

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

## **DNR jako eticko-ošetrovatelský problém**

diplomová práce

Autor práce: Bc. Jana Bubláková  
Studijní program: Ošetrovatelství  
Studijní obor: Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech  
Vedoucí práce: prof. MUDr. Oto Masár, Ph.D.

Datum odevzdání práce: 17. 8. 2012

## **Abstrakt**

### **DNR jako eticko-ošetrovatelský problém**

**Klíčová slova:** DNR, neodkladná resuscitace, ošetrovatelství, etika, sestra

Příkaz DNR (Do Not Resuscitate) označuje situace, kdy při zástavě dechu a akce srdeční není indikováno zahájení neodkladné resuscitace. DNR ordinuje lékař po zhodnocení celkového klinického stavu pacienta a jeho další prognózy. Příkaz DNR je spojen s mnoha etickými i právními dilematy, kdy na straně jedné stojí limity lidského těla i medicíny, na straně druhé právo člověka na život a jeho záchranu, povinnost lékaře poskytovat léčbu odpovídající nejmodernějším poznatkům vědy. Sám pacient má možnost formou dříve vysloveného přání rozhodnout o nepřikročení k resuscitaci, ale tato praxe je v podmínkách současného českého zdravotnictví zatím ojedinělá a neobejde se bez náležitých právních kroků.

Kvalitativním výzkumným šetřením byl zmapován pohled na problematiku DNR očima sester pracujících na oddělení ARO a JIP v Nemocnici Jihlava. Z rozhovorů se sestrami vyplynulo, že sestry nahlíží na DNR především jako na ukončení utrpení pacienta a považují DNR za jednoznačně přijatelné u starých, terminálně nemocných osob. Nepřijatelné je pro ně neresuscitování mladého člověka a dítěte. Za etický problém související s DNR považují samotné rozhodování. Na jednu stranu staví marnou a neefektivní léčbu zatěžující člověka, na stranu druhou autonomii člověka, podíl jeho rozhodování na vlastním osudu.

Dle sester zůstává ošetrovatelská péče neměnná i u pacienta s DNR ordinací. Změny intervencí v ošetrovatelské péči sestry zdůvodňují pouze zohledněním aktuálního stavu pacienta, eliminováním pro něj nepříjemných a zatěžujících výkonů. Za priority v péči považují tlášení bolesti, péči o základní biologické potřeby. Samozřejmostí je pro ně i přítomnost rodiny u pacienta a respekt k důstojnosti člověka.

Problematickou se ukázala oblast komunikace s rodinou pacienta, ve které sestry tápou a záměrně ji nevyhledávají. Nejen pro tyto účely byla vypracována informativní brožura pro sestry.

## **Abstract**

### **DNR as an Ethical-Nursing Problem**

**Key words:** DNR, immediate resuscitation, nursing care, ethics, nurse

A DNR (Do Not Resuscitate) order indicates situations when starting immediate resuscitation is not indicated in respiratory or cardiac arrest. DNR is ordered by a doctor after evaluation of the overall clinic condition and further prognoses of a patient. A DNR order is linked to numerous ethical and legal dilemmas where limits of human body and the medicine stand on one side and human right to life and its rescue, doctor's obligation to provide treatment corresponding to the state of art scientific knowledge on the other side. A patient him/herself has the right to decide on not starting resuscitation in the form of a request expressed in advance, however this practice is unique in the present condition of Czech healthcare and involves appropriate legal steps.

Qualitative research mapped the view of the DNR issue through the eyes of nurses working at the resuscitation department and ICU in Jihlava Hospital. Interviews with the nurses showed that nurses see DNR first of all as termination of patient suffering and consider DNR definitely acceptable in old and terminally ill people. Non resuscitation of a young person or a child is unacceptable for them. They consider the decision making itself an ethical problem. There is vain and inefficient treatment burdening a person on one side and person's autonomy and participation in deciding on his/her own fate.

Nursing care remains unchanged even in a patient with DNR order. Nurses justify changes in nursing intervention by taking account of patient's current condition and elimination of unpleasant and burdening acts. They consider pain relief and care about basic biological needs the priorities. Presence of patient's family and respect to human dignity is a matter of course for them.

The sphere of communication with patient's family has proven difficult. Nurses are uncertain here and intentionally try to avoid it. An informative brochure for nurses has been elaborated not only for these purposes.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 17. 8. 2012

.....

Bc. Jana Bubláková

## **Poděkování**

Děkuji prof. MUDr. Masárovi, Ph.D. a PhDr. Hudáčkové, Ph.D. za cenné rady, podněty a připomínky při vedení práce, a také za jejich trpělivost.

Děkuji všem dotazovaným respondentkám za odvahu sdílet často velmi osobní názory na danou problematiku, a za čas, který si při své náročné práci pro mě vyšetřily.

Obrovské díky patří mé rodině za výdrž a podporu, kterou mi dávala během celé doby studia.

