošetřovatelství ovlivňují etickou dimenzi péče o pacienta. Možnosti současného ošetřovatelství se diametrálně liší od ošetřovatelství v osmdesátých letech. Moderní ošetřovatelství se tak výrazně podílí na změnách lidského života.

Lidé žijí kvalitnější život ve srovnání s blízkou minulostí. Ošetrovatelství na vědeckých důkazech, vědecký pokrok natahuje život po medicínské stránce a ošetrovatelství ho predikuje, jako život dobře prožitý, avšak tyto determinanty jsou v časté konfrontaci. Atomový věk, digitální doba tak proměnila otázku stárnutí a umírání v záležitost zdravotníků. Zdravotníci však na to nejsou připravení (Gawande, 2018, s. 13).

V šedesátých a v sedmdesátých letech umírali lidé doma, technologie v resuscitacích a způsob přednemocniční péče nebyly tak zásadní, jako dnes. Stárnutí a umírání se v celém průmyslovém, vyspělém světě přesunulo do ústavů a nemocnic. V osmdesátých letech to bylo už jen 17 % umírajících doma a dnes to jsou převážně akutní stavy, jež se nedostanou do nemocničních zařízení a jsou intervenovány v rámci první linie, a sice zdravotnickou záchrannou službou. Právě tady je účast rodiny logická a vyplývající ze situace domácnosti a rodinné komunity (Kellehear, 2007, s. 120-125).

### **2.2.9 Morálka a profesní etika ve vztahu k NLZP**

Morálka je souhrn způsobů jednání jednotlivců ve společnosti plus předpisy pro toto jednání. Vyjadřuje tedy všechny zvyky, obyčeje, normy, zákony, tedy vše, co má lidský život jednak zjednodušovat předem danými schématy rozhodování a jednání a jednak regulovat způsob života jednotlivce ve společnosti (Špaček, 2008, s. 34).

Etika zahrnuje teorii mravnosti, soustavu názorů na mravnost, systém mravních norem zdravotníka. Etika je tedy uvažování o správnosti morálky zdravotníků a jejich předpisů, řeší tedy zejména oprávněnost požadavků morálky v různých situacích, jako je přítomnost rodiny v oblastech intenzivní péče, jenž je a což vyjadřuje její legitimizační funkci. Zatímco tedy morálka předkládá normy u zdravotníka, etika řeší, zda a za jakých podmínek jsou její požadavky oprávněné, spravedlivé a ospravedlnitelné, jenž se týkají služby konajícího zdravotníka ve vztahu k přítomným členům rodiny během KPR. To, co nás řídí, je tedy morálka, mravnost, názory, systém mravních norem. To je schéma, jakému je zdravotník podroben v kritických situacích, je to role zdravotnického pracovníka v intenzivní péči. Role nelékařského zdravotnického personálu je mj. zakotvená v chování a vystupování před laickou veřejností, kterou zastupují pacienti a jejich blízcí členové rodiny.

Zdravotník studuje a připravuje se na své povolání, poslání, většinou s představou, že jeho práce má poslání, že ho bude práce uspokojovat, že ho bude práce naplňovat i proto, že pomáhá druhým a je tím užitečný i společnosti. NLZP vychází také z toho, že v digitální době

ošetřovatelství je erudovaný, enormně technicky zdatný a dokáže zajistit management náročných a obtížných úkolů. Konsekvence zkušenosti, lidskosti, empatie a všech jeho osobních profesních dovedností spoluvytváří vědomí jeho identity. Zpravidla se očekává od zdravotníků, potažmo NLZP profesionální chování na vysoké úrovni a často si v rámci „profesionální slepoty“ správně neuvědomují všechna svá práva a povinnosti (Mach, 2010).

Šeblová (©2016) uvádí, že *„zdravotníci musí mít potřebné znalosti a chápat etické principy dříve, než jsou vystaveni skutečným situacím, ve kterých musí provádět rozhodování o KPR.“* Každodenní praxe NLZP je každodenní etikou NLZP. Zdravotníci jsou konfrontováni každodenní praxí, že není možné odkládat emoce, prožitek, že není možné se věnovat věcem až potom a zabývat se jimi později, ale je nutné je náležitě řešit, prožívat, vyhodnocovat ku prospěchu pacienta a také jeho blízkých, a to zvláště v kritických situacích. Názor na přítomnost osob blízkých u závažných stavu spojených s prováděním KPR právě přítomným NLZP se v naší společnosti různí. Jedním z faktorů je bezprecedentnost, přítomnost, nutnost konce života, jenž každý vnímá, jako neodmyslitelnou realitu, ale není s ní konfrontován v titulu své náplně práce, a právě NLZP intenzivní péče toto splňuje. Právě zkušenosti, životní obrazy v průběhu kariery naplňují přesvědčení a profesní náhled zdravotníků považovat oblast přítomnosti rodiny u právě probíhající resuscitace za nedozírný problém s věčným dilematem neřešitelnosti.

Podoba role NLZP spočívá v ustavičném znalostním zdokonalování morálních norem, tedy závazných kodexů s pravidly chování pro skupinu zdravotníků intenzivní péče v kontextu s managementem kvality daného oddělení.

K dalším faktorů, jimiž lze ovlivnit chování v souladu s etikou, je i výchova mladých kádrů. V dosavadní praxi převládá nesystematické působení mentorů, zdůrazňujících v souladu s nastavenou legislativou pouze samotnou zdravotnickou praxí. Problémem je absence vhodných vzorů, vyplývajících z nedostatku personálu, a to i díky složité práci NLZP v intenzivní péči a určitého nedocení v očích veřejnosti. Absence vlivu Ministerstva zdravotnictví, Ministerstva mládeže, tělovýchovy a školství, sesterských a záchranářských asociací a lékařské komory je výslednicí stereotypu morálního chování. V procesu intenzivní péče je proto žádoucí adekvátně odměnit správné chování a sankcionovat nesprávné chování, a to s důrazem na zácvik NLZP v intenzivní péči. Každý NLZP by měl mít možnost v kritické situaci a zvláště po resuscitacích (ať už s přítomnou rodinou nebo bez ní), možnost intervenovat s prožitkem spokojenosti z morálního chování, možnost poukázat na prožívání provinění, strachu, studu

nebo špatného svědomí z porušení morálních hodnot, a to autonomně auto-debriefingem, nebo s intervencí psychologického pracovníka. Toto je důležité uplatňovat s důrazem na personál v zácviku, jenž se umožní vyjádřit emoce formou ne terapeutickou, ale krizově intervenční na bázi psychologické debriefingu. Výše uvedeným termínem psychologický debriefing se rozumí „*krizově-intervenční technika užívaná pro vyrovnání se s traumatizující událostí*“ (Vodáčková, 2002, s. 308). Nejedná se o terapii, jenž je náročná na čas, jedná se o psychohygienu NLZP v intenzivní péči.

Bezesporu důležitým faktorem regulující chování NLZP v intenzivní péči v souladu s etikou je veřejné mínění. Veřejné mínění velmi silně ovlivňuje vystupování, rétoriku a chování lidí, navozuje strach, rozděluje laickou a následně i odbornou společnost na dva i více názorových táborů. Synergicky zde zpravidla působí a efekt médií a názorových lídrů. Rizikem negativního hodnocení je výsledný strach z odsouzení kolegů NLZP, ztráty přátel, mnohdy i rodiny na základě porušení morálních pravidel NLZP.

Profesní etika je procesem, jenž se vyvíjí jako organizmus, a jež má v každé době své standardy. U NLZP to v současném pojetí profesní etiky znamená uznávat pacienta a jeho blízké jako rovnocenné bytosti, což je tradice známá i z antického Řecka nebo např. z Matoušova evangelia. To všechno nese v sobě poselství, význam, že NLZP představuje lidskou zkušenost, že základem dobrých vztahů je schopnost představit si sama sebe na místě druhého. Asi by nás mohla napadnout myšlenka, že tolerance přítomnosti člena rodiny u resuscitace může být pro někoho z NLZP nežádoucí, a naopak pro někoho přínosem a naplněním plně profesionality. Je to tedy dilema, je to etické dilema, etický konflikt, který má složitější charakter a který nemá jedno nejlepší řešení, což vybízí k výzkumnému šetření a jeho realizaci v podmínkách českého zdravotnického prostředí. V takové chvíli, kdy se řeší etické dilema v kritické situaci, jenž představuje resuscitace blízkého, musí NLZP v kritickém čase rozhodnout, zdali je potřeba vyhovět při apelu blízkých na jejich přítomnost nebo rychle správně zvážit možné riziko, které by vzniklo, právě ve vztahu na přítomnost osoby blízké. V pozitivní rovině NLZP volí mezi větším či menším zlem, je to situace, v níž se zdravotník musí rozhodnout, aby to nemělo negativní dopad na blízkou osobu přítomnou kritického stavu pacienta (Mareš, 2011, s. 9). Jde o rychlé nalezení těžkého rozhodnutí, ale optimálního řešení. NLZP jsou dilematickými situacemi mnohem více zatíženi než jiné zdravotnické profese, neřeší jen morální versus nemorální, ale mnohé další situace, kdy rozhodnutí nejsou jednoduchá a morálně jednoznačná.

### **2.2.10 Role empatie**

Kvalifikovanější a spravedlivější rozhodování NLZP v kritické situaci ve vztahu k resuscitaci a přítomným členům rodiny zohledňuje etické hledisko a vytváří podmínky k řešení náhle vzniklého problému analýzou důsledků, nestranností a zejména empatie do pozice přítomného člena rodiny. Analýza důsledků je odvislá od představ, od pohledů, od názorů všech přítomných s kritickým pohledem všech zúčastněných na konflikt. Každý požadavek všech zúčastněných, tedy pacienta ve fázi resuscitace s přítomným zdravotnickým týmem obsahujícím složku NLZP a ostatní zdravotníky, je třeba vnímat a hodnotit v krátkém časovém horizontu stejně důležitě. Být pak empatický a dokázat se vcítit, avšak neinterpretovat to do psychiky a somatické stránky, vyžaduje odolného jedince – zdravotníka (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011, s. 57), přičemž odolnost je charakterizována jako úspěšné adaptování, které nastalo navzdory nepříznivým okolnostem (Křivohlavý, 2001, s. 77). Jenže každý takový zásah se podepisuje do psychiky NLZP, aniž by si to dotyčný zdravotník uvědomoval.

Míra empatie je důležitá i pro případné detekování nepřijatelného či neetického jednání. Sebereflexe, sebepojetí a vnímaná osobní zdatnost (self – efficacy) umožňují intuici a zároveň formuje etický profil NLZP. Základem sebepojetí jsou sebeúcta, sebepoznání, sebedůvěra, sebeovládání, sebekritika a posouzení vlastních schopností, způsobilosti něco vykonávat, něčeho dosáhnout (Křivohlavý, 2001, s. 76).

Etičnosti dále dopomáhá i kolegiálnost zdravotníků, kolegiální přátelskost, profesionální diskretnost, již vzpomínaná empatie, spravedlnost, čestnost a důvěryhodnost, rozvážnost, flexibilita, hrdost profese NLZP, důstojnost a tu obzvlášť pěstovat ve vztahu ke svému okolí se cti profese a konečně zodpovědnost.

## **2.3 Etické otázky související s přítomností rodinných příslušníků a dalších laiků při KPR prováděné profesionálními zdravotníky**

V této podkapitole práce prezentuje teoretická východiska, na nichž je založena studie zkoumaného problému ve výzkumné části této diplomové práce.

Problematice přítomnosti členů rodiny u KPR (presence during cardiopulmonary resuscitation; CPR) svého příbuzného se západní společnost zabývá již od osmdesátých let dvacátého století. Do té doby bylo např. v USA standardem většiny pohotovostních oddělení vyloučení blízkých členů rodiny z ošetrovny během pokusu o resuscitaci obětí srdeční zástavy. V roce 1982 začali



zaměstnanci Foote Hospital ED zpochybňovat tuto politiku týkající se krizového řízení rodin osob trpících srdeční zástavou. Při několika příležitostech požádali o přítomnost u umírajícího samotní příbuzní pacienta, který podstupoval resuscitaci. Postupem času byla učiněna individuální rozhodnutí o krátkém povolení těmto příbuzným vstoupit do resuscitační místnosti s podporou kaplana. Několik dalších rodin trávilo čas v resuscitační místnosti také bezprostředně po ukončení resuscitace. (Doyle, Post, Burney et al., 1987, s. 673). Ačkoli výzkumy ukázaly, že 90 % z těch blízkých, kteří již zkušenost KPR u svého příbuzného prožili, by tuto zkušenost absolvovali znovu (Fulbrook P, Latour J, Albarran J, et al., 2007, s. 256), lze se dle Wagnerové (2004, s. 416) i nadále setkat se situacemi, kdy jsou během resuscitačního úsilí rodinní příslušníci pacientů často vyloučeni z pokojů pacientů a nemají tak možnost vidět své blízké naživu. Podle autorky je potřeba požádat členy rodiny, aby opustili místnost, oprávněně zpochybňována. Avšak existují i názory, které považují účinek rodinné přítomnosti během kardiopulmonální resuscitace (CPR) na samotné členy rodiny a lékařský tým za kontroverzní (Jabre, Belpomme, Azoulay, 2013, s. 1010).

I přes výše uvedené však lze oprávněně dovozovat, že tím, že blízkou rodinu, zpravidla nejbližší členy, necháme dívat na práci oživovacího týmu včetně NLZP, zároveň umožníme lépe pochopit kritickou naléhavost stavu. Přítomnost příbuzných při neodkladné resuscitaci by však měla mít určitá pravidla. Je zapotřebí několik opatření k zajištění toho, aby zkušenost příbuzného byla pro něho za daných okolností co nejméně zatěžující. To zahrnuje zejména přidělení personálu, který se o příbuzné resuscitovaného pacienta postará (Lippert, Raffay, Georgiou a kol., 2010, s. 1148).

V případě resuscitace mimo nemocnici může nastat situace, kdy příbuzní sami provádějí základní neodkladnou resuscitaci. Po příjezdu profesionálních zdravotníků by jim podle Lipperta a kol. mělo být nabídnuto, aby mohli pokračování KPR přihlížet. S narůstajícími zkušenostmi s přítomností rodiny během pokusů o resuscitaci je podle uvedených autorů zřejmé, že v těchto situacích jen zřídka vznikají problémy; *„před patnácti lety by většina zdravotníků přítomnost příbuzných během resuscitace nevítila, v současné době je však trend stále otevřenějšího přístupu a uznání autonomie jak pacient, tak příbuzných. Je však nutné brát na zřetel, že stále existují kulturní a sociální rozdíly, které musí být chápány a oceněny s citlivostí“* (Lippert, Raffay, Georgiou a kol., 2010, s. 1148).

V souladu s výše uvedeným je i stanovisko Evropské resuscitační rady. ERC doporučuje, aby rodinným příslušníkům pacienta byla nabídnuta možnost zůstat během resuscitace v jeho

blízkosti, ale vždy musí být citlivě posouzeny a respektovány kulturní a společenské zvyklosti (Truhlář, Černý, Černá Pařízková, 2015a, s. 58). Z legislativního hlediska má v České republice pacient právo na přítomnost osoby blízké nebo osoby jím určené, a to v souladu s jinými právními předpisy a Vnitřním řádem nemocnice, nenaruší-li přítomnost těchto osob poskytnutí zdravotních služeb.

Za výhodu přítomnosti příbuzných u KPR lze považovat skutečnost, že z ní vyplývá naprostá informovanost o průběhu KPR a nemožnost pochybovat o tom, že pro záchranu jejich blízkého bylo uděláno maximum (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011). Červený a kol. (2018, s. 40) ve své práci uvádějí několik doporučení pro resuscitaci, při níž jsou přítomni příbuzní pacienta:

- Resuscitační tým - resuscitace musí být prováděna zdravotnickým týmem, který si je plně vědom mimořádnosti situace a který je schopen resuscitaci provést správně nejen technicky, ale i z hlediska společenského. Důležité je, aby jeden zkušený člen resuscitačního týmu byl v optimálním případě vyčleněn pro příbuzné. Úkolem tohoto člena je být jakýmsi průvodcem příbuzných při resuscitaci jejich blízkého. Pověřený člen resuscitačního týmu by srozumitelně komentovat prováděné úkony, s předstihem upozornit na případnou nutnost invazivních zákroků. Autoři však současně uvádějí, že v běžné praxi lze spíše počítat na začátku resuscitace s nedostatkem členů resuscitačního týmu než s jejich přebytkem. Z tohoto důvodu se jeví diskutabilním doporučení, aby přítomnost příbuzných u mimo-nemocničních resuscitací byla aktivně nabídnuta.
- Neúspěšná resuscitace – v případě ukončení KPR konstatováním smrti resuscitovaného následované žádostí příbuzných se zemřelým chvíli pobýt, není podle autorů nejmenší důvod, proč by se jim nemělo vyhovět. Výjimku platí pro oběti kriminálních činů. Pokud to okolnosti dovolí, měli by zdravotníci tělo zemřelého v rámci možností upravit. V případech, kdy je z forenzních důvodů nezbytné, aby v těle zemřelého zůstaly zavedené drény, kanyly či tracheální rourka, měli by na to být příbuzní předem upozorněni.

### **2.3.1 Vnímání KPR prováděné profesionálními zdravotníky z hlediska rodinných příslušníků**

Z výzkumů zaměřených na motivy členů rodiny být přítomni resuscitaci člena rodiny vyplynulo, že jedním z nejsilnějších důvodů je lepší schopnost vyrovnat s případným úmrtím resuscitovaného blízkého člověka (Eichhorn, Meyers, Guzzetta, et al. 2001, s. 50-51). Jak však uvádí Wagnerová (2004, s. 416) o vnímání kardiopulmonální resuscitace rodinami je známo jen málo. Zkušenost nicméně ukazuje, že příbuzní resuscitovaného pacienta prožívají emočně velmi náročnou situaci, která je zaskočila, mají pocit, že by se mělo udělat maximum pro

záchranu jejich blízkého; „ze zkušeností lékařů ZZS je známo, že okolí nemocného postiženého náhlou zástavou krevního oběhu nezřídka vyžaduje zahájení a, provádění neodkladné resuscitace přesto, že jsou zjištěny známky smrti“ (Pokorný et al., 2004, s.12-13).

Příbuzní resuscitovaného mají navíc tendenci přeceňovat úspěšnost kardiopulmonální resuscitace a naopak podceňují, či si spíše vůbec nepřipouštějí možné následné zdravotní poškození a utrpení. Zdravotníci naopak dobře znají nejen postupy a jednotlivé úkony při resuscitaci, ale uvědomují si i její limity a pojmy jako primárně a sekundárně úspěšná zástava oběhu. Jednotlivé situace pro ně obvykle nepředstavují psychologickou zátěž s výjimkou resuscitace dětí nebo vlastních známých a kolegů (Šeblová, 2013, s. 33).

### **2.3.2 Vnímání a prožívání KPR za přítomnosti laiků z hlediska profesionálních pracovníků (NLZP) a možné důsledky**

Každý zdravotník je konfrontovaný se smrtí, a to ještě před případnou resuscitací nebo opakovanou resuscitací nebo intenzivní péčí zakončenou bez resuscitace. Odjakživa platí abstraktní pravdy typu, že smrt je přirozená. Pro zdravotníka a jeho blízké okolí může být nepřitelem, avšak vědomě si ji nepřipouští, jelikož nedílnou součástí intenzivní, resuscitační péče je právě svěřený pacient, za něhož je odpovědný. Neuvědomuje si pokaždé, že i on sám se stane její součástí. Nuland (1996, s. 35) v této souvislosti uvádí, že „*předchozí generace očekávaly a přijímaly nevyhnutelnost konečného vítězství přírody. Zdravotníci byli mnohem ochotnější uznat porážku, nebyli tak arogantní, aby smrt odmítali připustit.*“ Co však v jednadvacátém století, s úchvatným technologickým arzenálem za zády, znamená „nebýt tak arogantní“?

V jistých úsecích života svěřených pacientů v ošetrovatelské péči, zvláště v té intenzivní, se tedy zdravotník ocitá v situacích, jenž vykazují významnou kritičnost, jak na závažnosti onemocnění, tak na časové tísní, která významně ovlivňuje schémata intenzivní, resuscitační péče, při nichž musí komplexně obsáhnout NLZP i umístění rodiny. Ošetrovatelská péče se tak musí smířit se skutečností, že někdy pacientovi pak už nemá co nabídnout a bude to pak právě ta rodina, která komplexní péči ze strany NLZP může ocenit.

Z hlediska psychohygieny je před resuscitací důležité prodiskutovat zodpovědnosti každého člena týmu. Po ukončení resuscitace by měl být proveden debriefing s využitím metod pozitivní a konstruktivní kritiky (Červený a kol. 2018, s. 40).

V případě bolestného zármutku nad úmrtím pacienta je poskytnuta individuální psychosociální intervence všem, kteří ji potřebují. Psychosociální intervence mj. pomáhá NLZP pochopit

vlastní reakce, normalizuje stresovou reakci, vede k normální obnově fungování zdravotníka, učí vhodné způsoby adaptace na stres a psychickou zátěž a pomáhá vytvořit vnitřní odolnost vůči psychické zátěži, a naopak snižuje vulnerabilitu vůči stresu (Humpl, Marková, Vraspírová©2012). Proaktivní zvládnání stresu spočívá v anticipaci působení stresoru a řešení situace ještě před nástupem a rozvojem stresové reakce (Kebza, 2005, s. 123), což může být pro NLZP provádějícího neodkladnou resuscitaci za přítomnosti laiků velmi užitečné. Vykonávaná profese NLZP je vždy úspěchem, když se pomůže a pomáhá, avšak občas tyto situace končí časem u některých NLZP otupělosti, lhostejnosti, trápením a celkovou únavou až vyhořením. Znamenají pro NLZP v jejich produktivní části života jisté rizika. Syndrom vyhoření je vyjádřen poměrem mezi rizikovými a protektivními faktory, přičemž rizikovými faktory se rozumí především zranitelnost, (vulnerabilita, primární i sekundární) a stresory (přičemž stresorem může být i přítomnost rodinných příslušníků u KPR), protektivními faktory pak kompetence (kognitivní kompetence, kompetence v uspokojování potřeb, sociální kompetence, kompetence zvládat stresové situace a kompetence v kontrole jáství) a podpůrné vlivy vnějšího prostředí (Kebza, Šolcová, 2003, s. 3).

### **2.3.3 Vztah NLZP a rodiny pacienta**

Nelékařský zdravotnický personál denně řeší dilemata, problémy, práva, povinnosti, již vzpomínanou kritickou péčí, ale především neopomíjí rodinné vztahy přítomných pacientů v kritických fázích v rámci ošetrovatelské intenzivní péče, jenž, jako vrchol vykazuje péči resuscitační. Citlivě a lidsky se snaží denně řešit nejvyšší hodnotu lidského života v návaznosti na rodinu svěřeného pacienta.

Při KPR za účasti rodinných příslušníků vyvstává pro zdravotníky otázka: Jak se vyrovnat s tím, co nelze změnit a jak toto všechno přenést na přítomné blízké členy rodiny nebo právě nepřítomné blízké členy rodiny? (Meyers, Eichhorn,, Guzzetta, et al., 2000, s. 32). Byť jsou NLZP vybaveni zdravotnickým vzděláním a zkušenostmi, nejsou a nikdy nebudou přesnými proroky. Když je progresse závažné nemoci nevratná, měl by být zajištěn komfort pacienta a důstojná smrt, předpokladem je však shoda o tomto postupu všemi zúčastněnými. Předpokladem této shody je dlouhodobá a pravdivá komunikace ošetřujících lékařů (praktických lékařů, onkologů i dalších odborností v celém řetězci péče) s pacienty a rodinami.

Jal vyplývá z výše uvedeného, nedílnou součástí pověřeného člena resuscitačního týmu je sociální komunikace s příbuznými v prováděné resuscitaci. Podstatou sociální komunikace je vzájemné působení i vzájemné vztahy na bázi předávání, přijímání, konfrontování a sdílení

určitých významů (Svatoš, 2009 s. 27). Komunikativní dovednosti jsou součástí profesních kompetencí a jsou do jisté míry obrazem jeho profesionálních kvalit (Svatoš, 2009, s. 15). V komunikaci s rodinou pacienta by měl NLZP využívat mód tzv. suplementární komunikace založené na komunikaci dvou rovnocenných partnerů s neustálým vzájemným vyrovnáváním informační, emocionální a prožitkové úrovně vyměňovaných sdělení (Kratochvíl, 1997, s. 83).

Součástí této komunikace může být v určitých případech i edukace rodiny o stavu pacienta za účelem snížení prožívání strachu a úzkosti. Edukace v ošetrovatelství ovlivňuje proces chování pacienta i rodinných příslušníků s cílem uskutečňovat změny v oblasti vědomostí (složka kognitivní), postojů (složka afektivní) i citů (složka emoční) (Nemcová, Hlinková a kol., 2010, s. 18). V komunikaci pověřeného člena týmu s příbuznými se uplatní i komunikace terapeutická, která se odehrává se formou rozhovoru s příbuznými, při kterém pověřený člen týmu poskytuje podporu a pomoc (Hadrabová, Neumannová©2013), například v případě letálního vyústění, a tedy smrti příbuzného. V případech, kdy u rodinných příslušníků převáží v komunikaci složka emoční nad složkou, patří k efektivním způsobům komunikace NLZP s rodinou pacienta v ohrožení života některé techniky asertivní komunikace. Vhodným se jeví uplatnit aktivní naslouchání, což znamená že NLZP poslouchá nejen samotný obsah sdělení rodinného příslušníka resuscitovaného, ale tento poslech doprovází prvky nonverbální komunikace jako je pokyvování hlavou, sledování očima, výraz zájmu v mimice, slůvka hmm. Může použít i empatická sdělení typu „I pro mne by to bylo těžké“ k povzbuzení hovořícího. Prostřednictvím empatického naslouchání se NLZP lépe vcítí do pocitů rodinného příslušníka. Důležité je používání otevřených a uzavřených otázek, které většinou hovor ukončují (Praško, Prašková, 2007, s. 48-49).

Psychicky zátěžové situace představují pro zdravotníky bezesporu situace, kdy je resuscitovaným pacientem dítě a spolupracují tedy při resuscitaci s rodinnými příslušníky dítěte. Z poznatků ERC vyplývá, že v některých zemích západní Evropy si většina rodičů přeje být přítomna během resuscitace jejich dítěte. Autoři českého překladu Doporučených postupů při neodkladné resuscitaci k těmto poznatkům uvádějí, že výzkumná šetření o přítomnosti rodičů během resuscitace pocházejí pouze z vybraných zemí a „jejich závěry pravděpodobně nemohou být generalizovány pro celou Evropu z důvodu existence různých sociokulturních a etických odlišností“ (Truhlář, Černý, Černá Pařízková, 2015b, s. 47)

V následující části jsou prezentovány výsledky empirického šetření zaměřeného právě na oblast vnímání přítomnosti rodinných příslušníků při KPR zdravotnickými pracovníky z řad NLZP.

## 3 EMPIRICKÁ ČÁST: VNÍMÁNÍ PŘÍTOMNÝCH ČLENŮ RODINY NLZP PROVÁDĚJÍCÍM KPR

### 3.1 Metodika

#### 3.1.1 Design empirického šetření

Designem výzkumu se rozumí praktická podoba výzkumného projektu či technický plán výzkumu vycházející z plánu ideového. Určuje nejprve organizační postup a obecný výzkumný rámec, který následně specifikuje do způsobu použití výzkumných metod, způsobu komunikace s účastníky výzkumu, dodržení určitých procedurálních postupů atd. (Miovský, 236, s. 89).

Design tohoto výzkumného šetření nazvaného „Vnímání přítomných členů rodiny NLZP provádějícím neodkladnou resuscitaci“ je determinován omezeními, vyplývajícími z nedostatku spolehlivých a platných nástrojů pro měření klíčových proměnných. Souvislosti mezi výhodami a nevýhodami přítomné rodiny při neodkladné resuscitaci, rozvoj znalostí ohledně přítomnosti rodiny, je ovlivněn nedostatkem správně definovaných proměnných na významném vzorku respondentů v podmínkách oddělení ARO.

Výzkumné šetření bylo provedeno v designu kvalitativního výzkumu. Kvalitativní metody, včetně v této práci využitého polo-strukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami, poskytují „hlubší“ pochopení sociálních jevů, než jaké by bylo možné získat z čistě kvantitativních metod, jako jsou dotazníky. Zatímco v kvantitativním šetření se realita zachycuje pomocí numerických dat, kvalitativní přístup s čísly nepracuje, výsledků se zde nedosahuje pomocí statistických metod nebo jiných způsobů kvantifikace. Naopak, kvalitativní výzkum uvádí zjištění ve slovní (nečíselné) podobě v podobě výstižného, plastického a podrobného popisu (Gavora, 2000, s. 29). Podle Čermáka (2002, s. 12-14) se výzkumník při kvalitativním přístupu v humanitních vědách mj. vzdává jednoduchosti, tj. přesvědčení, že lze zkoumané jevy separovat a udržet v konstantní podobě nezávisle na jejich vazbách a interakcích s různými kontexty a naopak kvalitativním přístupem získává výzkumník komplexnost, tj. představu, že je nemožné separovat dílčí elementy skutečnosti z jejich kontextu a hierarchii, tj. představu, že skutečnosti koexistují vedle sebe ve vzájemné interakci s možností vstupu faktorů, které mohou stávající řád výrazně změnit. Kvalitativním výzkumem bylo v této práci rovněž zvláště zohledněno vhodné, empatické a etické přístupování pro zkoumání citlivých témat z oblasti utajovaných skutečností a citlivých zdravotnických informací.

Konkrétněji výzkumný design vychází z dostupných nebo podobných paradigmat, které kombinují různé metody. Inspirací pro zvolený design byla v roce 2008 realizovaná studie Twibell, která měla za cíl testovat dva nástroje používané k měření vnímání přítomnosti rodiny během resuscitace sestrami, a to zkoumání demografických proměnných a vnímání sebedůvěry sester ve vztahu k rizikům a přínosům spojených s přítomností rodiny v širokém vzorku zdravotních sester z více nemocničních jednotek, a prozkoumat rozdíly ve vnímání sester (Twibbel, Siela, Riwitis, 2008).

### **3.1.2 Stanovené výzkumné otázky**

Od zvoleného cíle je odvozena formulace hlavního výzkumného problému:

**VP: Subjektivní vnímání a zkušenosti NLZP s přítomností rodinných příslušníků při neodkladné resuscitaci příbuzné osoby.**

Výzkumný problém je formulován jako diagnosticko-vyhodnocovací problém (Gavora, 2000, s. 24) zacílený na získání přehledu o subjektivním vnímání zdravotnických pracovníků přínosu (benefitů) a rizik KPR prováděné v přítomnosti rodinných příslušníků resuscitovaného.

Výzkumný problém vede k dalším otázkám, operacionalizovaných do dílčích cílů a výzkumných otázek.

Formulace výzkumných otázek se odvíjí od výše stanovených cílů výzkumného šetření:

#### **Výzkumná otázka k DČ<sub>1</sub>**

- **Vo<sub>1</sub>** Jakou míru osobní zkušenosti mají respondenti s neodkladnou resuscitací prováděnou za přítomnosti rodinných příslušníků resuscitovaného pacienta?

#### **Výzkumná otázka k DČ<sub>2</sub>**

- **Vo<sub>2</sub>** Jak NLZP subjektivně vnímají důvěru rodiny ve zdravotnický personál ve vztahu k neodkladné resuscitaci příbuzného člena rodiny?

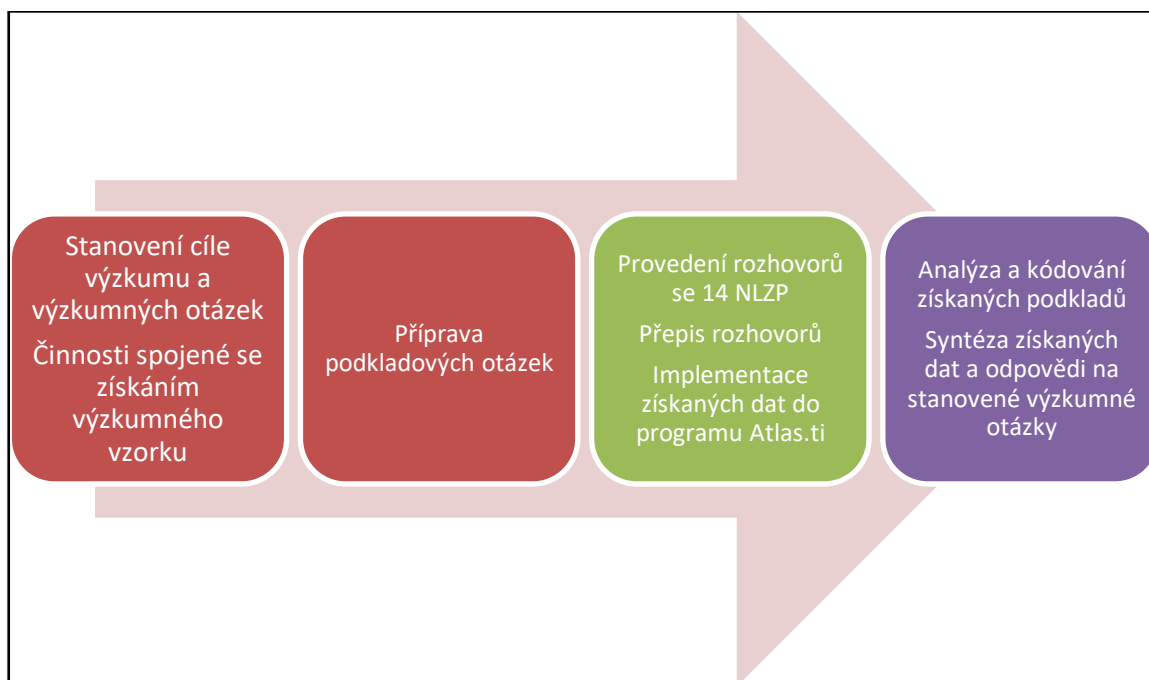
#### **Výzkumná otázka k DČ<sub>3</sub>**

- **Vo<sub>3</sub>** Jaké důvody hovoří podle NLZP ve prospěch přítomnosti rodinných příslušníků u neodkladné resuscitace rodinného příslušníka?

- **V04** Jaké důvody hovoří podle NLZP proti přítomnosti rodinných příslušníků u neodkladné resuscitace rodinného příslušníka?
- **V05:** Jak se NLZP staví k přání rodinných příslušníků, aby mohli být přítomni KPR blízké osoby?

Organizační schéma výzkumného šetření zobrazuje obrázek 1.

Obrázek 1 Schéma metodického postupu empirického šetření



Zdroj: vlastní zpracování

### 3.1.3 Metoda sběru dat

Sběr dat byl proveden s využitím metody polo-strukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami. Rozhovory jsou nejvhodnější tam, kde je o zkoumaném jevu nedostatek zdrojů a uchopitelných výsledků výzkumu nebo kde jsou vyžadovány podrobné informace od jednotlivých účastníků výzkumného šetření. Polo-strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami se používá, pokud je výzkumníkovým minimalizovat variaci otázek kladených dotazovanému, čímž se redukuje pravděpodobnost, že se data získaná v jednotlivých rozhovorech budou výrazně strukturně lišit (Hendl, 2005, s. 173). Postup s využitím této metody je takový, že výzkumník má připraven soubor otázek, avšak není nutné striktně



dodržovat stanovené pořadí; v kvalitativním rozhovoru neexistují fixní pravidla pro řazení otázek (Hendl, 2005, s. 168). Odborná literatura doporučuje, aby si výzkumník před aplikací polo-strukturovaného rozhovoru předem vytvořil určité schéma, specifikoval okruhy otázek, na které se bude účastníků ptát. Jak bylo naznačeno výše, v průběhu rozhovoru je v reakci na jeho průběh je možné zaměňovat či upravovat pořadí otázek a okruhů tak, aby se maximalizovala výtěžnost interview (Miovský, 2006, s. 159). Polo-strukturované rozhovory se tedy skládají z několika klíčových otevřených otázek, které pomohli definovat oblasti, které měli být prozkoumány, ale také umožnili tazateli nebo dotazovanému, aby se nerozcházel, aby se podrobněji věnovali myšlence nebo odpovědi. Tento formát rozhovoru se nejčastěji používá v zdravotní péči, a právě proto byl implementovaný v této kvalifikační práci. Protože účastníkům poskytuje několik vodítek o tom, o čem mluvit, což je pro mnohé užitečné.

Uvedený postup byl využit v tomto empirickém šetření. Důvodem této volby je skutečnost, že polo-strukturované rozhovory nejsou na rozdíl od nestrukturovaných a hloubkových rozhovorů tak časově náročné a nevyčerpávají tak dotazovaného. Vzhledem k relativně vysokému počtu respondentů (myšleno v kvalitativním výzkumu) i pracovnímu vyčerpání účastníků výzkumného šetření by hloubkové rozhovory nebylo možné realizovat v pracovním čase, a to i z toho důvodu, že mezi dvanáctihodinovými náročnými směny NLZP musí odpočívat z hlediska bezpečnosti práce. Polo-strukturované rozhovory lze tedy pro toto výzkumné šetření považovat za optimální volbu. Pružnost tohoto přístupu, zejména ve srovnání se strukturovanými rozhovory, také umožnila zadavateli a autorovi této práce objevit a zpracovat informace, které jsou pro účastníky důležité, ale nemusí být dříve právě výzkumníkem považovány za relevantní.

Výzkumné šetření bylo tedy založeno na pokládání otevřených otázek s explicitním záměrem (podkladové otázky viz příloha). Koncept a myšlenková osa managementu rozhovoru byla konstruována formou polo-strukturovaného rozhovoru, protože není svázaný jako rozhovor strukturovaný a není úplně volný jako nestrukturovaný. Polo-strukturované rozhovory byly v souladu s doporučeními odborné literatury (viz výše) založeny na konceptu, podle kterého autor této studie vedl schéma rozhovoru, avšak zároveň respondentům nabídl možnost improvizovat a rozvinout narativní přístup.

### **3.1.4 Organizace a průběh rozhovorů**

Celkem pět rozhovorů probíhalo ve dvojicích a čtyři rozhovory byly realizovány individuálně. Dvojice respondentů byli náhodně vybráni a v párech byli přítomni rozhovorů, tudíž

naslouchali a měli možnost vstoupit do dialogu s jednotlivcem, nebo ho doplnit. To platilo i obráceně, tudíž po ukončení rozhovoru s prvním respondentem z páru zkoumaných subjektů se mohl vyjádřit nebo doplnit první respondent v rámci dotazování druhého respondenta.

Před každým rozhovorem představil tazatel respondentům dramaturgii rozhovoru s kostrou, harmonogramem, časovou dotací a přihlédnutím k okamžité naléhavosti pracovních povinností dotazovaných. Výzkumník na základě výzkumného pohovoru pozorně naslouchal všem dotazovaným, co respondenti říkají, za účelem získání více informací, které korespondují s hlavním cílem a s dílčími cíli a tématy studie. Otázky byly otevřené, nebyly tedy koncipované v kombinaci s uzavřenými otázkami, protože ty snesou jen odpověď ano/ne. Otázky byly neutrální, citlivé a srozumitelné. Úvod byl měkký, důvěrný, klidný, navozený porozuměním a zkušeností tazatele-výzkumníka s dovedností se ptát i podle projevů řeči těla, mimiky, proxemiky, haptiky a gest. Zpravidla se začalo představením, navozením atmosféry klidu, milou faciální mimikou, ale hlavně přirozeností tazatele a prezentací kostry rozhovoru s vysvětlením technické části, a sice způsobu nahrávání na diktafon. Vysvětlení technických kroků realizace a pořizování nahrávek bylo také důležitým krokem, protože nebylo to všem příjemné. Práce s nahrávacím zařízením totiž, snese podezření, že někde něco bude uchovááno a že někde něco může být zneužito. Standardní chování tazatele, klid, neutralita schopnost kroky včas vysvětlit, uklidnila vesměs všechny dotazované s cílem získat, co nejvíce informací k výzkumu. To pomohlo respondentům zbudovat důvěru, dobře se cítit a napomohlo to jejich angažovanosti a proaktivnímu postoji v rozhovorech, jenž měli chvílema narativní charakter. Všechny rozhovory se zkoumanými respondenty probíhaly v pracovním statusu v průběhu péče o jejich svěřené pacienty i z toho důvodu byly tři rozhovory přerušeny s následní časovou stopáží, aby se nezkreslily údaje o délce trvání. Ono přerušování není úplně vhodné pro klidné vedení rozhovorů a ani se nedoporučuje, avšak realita běžného pracovního dne na oddělení ARO jinou možnost nenabízela. Celkový počet rozhovorů splnil předpoklad výzkumného šetření, co se počtu týče a oproti původnímu záměru převýšil standardní počet rozhovorů z deseti na dvanáct (viz níže, soubor), přičemž nasycenost výzkumného vzorku je o počtu osmi respondentů.

Rozhovory byly zaznamenány na diktafon. Referenční meze kvalitativního rozhovoru prováděného formou otevřených otázek byly, co se délky rozhovoru týče, stanoveny na dvacet minut. Reálné časy rozhovorů vykazaly následující délku: první rozhovor trval 17,32 minut, druhý rozhovor trval 31,14 minut, třetí rozhovor trval 15,19 minut, čtvrtý rozhovor trval také 15,19 minut, pátý rozhovor trval 23,59 minut, šestý rozhovor trval 17,29 minut, sedmý rozhovor

trval 25,06 minut, osmý rozhovor trval 14,05 minut, devátý rozhovor trval 20,06 minut, desátý rozhovor trval 18,39 minut, jedenáctý rozhovor trval 22,32 minut, dvanáctý rozhovor trval 10,45 minut, třináctý rozhovor trval 20,44 minut, čtrnáctý rozhovor trval 15,28 minut. Nejdelší rozhovor trval 31 minut 14 sekund a nejkratší rozhovor trval 10 minut 45 sekund. Celková kumulativní délka všech čtrnáct rozhovorů činila 269,65 minut, tedy 4,5 hodiny, přičemž průměrná délka všech rozhovoru zabrala 19,26 minut, co je ve shodě s doporučeními délky rozhovorů. Rozhovor číslo pět, který trval 23,59 minut a rozhovor číslo osm, který trval 14,05 minut, nebyly technicky přehratelné, a tak nebylo možné u těchto dvou rozhovorů zajistit transkripci (viz níže, tabulka 1).

### **3.1.5 Metody vyhodnocení dat**

Před samotným vyhodnocením dat byla provedena doslovná transkripce zaznamenaných rozhovorů ze záznamu nahraných souborů, a to z VLC Media Player, který splňuje kritérium snadnějších a přesnějších posunů stopáží při prepisech nahraných rozhovorů. Rozhovory byly přepsány do Word souborů – formátu ODT (Open Document Text) i v slangové podobě z důvodu autenticity. Hendl (2005, s. 208) k tomuto postupu uvádí: „*Transkripce se nazývá proces převodu mluveného projevu z interview nebo ze skupinové diskuse do písemné podoby. Jedná se o časově velmi náročnou proceduru. Pro podrobné vyhodnocení je však transkripce podmínkou.*“ Jak bylo uvedeno výše, délka zaznamenaných rozhovorů se pohybovala přibližně kolem 20 minut. Přepis všech rozhovorů potvrdil tvrzení Hendla o časové náročnosti transkripce.

K vyhodnocení získaných dat byly využity postupy kódování. Kód v intencích kvalitativního výzkumu označuje zpravidla kratší frázi, která nějakým způsobem vystihuje určitý typ a odlišuje jej od ostatních. Proces kódování pak představuje operace, pomocí nichž jsou údaje v získaném textu analyzovány a složeny novým způsobem. Při kódování jsou tedy získané informace členěny na jednotky, přičemž každé takto vzniklé jednotce je přidělen nějaký kód, tj. jméno nebo označení (Švaříček, Šed'ová, a kol. 2007, s. 212). Výstupem pro generování kódů jsou určité koncepty, které jsou slučovány na základě zvoleného kritéria do kategorií (Hendl, 2005, s. 211).

Kódování bylo provedeno v programu Atlas.ti (Archiv für Technik, Lebenswelt und Alltagssprache). Počítačový program Atlas.ti byl vyvinut pro účely kódování a interpretace kvalitativních dat (Sedláček©2005). Vedle samotného kódování umožňuje program Atlas.ti další operace na základě implementované sady nástrojů pro systematické organizování citátů, teoretických poznámek či navržených konceptů. Atlas.ti dokáže zpracovat jak psaný text

(poznámky, deníky), tak audio (nahrávky z CD, mp3) a video. (Konopásek, 2005, s. 91). Výzkumník však nemůže počítat s tím, že program je všemocný, takže nejdůležitější část, tj. interpretaci dat, musí provést sám, ačkoliv s počítačovým programem typu Atlas.Ti je tento proces o mnoho snazší. Prostředí Atlas.ti umožňuje seskupování ke skupinám kódů, dále lze vytvořit zkratky, přechodné vztahy, je možné definovat funkční vztahy mezi hierarchickými odkazy, flexibilní vyhledávání/získávání/filtrování dat. Získaný materiál lze doplnit o poznámky pro snadnější orientaci, odkazování mezi jednotlivými datovými úrovněmi (textovými či audiovizuálními). Atlas. ti podporuje standardní formáty (xls., doc., xml atd.) (Sedláček©2005).

Všech dvanáct transkripcí rozhovorů bylo tedy implantováno do kódovacího programu Atlas. Ti. U toho programu se výzkumník přiklonil verzi Atlas. Ti 7 i z toho důvodu, že prostředí pro kódování, citace, komentáře a definici vztahů je přehlednější a graficky logičtější na rozdíl od aktualizace Atlas. Ti 8. Výzkumník vložil data do programu, kde si poté v souladu s postupy doporučenými pro kódování vyznačoval malé úryvky či zajímavé kousky vět a těm pak přiřazoval různé kódy. *Tyto kódy pak může zpětně vyhledávat, prohledávat a srovnávat. Tato činnost je označována jako „kóduj a vyhledávej“* (Švaříček, Šedřová, a kol. 2007, s. 213).

Pro vyhodnocení dat byly dále využity jednotlivé postupy kódování uváděné v odborné literatuře, konkrétně axiální a selektivní kódování.

Při axiálním kódování se výzkumník nejdříve ptá, zdali nelze některé koncepty sloučit do kategorií či zda není vhodné sloučit určité kategorie. Poté provádí analýzu vztahů mezi kategoriemi. Snaží se postihnout tu kategorii, která propojuje všechny ostatní (fenomén). Těmi podle obecného kódovacího paradigmatu jsou kontext, kauzální podmínky, intervenující podmínky, následky a strategie jednání (Hendl, 2005, s. 252-254).

Selektivní kódování se používá většinou v samém závěru analýzy. Východiskem je axiální kódování, které poskytuje přehled o vztazích kategorií v textu. Cílem selektivního kódování je stanovení hlavních kategorií, které budou ústředním zdrojem vznikající teorie a které budou zahrnovat všechny kategorie ostatní. Selektivním kódováním se hledá „gro“ výzkumu (Hendl, 2005, s. 251).

Souhrnně řečeno, výstupem pro generování kódů jsou určité koncepty, které jsou slučovány na základě zvoleného kritéria do kategorií (Hendl, 2005, s. 210) v intencích postupů „zdola nahoru“ (bootom up).

Při poslechu audio záznamu všech dvanácti rozhovorů výzkumník vypouštěl při kódování pasáže a sekvence, které nesouvisely s tématem, tj. části textu, které tvořily zdvořilostní fráze, nebo ujišťovali dotazovaného ve výrocích, názorech a motivovali respondenty k dalším odpovědím. Dále nebyly kódovány nezajímavé odklony od tématu, otázky, opakující se témata. Úvod při přepisování byl vypuštěn, avšak byl u každého rozhovoru důležitý kvůli navázání kontaktu s respondentem, k potlačení napětí či nervozity a zachování autenticity, ale i zajímavosti, poutavé až narativní fáze rozhovoru. V důležitých projevech respondenta, které byly právě výzkumníkem považované za velmi důležité, byly použity „komentované transkripce“ (Hendl, 2005, s. 209).

### **3.1.6 Výzkumný vzorek**

Z metodického hlediska se jedná o záměrný výběr, pro jehož tvorbu je charakteristické, že o složení souboru nerozhoduje náhoda, ale buď úsudek výzkumníka nebo úsudek zkoumané osoby (Chrásková, 2003, s. 21). Výchozí předpoklad výběru vzorku počítal s následující strukturou a hierarchií vzdělání NLZP: sestra, sestra DiS, sestra Bc. Sestra Mgr., sestra PhD. Tento předpoklad se naplnit nepodařilo, neboť sestry s magisterským a doktorským vzděláním se pro výzkumné šetření získat nepodařilo.

Tabulka č. 1 demonstruje sociodemografická data výsledného vzorku zúčastněných respondentů výzkumného šetření. Oproti plánu bylo realizováno celkem čtrnáct rozhovorů v období od 03. 12.2019 do 13. 01. 2020. Z původně čtrnácti dotazovaných účastníků bylo do konečné analýzy zahrnuto 12 respondentů; dva respondenti byli vyřazeni z technických důvodů (zaznamenané rozhovory nelze přehrát).

Zastoupení žen u respondentů bylo majoritní s podílem 58,3 % to je sedm žen z dvanácti ve vzorku a zastoupení mužů bylo 41,7 %, to je pět mužů z dvanácti respondentů ve vzorku. Věkový průměr nebyl vyjádřen exaktně propočtem z hlediska zdvořilosti při rozhovorech a byl vyjádřen výzkumníkem na základě odhadu, a sice 37 let. Všichni v průměru v intenzivní medicíně v intenzivní péči tráví k datu výzkumu v průměru 14,6 let a na oddělení ARO 12,1 let. Jeden z respondentů má bakalářské vzdělání v oboru všeobecná sestra, pět respondentů má ARIP (dnes již SIP), čtyři respondenti absolvovali bakalářské vzdělání v oboru zdravotnický záchranář.

Tabulka 1 Přehled sociodemografických proměnných respondentů

RESPONDENT	POHLAVÍ	VĚK	DÉLKA PRAXE V INTENZIVNÍ MEDICÍNĚ	DÉLKA PRAXE NA ARO	VZDĚLÁNÍ
Respondent č. 01	žena	Odhad 45 let	20 let	10 let	ARIP, Bc.
Respondent č. 02	žena	49 let	26 let	23 let	ARIP
Respondent č. 03	žena	Odhad 33 let	15 let	14 let, 8 měsíců	Vyšší odborná škola IP
Respondent č. 04	žena	Odhad 45 let	24 let	16 let	ARIP
Respondent č. 05	Rozhovor byl z technických příčin nepřehratelný				
Respondent č. 06/05	žena	Odhad 45 let	23 let	23 let	ARIP
Respondent č. 07/06	muž	Odhad 50 let	12 let	12 let	Všeobecná zdravotní sestra
Respondent č. 08	Rozhovor byl z technických příčin nepřehratelný				
Respondent č. 09/07	žena	40 let	20 let	20 let	ARIP
Respondent č. 10/08	muž	Odhad 25 let	3 roky, 3 měsíce	3 měsíce	Bc. Zdravotnický záchranář
Respondent č. 11/09	muž	Odhad 23 let	1 rok, 8 měsíců	3 měsíce	Bc. Zdravotnický záchranář
Respondent č. 12/10	muž	Odhad 23 let	2 roky, 3 měsíce	3 měsíce	Bc. Zdravotnický záchranář
Respondent č. 13/11	muž	Odhad 25 let	3 roky	3 roky	Bc. Zdravotnický záchranář
Respondent č. 14/12	žena	43 let	25 let	22 let	ARIP

Zdroj: vlastní zpracování

Je nutné vysvětlit, že u těchto absolventů je před nástupem na záchranných službách povinná roční stáž na intenzivním pracovišti, někteří již zůstávají na pracovištích a na záchranné služby nenastupují. Jeden respondent absolvoval vyšší odborné vzdělání v intenzivní péči a jeden respondent má absolvovanou střední školu v oboru všeobecná zdravotní sestra. Celkem bylo pět vysokoškolsky vzdělaných NLZP, to představuje 41, 6 % výzkumného vzorku.

### 3.2 Organizace a etické aspekty výzkumu

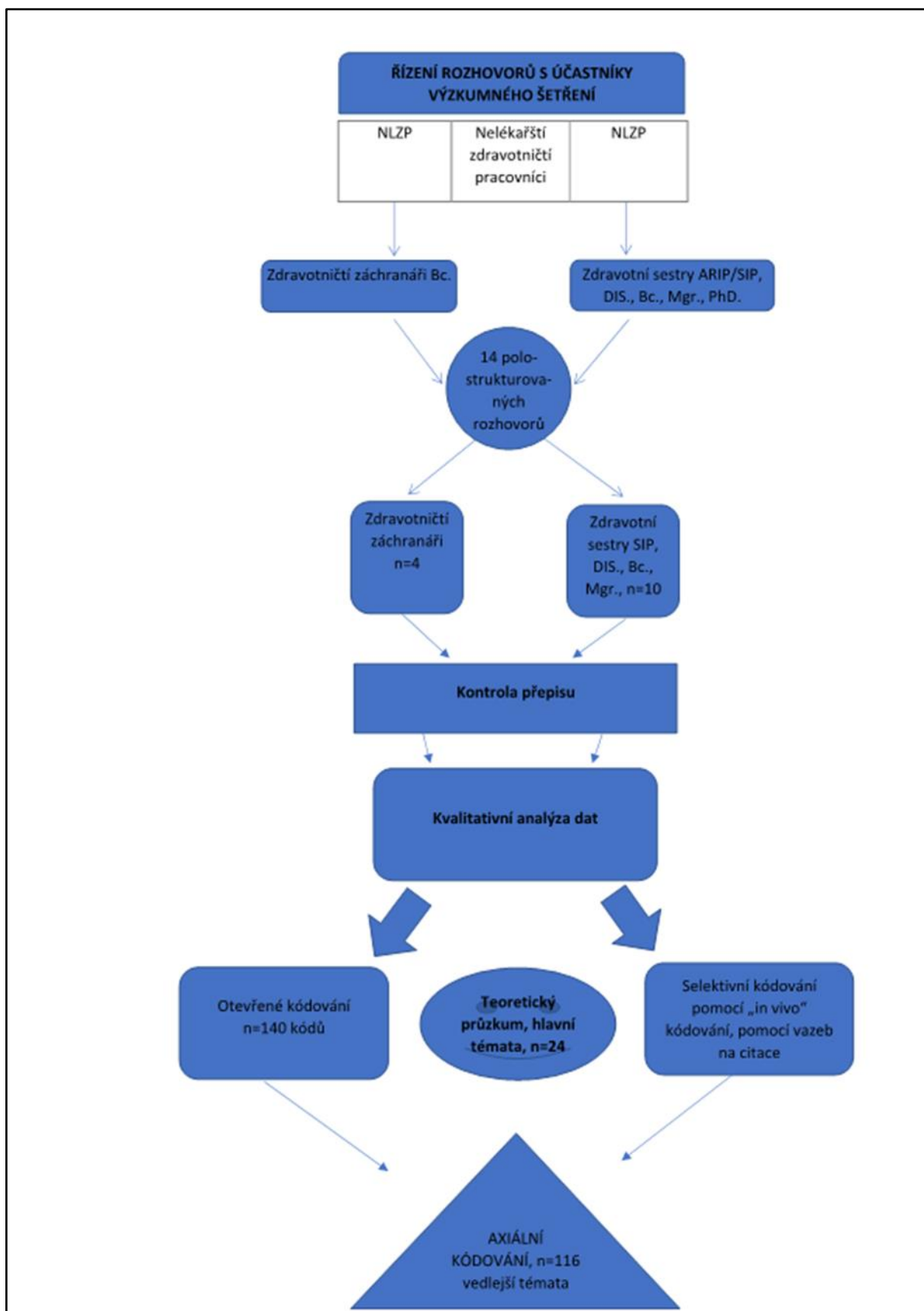
Kvalitativní výzkumné šetření probíhalo na oddělení jedné z krajských nemocnic v období od 03. 12.2019 do 13. 01. 2020. Organizační postup studie je schematicky zachycen na obrázku 1.

Rozhovory byly realizovány v podmínkách prostředí oddělení ARO a k dispozici byly využity inspekční pokoje lékařů, přednáškové místnosti, chodba, boxy pacientů a pracovna vrchní sestry. Operativním způsobem se přistoupilo k záměrnému výběru dotazovaných, kteří byli ochotní spolupracovat a měli prostor dle náročností dne, a právě vzniklých situací v resuscitační péči o svěřeného pacienta.

Všem účastníkům výzkumného šetření byla autorem garantovaná anonymita a byli požádáni o poskytnutí informovaného souhlasu. V praxi je sice souhlasu subjektu údajů přikládán velký význam, avšak z právního hlediska bývá souhlas při zpracování dat pro vědecké účely důvodem zpracování osobních údajů nezbytný jen výjimečně (Stem/Mark©2017). I přes výše uvedené si autor výzkumu od všech participantů vyžádal informovaný ústní souhlas (je zaznamenaný) tak, aby byla splněna podmínka ochrany osobních dat v rámci výzkumu. V úvodu každého rozhovoru u všech čtrnácti respondentů byly garantovány: zákonnost, korektnost a transparentnost při zpracování získaných dat, dále účelové omezení, pakliže bude ze strany zkoumaného toto požadováno, minimalizaci údajů, přesnost, omezení uložení souvisí s odkladem zveřejnění, integrita a důvěrnost, odpovědnost výzkumníka (zpracovatele). Dále jim byla poskytnutá, diskrétnost a bylo požádáno o vyslovení souhlasu rozhovor zahájit, a to s každým respondentem zvlášť v rámci rozhovoru (viz výše). Jedná se tedy o ochranu osobních údajů respondentů právě garantovanou výzkumníkem na základě modifikace GDPR. Výzkumník se tak při vedení rozhovoru stál správcem dat. Správce je subjekt, který určuje, jak, proč a v jakém rozsahu se budou osobní údaje zpracovávat. V případě výzkumných projektů je to ve většině případů zadavatel výzkumu, který má zároveň povinnost reagovat na uplatňování práv respondentů (Stem/Mark©2017).

Na obrázku 2 je prezentován detailnější pohled na strukturu, provedení a vyhodnocení výzkumného šetření.

Obrázek 2 Organizační schéma studie



























zdroj: vlastní zpracování



## 4 VÝSLEDKY EMPIRICKÉHO ŠETŘENÍ

Z dvanácti replikovaných rozhovorů vzniklo analýzou v programu Atlas.ti 140 kódů a 301 citací. Základní prvotní členění uvádí obr. 3.

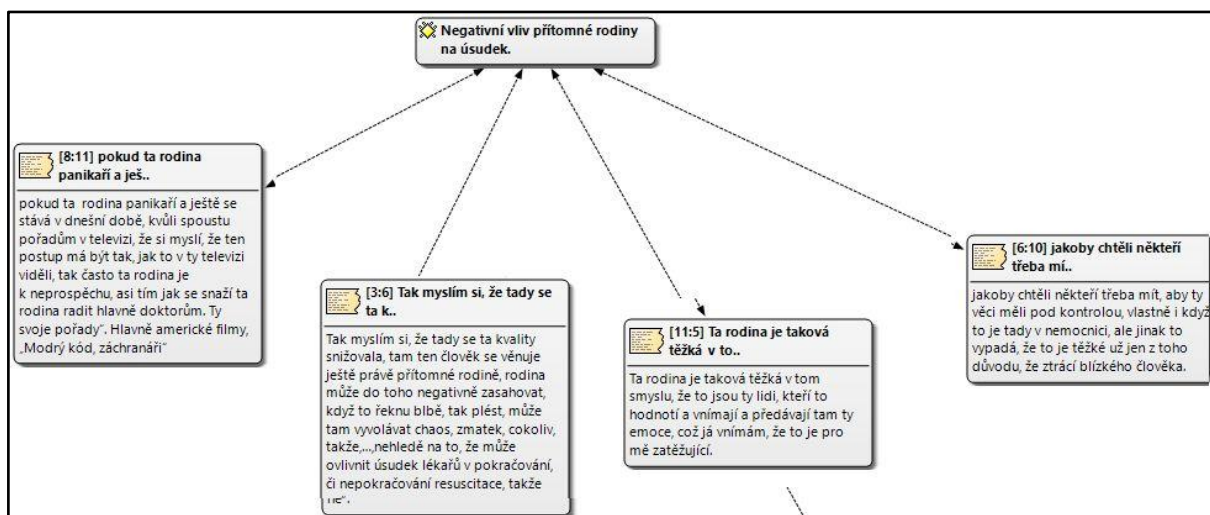
Obrázek 3 Základní stanovení kódů

	90% členů rodiny chce být po infaustní resuscitaci s pacientem. (4)
	Anomálie v chování rodiny, jako prožitek z přítomnosti resuscitace (8)
	Autoritativní vnímání zdravotníka rodinou. (3)
	Bez zkušenosti (15)
	bráníme jim pohledu na tu situ.. (3)
	Důležitý je vztah mezi rodinou a zdravotníkem. (5)
	Forenzní dopad, stres. (3)
	Hodnocení jiných přítomných zdravotníků. (3)
	Komunikace, jako sobě rovným - lidskost. (6)
	Komunikativní rodina garance být u konce. (3)
	Kontraindikace v přítomnosti rodiny - nenaslouchají zdravotníkům (6)
	Lékaře doplňuje sestra sdělením ošetrovatelské části a administrativních úkonů (12)
	Lékaře doplňuje sestra sdělením ošetrovatelské části a administrativních úkonů II (12)
	Milý přístup a vstřícnost (9)
	Negativní vliv přítomné rodiny na úsudek. (5)
	Negativní vliv přítomné rodiny na výkon. (4)
	Nemít rodinu u resuscitace - rutina. (4)
	Neovlivnitelná kvalita, ovlivnitelné místo. (6)
	neovlivnitelnost resuscitace (8)
	Nepříjemnost pro obě strany (4)
	Nepříjemnost pro obě strany II (4)
	Neutrální komunikace zdravotníka. (6)
	Nevnímání přítomnosti rodiny. (4)
	Nezakazuje se přítomnost, ale preferuje se absence. (6)

Zdroj: vlastní zpracování

V prvotním členění bylo v programu Atlas.ti pro stanovení kódů využito 55 sémantických vztahů provázanosti. Příklad sémantických vztahů zobrazuje obr. 4

Obrázek 4 Příklad sémantické provázanosti



Zdroj: vlastní zpracování

V následující fázi byly využity postupy axiálního kódování. Výsledkem této fáze je stanovení finálních kódů, které byly kvůli přehlednosti a relevantnímu výstupu studie dále s využitím postupů indukce syntetizovány do větších celků (viz tab. 2). Prezentace výsledků je uvedena v designu „shora dolů“ (top-down), tedy od kategorií ke kódům.

Z odpovědí respondentů a následného procesu kódování vyplynuly kategorie, kódy prvního řádu, kódy druhého řádu a kódy třetího řádu.

Prezentace výsledků je provedena v designu krátkého popisu kódů, ilustrovaného vybranými citacemi respondentů.

Tabulka 2 Vytvořené kódy a kategorie

KATEGORIE		Kódy prvního řádu	Kódy druhého řádu	Kódy třetího řádu			
1	Zkušenost s přítomností rodinných příslušníků u KPR	1.1	Absence přímé zkušenosti s přítomností rodinných příslušníků u resuscitace				
		1.2	Malá přímá zkušenost s přítomností rodinných příslušníků u resuscitace				
		1.3	Přímá zkušenost s přítomností rodinných příslušníků u resuscitace				
2	Názory na přítomnost rodinných příslušníků u neodkladné resuscitace příbuzného pacienta	2.1	Důvody proti přítomnosti rodiny	2.1.1	Ochrana rodiny před negativními vlivy resuscitace blízkého		
				2.1.2	Faktory vyplývající z povahy neodkladné resuscitace		
				2.1.3	Faktory spočívající v chování příbuzných během KPR		
				2.1.4	Faktory týkající se NLZP	2.1.4.1	Prožívaný stres z přítomnosti rodiny
						2.1.4.2	Obava z forenzního dopadu
		2.2	Důvody pro přítomnost rodiny	2.2.1	Akceptace přání rodiny		
				2.2.1	Vybudovaný vztah s rodinou		
				2.2.3	Vhodné chování příbuzných při KPR rodinného		
				2.2.4	Vyjádření, empatie, pochopení pro situaci rodiny		
				2.2.5	Specifika situace u dětských pacientů		
3	Vliv přítomnosti příbuzných na výkon NLZP při resuscitaci	3.1	Negativní vliv přítomnosti příbuzného na kvalitu KPR				
		3.2	Neutrální vliv přítomnosti příbuzného na kvalitu KPR	3.2.1	Apriorní postoj: kvalita by měla být stejná za všech okolností		
				3.2.2	Soustředění se na pacienta – nevnímání příbuzných		
		3.3	Výkon resuscitace je ovlivněn proměnnými	3.3.1	Vliv chování příbuzných a sociokulturního prostředí rodinných příslušníků		
				3.3.2	Vliv osobnostních predispozic a profesních zkušeností NLZP		
				3.3.3	Odvedení příbuzných z místa resuscitace		
4	Další faktory spojené s přítomností rodinných příslušníků u neodkladné resuscitace z pohledu NLZP	4.1	Role lékaře ve věci přítomnosti a informování rodinných příslušníků ve vztahu ke KPR příbuzného				
		4.2	Reakce příbuzných po resuscitaci				
		4.3	Podpora rodinných příslušníků	4.3.1	Vyjádření empatie		
				4.3.2	Ošetrovatelská péče		
				4.3.3	Umožnění setkání rodinných příslušníků s pacientem		
				4.3.4	Komunikace a informování rodinných příslušníků		
				4.3.5	Vysvětlování a edukace rodinných příslušníků		
		4.4	Postoje NLZP k přítomnosti u resuscitace v případě člena vlastní rodiny a příbuzného se zdravotnickým vzděláním				
4.5	Ochota NLZP k dalšímu vzdělávání						

Zdroj: vlastní zpracování

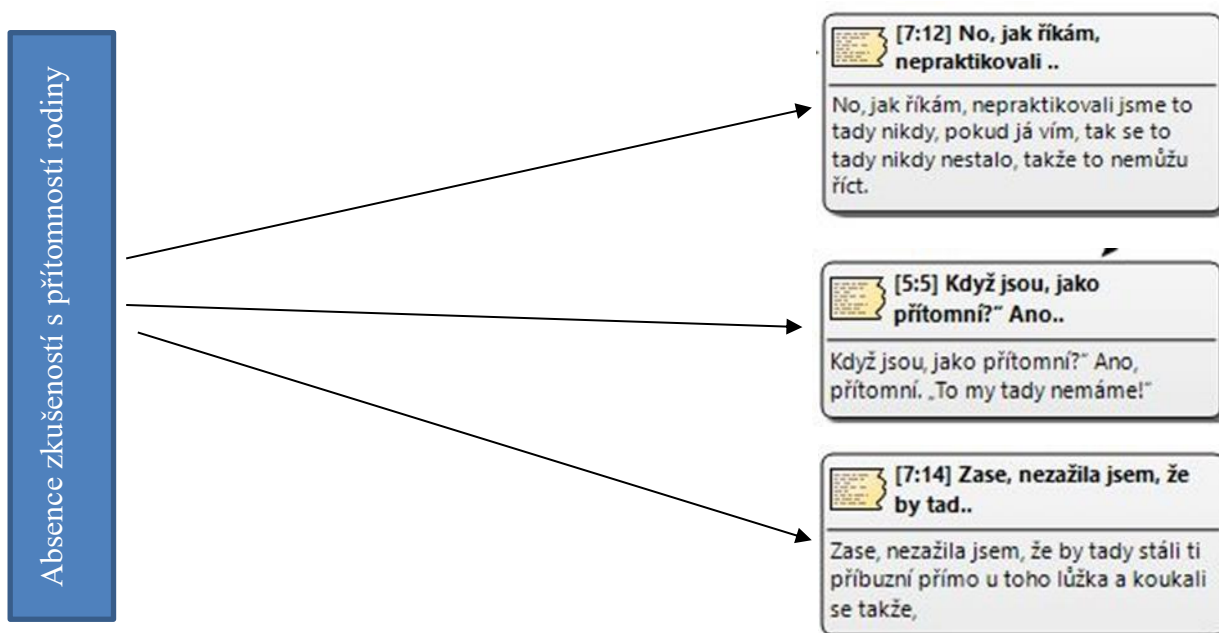
## KATEGORIE 1: Zkušenost s přítomností rodinných příslušníků u neodkladné resuscitace příbuzného

Kategorie je založena na získání poznatků o tom, zda respondenti mají osobní zkušenost s fenoménem přítomnosti rodinných příslušníků u neodkladné resuscitace jejich příbuzného. Kategorii tvoří tři kódy, a to absence zkušenosti, malá zkušenost a zkušenost s přítomností příbuzného.

### Kód 1.1. Absence přímé zkušenosti s přítomností rodinných příslušníků u resuscitace

Příklady citací ke stanovení tohoto kódu uvádí obr. 5

Obrázek 5 Citace ke kódu 1.1: Absence přímé zkušenosti s přítomností rodiny u resuscitace



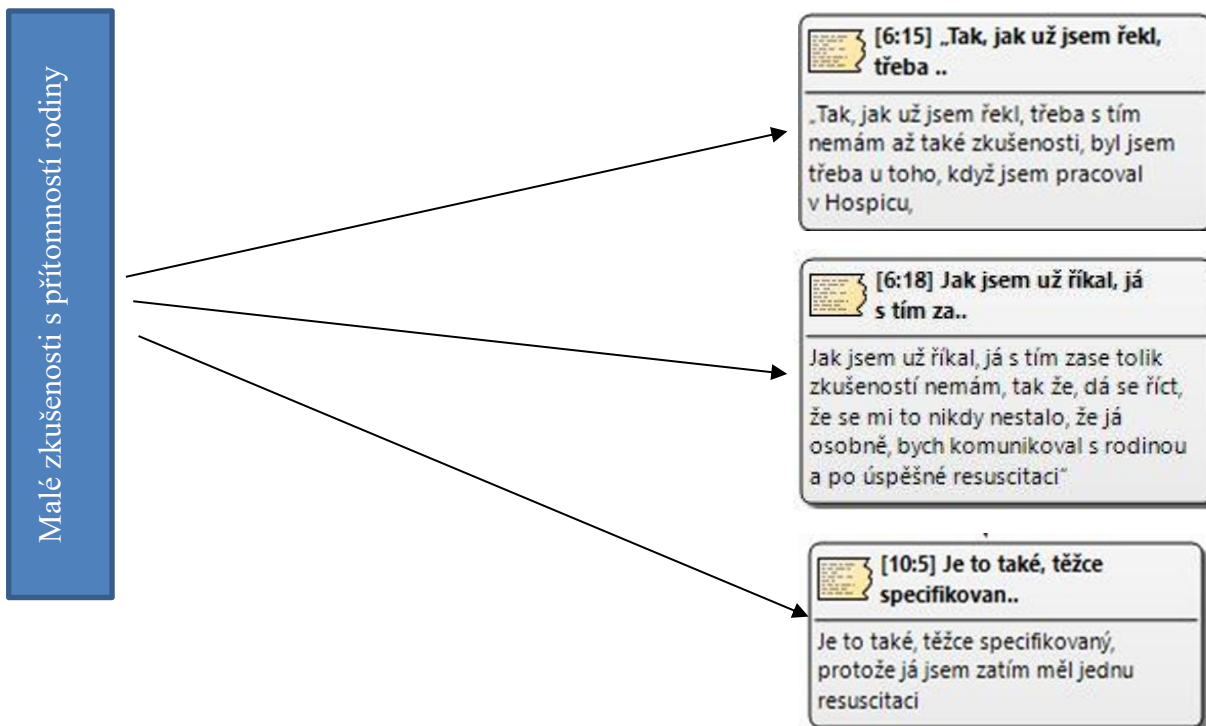
Zdroj: vlastní zpracování

První kód je založen na zjištění, že většina respondentů osobní přímou zkušenost dosud (myšleno do data provedení rozhovoru) nezažila. Důvodem je např. prozatímní krátká praxe, zvyklosti oddělení nebo zkrátka fakt, že respondent i přes delší praxi neměl dosud možnost provádět neodkladnou resuscitaci v době přítomnosti (návštěvy) příbuzných.

### Kód 1.2. Malá přímá zkušenost s přítomností rodinných příslušníků u resuscitace

Kód je odvislý od výpovědi respondentů, že mají jen velmi malou zkušenost s přítomností rodinných příslušníků u resuscitace. Jeden z respondentů byl např. přítomen takového resuscitaci pouze jednou, další zažil KPR při jeho předchozí práci v hospici. Příklady citací ke kódu 1.2 uvádí obr. 6.

Obrázek 6 Citace ke kódu 1.2: Malá zkušenost s přítomností rodiny u resuscitace



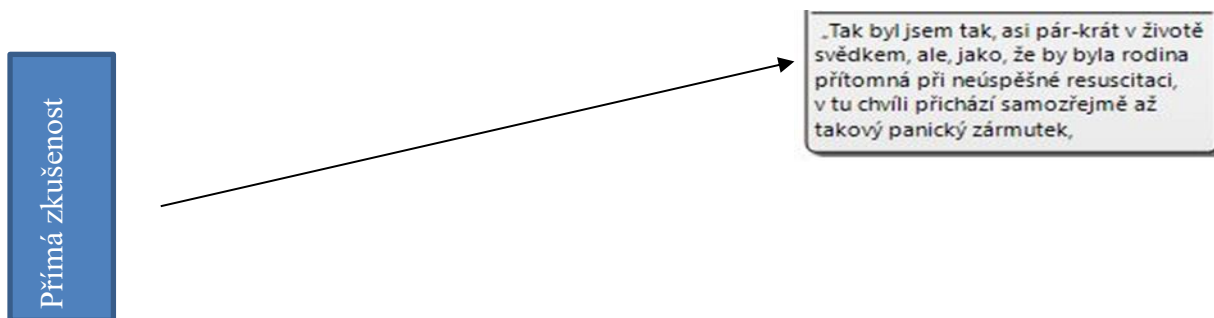
Zdroj: vlastní zpracování

### Kód 1.3 Přímá zkušenost s přítomností rodinných příslušníků u resuscitace

Přímou zkušenost s resuscitací za přítomnosti rodinných příslušníků uvedli tři respondenti.

Příklad citace ke kód 1. 3 uvádí obr. 7

Obrázek 7 Citace ke kódu 1.3: Přímá zkušenost s přítomností rodiny u resuscitace



Zdroj: vlastní zpracování

## **KATEGORIE 2: Názory na přítomnost rodinných příslušníků u neodkladné resuscitace příbuzného pacienta**

Kategorie se odvíjí od seskupení kódů založených na odpovědích respondentů, které se nějakým způsobem dotýkaly výhod či nevýhod přítomnosti rodinných příslušníků u neodkladné resuscitace příbuzného.

### **Kód 2.1 Důvody vyslovené proti přítomnosti rodiny při neodkladné resuscitaci příbuzného pacienta**

Kód je sycen psychosociálními aspekty hovořícími dle názorů respondentů proti přítomnosti rodiny při resuscitaci příbuzného člena rodiny. Kód je dále členěn do skupiny pod-kódů.

#### **Kód 2.1.1 Ochrana rodiny před negativními vlivy resuscitace blízkého**

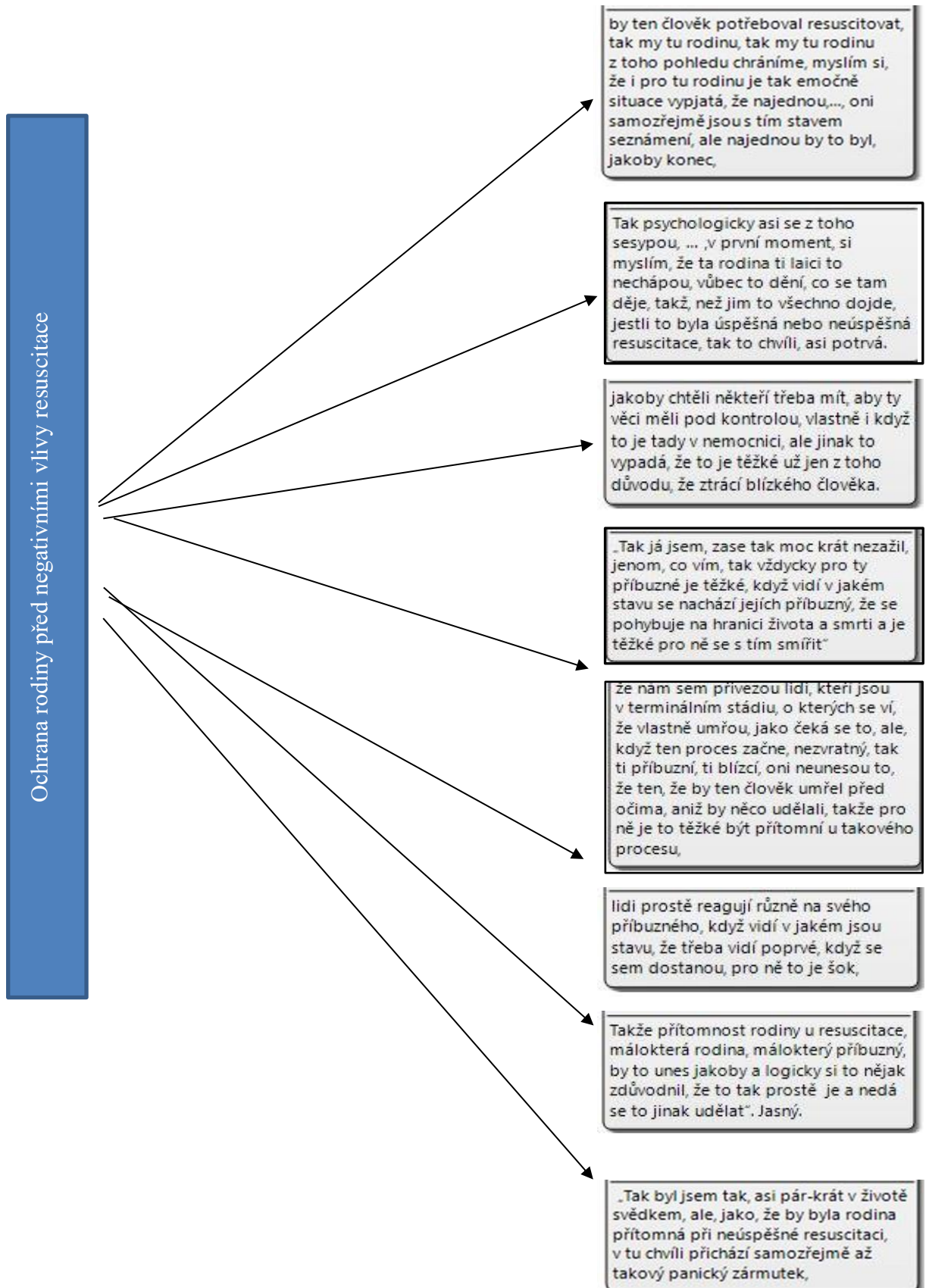
Jádrem kódu je ochrana rodinných příslušníků. Samotný kód byl konfrontován provázanosti 13 citací u osmi rozhovorů z dvanácti, a tvoří tak signifikantní podíl 67 % respondentů pro stanovení kódu. Jeho stanovení nejlépe vystihuje výrok jednoho z respondentů: „*bráníme jim pohledu na tu situaci.*“

Kontexty citací potvrdily, že rodiny, které se ocitnou konfrontačně s blízkými ve fázi resuscitace, tyto okolnosti často emočně neunesou (kolabují, obecně se zhroutnou), což zhoršuje celý obraz situace, s enormní náročností pro NLZP, který již tak musí zvládat náročné činnosti spojené s neodkladnou resuscitací. Jedna z respondentek výzkumu uvedla, že rodina se na neúspěšně resuscitovanou pacientku vrhla a nezvládala kontrolu nad svým chováním.

Tento kód svědčící proti přítomnosti rodinných příslušníků u neodkladné resuscitace je založen na tvrzeních respondentů, vypovídajících o psychické traumatizaci přihlížejících. Citace dokazují, že pro rodinné příslušníky je složitá situace zvládnout, ovládnout emoční napětí při konfrontaci s negativním výsledkem neodkladné resuscitaci, jenž je smrt blízkého. Uvedené zakládá podle respondentů důvod k ochraně důstojnosti a bezpečnosti, tedy důvod k tomu, aby rodinní příslušníci nebyli přímo u probíhající neodkladné resuscitace pro ně blízké osoby.

Významným psychosociálním atributem přítomnosti u neodkladné resuscitace je prožívání psychické zátěže a stresu. Podle respondentů se jedná o další důvod, proč by rodinní příslušníci měli být chráněni a neměli by tedy být přímo přítomni KPR svého rodinného příslušníka. Příklady citací ke kódu prezentuje obr. 8.

Obrázek 8 Citace ke kódu 2.1.1: Ochrana rodiny před negativními vlivy resuscitace



Zdroj: vlastní zpracování

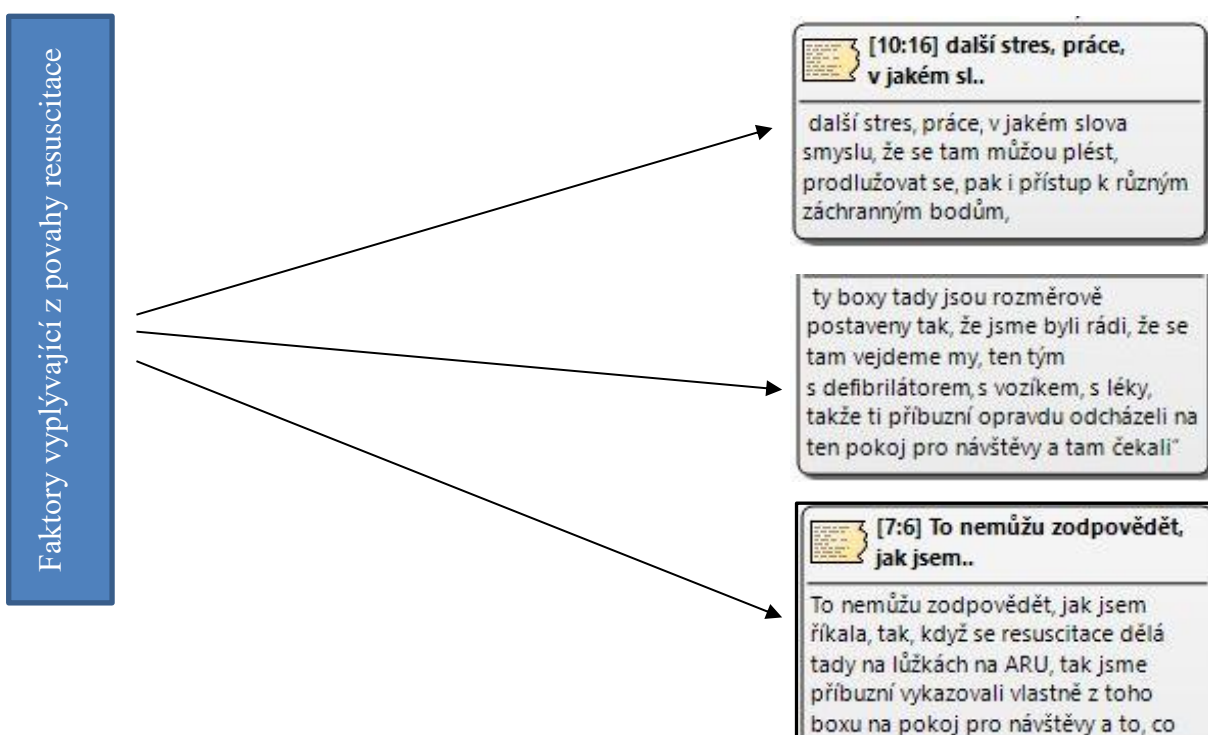
## Kód 2.1.2 Faktory vyplývající z povahy neodkladné resuscitace

Kód je sycen výpověďmi respondentů o dílčích negativních vlivech provázejících téměř každou KPR.

K nepříznivým faktorům samotné resuscitace ve vztahu k přítomnosti rodinných příslušníků řadí respondenti nepřehlednost, málo místa, nehezky pohled na místo ožívování, omezené možnosti členů oživovacího týmu v koncentraci na hlavní činnost, nedostatek času věnovat blízkým, komunikovat s nimi a pečovat o ně.

Respondenti vyjádřili nevhodnost přítomnosti rodinného příslušníka u KPR v kontextu velikosti prostoru na boxech pacientů, kde se neodkladné resuscitace provádí. Dalším důvodem k nepřítomnosti člena rodiny u resuscitace je tedy málo místa, které zdravotníky omezuje v dosažitelnosti záchranných bodů při neodkladné resuscitaci. Přítomnost rodinných příslušníků pracovní prostor ještě zmenšuje. Na malém prostoru boxu zpravidla členové rodiny překáží, proto i přes naléhání členů rodiny by měli být umístěni ve vedlejší místnosti. Příklady citací ke kódu 2.1.2 přináší obr. 9.

Obrázek 9 Citace ke kódu 2.1.2: Faktory vyplývající z povahy neodkladné resuscitace



Zdroj: vlastní zpracování



### **Kód 2.1.3 Faktory spočívající v chování příbuzných během KPR**

Kód je sycen výpověďmi respondentů o negativním vlivu přítomnosti příbuzných u KPR z důvodů, které jsou určitým způsobem spojeny s osobností a chováním příbuzného.

Důvodem odmítání přítomnosti příbuzných u KPR je dle respondentů jejich kontraproduktivní chování či překážení již v počátečních fázích resuscitace. Kontraproduktivní chování je důvodem k nepřizvání rodinných příslušníků k přítomnosti u KPR; v těchto případech má být rodina umístěna do vedlejší místnosti (viz kód 3.3.3).

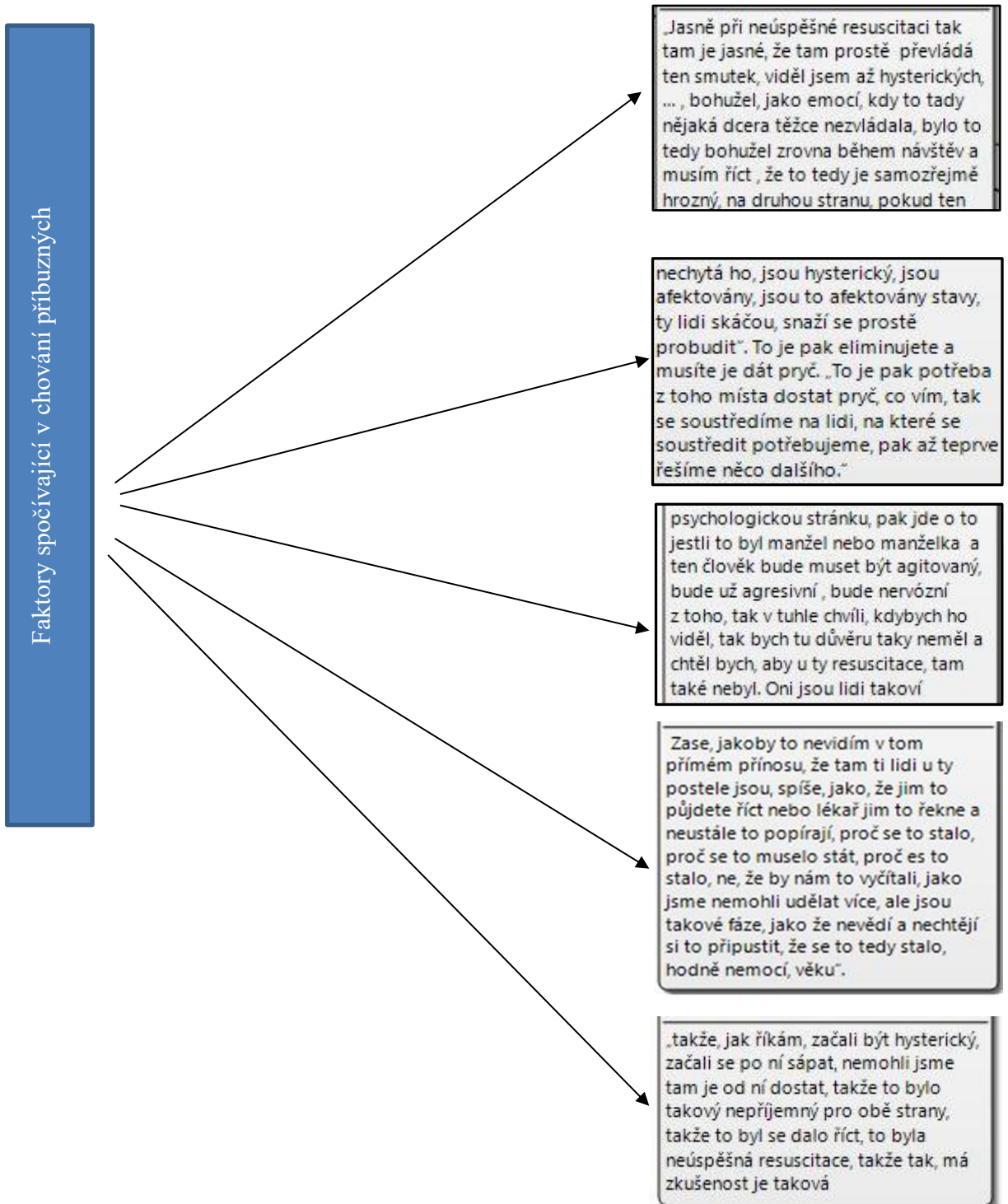
Kód je založen i reflexi NLZP registrující změnu chování příbuzných v průběhu samotné resuscitace. Jak uvedl jeden z respondentů: *„...ti lidé se setkávají se situací, na kterou vlastně nejsou připraveni, a nevědí co s tím dělat, jak se chovat, jak to prostě uchopit, přistoupit k tomu.“*

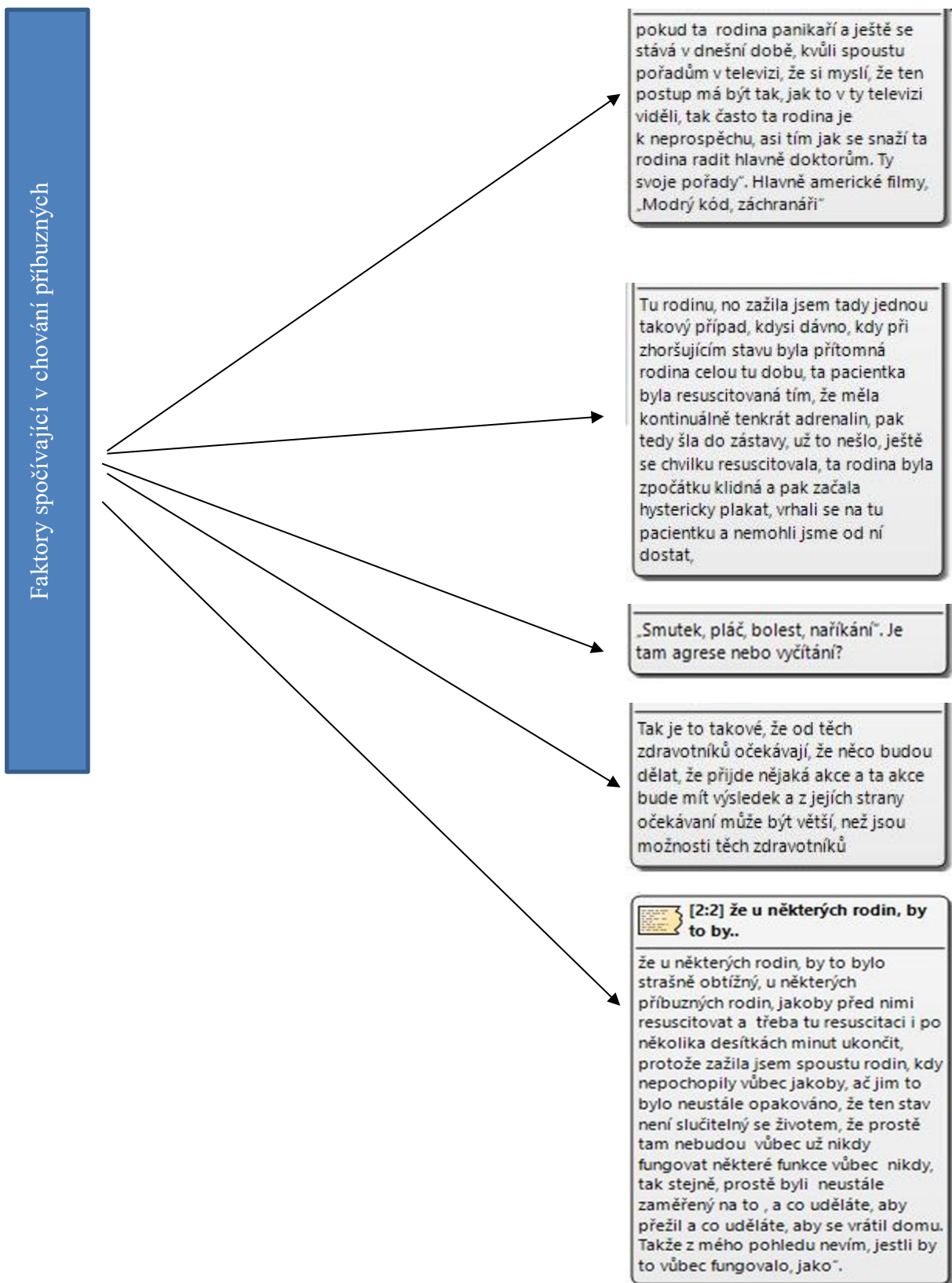
Zdravotníci rodinu řádně informují o vážnosti kritického stavu jejich příbuzného, s cílem je připravit na skutečnost, že další zhoršení může vést k resuscitaci. Respondenti zažili situace, kdy rodina verbálně projeví ztotožnění se poskytnutými informacemi, avšak jejich chování se v případě nastalé resuscitace promění. Chování členů rodiny se diametrálně změní právě na základě reality vyplývající z neodkladné resuscitace.

Respondenti upozornili i na negativní vliv médií, zejména různých seriálů, který divákům ukazují „uhlazenou“ realitu. Když jsou pak konfrontováni se „syrovou“ realitou zdravotnických intervencí, mohou reagovat neadekvátně, neboť se nenaplní velká očekávání rodinných příslušníků, které mají z různých seriálů zafixované.

Určitou roli může hrát i sociokulturní prostředí, z něhož rodinní příslušníci pocházejí. Příklady citací ke kódu 2.1.3 přináší obr. 10, který je rozdělen na dvě strany.

Obrázek 10 Citace ke kódu 2.1.3: Faktory spočívající v osobnosti a chování příbuzných





Zdroj: vlastní zpracování

#### **Kód 2.1.4 Faktory týkající se NLZP**

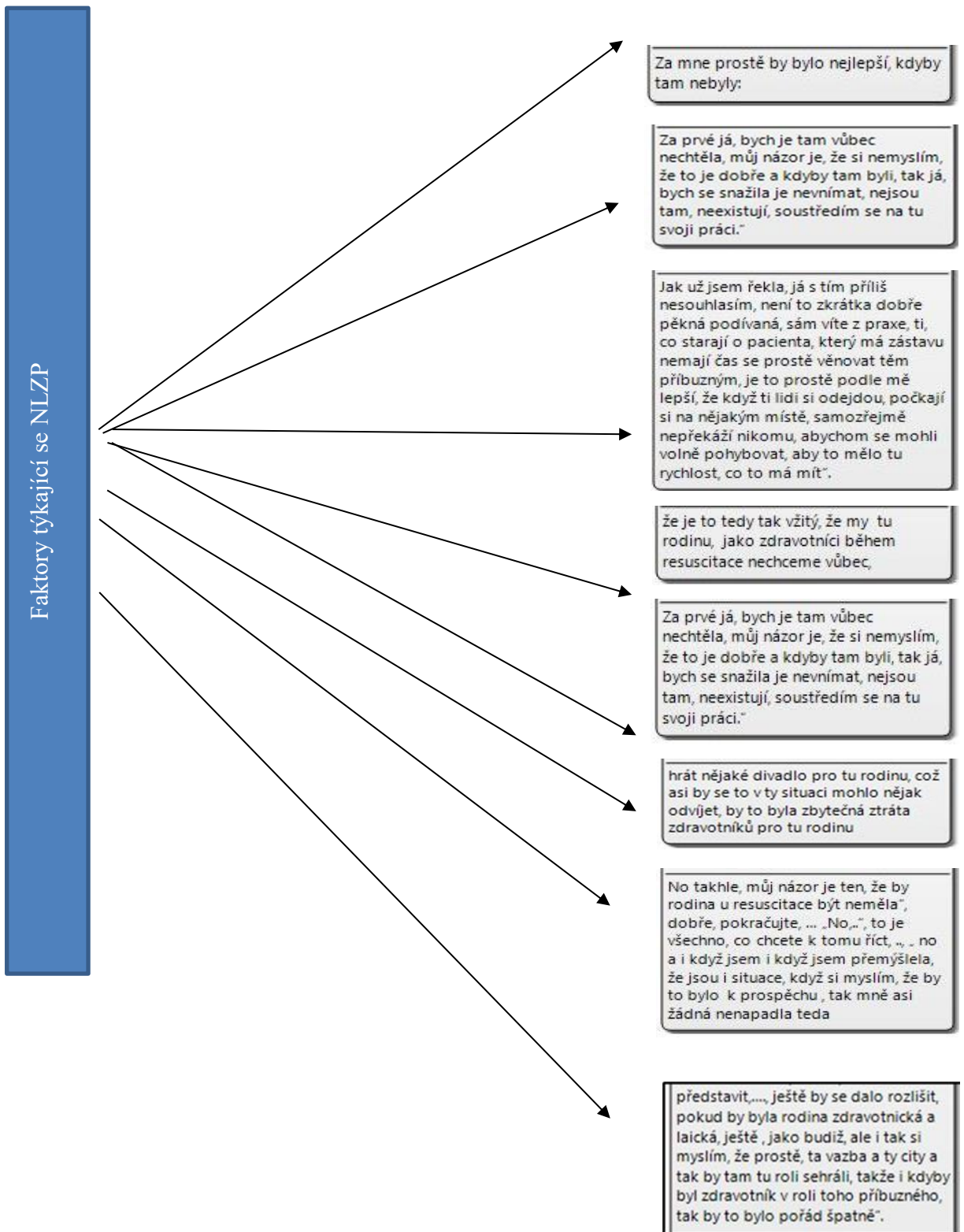
Stanovení kódu 2.1.4 spočívá ve výsledcích analýzy dosvědčující, že někteří respondenti přítomnost rodinných příslušníků u resuscitace svého příbuzného odmítají apriori. Výrok jednoho z respondentů predikuje rutinérský pohled a paušálně odmítavý postoj na základě svých zkušeností. Další z respondentů uvedl, že u KPR by neměl být ani příbuzný, který je zdravotníkem.

Kód je dále sycen projevenými zkušenostmi respondentů s nepříjemnými pocity při provádění KPR s tím, že zažili zkušenost častovaní nepříjemnými poznámkami a nedůstojnou rétorikou přihlížejících rodinných příslušníků v průběhu základní nebo již rozvinuté fáze neodkladné resuscitace.

Kód je dále členěn na dva kódy třetího řádu, reflektující z četných výpovědí o prožívání stresu během KPR v přítomnosti příbuzných a o obavách z forezních důsledků přítomnosti rodinných příslušníků při resuscitaci příbuzné osoby.

Příklady citací ke kódu 2.1.4 přináší obr. 11

Obrázek 11 Citace ke kódu 2.1.4: Faktory týkající se NLZP

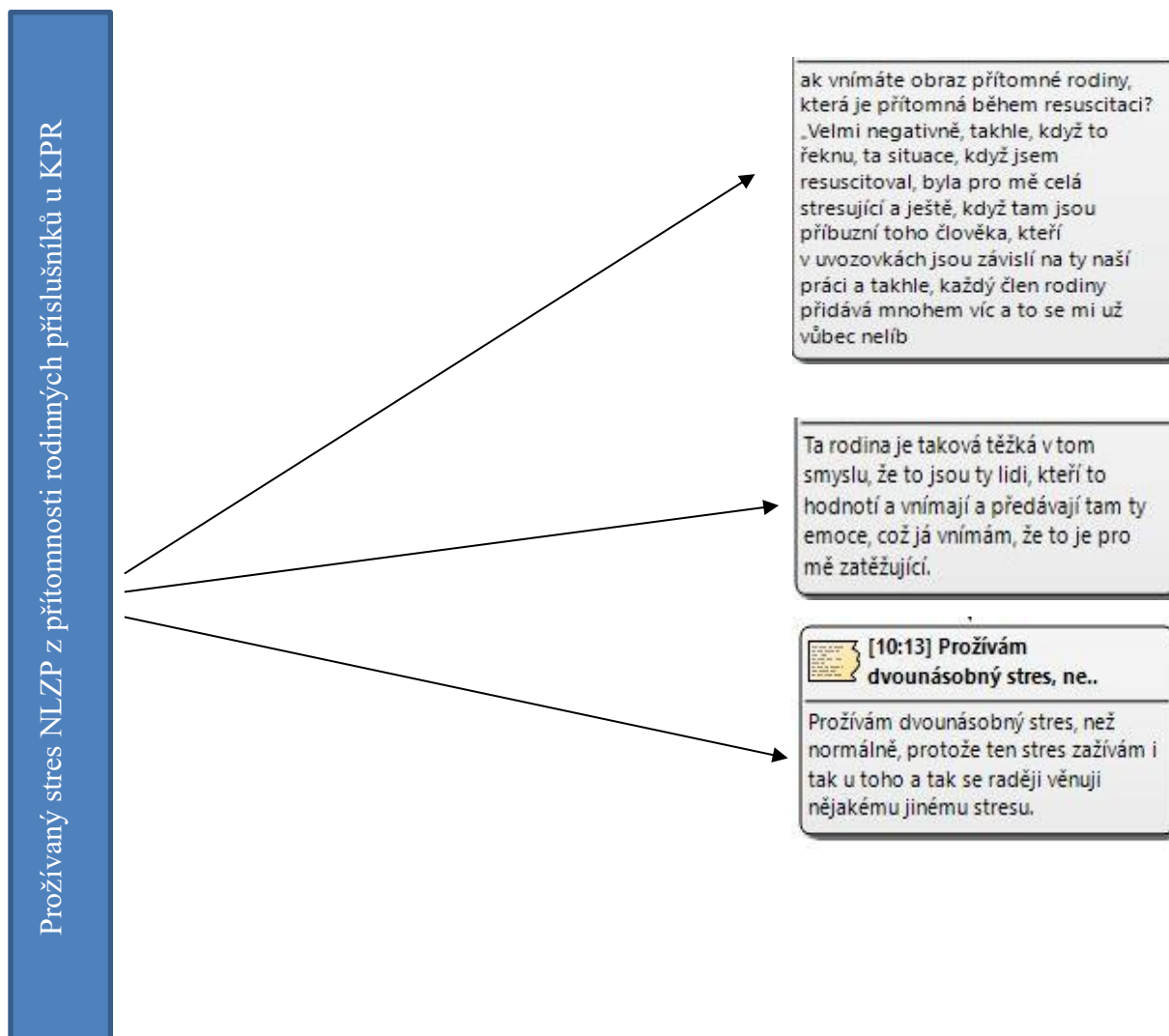


Zdroj: vlastní zpracování

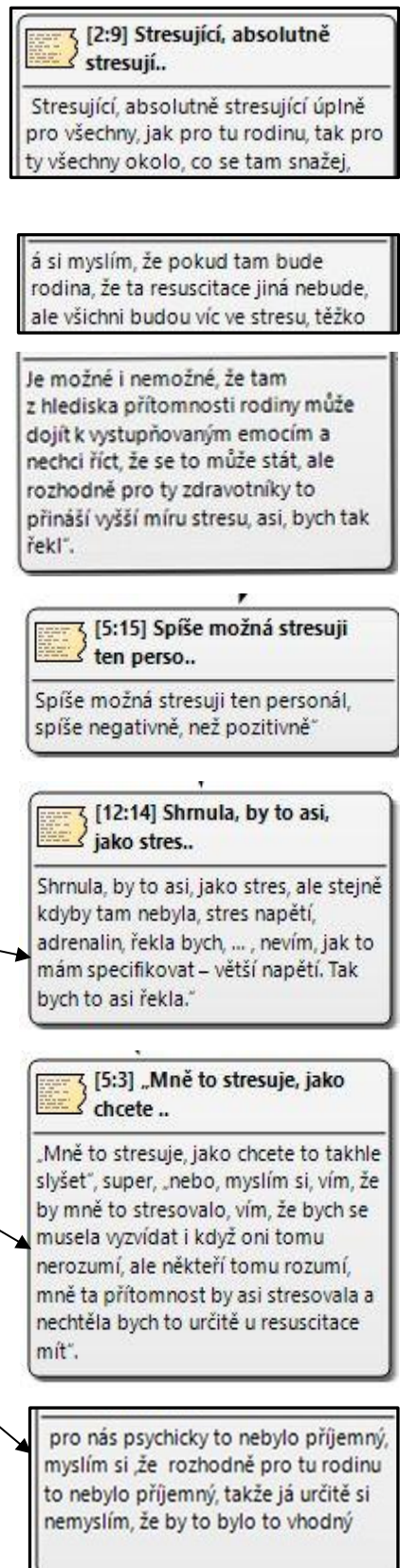
## Kód 2.1.4.1 Prožívaný stres NLZP z přítomnosti rodinných příslušníků u KPR příbuzného

Někteří respondenti uvedli, že přítomnost příbuzných u resuscitace v nich vyvolává psychickou zátěž a stres. Příbuzní, ač třeba nevědomky, přenášejí na zdravotníky emoce obav a úzkosti, čímž vlastně facilitují míru stresu v situaci, která je psychicky zátěžová sui generis. Příklady citací ke kódu 2.1.4.1 zobrazuje obrázek 12, který je rozdělen na dvě strany.

Obrázek 12 Citace ke kódu 2.1.4.1: Prožívaný stres NLZP z přítomnosti příbuzných u KPR



Prožívaný stres NLZP z přítomnosti rodinných příslušníků u KPR



Zkušenosti respondentů ukazují, že se nelze nikdy se stoprocentní jistotou připravit na chování přítomných členů rodiny ve spojení s neúspěšnou neodkladnou resuscitací. NLZP je zatížen odborným pohledem, který ovlivňuje objektivitu chování a posuzování, a současně může v přítomnosti rodiny působit jako stresogenní faktor.

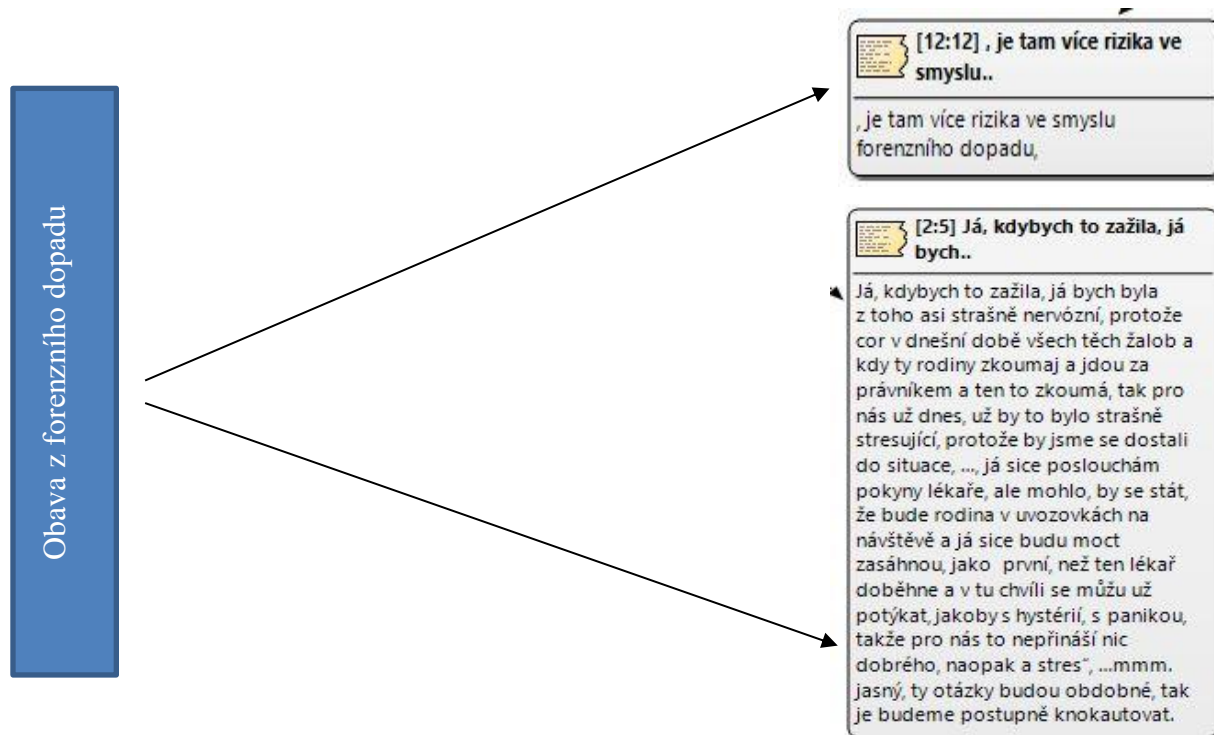
Někteří NLZP podle zkušeností respondentů časem získávají kumulativní psychickou újmu, roste jejich emocionální senzitivita. Kritické stavy s neodkladnou resuscitací znamenají psychosociální aspekt, který se vyznačuje psychickou traumatizací nejen rodinných příslušníků, ale i odborníků-NLZP i v obou rovinách.

Respondenti dále vnímají, že průběh resuscitace je nepříjemný jak pro ně, tak i pro samotné rodinné příslušníky, a tato percepce může dále zvyšovat stres; jak uvedl jeden z participantů. „je to nepříjemné pro nás i pro ně“.

#### **Kód 2.1.4.2 Obava z forezního dopadu v případě přítomnosti rodinného příslušníka u KPR příbuzné osoby**

Kód je sycen vyjádřeními respondentů o obavách z případných právních konsekvencí, které by mohly při neodkladné resuscitaci za přítomnosti rodinných příslušníků nastat. Hrozí zvýšené riziko, že rodiny budou řešit právní cestou záležitosti, které ke KPR inherentně patří, ale z pohledu laického se mohou zdát pochybné. Příklady citací uvádí obr. 13.

Obrázek 13 Citace ke kódu 2.1.4.2: Obavy z forezního dopadu



Zdroj: vlastní zpracování



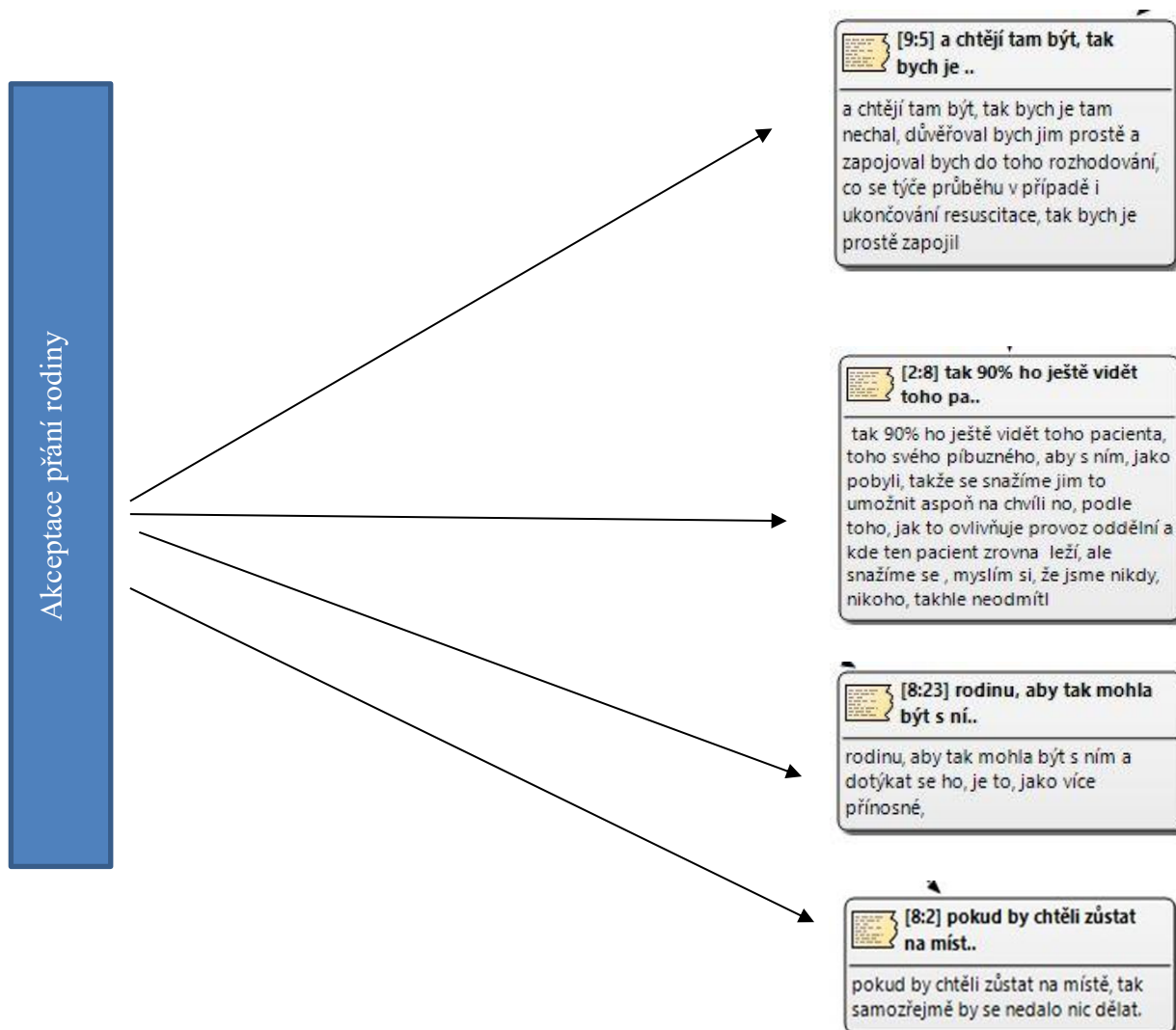
## Kód 2.2: Důvody vyslovené pro přítomnost rodiny při neodkladné resuscitaci jejich rodinného příslušníka

Kód se odvíjí od těch sdělení respondentů, v nichž zazněly věty o podpoře a akceptaci přítomnosti rodinných příslušníků u KPR příbuzné osoby. Kód je dále členěn na jednotlivé kódy druhého řádu.

### Kód 2.2.1 Akceptace přání rodiny být přítomni u resuscitace příbuzné osoby

Kód je sycen vyjádřeními respondentů, že zdravotníci by měli respektovat a akceptovat přání rodinných příslušníků být přítomni neodkladné resuscitace příbuzné osoby. Příklady citací ke kódu uvádí obr. 14.

Obrázek 14 Citace ke kódu 2.2.1: Akceptace přání rodiny

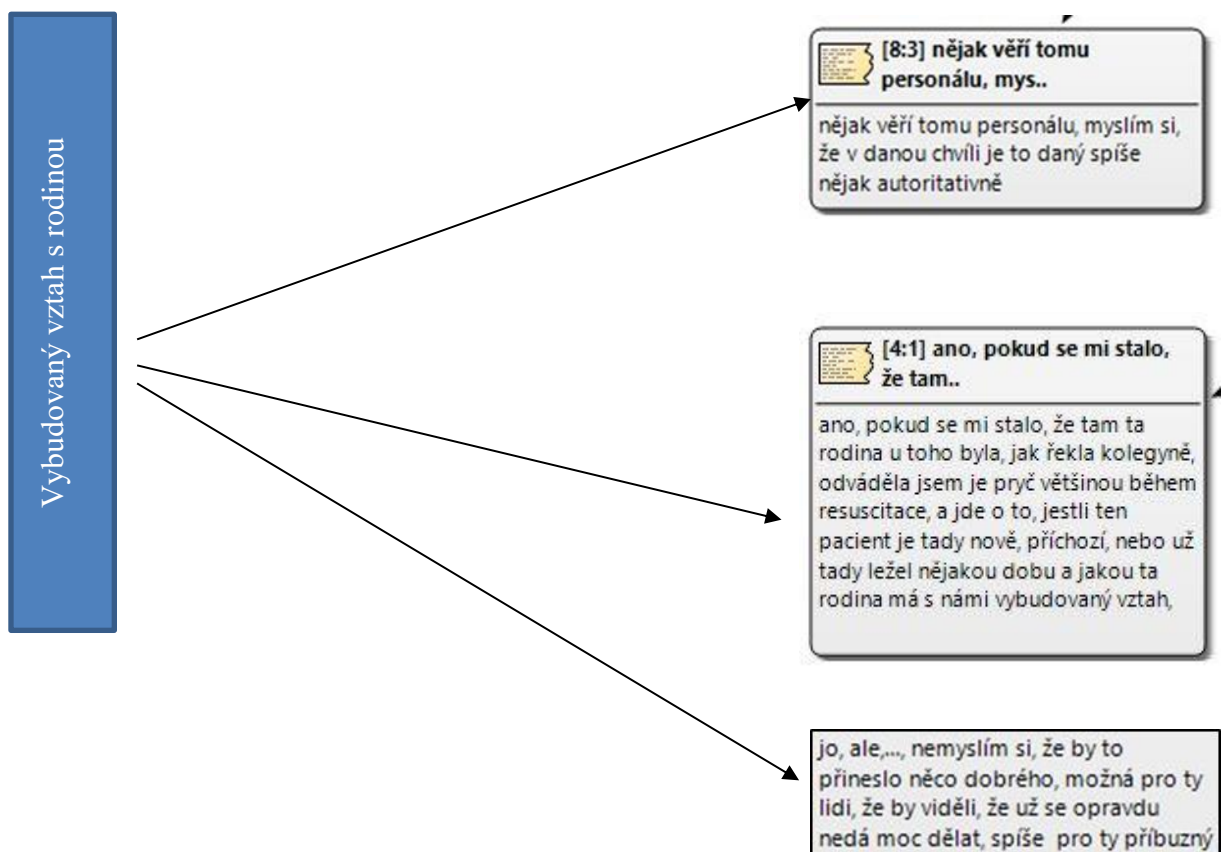


Zdroj: vlastní zpracování

## Kód 2.2.2 Vybudovaný vztah s rodinou

Důvodem pro přítomnost rodinných příslušníků u KPR je podle respondentů i snaha o navození a zachování dobrých vztahů mezi zdravotníky a rodinou resuscitovaného a případná pomoc. Kód tedy obráží vyjádření respondentů o tom, že pozitivním faktorem, resp. faktorem, který by mohl snížit stres z přítomnosti rodinných příslušníků u resuscitace, je vnímaná důvěra ve zdravotníky a vybudovaný vztah s danou rodinou. Dobrý vztah se může odrážet i v tom, že rodinní příslušníci se mohli na vlastní oči přesvědčit, že zdravotníci udělali pro záchranu života jejich příbuzného vše, co bylo v jejich možnostech a silách. Příklady citací ke kódu 2.2.2 uvádí obrázek 15.

Obrázek 15 Citace ke kódu 2.2.2: Vybudovaný vztah s rodinou

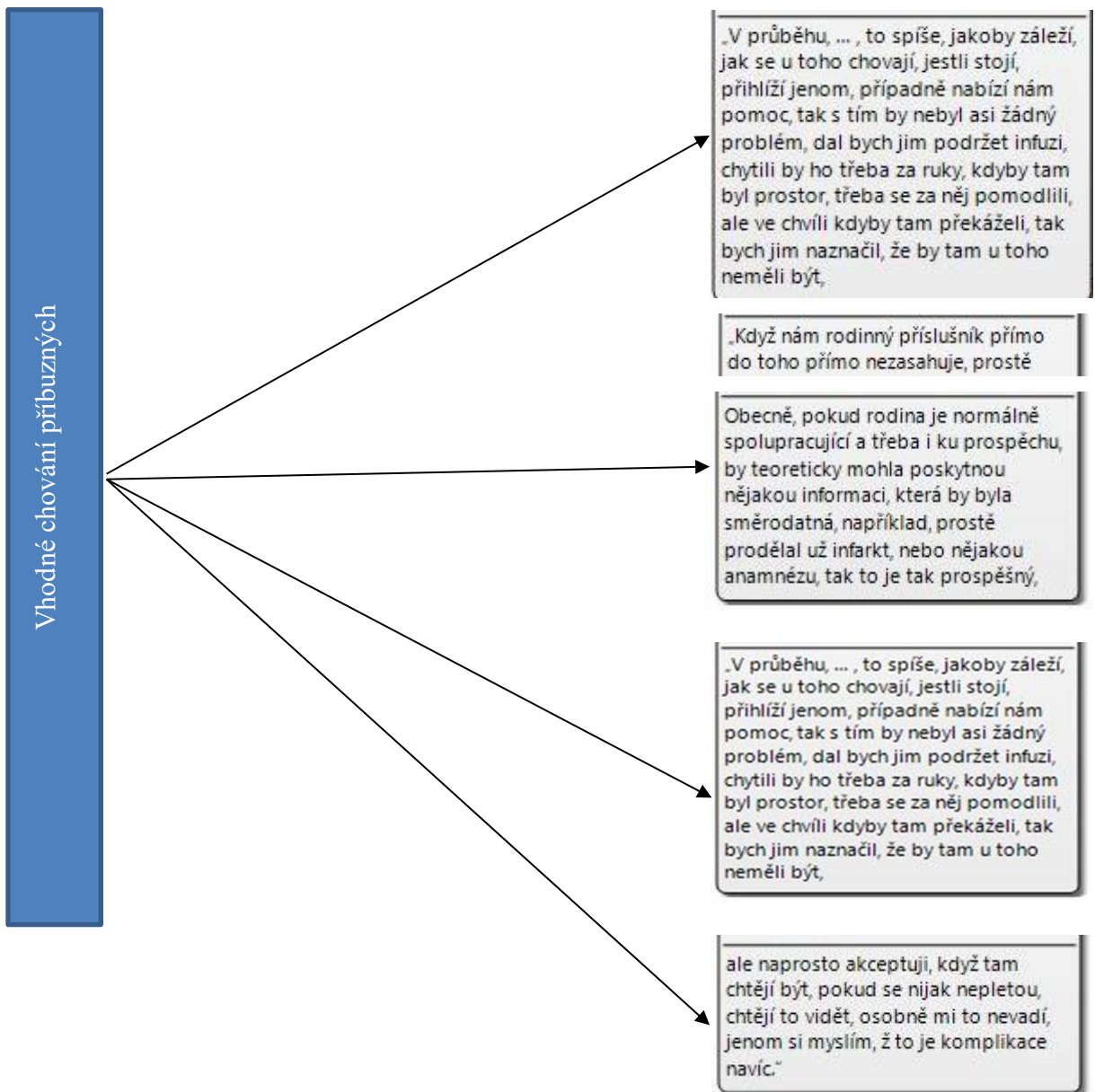


Zdroj: vlastní zpracování

### Kód 2.2.3 Vhodné chování příbuzných při KPR rodinného příslušníka

Důvodem svědčícím pro přítomnost rodiny u KPR jejich rodinného příslušníka je dle respondentů klidné chování blízkých. Pokud jenom přihlíží, jsou nestrannými pozorovateli nebo dokonce vhodně kooperují (taktilní pohyby s blízkým, proxemika – modlení), je jejich pro NLZP nerušivá. Příklady citací ke kódu 2.2.3 uvádí obrázek 16.

Obrázek 16 Citace ke kódu 2.2.3: Vhodné chování příbuzných i KPR

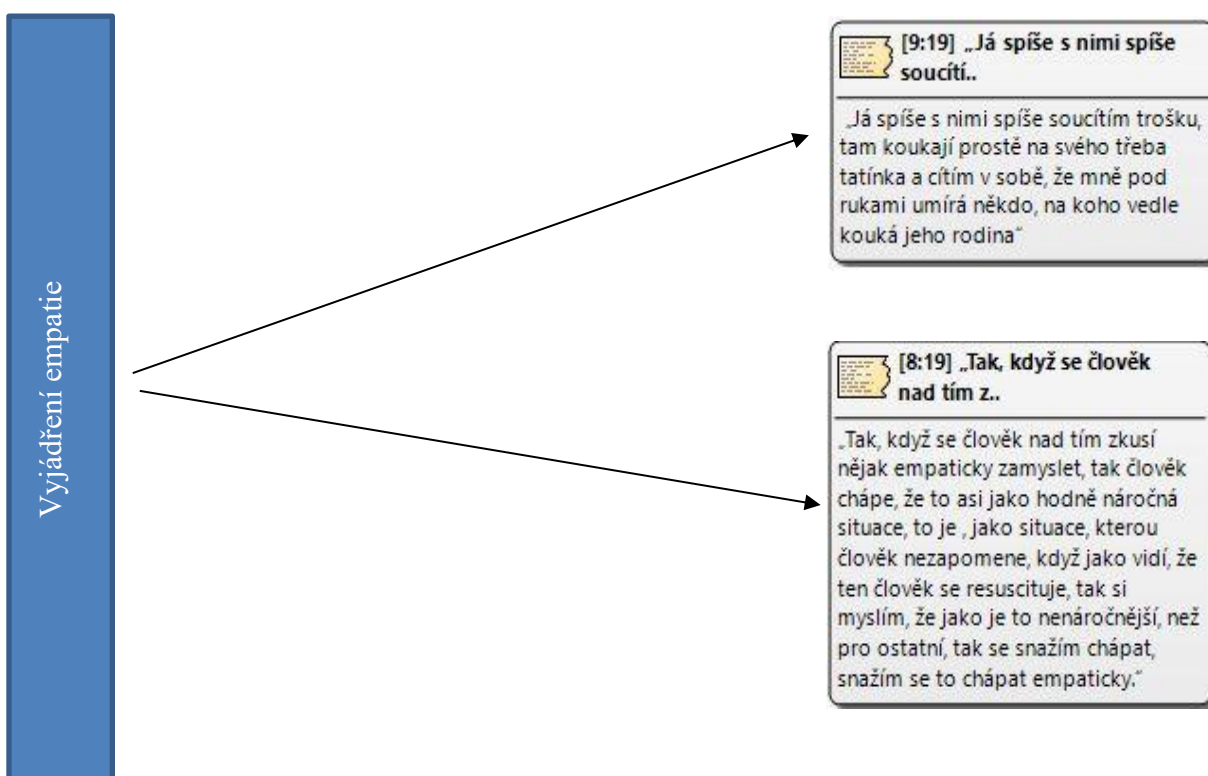


Zdroj: vlastní zpracování

### Kód 2.2.4 Vyjádření, empatie, pochopení a soucitu pro situaci rodiny ze strany NLZP

Faktorem hovořícím pro přítomnost rodinných příslušníků u resuscitace je podle respondentů souznění, soucit, empatie a pochopení pro situaci rodinných příslušníků od zasahujících NLZP. Příklady citací ke kódu 2.2.4 uvádí obrázek 17.

Obrázek 17 Citace ke kódu 2.2.4: Vyjádření empatie s příbuznými

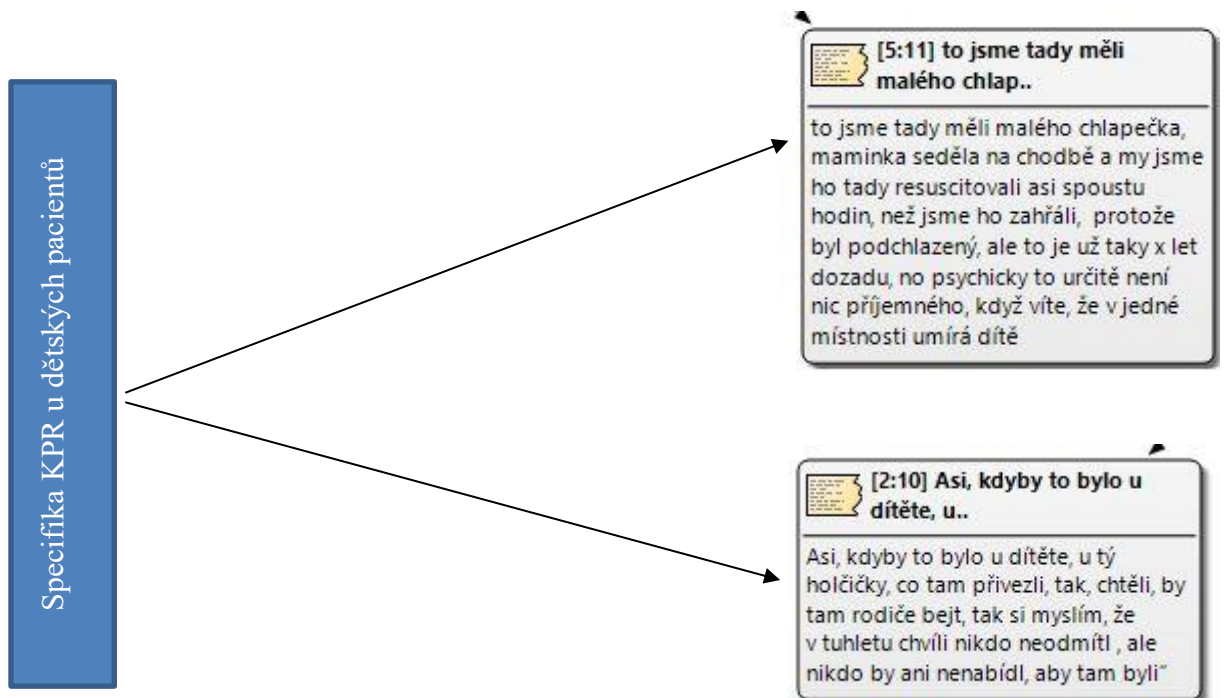


Zdroj: vlastní zpracování

### Kód 2.2.5 Specifika situace u dětských pacientů

Kód je založen na odpovědích některých respondentů, v nichž vyjádřili podporu přítomnosti rodinných příslušníků u KPR v případech, kdy je resuscitovaným pacientem dítě. Příklady citací ke kódu 2.2.5 uvádí obrázek 18.

Obrázek 18 Citace ke kódu 2.2.5: Specifika situace u dětských pacientů



Zdroj: vlastní zpracování

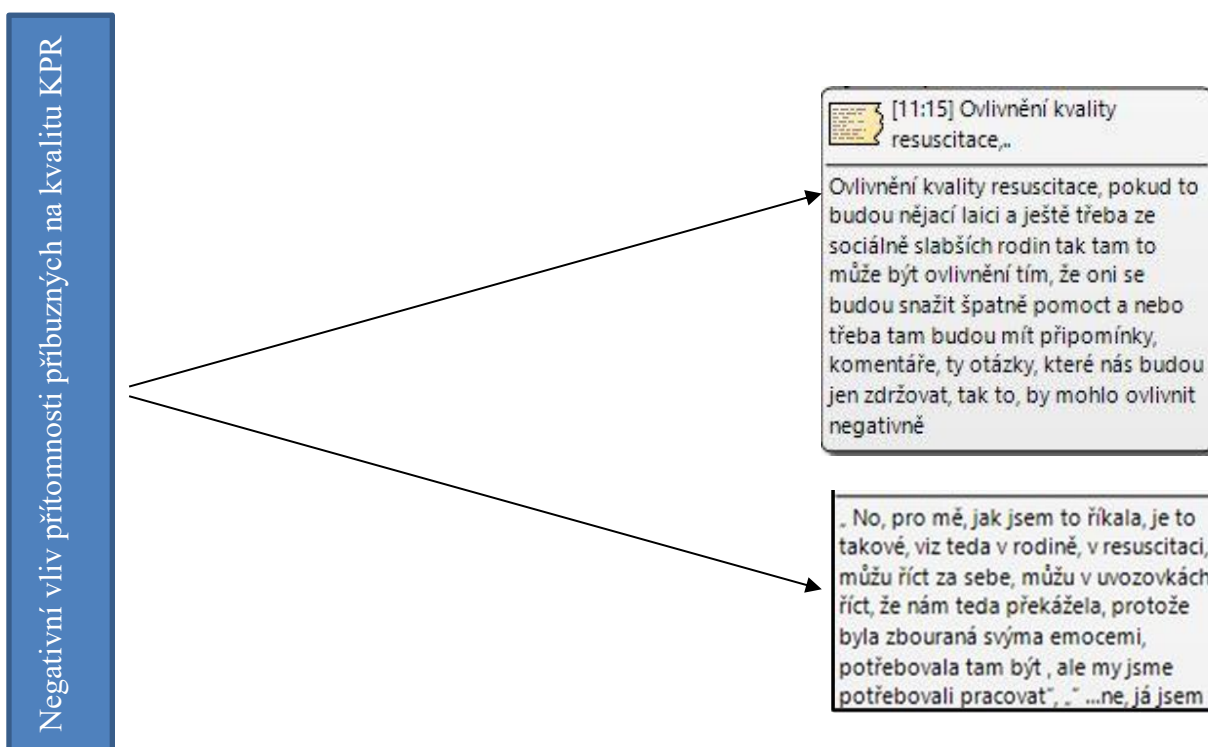
### Kategorie 3 Vliv přítomnosti příbuzných na výkon NLZP při resuscitaci

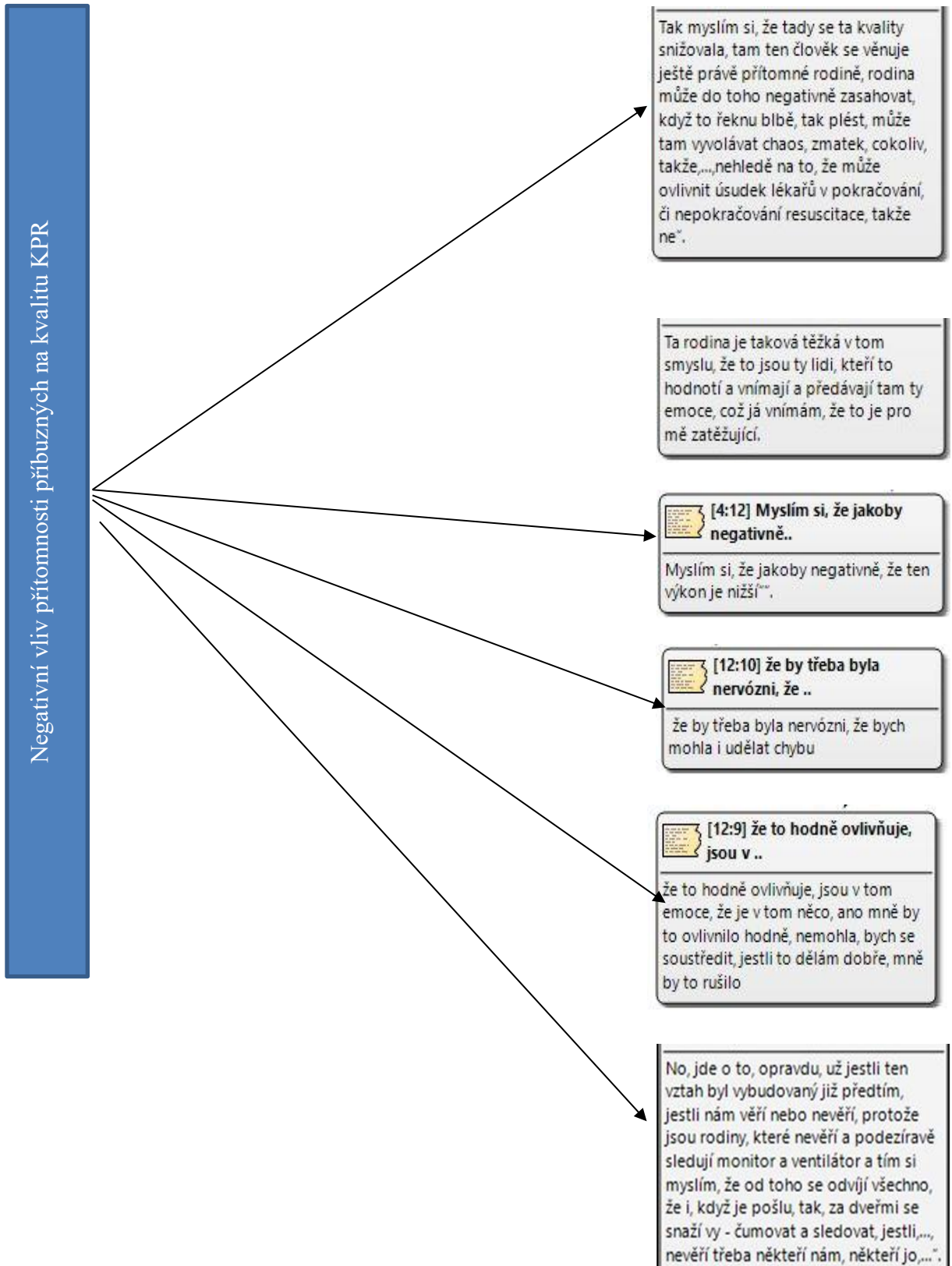
Třetí kategorie zrcadlí četnost odpovědí respondentů, které se vyjadřovaly k vlivu přítomnosti rodinných příslušníků na kvalitu výkonu NLZP při neodkladné resuscitaci. Kategorie je částečně provázána a interferuje se skupinou kódů 2.1 Důvody vyslovené proti přítomnosti rodiny při neodkladné resuscitaci příbuzného pacienta

#### Kód 3.1 Negativní vliv přítomnosti příbuzného na kvalitu KPR

Respondenti uváděli různé vlivy způsobené přítomností rodinných příslušníků, které mohou v negativním smyslu ovlivnit neodkladnou resuscitaci. K těmto vlivům se řadí přítomnost rodin ze sociálně znevýhodněného prostředí, nevhodné připomínky a komentáře, nevhodné aktivity související se snahou pomoci zdravotníkům, překážení, vyvolávání zmatku chaosu ad. Tyto vlivy mohou ke snížení koncentrace zasahujících NLZP, zvyšovat jejich stres a zátěž, což v konečném důsledku může ovlivnit kvalitu KPR. Negativně na NLZP působí i vyjadřovaná nedůvěra ze strany příbuzných. Příklady citací ke kódu 3.1 uvádí obrázek 19, který je uveden na dvou stranách.

Obrázek 19 Citace ke kódu 3.1: Negativní vliv přítomnosti příbuzného na kvalitu KPR





Zdroj: vlastní zpracování

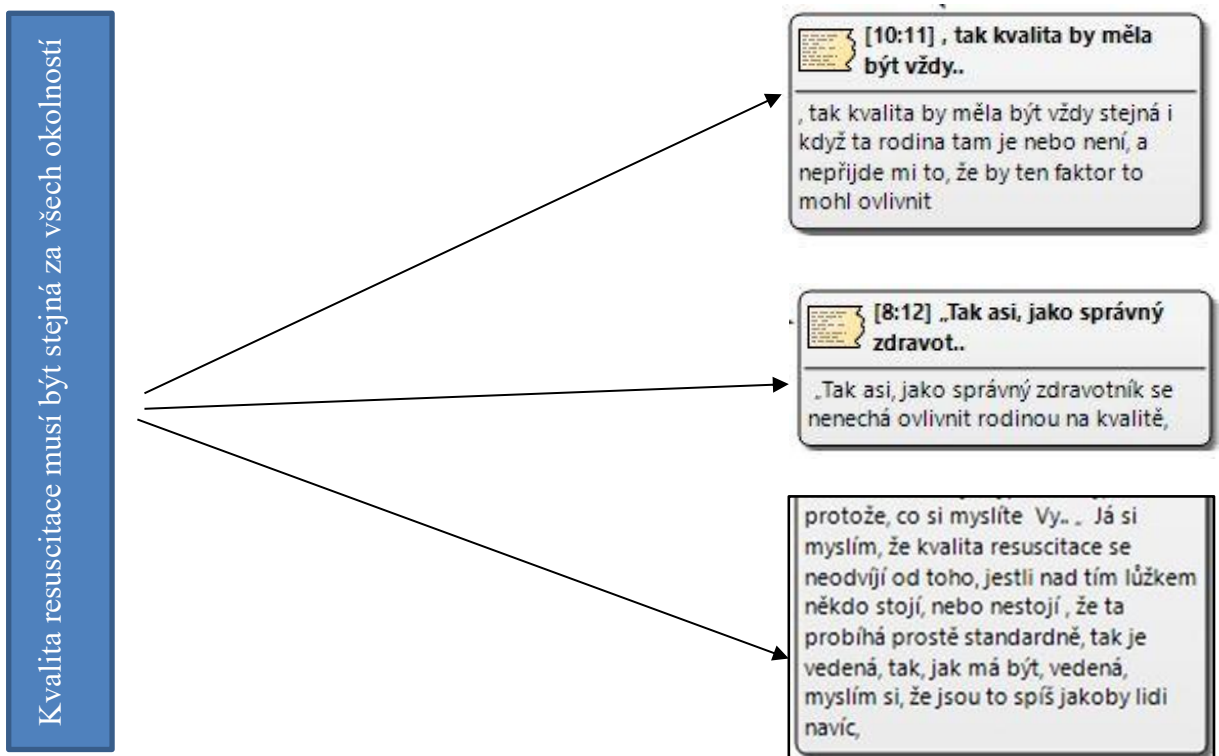
### Kód 3.2 Neutrální vliv přítomnosti příbuzného na kvalitu KPR

Kód je sycen odpověďmi respondentů, které naznačují, že vliv rodinných příslušníků u KPR příbuzné osoby nemá nebo by neměl mít vliv na kvalitu resuscitace. Někteří respondenti se snaží nebo by snažili přítomnost rodinných příslušníků nevnímat nebo se soustředí se na svou práci.

Kód je členěn do níže uvedených podkódů na základě vyjádřených důvodů neutrálního vlivu přítomnosti příbuzného na kvalitu KPR. Příklady citací ke kódům ze skupiny 3.2 uvádějí obr. 20 a 21.

#### Kód 3.2.1 Apriorní postoj: kvalita by měla být stejná za všech okolností

Obrázek 20 Citace ke kódu 3.2.1: Kvalita resuscitace by měla být stejná za všech okolností

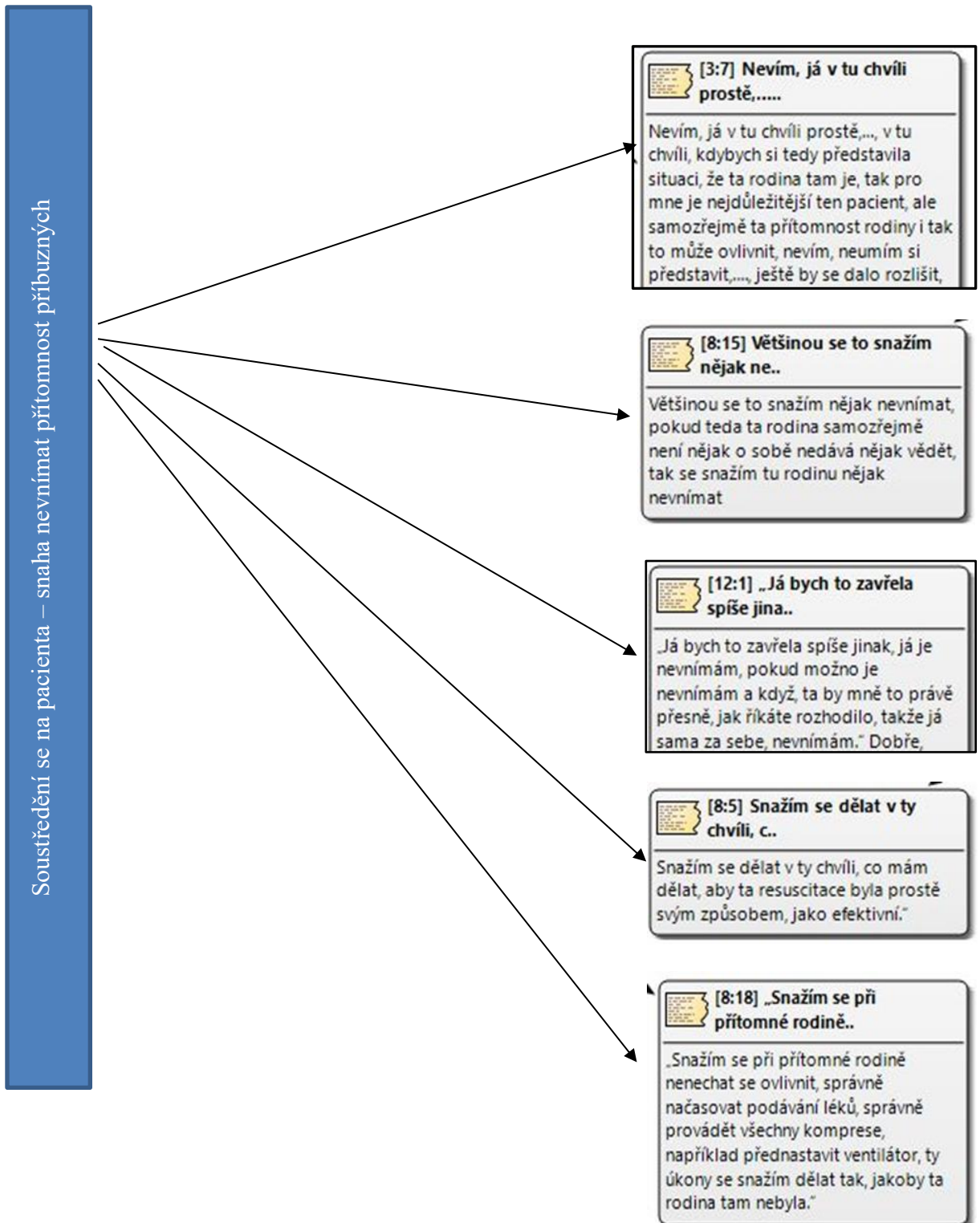


Zdroj: vlastní zpracování



### Kód 3.2.2 Soustředění se na pacienta – nevnímání příbuzných

Obrázek 21 Citace ke kódu 3.2.2: Soustředění se na pacienta – nevnímání příbuzných



Zdroj: vlastní zpracování

### Kód 3.3 Výkon resuscitace je ovlivněn proměnnými

Tento kód označuje postoje respondentů vyjadřující, že vliv přítomnosti rodinných příslušníků na kvalitu resuscitace nemusí být apriorně negativní, záleží na určitých proměnných. Na základě odpovědí byly identifikovány proměnné týkající se chování příbuzných během resuscitace a sociokulturního prostředí, z něhož rodinní příslušníci pochází (interference s kódy 2.1.3 a 2.2.3) a zkušeností zdravotníků provádějících neodkladnou resuscitaci pacienta za přítomnosti jejich rodinných příslušníků. Určitou roli zde tedy hrají faktory jako chování příbuzných v průběhu resuscitace, vzdálenost příbuzných od místa resuscitace, osobnostní predispozice a zkušenost NLZP. Příklady citací ke kódům ze skupiny 3.3 uvádějí obr. 22 a 23.

#### Kód 3.3.1 Vliv chování příbuzných a sociokulturního prostředí rodinných příslušníků na kvalitu KPR

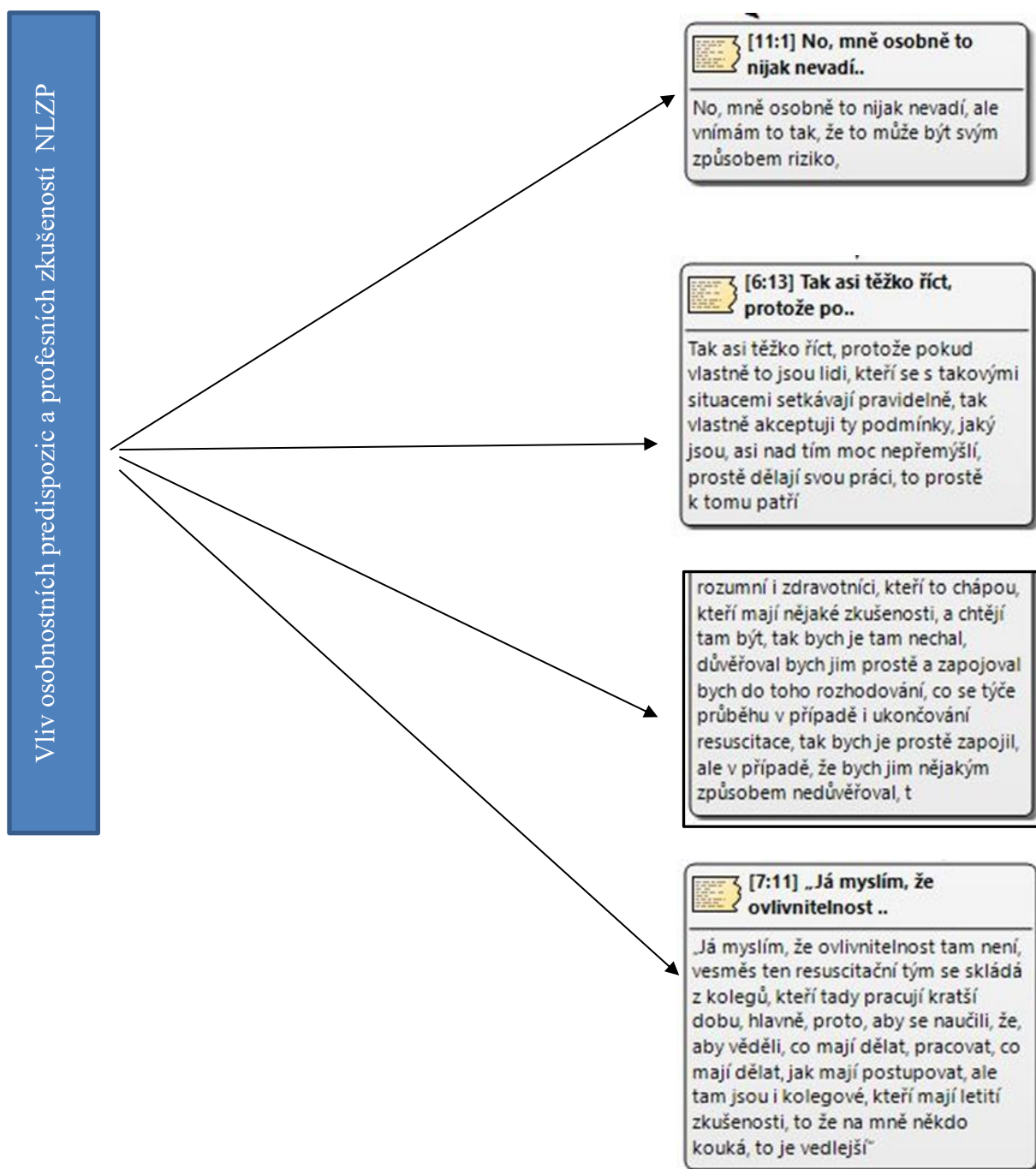
Obrázek 22 Citace ke kódu 3.3.1: Vliv chování příbuzných na kvalitu KPR



Zdroj: vlastní zpracování

### Kód 3.3.2 Vliv osobnostních predispozic a profesních zkušeností NLZP na kvalitu KPR za přítomnosti příbuzných

Obrázek 23 Citace ke kódu 3.3.2: Vliv osobnostních predispozic a profesních zkušeností na kvalitu KPR

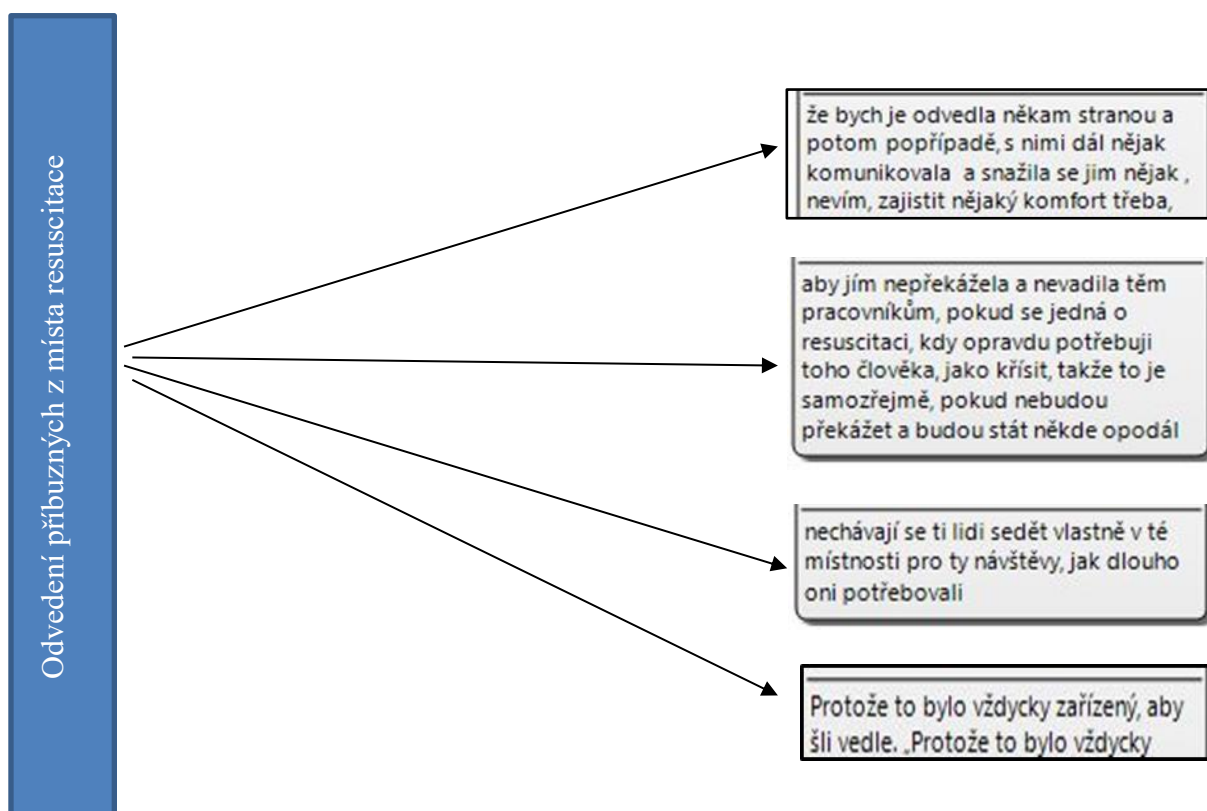


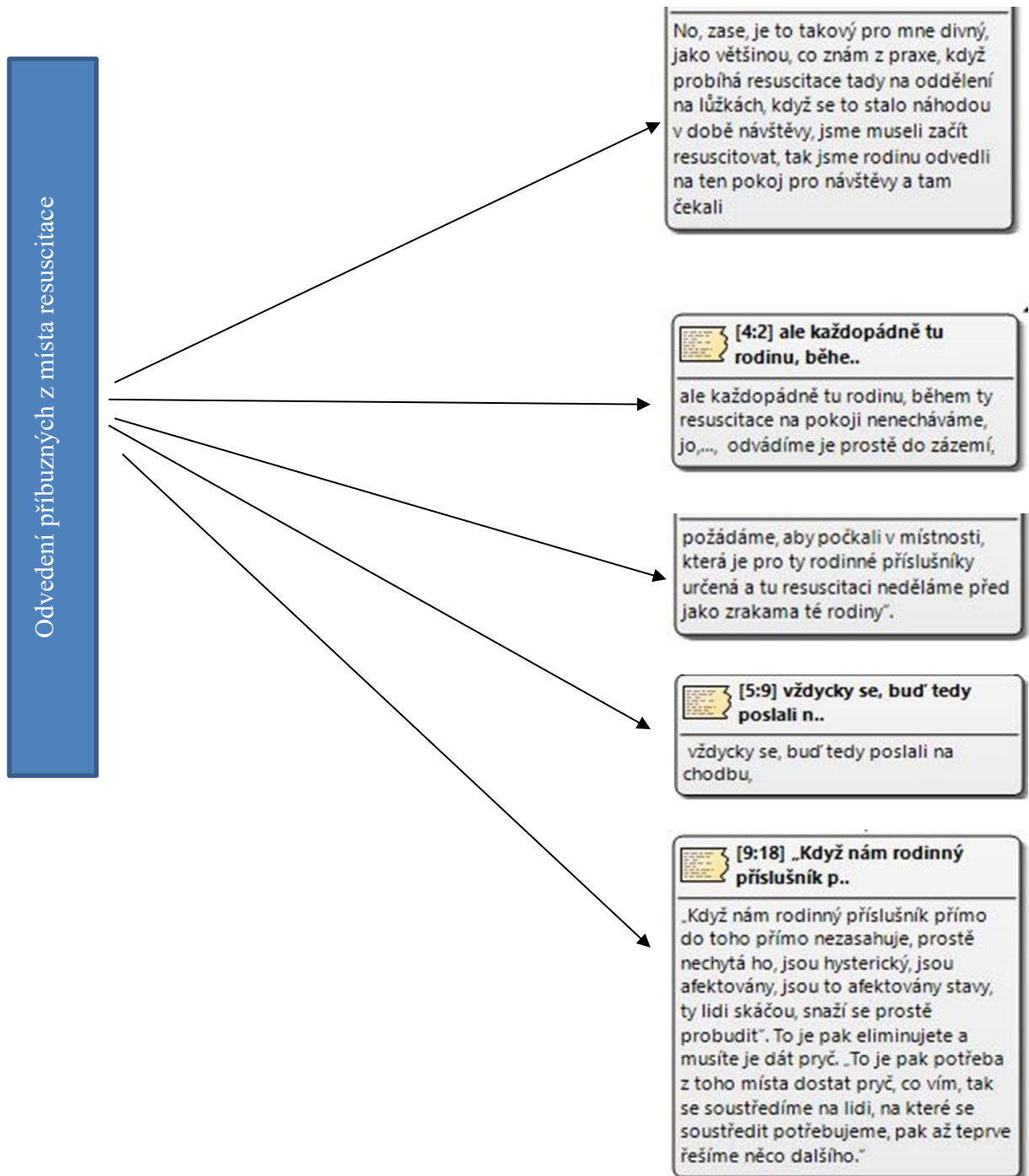
Zdroj: vlastní zpracování

### Kód 3.3.3 Odvedení příbuzných z místa resuscitace

Kód je založen na relativně vysoké četnosti sdělení respondentů o tom, že odvedení rodinných příslušníků z místa resuscitace (na chodbu, do vedlejší místnosti ad.) může být jednou ze strategií chování zdravotníků k příbuzným, které může snížit rizika ovlivnění kvality KPR. Proměnnou je zde tedy místo, na němž se příbuzní během resuscitace nachází. Kód je částečně provázán s kódy 2.1.2 (překážení, nedostatek místa), 2.1.3 (nevhodné chování příbuzných) a 3.3.1 (viz citace respondenta, kterému příbuzní nevadí, pokud budou sledovat KPR zpozzdálí, nikoli tedy přímo za zády zasahujících zdravotníků). Pozitivem tohoto řešení je dle respondentů skutečnost, že o rodinné příslušníky je ve vedlejší místnosti postaráno v rámci ošetrovatelské péče, k dispozici je možnost případné farmakologické intervence na uklidnění blízkých a rovněž lepší možnost empatického přístupu ze strany NLZP ve srovnání se situací, kdy jsou rodinní příslušníci přímo u resuscitace. Příklady citací ke kódu 3.3.4 uvádí obr. 24, který je prezentován na dvou stránkách.

Obrázek 24 Citace ke kódu 3.3.3: Odvedení příbuzných z místa resuscitace





Zdroj: vlastní zpracování

## **Kategorie 4 Další faktory spojené s přítomností rodinných příslušníků u neodkladné resuscitace z pohledu NLZP**

Kategorie je založena na odpovědích respondentů, které se netýkají přímo přítomnosti rodinných příslušníků u prováděné neodkladné resuscitace, avšak jsou s tímto tématem spojeny.

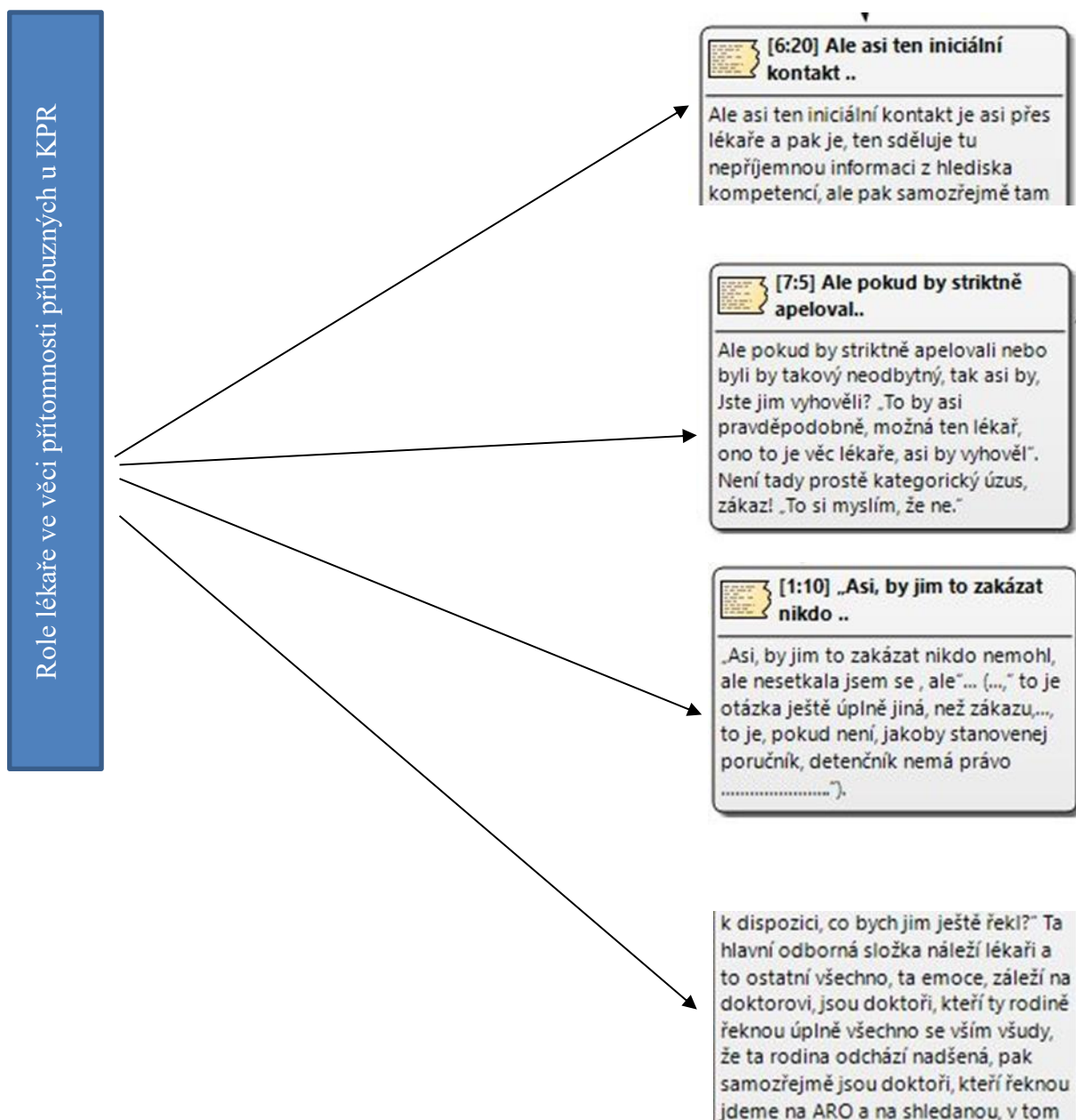
### **4.1 Role lékaře ve věci přítomnosti a informování rodinných příslušníků ve vztahu ke KPR příbuzného**

Stanovení kódu reflektuje sdělení respondentů o roli lékaře v rozhodování o připuštění rodinných příslušníků přímo na místo resuscitace. Kód je částečně provázán s kódem 2.1.4., v němž je jako jeden z důvodů apriorního odmítní příbuzných u resuscitace uveden zvyklosti oddělení. Jak bylo uvedeno v teoretické části, zákon přítomnost příbuzných u resuscitace nevylučuje, je však plně v kompetencích lékaře příbuzné k resuscitaci nepřipustit. Z odpovědí respondentů vyplývá, že podle jejich zkušeností a mínění lékaři rodinné příslušníky z místa resuscitace nevykazují.

S uvedeným kódem souvisí i informování rodinných příslušníků o zdravotním stavu pacienta ve vztahu k rizikům resuscitace, resp. o proběhlé resuscitaci. Zde jsou zkušenosti respondentů nejednoznačné, někteří lékaři jsou velmi vstřícní, jiní k rodinným příslušníkům příliš vstřícní nejsou.

Příklady citací ke kódu 4.1 uvádí obr. 25.

Obrázek 25 Citace ke kódu 4.1: Role lékaře ve věci přítomnosti a informování rodinných příslušníků u KPR příbuzného

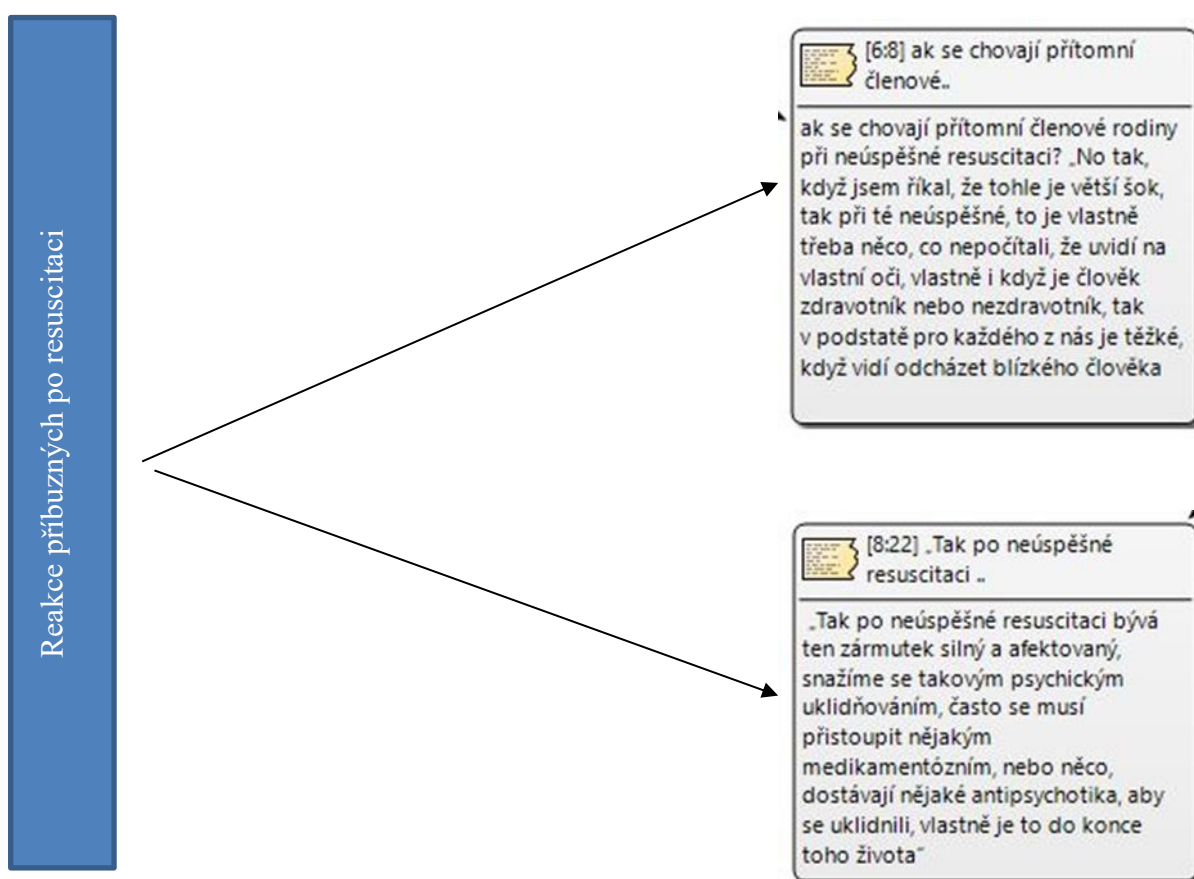


Zdroj: vlastní zpracování

## Kód 4.2 Reakce příbuzných po resuscitaci

Tento kód obráží sdělení respondentů o jejich zkušenosti s reakcemi příbuzných na neúspěšnou resuscitaci. Ve výpovědích není žádné překvapení, podle zkušeností respondentů reagují rodinní příslušníci šokem, silným zármutkem. V indikovaných případech nastupuje lékařská a ošetrovatelská péče – viz detailněji kód 4.3.2. Příklady citací ke kódu 4.1 uvádí obrázek 26.

Obrázek 26 Citace ke kódu 4.2: Reakce příbuzných po resuscitaci



Zdroj: vlastní zpracování



### **Kód 4.3 Podpora rodinných příslušníků resuscitovaného pacienta v období po KPR**

Kód je sycen sděleními účastníků výzkumného šetření o podpoře rodinných příslušníků v období pobytu pacienta v nemocnici, u kterého byla provedena neodkladná resuscitace. Respondenti hovoří o podpoře rodinných příslušníků, empatii, zajištění zázemí, milém přístupu, vstřícnosti ad.

Kód je dle logicky sdělení dále členěn na několik podkódů druhého řádu: vyjádření empatie, ošetrovatelská péče, umožnění setkání, komunikace a informování, vysvětlení a edukace.

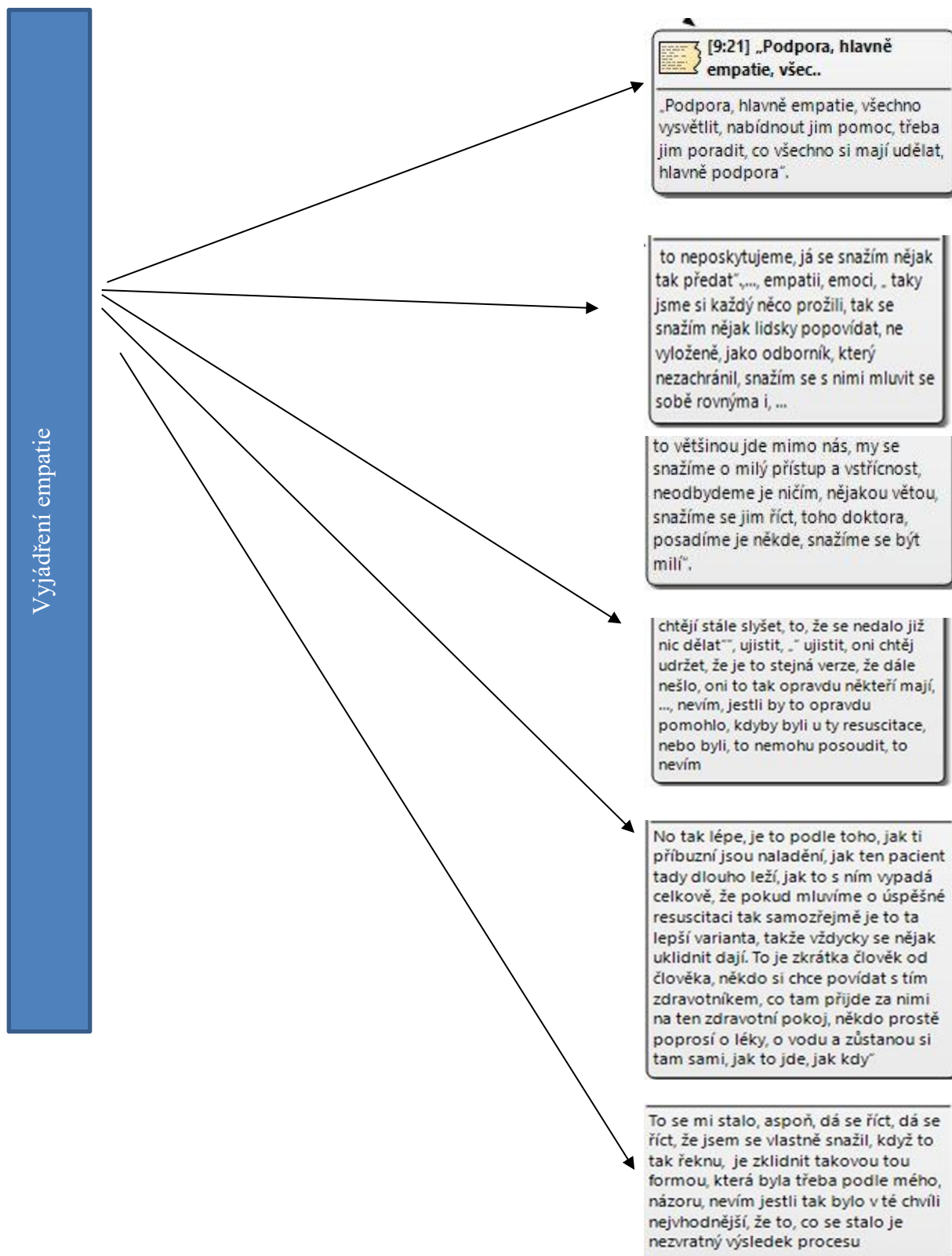
#### **Kód 4.3.1 Vyjádření empatie**

Kód 4.3.1 je provázán s kódem 2.2.4, který uvádí vyjádření empatie a pochopení pro situaci rodiny ze strany NLZP jakožto důvodu pro přítomnost rodinných příslušníků u neodkladné resuscitace příbuzného. V tomto kódu se o empatii hovoří ve vztahu k ošetrovatelské péči po proběhlé resuscitaci.

Respondenti se snaží rodinným příslušníkům vyjádřit podporu, být maximálně vstřícní, ujistit je, že udělali vše, co bylo v jejich silách. Snaží se rodinné příslušníky uklidnit. Stav rodinných příslušníků je samozřejmě odvislý od toho, zda resuscitace proběhla úspěšně nebo skončila letálním vyústěním.

Příklady citací ke kódu 4.3.1 uvádí obr. 27.

Obrázek 27 Citace ke kódu 4.3.1: Vyjádření empatie, uklidňování rodinných příslušníků

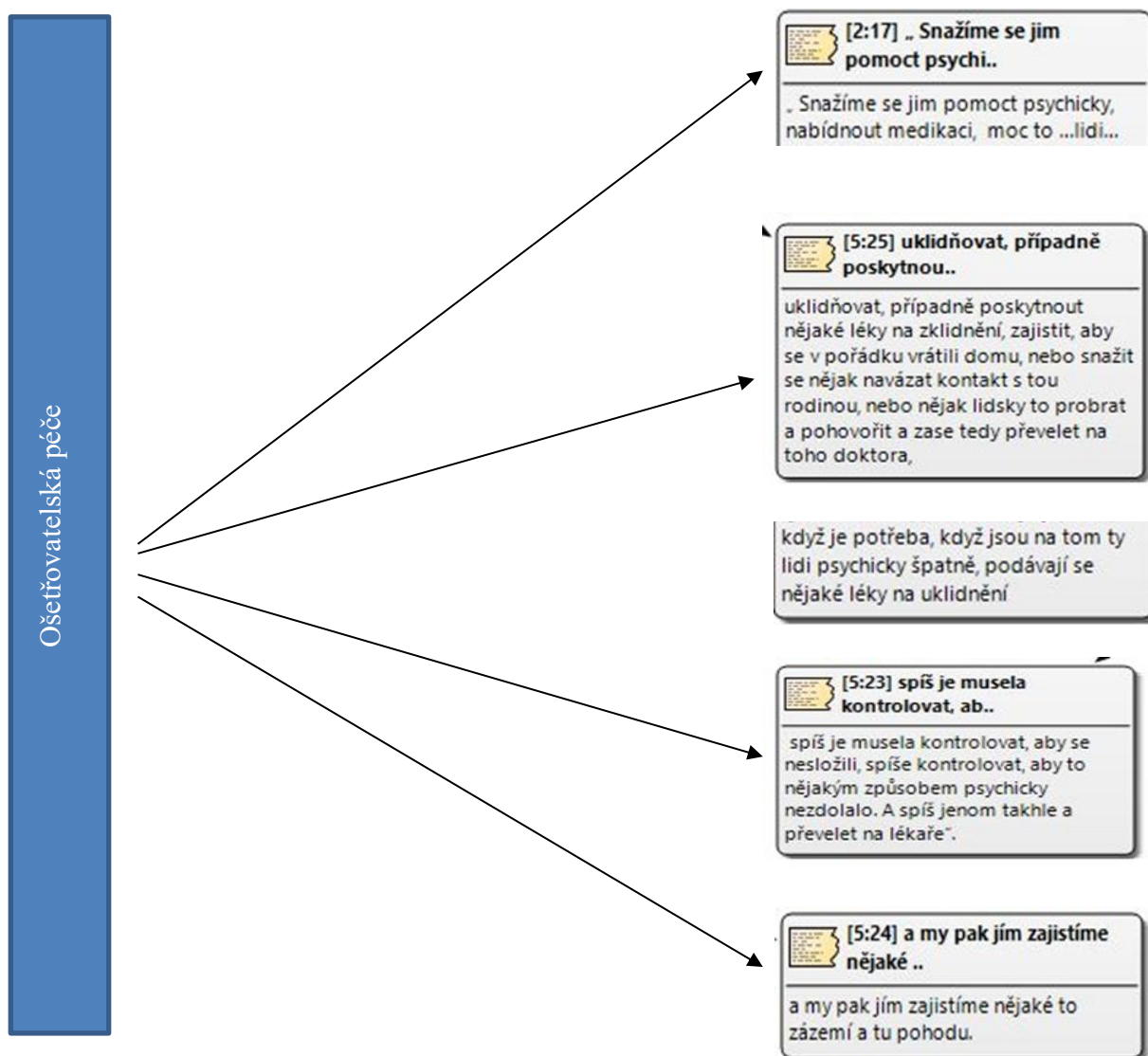


Zdroj: vlastní zpracování

### Kód 4.3.2 Ošetřovatelská péče

Kód reflektuje dimenzi převažující ošetřovatelské péče rodinných příslušníků po proběhlé neodkladné resuscitaci. Intervence dle zkušeností respondentů směřují k psychické podpoře, uklidňování, podání medikace na základě indikace lékaře, kontroly zdravotního stavu příbuzných, zajištění umístění do vhodného prostoru ad. Příklady citací ke kódu 4.3.2 uvádí obr. 28.

Obrázek 28 Citace ke kódu 4.3.2: Ošetřovatelská péče

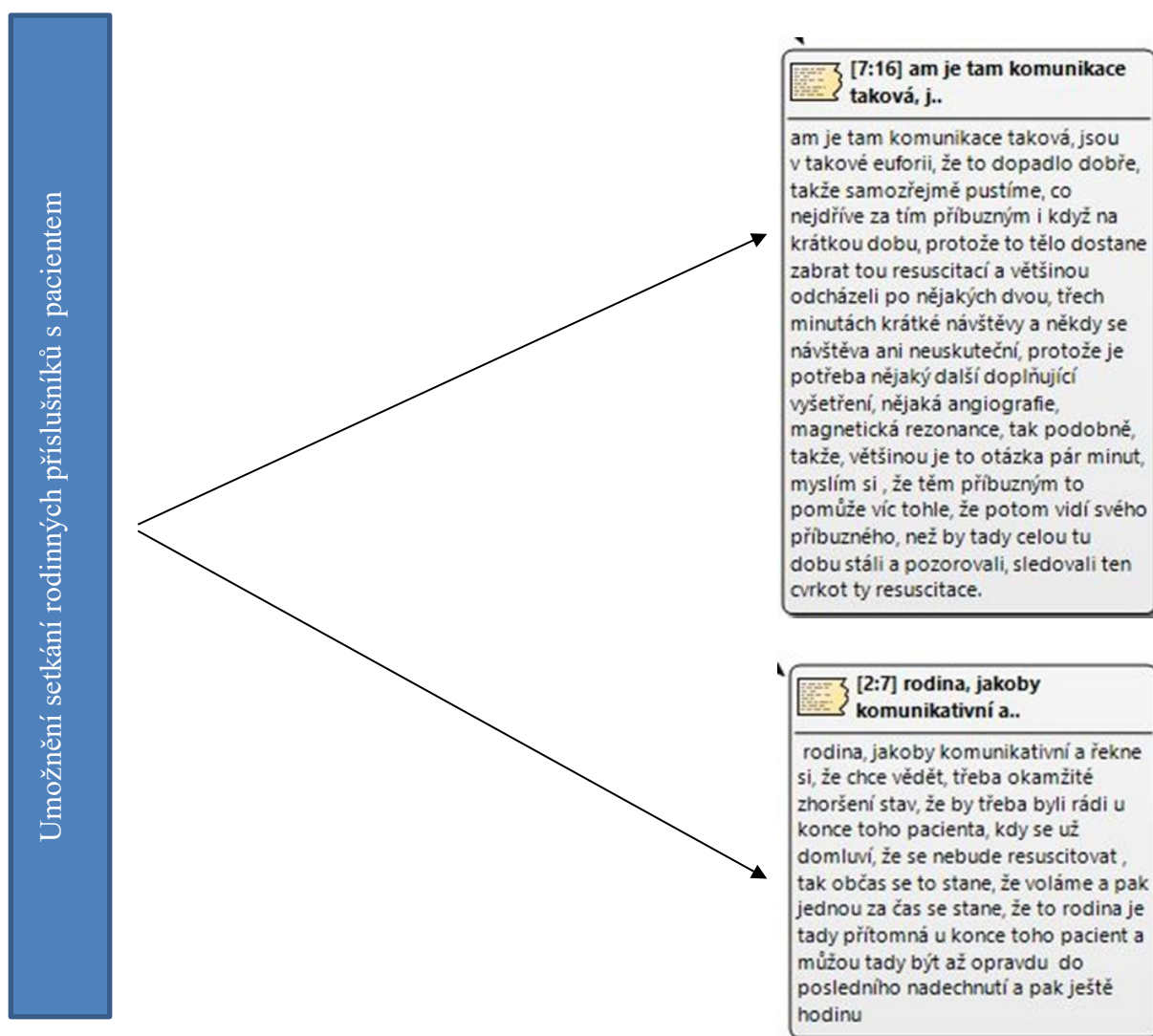


Zdroj: vlastní zpracování

### Kód 4.3.3 Umožnění setkání rodinných příslušníků s pacientem

Kód je založen na informacích o zkušenostech respondentů s umožněním setkání rodinných příslušníků s příbuzným pacientem. Kód obsahuje dvě situace. První je setkání po úspěšně proběhlé resuscitaci, přičemž respondent uvádí, že umožnění takového setkání je pro rodinné příslušníky mnohem lepší, než kdyby se přímo účastnili probíhající resuscitace. Druhá situace reflektuje stav náhle zhoršeného stavu pacienta, kdy dojde k rozhodnutí, že resuscitace nebude provedena (viz podkapitola 2.2.3). V některých případech zdravotníci aktivně rodinu zavolají a umožní jí být u pacienta v jeho posledních chvílích a i určitý čas po konstatování smrti. Příklady citací ke kódu 4.3.3 uvádí obr. 29.

Obrázek 29 Citace ke kódu 4.3.3: Umožnění setkání rodinných příslušníků s pacientem



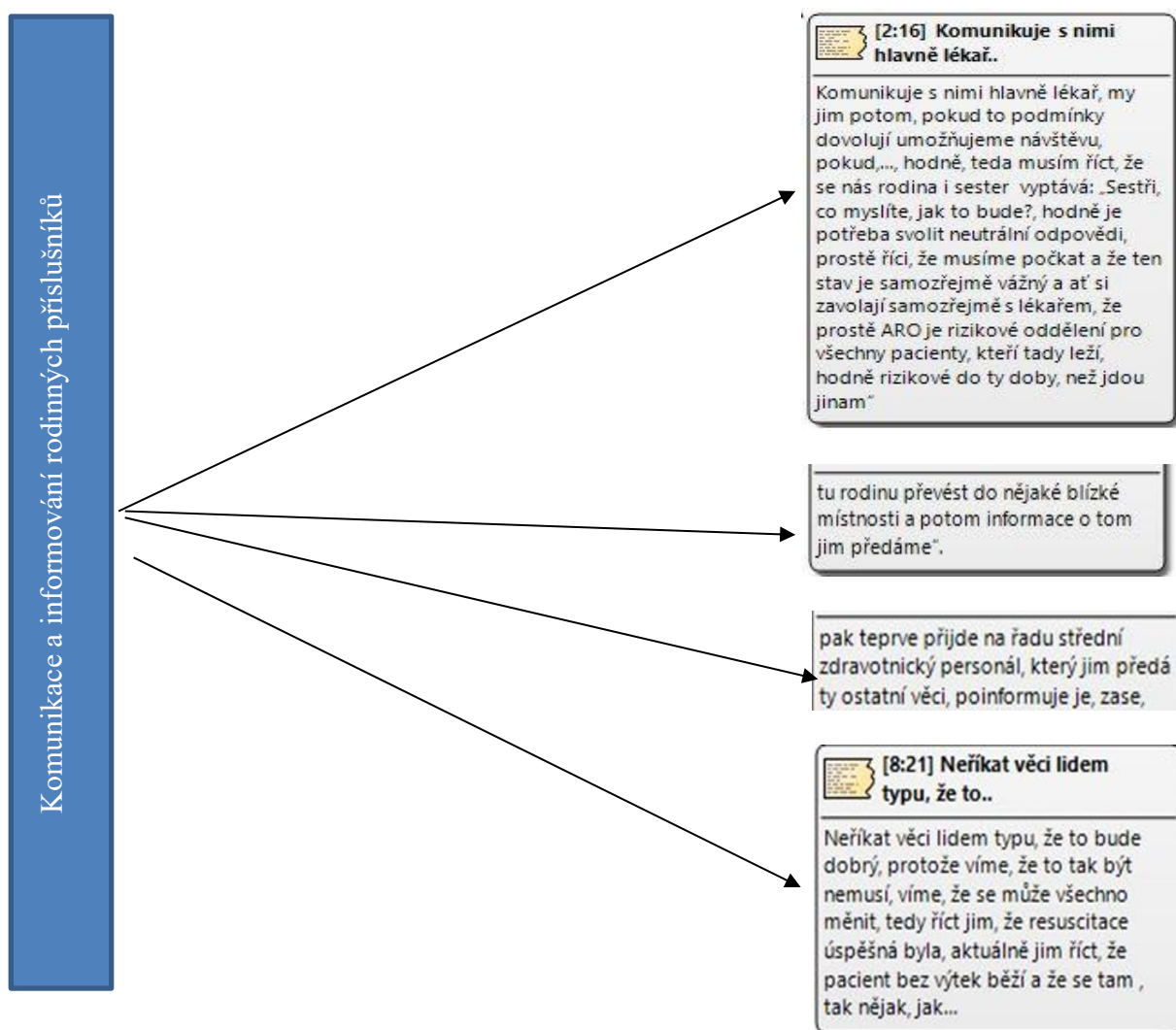
Zdroj: vlastní zpracování

### Kód 4.3.4 Komunikace a informování rodinných příslušníků

Následující dva kódy jsou vzájemně značně provázané, přesto se však podle našeho názoru mírně odlišují. Tento kód zrcadlí postupy, které respondenti uvedli ke komunikaci a informování rodinných příslušníků, následující kód více vypovídá o vysvětlování a edukaci.

V oblasti informování se vykazuje provázanost s kódem 4.1; zkušenosti respondentů hovoří o tom, že hlavní úloha zde náleží lékařům. Z pohledu NLZP je důležitá forma komunikace a sdělení informací rodinným příslušníkům, které by mělo vzhledem k nejisté prognóze příbuzného pacienta být spíše neutrální. Dalším faktorem komunikace je místo, kde se odehrává; po resuscitaci s letálním vyústěním je vhodné odvést rodinné příslušníky do jiné místnosti. Příklady citací ke kódu 4.3.4 uvádí obr. 30.

Obrázek 30 Citace ke kódu 4.3.4: Komunikace a informování rodinných příslušníků

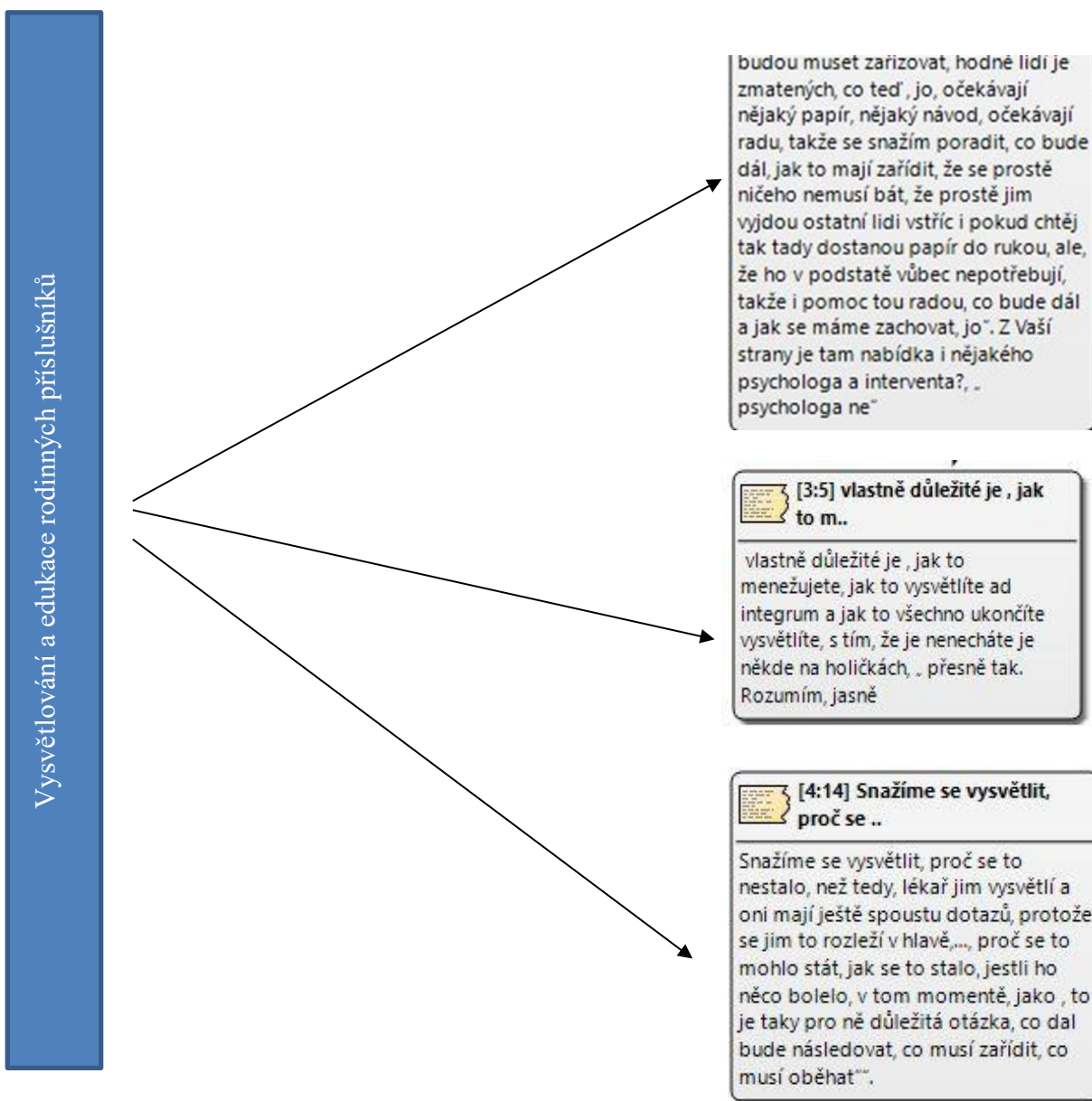


Zdroj: vlastní zpracování

### Kód 4.3.5 Vysvětlování a edukace rodinných příslušníků

I při vysvětlování a edukaci je podle jednoho z respondentů nutné volit vhodnou formu a správná slova. I zde náleží hlavní úkol lékařů. NLZP vysvětlují rodinným příslušníkům některé administrativní záležitosti, snaží se jim vysvětlit okolnosti zdravotního stavu příbuzného, příčinu současného stavu, důvody zvolených postupů ve vztahu k resuscitaci ad. Příklady citací ke kódu 4.3.5 uvádí obr. 31, který je uveden na dvou stranách.

Obrázek 31 Citace ke kódu 4.3.5: Vysvětlování a edukace rodinných příslušníků



Vysvětlování a edukace rodinných příslušníků

**[6:16] přesto ti příbuzní přišli, kdy..**

přesto ti příbuzní přišli, když věděli, že tatínek – dědeček umírá, a vlastně oni vlastně od nás očekávali, že budeme něco dělat, ale my jsme jim v zásadě museli vysvětlit, že ten jejich blízky je tam právě proto, že tam vlastně přišel umřít v klidu

**[7:17] prognóza je nejistá, to asi ta..**

prognóza je nejistá, to asi taky zřejmě to tady děláte. „To určitě lékaři to tady dělají, myslím si, že říkají těm příbuzným pravdu, samozřejmě musí vhodně volit správná slova, tak vhodně, protože ty lidi jsou strašně chytlaví, takže volit hodná slova, eventuelně připravit na tu možnost, že když se bude resuscitovat eventuelně znova, tak už to nemusí dopadnout tak dobře.

jdeme na ARO a na shledanou, v tom případě, bych jim šel, a jakoby bych jim ještě řekl, že děláme úplně všechno, ať si zavolají za dvě hodiny, že už toho pacienta budou mít vyšetřeného se vším všudy“

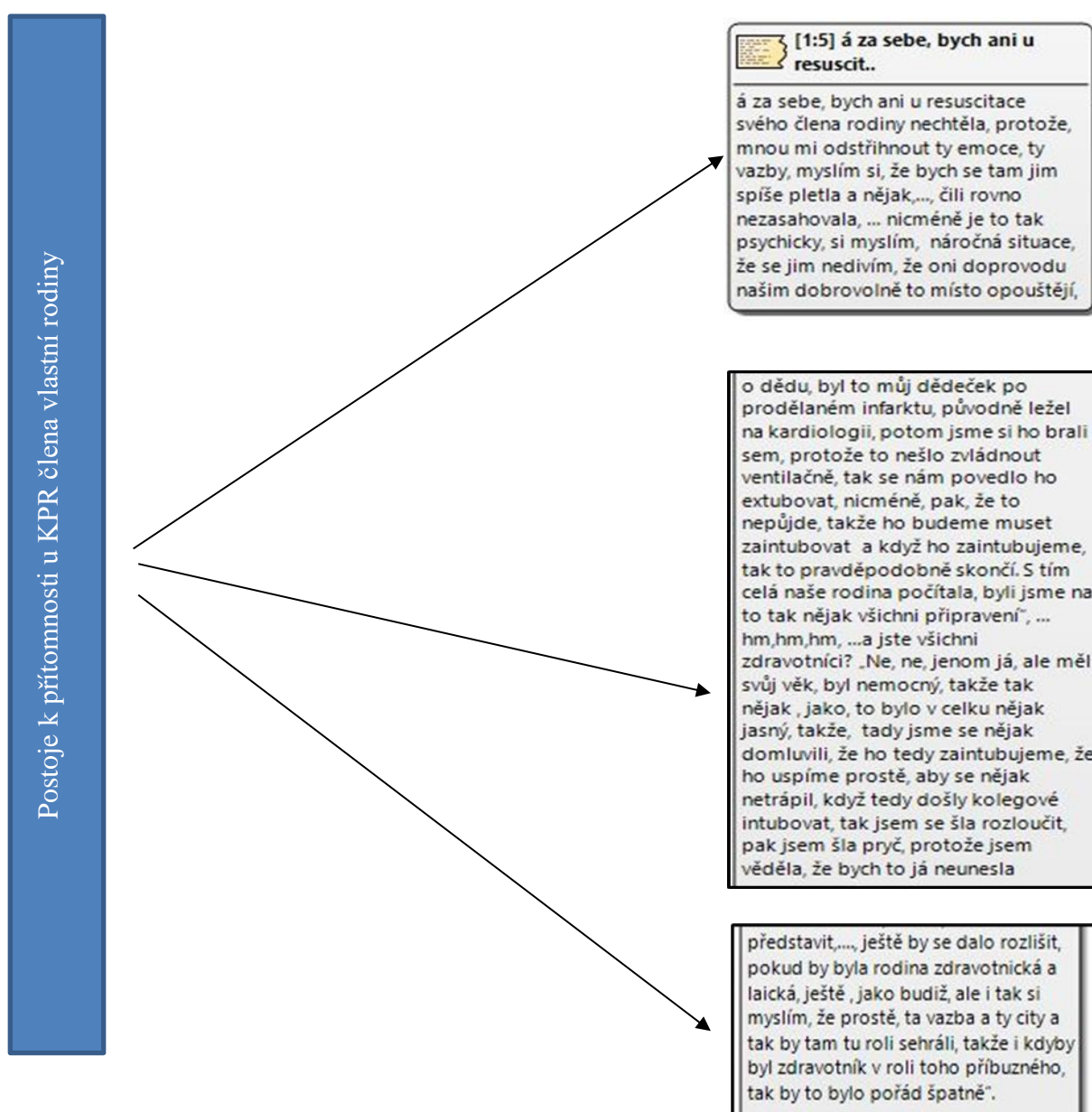
Ale asi ten iniciální kontakt je asi přes lékaře a pak je, ten sděluje tu nepříjemnou informaci z hlediska kompetencí, ale pak samozřejmě tam je spousta prostoru, který zvládáte Vy, protože Jste vždycky u toho pacienta, ten lékař je vlastně volat, když už začnete resuscitovat.

Zdroj: vlastní zpracování

#### Kód 4.4. Postoje NLZP k přítomnosti u resuscitace v případě člena vlastní rodiny a příbuzného se zdravotnickým vzděláním

Specifický kód vypovídá o názorech respondentů na situaci, kdy se ocitli nebo by se potenciálně mohli ocitnout u neodkladné resuscitace svého vlastního příbuzného, resp. vyjadřuje názor o přítomnosti příbuzného se zdravotnickým vzděláním. Z citací (viz obr. 32) vyplývá, že by respondenti u resuscitace svého příbuzného nechtěli být a nepovažují ani za vhodné, aby neodkladné resuscitaci přihlížel příbuzný, který má zdravotnické vzdělání, ale není členem zasahujícího týmu.

Obrázek 32 Citace ke kódu 4.4: Postoje NLZP k přítomnosti u resuscitace v případě člena vlastní rodiny



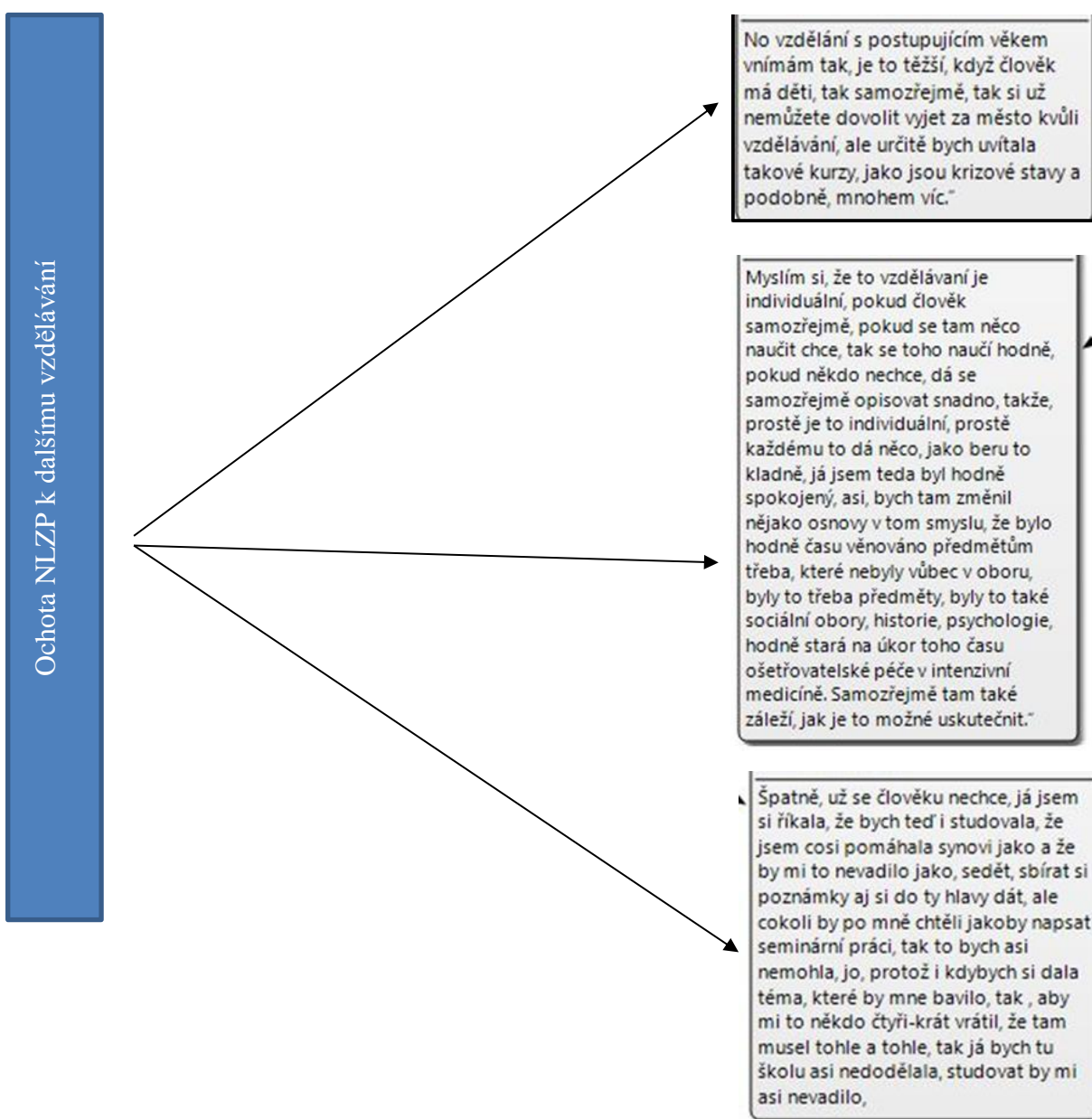
Zdroj: vlastní zpracování



## Kód 4.5 Ochota NLZP k dalšímu vzdělávání

Kód je sycen sděleními respondentů o ochotě se dále vzdělávat v oblasti intenzivní medicíny. Další vzdělávání v intenzivní medicíně je zaměřeno mj. i na krizové intervence, tedy na oblast poznatků, které mohou NLZP využít pro zkvalitnění své práce s rodinnými příslušníky resuscitovaných pacientů. Odpovědi naznačují ambivalentní postoje respondentů k dalšímu vzdělávání, přičemž jako překážku uvádějí věk, péči o vlastní děti, nutnost učit se i předmětům, které podle jejich názoru nejsou důležité. Kurzy na pracovišti by však přivítali. Příklady citací ke kódu 4.5 uvádí obr. 33.

Obrázek 33 Citace ke kódu 4.5: Ochota NLZP k dalšímu vzdělávání

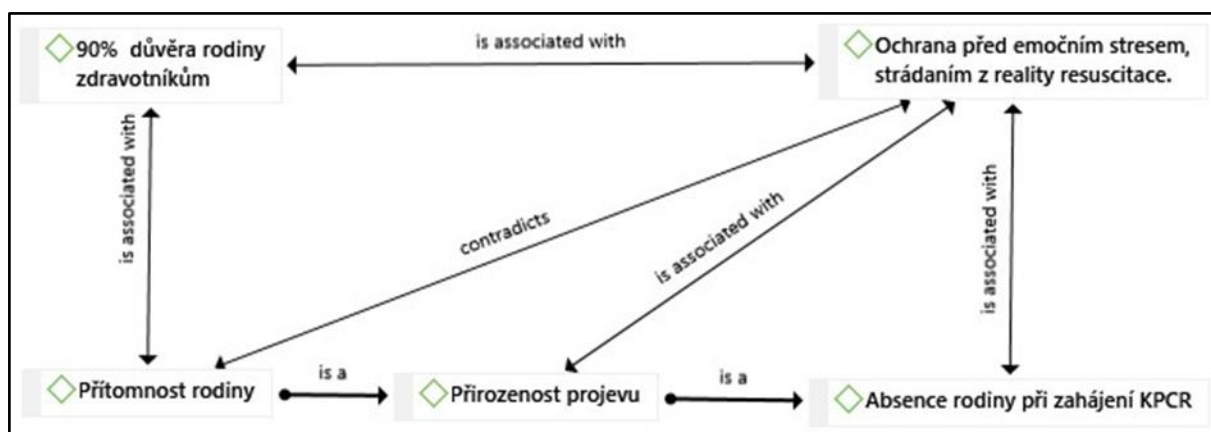


Zdroj: vlastní zpracování

## 5 SOUHRN

Základní vztahy, které vyplynuly z analýzy odpovědí respondentů, mezi sledovanými proměnnými prezentuje schéma na obrázku 34.

Obrázek 34 Základní identifikované vztahy

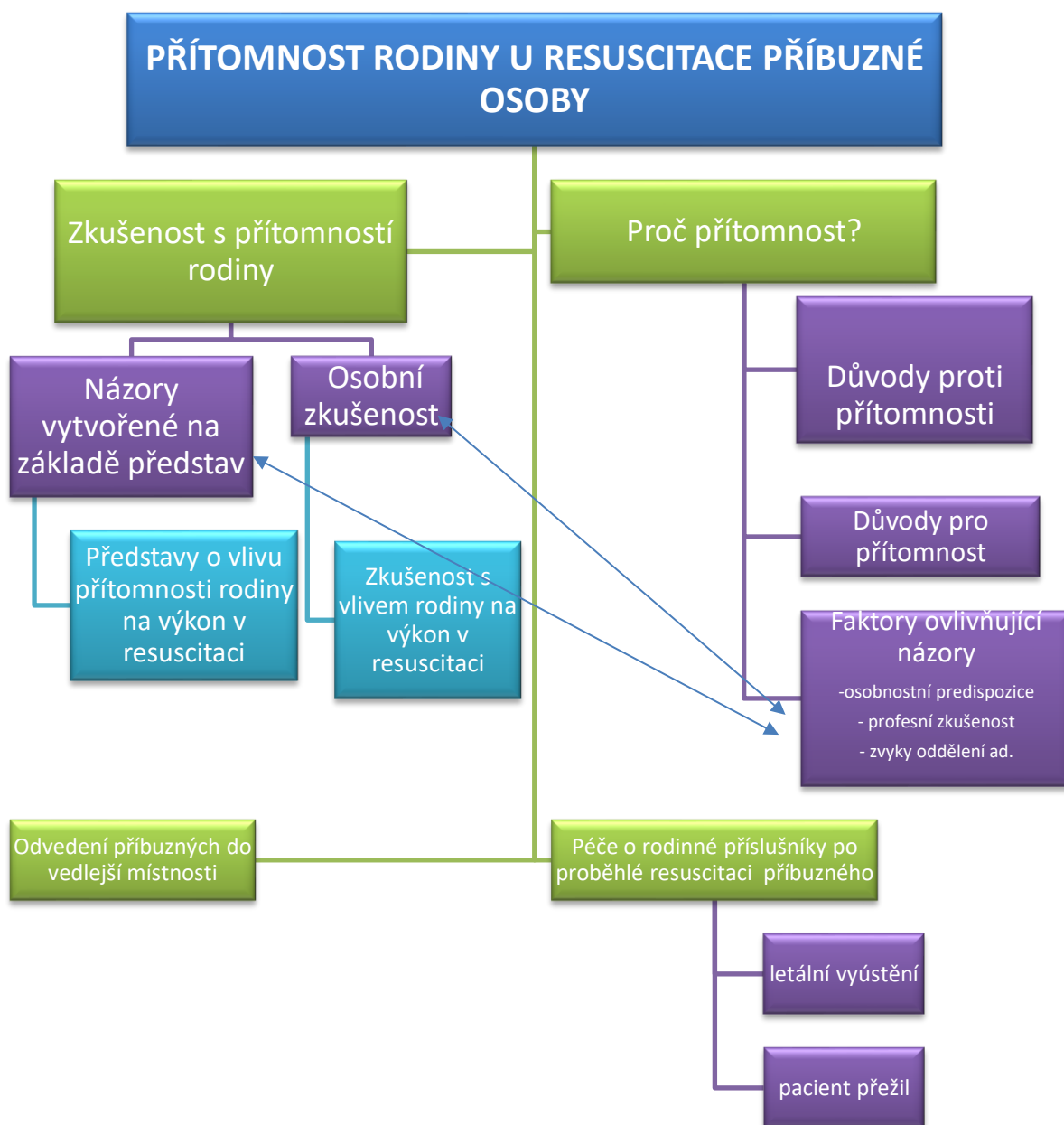


Zdroj: vlastní zpracování

Respondenti z řad NLZP mají ve velké míře zkušenost, že jim rodinní příslušníci ve vztahu k neodkladné resuscitaci důvěřují. Tato důvěra vede podle respondentů k tomu, že rodina chce být KPR přítomna. Avšak aby tuto důvěru NLZP nezklamali, mají na základě svých odborných znalostí a zkušeností s průběhem resuscitace tendenci chránit rodinné příslušníky před negativními důsledky vyplývajícími z průběhu a možných následků KPR. Z tohoto důvodu preferují absenci přímé účasti rodiny ve fázi zahájení neodkladné resuscitace. Přítomnost rodinných příslušníků však tolerují v případech, kdy rodinní příslušníci vykazují projevy přirozeného chování.

Detailnější provázání vztahů mezi identifikovanými kategoriemi a kódy schematicky zachycuje obr. 35.

Obrázek 35 Další identifikované vztahy



Zdroj: vlastní zpracování

Ze schématu vyplývá, že subjektivní vnímání přítomnosti rodinného příslušníka u neodkladné resuscitace příbuzné osoby může být determinováno a modelováno profesní zkušeností. Míra zkušenosti může ovlivňovat jak názor přítomnosti na ovlivnění kvality (profesního výkonu) resuscitace, tak i důvody pro nebo proti přítomnosti rodinných příslušníků u resuscitace; viz např. citace „nevím, jestli by to opravdu pomohlo, kdyby byli u resuscitace, to nedokážu posoudit.“ Názory na přítomnost a ovlivnění kvality jsou dále osobními názory či

zvyky daného oddělení. Za vhodný postup považují někteří respondenti odvedení rodinných příslušníků do vedlejší místnosti, případně na chodbu či do jiného prostoru, který je umístěn v blízkosti prováděné neodkladné resuscitace. Samostatnou problematiku pak představuje péče o rodinné příslušníky po proběhlé resuscitaci, která se odvíjí od výsledku resuscitace. Tuto ošetrovatelskou péči je vhodné provádět právě ve vedlejší místnosti.

Další část sumarizace výsledků je zakotvena do vyhodnocení stanovených výzkumných otázek

**Vo<sub>1</sub>? Jakou míru osobní zkušenosti mají respondenti s neodkladnou resuscitací prováděnou za přítomnosti rodinných příslušníků resuscitovaného pacienta?**

Z výzkumného šetření vyplynulo, že 75 % respondentů nemá přímou osobní zkušenost s přítomností rodinných příslušníků při neodkladné resuscitaci příbuzné osoby. Tito respondenti uvedli nepřímou zkušenost, a to buď z doslechů od kolegů, nebo byli konfrontováni voláním a aktivací resuscitačního týmu v rámci nemocnice na oddělení nebo v areálu nemocnice.

**Vo<sub>2</sub> Jak NLZP subjektivně vnímají důvěru rodiny ve zdravotnický personál ve vztahu k neodkladné resuscitaci příbuzného člena rodiny?**

Podle subjektivního hodnocení respondentů 90 % rodinných příslušníků zdravotníkům důvěřuje. Jinými slovy, při rozhovorech se zdravotníky jich 90 % potvrdilo, že rodina jim podle jejich subjektivního hodnocení v průběhu neodkladné resuscitace prokázala důvěru verbálně i chováním.

Avšak tato důvěra může být dle respondentů ohrožena některými faktory, které jsou inherentně součástí většiny neodkladných resuscitací; jedná se o nevhodné aspekty provázející odborné intervence zdravotnického týmu, nevhlednost celé situace, zbědačení pacienta (rodinného příslušníka) a celkově nehezkých obrazů, na které se nelze nikdy připravit. Nedůvěra rodinných příslušníků provázená nevhodným chováním během resuscitace příbuzné osoby je faktorem, který může negativně soustředění se na výkon resuscitace a tím i kvalitu KPR.

**Vo<sub>3</sub> Jaké důvody hovoří podle NLZP ve prospěch přítomnosti rodinných příslušníků u neodkladné resuscitace příbuzné osoby?**

Schematicky jsou vztahy mezi důvody pro přítomnost rodinných příslušníků u neodkladné resuscitace příbuzné osoby zachyceny na obrázku 36.

Obrázek 36 Důvody pro přítomnost rodinných příslušníků u KPR příbuzného



Zdroj: vlastní zpracování

Důvodem pro přítomnost rodinných příslušníků u neodkladné resuscitace je zejména spolupracující rodina, naslouchající edukaci prováděné některým z členů resuscitačního týmu. Respondenti jako protektivní faktory ve vztahu k přítomnosti rodinných příslušníků vnímají ochotu přijmout argumentaci zdravotníků či vybudovaný vztah s rodinným příslušníky při dlouhodobější hospitalizaci pacienta – rodinného příslušníka.

Motivy NLZP k vyhovění přání rodiny být přímo přítomna u neodkladné resuscitace lze dále spatřovat v pochopení pro traumatizující stav, empatii a ochotě vyhovět. Specifickou situací je resuscitace dětského pacienta, kdy někteří respondenti chápou motivaci rodičů být přímo u resuscitace jejich dítěte.

Respondenti však spíše preferují umístění rodinných příslušníků do vedlejší místnosti (viz obr. 35).

#### **Vo4 Jaké důvody hovoří podle NLZP proti přítomnosti rodinných příslušníků u neodkladné resuscitace příbuzné osoby?**

Důvody uvedené proti přítomnosti rodinných příslušníků účastnit se přímo na místě resuscitace KPR příbuzné osoby zachycuje schematicky obrázek 37.

Obrázek 37 Důvody proti přítomnosti rodinných příslušníků u KPR příbuzného



Zdroj: vlastní zpracování

Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že přítomnost členů rodiny během KPR je NLZP vnímána převážně jako nevhodná, kontraproduktivní pro obě zúčastněné strany. Respondenti mají pochopení pro skutečnost, že přání být u neodkladné resuscitace je přirozenou reakcí a svébytným projevem rodiny. Na druhou stranu je však nutné vzít v úvahu, že NLZP nemohou poskytnout jistotu prognózy po úspěšné resuscitaci před případnou další neodkladnou resuscitací, což může působit jako stresogenní faktor jak pro zdravotníky, tak i pro členy rodiny.

Důvody k odmítání přítomnosti rodiny u KPR jsou tedy ochrana před emočním stresem a strádáním příbuzných z reality resuscitace. Na to navazují další důvody, mezi něž respondenti řadí věčnou nejistotu v prognóze, nepřehlednost situace, nevhodné projevy rodinných

příslušníků, podceňování situace členy rodiny či nenaslouchání zdravotníkům, nepředvídatelnost chování členů rodiny v kritických fázích neodkladné resuscitace. Určitou roli hraje i zmenšení velikosti pracovního prostoru.

**V05: Jak se NLZP staví k přání rodinných příslušníků, aby mohli být přítomni KPR příbuzné osoby?**

Analýza odpovědí přinesla zjištění, že NLZP pro-aktivně nezvou členy rodiny k neodkladné resuscitaci. Na druhou stranu na naléhání rodinných příslušníků, aby mohli být přítomni u neodkladné resuscitace jejich příbuzného, NLZP slyší. Podle respondentů nelékařští členové resuscitačního týmu převážně s rodinnými příslušníky spolupracují a snaží se o edukaci. Primární roli zde však ohraje ošetřující lékař. Edukace zpravidla směřuje k podání takových informací, které mají rodinné příslušníky přesvědčit strávit čas neodkladné resuscitace ve vedlejší místnosti. Důvodem tohoto záměru je nevystavení rodinných příslušníků nežádoucím psychosociálním aspektům vyplývajícím z KPR, tedy snaha o ochranu rodinných příslušníků před působením negativních vlivů KPR. Nedílnou součástí vztahu NLZP – rodinní příslušníci jsou zde ošetrovatelské intervence zaměřené zejména na snížení emočního napětí po proběhlé resuscitaci (komunikace, utěšování, podání předepsané medikace). Součástí těchto intervencí pak bývá i podání prakticky zaměřených informací (např. další postup v případě letálního vyústění resuscitace).

Výsledky kvalitativního šetření přinesly poznatek o určité míře paternalismu a technokratického či rutinního postoje respondentů k přítomnosti rodinných příslušníků u KPR. Motivem tohoto postoje lze spatřovat ve výše zmíněném ochránářském přístupu k rodinným příslušníkům resuscitovaného pacienta.

## 6 Diskuse

Výzkumné šetření se zaměřilo na získání primárních informací zaměřených na problematiku přítomnosti rodinných příslušníků u neodkladné resuscitace příbuzné osoby z pohledu nelékařských zdravotnických pracovníků. V pozadí tématu se vynořuje základní otázka: Je přítomnost rodiny při sledování postupů KPR pro zdravotníky nepříjemná? O účincích přítomnosti rodin u lůžka na zdravotníky, zatímco jejich blízcí podstupují kardiopulmonální resuscitaci, bylo do konce milénia provedeno jen málo výzkumných studií (Meyers, Eichhorn, Guzzetta, et al., 2000, s. 32), a ani v současné době není toto téma předmětem rozsáhlejšího bádání, přičemž v ČR je výzkumníky až na malé výjimky (viz níže) zcela přehlíženo.

Výsledky kvalitativního šetření přinesly zjištění, že většina respondentů z řad NLZP dosud nemá osobní zkušenost s přítomností rodinných příslušníků u neodkladné resuscitace. Přímý dotaz na osobní zkušenost respondentů u KPR s přítomností rodinných příslušníků lze považovat za pozitivum tohoto šetření; např. výzkumné šetření Twibellové et al. (2018, s. 109) provedené v USA se (podobně jako tato studie) zaměřilo na vnímání sester bez ohledu na jejich zkušeností s resuscitací v přítomnosti rodinných příslušníků, avšak na zkušenost se přímo neptalo, ale odhadovalo ji z délky ošetrovatelské praxe (na základě zjištění, že více než 75% vzorku mělo minimálně 6 let ošetrovatelské praxe a více než 90 % pracovalo na jednotkách akutní péče autoři dovodili, že většina účastníků byla pravděpodobně vystavena alespoň jedné resuscitaci s přítomností rodinných příslušníků).

Pravděpodobnost, že se NLZP v budoucnu ocitnou v situaci, kdy budou provádět resuscitaci za přítomnosti rodinných příslušníků je vysoká, neboť naléhání příbuzných, aby mohli být přítomni při resuscitaci svého blízkého, je stále častější (Červený a kol, 2018, s. 40). Rovněž výsledky zahraničních, a to i z dnešního pohledu „historických“ studií naznačují relativně vysokou míru přání rodinných příslušníků být přítomen resuscitaci příbuzného (Doyle, Post, Burney et al., 1987, s. 676). Studie Meyers et al. provedená v USA zjistila, že rodiny vnímaly přítomnost u resuscitace jako pozitivní zkušenost a věřily, že být s pacientem je jejich právo. Členové rodiny, kteří navštívili své blízké během resuscitační péče, neutrpěli žádné psychologické následky (Meyers, Eichhorn, Guzzetta, et al., 2000, s. 33). Zkušenost zdravotníků se přítomností rodinných příslušníků u resuscitace v nemocničním prostředí je však pravděpodobně podmíněna kulturními zvyklostmi dané země. Například ze studie Badira a Sepitové provedené na vzorku 409 sester pracujících v intenzivní péči ve třech velkých nemocnicích v Turecku vyplynulo, že žádná z nemocnic, které se zúčastnily této studie, neměla protokol ani zásady týkající se přítomnosti rodiny resuscitace. Více než polovina respondentů



neměla žádné zkušenosti s přítomností rodiny během kardiopulmonální resuscitace a žádný z respondentů nikdy nepřizval členy rodiny do resuscitační místnosti. Většina sester nesouhlasila s tím, že je nutné, aby členové rodiny byli se svým pacientem, a nechtěli členy rodiny v resuscitační místnosti (Badir, Sepit, 2007, s. 83).

Jak bylo uvedeno výše, v našem kulturním okruhu, který je jistě blíže západnímu než tureckému, lze oprávněně očekávat, že resuscitací s přítomností rodinných příslušníků bude přibývat. Z tohoto důvodu spatřujeme důležitost role dalšího vzdělávání NLZP. Výsledky naší studie ukazují spíše na nižší ochotu respondentů k dalšímu vzdělávání v problematice kritických intervencí. Většina respondentů si představy o přítomnosti rodinných příslušníků u KPR vytváří na základě zkušeností kolegů. V tomto smyslu může hrát pozitivní roli i zkušenost zdravotníků a debriefing. Z výzkumu Twibellové et al. (2008, s. 108) mj. vyplynulo, že pokud má zdravotní sestra zkušenost s přítomností rodiny během resuscitace, může debriefing poskytnout nejen další vzdělávací příležitosti, ale i příležitost rozvíjet důvěru. Strategie aktivního učení zde mohou zahrnovat hraní rolí, mentoring, supervidovanou praxi, koučování, případové studie, simulace a sebezkoumání důkazů pro přítomnost rodiny u KPR. Protektivním se jeví i členství v profesních organizacích.

Z výzkumu dále vyplynulo, že pokud rodinní příslušníci o přítomnost u resuscitace příbuzné osoby přímo požádají, je jim zpravidla vyhověno, což odpovídá i doporučením odborné literatury (Červený a kol, 2018, s. 40) a požadavkům etického přístupu k rodině pacienta, který se ocitl v přímém ohrožení života (Černý, 2003, s.7). Zkušenosti respondentů však hovoří i o tom, že v případě rizika negativního ovlivňování resuscitace ze strany rodinných příslušníků lékař rozhodne o jejich nepřipuštění na místo resuscitace; tento postup doporučuje i Červený a kol; *„pokud však budou příbuzní negativně ovlivňovat průběh resuscitace, měli by být šetrně leč důrazně požádáni, aby opustili místo, kde se resuscitace provádí“* (Červený a kol, 2018, s. 40).

Souhrnně lze za jádrový výstup považovat zjištění, že respondenti z řad NLZP primárně nevnímají přítomnost rodinných příslušníků u resuscitace příbuzné osoby jako přínosnou, zároveň však tuto přítomnost nevnímají jako riziko, pokud rodina se zdravotníky spolupracuje (drží se pokynů zdravotníků) v celém průběhu resuscitace a do KPR negativně nezasahuje. Ve studii Názory zdravotníků na KPR z roku 2013 více než polovina (54 %) respondentů uvedla, že je spíše/zásadně proti přítomnosti rodinných příslušníků u KPR, necelé třetině (27 %) přítomnost rodinných příslušníků nevadí, 15 % respondentů uvedlo odpověď „nevím“ a pouze

4 % zdravotníků dle této studie přítomnost rodinných příslušníků u KPR vítá. Z hlediska důvodu pro a proti uvedli respondenti jako důvody pro přítomnost rodiny u KPR transparentnost postupu, sdílení kritické chvíle, nemožnost vykázat a čas na přijetí (Šeblová ©2016). Tyto důvody se částečně kryjí se zjištěními této práce, a to v transparentnosti postupu a sdílení kritické chvíle, avšak odpovědi indikující jako pozitivum nemožnost vykázat rodinné příslušníky z místa resuscitace a čas na přijetí se v odpovědích respondentů neobjevily. Naopak všechny důvody proti přítomnosti rodinných příslušníků u KPR uváděné ve studii z roku 2013 (riziko stížností, traumatizace, nepřehlednost, psychická zátěž týmu; Šeblová ©2016) se objevily i v našem výzkumném šetření.

Jiná studie zjišťující názory zdravotníků na přítomnost rodinných příslušníků u KPR příbuzné osoby podle dostupných informací neproběhla. Zjištění z některých zahraničních studií s výsledky naší studie do určité míry nekorespondují. Výzkum Twibellové et al. (2008, s. 108) provedený ve Spojených státech přinesl zjištění, že více než polovina sester věří tomu, že rodinní příslušníci mají právo být přítomni u resuscitace svého příbuzného. Podle zdravotních sester jsou patrné výhody, co se týče rodinné přítomnosti při resuscitaci dospělých blízkých a to především, že rodiny chápou závažnost pacientova stavu, rodiny vidí, že všechno bylo děláno pro jejich milovaného člověka, a rodiny se ve fázi smutku dokážou lépe ztotožnit a přijmout realitu takovou, jaká je a zvládnou truchlení pozitivněji. Výzkum však přinesl i názory sester proti přítomnosti rodiny u KPR, a to možné zvýšení počtu soudních sporů a riziko delšího průběhu resuscitace, pokud jsou přítomny rodiny pacientů (Twibbel, Sieal, Riwitis, et al, 2008, s. 102). V další studii KPR za přítomnosti rodinných příslušníků neovlivnila charakteristiky resuscitace, přežití pacientů, úroveň emočního stresu týmu a nevedla k právním důsledkům z důvodu stížnosti přítomných rodinných příslušníků (Jabre, Belpomme, Azoulay, 2013, s. 1011); výše uvedené jsou faktory, které někteří respondenti v naší studii uváděli jako důvody proti přítomnosti příbuzných u KPR. (Wagnerová 2014, s. 417) ve své práci zjistila, že zdravotníci při provádění resuscitace opomíjejí uznat, že rodinní příslušníci pacientů prožívají spolu s pacienty krizi a že jsou narušeny mechanismy zvládnání. V době krize jsou navíc často ignorovány informační a blízké potřeby členů rodiny. Podle našeho názoru lze na základě výsledku této práce konstatovat, že respondenti této práce byli více empatičtí, i když i v našem souboru se objevili jedinci se sklonem k paternalistickému přístupu s apriorním odmítáním rodinných příslušníků u resuscitace příbuzné osoby. Studie Meyers et al. přinesla zjištění, že přítomnost rodinných příslušníků podporují zdravotní sestry (96%) a lékaři (79%), nikoli však zřizovatelé nemocnic; 38 % zástupců poskytovatelů zdravotní péče vyjádřilo znepokojení nad

možným narušením ze strany členů rodiny během resuscitace (Meyers, Eichhorn,, Guzzetta, et al., 2000, s. 33).

Z výzkumů Twibellové et al. vyplynulo, že vnímání faktorů souvisejících s přítomností rodiny u KPR se nelišilo podle stupně zdravotnického vzdělání ani podle délky praxe, avšak lišilo se podle zkušenosti; sestry, které měly zkušenost s přítomností rodiny během resuscitace, byly při provádění resuscitace výrazně sebevědomější a vnímaly více výhod a méně rizik ( $P < 0,001$ ). Vnímání více výhod a menšího rizika souviselo s členstvím v profesních organizacích, profesní certifikací a prací na pohotovostním oddělení ( $P < 0,001$ ) (Twibbel, Sieal, Riwtis, et al, 2008, s. 102).

Z výše uvedeného tedy vyplývá, že k zásadním faktorům, které u zdravotníků ovlivňují vnímání výhod a rizik přítomnosti rodinných příslušníků u resuscitace, patří profesní zkušenost. Jak bylo uvedeno výše, řešení potřeb rodinných příslušníků přítomných KPR prostřednictvím vhodných ošetrovatelských intervencí bude stále důležitější, protože lze (podobně jako je tomu v západních zemích) očekávat, že resuscitací v nemocničním prostředí za přítomnosti rodinných příslušníků bude v budoucnu přibývat (Meyers, Eichhorn,, Guzzetta, et al., 2000, s. 34). Tato studie ukázala, že většina respondentů výzkumného šetření dosud osobní zkušenost s KPR za přítomnosti rodiny nemá. V souladu s doporučeními Badir a Sepit (2007, s. 83) závěrem se konstatuje, že - s ohledem na rostoucí důkazy z mezinárodních studií o hodnotě přítomnosti rodinných příslušníků při kardiopulmonální resuscitaci - lze českým zdravotníkům doporučit vzdělávací program o této problematice a managementu českých nemocnic doporučit vypracování zásad, které by vedly ke zlepšení na tomto úseku intenzivní nemocniční péče v ČR.

## **Závěr**

Diplomová práce se zaměřila na téma přítomnosti rodinných příslušníků při neodkladné resuscitaci rodinného příslušníka. Hlavním cílem práce bylo s využitím postupů kvalitativního výzkumu zjistit, jak zdravotničtí pracovníci nelékařských profesí, kteří se aktivně na resuscitaci podílejí, vnímají přítomnost rodinných příslušníků u resuscitace příbuzné osoby.

Práce byla rozdělena do dvou základních oddílů na část teoretickou a část empirickou. Teoretická část se zaměřila zejména na etické aspekty intenzivní medicíny, resp. resuscitační péče v intenzivní medicíně (The Ethics of Resuscitation). Základní etické principy jsou totiž nedílnou součástí zkoumané problematiky přítomnosti rodinných příslušníků u základní i rozšířené neodkladné resuscitace, prováděné v nemocničním prostředí profesionálním zdravotnickým týmem. Rešerše odborné literatury přinesla zjištění, že KPR je spojena s etickými otázkami autonomie pacienta, principy beneficence, nonmaleficence, respektování zákona či etické otázky spojené s nezahajováním KPR. Nezastupitelnou součástí etické dimenze intenzivní medicíny je i co nejtěsnější, vstřícná, ohleduplná a individuálně co nejvíce otevřená komunikace s nemocným, v případě neodkladné resuscitace však častěji - vzhledem k povaze resuscitační péče – s jeho rodinou či nejbližšími.

Jednou ze situací, kde se tato komunikace může projevit, je i neodkladná resuscitace. Problematika přítomnosti rodinných příslušníků u KPR (angl. Family Presence During Resuscitation; Family Participation During Resuscitation; Family Presence during Cardiopulmonary Resuscitation) je oblastí, které není v odborné literatuře, výzkumu, ani v evropském manuálu (včetně české verze) Doporučených postupů pro resuscitaci ERC 2015 věnována příliš velká pozornost. První studie byly provedeny a zveřejněny v západním světě (zejména v USA) až na konci 80. let minulého století. Od té doby bylo několik výzkumných šetření provedeno, většinou se však zaměřují spíše na příbuzné než na samotné zdravotníky. V českém prostředí je tato problematika v odborném písemnictví reflektována sporadicky. V dokumentu Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb: standardy pro lůžkovou zdravotní péči nejsou ve Standardu zajištění kardiopulmonální resuscitace - kritéria pro hodnocení (indikátory standardu) přítomnost rodiny u KPR nijak ošetřena ani zmíněna. Z dostupných informací vyplývá, že české nemocnice nemají vypracovány protokoly či jiné dokumenty upravující přítomnost rodinných příslušníků u KPR.

Z výše uvedených důvodů lze považovat zvolené téma a záměr výzkumného šetření podle našeho názoru za velmi aktuální. Empirické šetření bylo provedeno s využitím postupů kvalitativního výzkumu na vzorku 12 nelékařských zdravotnických pracovníků v intenzivní péči se zkušeností provádění profesionální KPR.

Vyhodnocení stanoveného cíle práce se odráží v hlavních výstupech empirického šetření. Za hlavní výstupy výzkumu lze považovat následující: a) ve vzorku respondentů převažovali zdravotníci, kteří nemají přímou osobní zkušenost s přítomností rodinných příslušníků přímo v místě provádění neodkladné resuscitace; b) přítomnost členů rodiny během KPR je NLZP vnímána převážně jako nevhodná, spíše kontraproduktivní pro obě zúčastněné strany; c) za vhodnou strategii považují respondenti odvedení rodinných příslušníků do vedlejší místnosti; d) NLZP se snaží o empatický a vstřícný přístup k rodinným příslušníkům po skončení KPR. Důvody k odmítání přítomnosti rodiny u KPR jsou zejména: a) ochrana před emočním stresem jak rodinných příslušníků, tak i zdravotníků, b) vnímání rizika ovlivnění kvality resuscitace prováděné v přítomnosti rodinných příslušníků, c) ochrana příbuzných z reality resuscitace. Na to navazují další důvody, mezi něž respondenti řadili nejistotu v prognóze, nepřehlednost situace a zmenšení pracovního prostoru pro provádění KPR, nevhodné projevy rodinných příslušníků, podceňování situace členy rodiny či nenaslouchání zdravotníkům, nepředvídatelnost chování členů rodiny v kritických fázích neodkladné resuscitace.

Problematika přítomnosti rodinných příslušníků u KPR v sobě zahrnuje mnoho proměnných. V současném světě provázaném sociálními sítěmi může pohled zdravotníků i rodinných příslušníků ovlivňovat prezentace zkušenosti ve virálním světě (Twitter, Instagram, Facebook ad.), v němž často dochází ke generalizaci názorů na základě jedné zkušenosti. Na straně rodinných příslušníků hraje svou roli i „doktor Google“ či „MUDr. Wikipedia“, jejichž „studium“ může ovlivňovat soudnost posuzování kritických stavů ve zdravotnictví ze strany jednotlivých členů rodiny a jejich reakce při KPR. Zdravotník při posuzování vhodnosti nebo naopak nevhodnosti přítomnosti člena rodiny u KPR vnímá dovednosti jednotlivých členů rodiny posoudit strach z prožitků nehezkých životních obrazů, percipuje reakce přítomné rodiny na běžný provoz boxu s intenzivní resuscitační péčí. Laické vnímání perspektivy pacienta jeho blízkými ve vztahu k medicínským otázkám, ve vztahu k ošetrovatelským a sociálním aspektům, riziko podceňování nebo naopak přeceňování, nerealistická očekávání členů rodiny ad. – to všechno jsou neopomenutelné faktory, které zdravotníci – ať už zcela vědomě nebo podvědomě-vnímají ve vztahu k přítomnosti rodinných příslušníků u KPR. Za determinanty tohoto vnímání lze považovat i místo a velikost prostoru resuscitace či technické

zázemí boxu na ARO. Nezanedbatelným faktorem hodnocení a zvažování poměru přínosnosti/rizik přítomnosti rodinných příslušníků u KPR je riziko forezních následků. A nikoli v neposlední řadě – v současné době lze za významný faktor považovat vyčerpání kapacit z nekončící covidové pandemie.

Výsledky empirického šetření naznačily paternalistický přístup a malou zkušenost s přítomností rodinných příslušníků u KPR ve vzorku českých NLZP. Uvedené odpovídá spíše „východnímu“ než „západnímu“ pojetí zkoumané problematiky. Výzkumy ze západních zemí ukazují, že osobní zkušenost, předávání zkušeností (debriefing) a příslušnost k profesním organizacím jsou protektivními faktory, jež ovlivňují pozitivnější přístup zdravotníků k přítomnosti rodinných příslušníků u KPR. Ačkoli je zřejmé, že neexistuje a patrně ani v budoucnu nebude existovat adekvátní řešení, které obsáhne ideální algoritmus chování NLZP v situaci rozhodování o přítomnosti či absenci blízkých členů rodiny při resuscitaci příbuzné osoby, mohly by výsledky této diplomové práce mj. posloužit managementu nemocnic jako inspirace k zamyšlení se nad problematikou KPR prováděné v přítomnosti rodiny. Jako směr dalšího zkoumání se tedy nabízí výzkum zaměřený na získání přehledu o názorech na problematiku přítomnosti rodinných příslušníků u KPR prováděné v areálu zdravotnického zařízení na vzorcích managementu nemocnic, primářů oddělení intenzivní medicíny, vrchních či staničních sester, ale i vzorcích členů rodiny. Prospěšný by byl bezesporu i kvantitativní výzkum provedený na reprezentativním vzorku NLZP z celé České republiky.

## 7 POUŽITÁ LITERATURA

BADIR, A. a B. SEPT. *Family presence during CPR: A study of the experiences and opinions of Turkish critical care nurses. International Journal of Nursing Studies*, 2007; 44, s. 83–92. ISSN: 0020-7489.

CVACHOVEC, Karel. *Neodkladná resuscitace*. In: ŠEVČÍK, Pavel, ČERNÝ, Vladimír, VÍTKOVEC, Jiří et al. *Intenzivní medicína. 2., rozšířené vydání*. Praha: Galén, 2003, s. 382–394. ISBN 80-7262-203-X.

ČERNÝ, Vladimír, VÍTKOVEC, Jiří et al. *Intenzivní medicína. 2., rozšířené vydání*. Praha: Galén, 2003, s. 2-4. ISBN 80-7262-203-X.

ČERNÝ, Vladimír. *Etické aspekty intenzivní medicíny*. In: ŠEVČÍK, Pavel, ČERNÝ, Vladimír, VÍTKOVEC, Jiří et al. *Intenzivní medicína. 2., rozšířené vydání*. Praha: Galén, 2003, s. 6-15. ISBN 80-7262-203-X.

ČERVENÝ, Rudolf, POKORNÝ, Jiří, FRANĚK, Ondřej a David HALATA. *Lékařská první pomoc a kardiopulmonální resuscitace. Novelizace Doporučeného postupu*. Prakticus, 2018; 17 (1), s. 36-44. 7, ISSN 1213–8711.

DOBIÁŠ, Viliam a kolektiv. *Predenemocničná urgentná medicína*. Bratislava: Osveta, 2012. ISBN 978-80-8063-387-5.

DOYLE Constance, POST Hank, BURNEY Richard, MAINO John, KEEFE Marcie a Kenneth J. RHEE. *Family participation during resuscitation: an option*. *Annals of Emergency Medicine*, 1987;16: s.673–5. ISSN 0196-0644

EICHHORN Dezra, MEYERS Theresa, GUZZETTA Cathie et al. *Family presence during invasive procedures and resuscitation: hearing the voice of the patient*. *The American Journal of Nursing*, 2001;101, s. 48–55. ISSN 0002-936X

FULBROOK Paul, LATOUR Jos, ALBARRAN John, et al. *The presence of family members during cardiopulmonary resuscitation: European federation of Critical Care Nursing associations, European Society of Paediatric and Neonatal Intensive Care and European Society of Cardiology Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions Joint Position Statement*. *European Journal of Cardiovascular Nursing*: 2007;6, s. 255–8. ISSN neuvedeno.

GAVORA, Petr. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-79-6.

GAWANDE, Atul. *Being Mortal*. New York: Macmillan US, 2018. ISBN 978-125008-124-7.

GUIRDHAM, Maureen. *Communicating across Cultures at Work*. Second edition. London: Macmillan Education, 2005, ISBN 978-1-4039-1349-4.

GUTMANNOVÁ, Amy (ed.): *Multikulturalismus. Zkoumání politiky uznání*. Praha: Nakladatelství Epoque, 2001. ISBN 80-7007-161-3.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie. Nauka o umírání a smrti*. 2. vydání. Praha: Galén, 2007 ISBN 978-80-7262-471-3

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

HOFSTEDE, Geert, HOFSTEDE Gert, Jan a Michael MINLOV. *Cultures and Organizations: Software of the Mind*, 2nd. Edition. New York: McGraw – Hill USA, 2005. ISBN 978- 07-143959-5.

CHRÁSKA, Miroslav. *Úvod do kvantitativního výzkumu. Základy kvantitativně orientovaného výzkumu*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. ISBN 80-244-0765-5.

JABRE, Patricia, BELPOMME, Vanessa, AZOULAY, Elie et al. *Family Presence during Cardiopulmonary Resuscitation*. The New England Journal of Medicine 2013; 368, s. 1008-1018. ISSN: 0028-4793

KEBZA, Vladimír. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia, 2005. ISBN 80-200-1307-5.

KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ. *Syndrom vyhoření*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. ISBN 80-7071- 231-7.

KELLEHEAR Allan. *A Social History of Dying*. Cambridge: Cambridge University Press, 2007. ISBN 978-0511-48135-2.

KEMP, Peter. *The Barcelona Declaration*. Synthesis Philosophica, 2008; 23(2), s. 239-251. ISSN: 0352-7875.

KONOPÁSEK, Zdeněk. *Aby myšlení bylo dobře vidět: nad novou verzí programu Atlas.ti*. Biograf, 2005; č. 37, s. 89-109. ISSN 1211-5770.

KRATOCHVÍL, Stanislav. *Základy psychoterapie*. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-197-7.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-551

LIDÁK, Ján a Viera KOGANOVÁ. *Politológia*. Druhé doplnené vydanie. Bratislava: Sofa, 2004. ISBN 80-89033-38-5.

LIPPERT, Freddy, K., RAFFAY, Violetta., GEORGIU, Marios., STEEN, Peter, A. a Leo BOSSAERT. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. Section 10. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. Resuscitation, 2010, 81, s. 1445–1451

MACH, Jan. *Lékař a právo*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3683-9.

MAREŠ, Jiří. *Etické otázky současné intenzivní péče v kardiologii*. Intervenční a akutní kardiologie 2011; 10(Suppl. B), s. 8–12. ISSN 1213-807X.



MATĚJOVIČ, Martin. *Editorial*. Postgraduální medicína, 2012; č. 5, s. 467. ISSN 1212-4184.

MENTZELOPOULOS, Spyros D., Keith COUPER, Patrick Van de VOORDE, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2021: Ethics of resuscitation and end of life decisions. *Resuscitation* [online]. 2021, **161**, 408-432 [cit. 2021-04-23]. ISSN 03009572. Dostupné z: doi:10.1016/j.resuscitation.2021.02.017.

MEYERS. T.A, EICHHORN D.J, GUZZETTA C.E, et al. *Family presence during invasive procedures and resuscitation: the experience of family members, nurses, and physicians*. American Journal of Nursing 2000;100(2), s. 32-41.

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4.

MONESTIER, Martin. *Dějiny sebevražd: dějiny, techniky a zvláštnosti dobrovolné smrti*. Praha: Dybbuk, 2003. ISBN 80-903001-8-9.

NEMCOVÁ, Hana, HLINKOVÁ, Edita a kolektiv. *Moderní edukácia v ošetrovatel'stve*. Bratislava: Osveta, 2010. ISBN 978-80-8063-321-9

NULAND, Sherwin, B. *Jak lidé umírají: úvahy o závěrečné kapitole života*. Praha: Knižní klub, 1996. ISBN 80-7176-264-4.

PETRUSEK, Miroslav. *Společnost a kultura – sociologické úvahy a eseje*. Praha: Nadace Dagmar a Václava Havlových Vize 97, 2012. ISBN 978-80-9049565-4.

PETROVICOVÁ, Eva a Marie TREŠLOVÁ. *Respekt, autonomie a intimita pacienta jako základní komponenty uchování lidské důstojnosti*. Ošetrovatelstvo, 2016; roč. 6, č. 1, s. 19-25. ISSN 1338-6263

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

PRAŠKO, Ján a Hana PRAŠKOVÁ. *Asertivitou proti stresu*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1697-8

PTÁČEK, Radek, BARTŮNĚK, Petr a kolektiv. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada: 2011. ISBN 978-80-2473-976-2.

SVATOŠ, Tomáš. *Kapitoly ze sociální pedagogiky a sociální komunikace*. 3. vydání. Hradec Králové: Gaudeamus, 2009. ISBN 978-80-7435-002-3.

SVOBODOVÁ Hana a Jaroslava ŠIMEK. *Důstojnost lidské existence v péči o nemocného*. Časopis lékařů českých, 2006; 8 (5), s. 495-497. ISSN 1803-6597.

ŠEBLOVÁ, Jana a Dominika ŠEBLOVÁ. *Postoj poskytovatelů ke kardiopulmonální resuscitaci*. Urgentní medicína. 2013; roč 16, č. 1, s. 33-36. ISSN 1212-1924.

ŠEVČÍK, Pavel. *Intenzivní medicína – definice, organizační problematika*. In: ŠEVČÍK, Pavel, ŠVARŤÍČEK, Roman a ŠEĐOVÁ, KLÁRA a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

ŠPAČEK Ladislav. *Malá kniha etikety pro manažery*. Praha: Mladá fronta, 2010. ISBN neuvedeno.

TRUHLÁŘ, Anatolij. *Kardiopulmonální resuscitace v nemocnici*. *Postgraduální medicína*, 2012; 14 (5), s. 469-480. ISSN 1212-4184.

TRUHLÁŘ, Anatolij, ČERNÝ, Vladimír, ČERNÁ PAŘÍZKOVÁ (2015a) *Etika resuscitace a rozhodování v otázkách o ukončení života*. *Urgentní medicína*, časopis pro nedokladnou lékařskou péči, 2015a; roč. 18, mimořádné vydání s. 58-59. ISSN 1912-1224.

TRUHLÁŘ, Anatolij, ČERNÝ, Vladimír, ČERNÁ PAŘÍZKOVÁ, Renata a kolektiv. *Resuscitace dětí*. *Urgentní medicína*, časopis pro nedokladnou lékařskou péči, 2015b; roč. 18, mimořádné vydání, s. 36-47. ISSN 1912-1224.

TRUHLÁŘ, Anatolij, ČERNÝ, Vladimír, ČERNÁ PAŘÍZKOVÁ, Renata a kolektiv. *Úvod*. *Urgentní medicína*, časopis pro nedokladnou lékařskou péči, 2015c; roč. 18, mimořádné vydání; s. 7-8. ISSN 1912-1224.

TRUHLÁŘ, Anatolij, ČERNÝ, Vladimír, ČERNÁ PAŘÍZKOVÁ, Renata a kolektiv. *Rozšířená neodkladná resuscitace dospělých*. *Urgentní medicína*, časopis pro nedokladnou lékařskou péči, 2015d; roč. 18, mimořádné vydání; s. 18-25. ISSN 1912-1224.

TWIBELL, Renee Samples, SIELA, Debra, RIWITIS, Cheryl et al. *Risks of family presence during resuscitation*. *American Journal of Critical Care*, 2008; Volume 17 (No. 2), s. 101-113. ISSN: 1062-3264.

VODÁČKOVÁ, Daniela a kol. *Krizová intervence*. Praha: Portál 2002. ISBN 80-7178-696-9

WAGNER, Jennifer. *Lived experience of critically ill patients' family members during cardiopulmonary resuscitation*. *American Journal of Critical Care*, 2004;13, s. 416–20. ISSN 1062-3264.

## **Elektronické zdroje**

HADRABOVÁ, Hana a Renata NEUMANNOVÁ (2013). *Verbální komunikace mezi sestrou, pacientem a rodinou*. [online] © 18. ročník sympózia Onkologie v gynekologii a mammologii [cit. 2021-02-15]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinarni-tym/kongresy/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/verbalni-komunikace-mezi-sestrou-pacientem-a-rodinou/>

HUMPL, Lukáš, MARKOVÁ, Marie a Hana VRASPÍROVÁ (2012). *Psychosociální intervence ve zdravotnictví*. [online] © Akutně.cz [cit. 2021-02-13]. Dostupné z: <https://www.akutne.cz/res/publikace/7-7-humpl-meka-2013-psychosocialni-intervence-ve-zdravotnictvi.pdf>

KOHOUTEK, Rudolf (2021). *Nonmaleficience*. [online] ©Slovník cizích slov.cz [cit. 2021-02-09]. Dostupné z: <https://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/nonmaleficience>

MINISTERSTVO VNITRA ČR (2021). *Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)*. [online] ©Sbírka zákonů a mezinárodních smluv ČR [cit. 2021-02-11]. Dostupné z: [https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=372/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=372/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)

MINISTERSTVO VNITRA ČR (2021a). *Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)*. [online] ©Sbírka zákonů a mezinárodních smluv ČR [cit. 2021-02-15]. Dostupné z: [https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=96/2004&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=96/2004&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)

NEMOCNICE PARDUBICKÉHO KRAJE (2021). Vnitřní řád pro pacienty. [online] [cit. 2021-02-09]. Dostupné z: <https://www.nempk.cz/informace/vnitri-rad-pro-pacienty>

SOKOL, Tomáš (2010). *Lege artis, známý pojem neznámého obsahu*. [online] ©Právní rádce [cit. 2021-02-15]. Dostupné z: <https://pravniRadce.ihned.cz/c1-42774960-lege-artis-znamy-pojem-neznameho-obsahu>

SEDLÁČEK, Martin (2005). *Jak používat počítačový program ATLAS.ti při analýze kvalitativních dat*. [online] ©Česká asociace pedagogického výzkumu [cit. 2021-02-17]. Dostupné z: [http://capv.cz/images/sborniky/2006/dd\\_sedlacek.pdf](http://capv.cz/images/sborniky/2006/dd_sedlacek.pdf)

STEM/MARK (2017). *Prohlášení o zpracování osobních údajů*. [online] [cit. 2021-02-17]. Dostupné z: <https://www.stemmark.cz/osobniudaje/>

ŠEBLOVÁ, Jana (2019). *Stárneme – my i naši pacienti*. [online] ©Medical Tribune [cit. 2021-02-08]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/44340-starneme-my-i-nasi-pacienti>

ŠEBLOVÁ, Jana (2016). *Etika kardiopulmonální resuscitace: mění se pohled společnosti?* [online] ©Akutně.cz [cit. 2021-02-16]. Dostupné z: <https://www.akutne.cz/res/publikace/10-seblova-etika-kpr-lov.pdf>

## 8 PŘÍLOHY

### Příloha A Základní struktura podkladových otázek pro rozhovor

- 1) Jak se chovají přítomní členové rodiny při zdárné resuscitaci?
- 2) Jak se chovají přítomní členové rodiny při neúspěšné resuscitaci?
- 3) Jak vnímáte přítomnost rodiny v průběhu neodkladné resuscitace?
- 4) Jaký je váš názor na ovlivnitelnost kvality resuscitace přítomnou rodinou?
- 5) Co tedy prožíváte, když je rodina přítomná neodkladné resuscitaci?
- 6) Jak ovlivňuje váš výkon při resuscitaci právě přítomná rodina?
- 7) Co prožíváte, když je rodina přítomná u neodkladné resuscitace?
- 8) Jakým způsobem komunikujete s přítomnou rodinou po úspěšné neodkladné resuscitaci?
- 9) Jakým způsobem pracujete s přítomnou rodinou po nezdařilé neodkladné resuscitaci?
- 10) Jak dlouho pracujete v intenzivní medicíně?
- 11) Kolik let z toho pracujete na tomto pracovišti ARO?
- 12) Vaše kariéra po škole byla hned v oblasti intenzivní medicíny?
- 13) Jaké nejvyšší vzdělání v oboru máte?
- 14) Které další kurzy, certifikace či druhy vzdělání v oboru máte?
- 15) Jak vnímáte vzdělávání s postupujícím věkem?