## Obsah

Úvod.....	9
1 SOUČASNÝ STAV PROBLEMATIKY .....	11
1.1 Etické aspekty v práci zdravotníka .....	11
1.1.2 Základní etické pojmy .....	11
1.1.3 Profesní etika zdravotníka .....	13
1.1.3.1 <i>Bioetika</i> .....	13
1.1.3.2 <i>Lékařská etika</i> .....	13
1.1.3.3 Deontologie.....	15
1.1.3.4 Zdravotnická etika .....	15
1.1.3.5 Etika v ošetřovatelství.....	15
1.1.4 Etické problémy zdravotnické praxe .....	17
1.2 Problematika nevyléčitelně nemocných a život prodlužující léčby.....	19
1.2.2 Dystanázie a marná léčba .....	20
1.2.3 Odstoupení od léčby .....	22
1.2.4 Eutanazie.....	24
1.2.5 Příkaz neresuscitovat (DNR) .....	25
1.3 Problematika příkazu Do Not Resuscitate .....	27
1.3.2 Neodkladná resuscitace.....	28
1.3.2.1 <i>Základní neodkladná resuscitace (Basic Life Support)</i> .....	29
1.3.2.2 <i>Rozšířená neodkladná resuscitace (Advanced Life Support)</i> .....	30
1.3.3 Ordinace DNR ve zdravotnické praxi.....	31
1.3.4 Problematika práva spojená s příkazem DNR .....	35
1.3.5 Dříve vyslovená přání.....	37

2	CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	40
2.1	Cíle práce .....	40
2.2	Výzkumné otázky.....	40
3	METODIKA.....	41
3.1	Metodika výzkumu.....	41
3.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	41
4	VÝSLEDKY.....	42
4.1	Respondentky pracující na oddělení interních oborů JIP.....	42
4.2	Respondentky pracující na oddělení ARO a chirurgické JIP.....	51
4.3	Názorný přehled výsledků.....	62
5	DISKUZE.....	65
5.1	Stanoviska sester k ordinaci DNR.....	65
5.2	Etika a příkaz DNR očima sester .....	70
5.3	DNR ordinace z hlediska ošetrovatelské péče .....	73
5.4	Porovnání výzkumných souborů.....	77
6	ZÁVĚR.....	79
7	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	82
8	KLÍČOVÁ SLOVA.....	88
9	PŘÍLOHY .....	89

### **Seznam použitých zkratk**

DNR – Do Not Resuscitate - neresuscitovat

ICN - International Council of Nurses - Mezinárodní rada sester

NR – neodkladná resuscitace

KPR - kardiopulmonální resuscitace

ČLS JEP – Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně

JIP – jednotka intenzivní péče

ARO – anesteziologicko-resuscitační oddělení

UPV – umělá plicní ventilace



## Úvod

„Dělej vše, co je v Tvých silách,  
abys odhalil smysl, který je dán lidskému životu a vše,  
co je s ním spojeno, a abys odhalil cesty jednání,  
které tento smysl respektují.“

Tomáš Akvinský

Jednání každého zdravotníka by mělo vycházet ze základních etických principů, jimž dominuje snaha jednat vždy v nejlepším zájmu pacienta. S prudkým rozvojem medicíny, techniky a farmakologie se změnil náhled na tuto snahu. Sousedství jednat v zájmu pacienta je chápáno jako činit vše, co povede k vyléčení, záchraně života. Smrt se stala nepřijatelnou, stala se jakýmsi „selháním“ medicíny. Zdravotníci jsou tak stavěni do nelehké situace, moderní medicína před nová dilemata. Pokrok a úspěchy v léčbě mají i své stinné stránky. Jsou na úkor kvality života jedince. Život je sice zachován, ale za cenu utrpení pacienta a jeho blízkých. Člověk je zcela vydán do rukou nemocničního personálu, ztrácí svou autonomii. O těch nejdůležitějších otázkách jeho žití je rozhodováno za něj. Strach z umírání, spojeného s pobytem v nemocničním prostředí, s nuceným udržováním při životě, rozvířil diskuzi na hojně medializované téma eutanazie, a mimo jiné také na téma příkazu DNR – nezahájení kardiopulmonální resuscitace v případě zástavy dechu a krevního oběhu.

Život zachraňující výkony, mezi které bezesporu neodkladná resuscitace patří, jsou odbornou i laickou veřejností vnímány jako nutnost, která musí být provedena za jakýchkoliv okolností. Přeceňování efektivity neodkladné resuscitace širokou veřejností je mimo jiné podpořeno filmovým či televizním zpracováním, kde poměr přežití je mnohonásobně vyšší, než v těch neoptimističtějších zdravotnických statistikách. Existují však situace, kdy snaha resuscitovat za každou cenu naráží na základní etické otázky. Co je v dané chvíli pro člověka nejlepší? Jaký prospěch bude /nebude mít naše snažení? Zhodnocení benefitu pro jedince a otázky svobodného rozhodnutí člověka, akceptování jeho představ o vlastním konci, to jsou témata, která s mnoha dalšími spadají do problematiky DNR příkazu. Posouzení kvality dalšího života očima pacienta

a jeho rodiny by mělo být zahrnuto do výčtu všech pro a proti při rozhodování o dalším léčebném zákroku.

Ordinace DNR, jak napovídá název práce, není vnímána pouze jako záležitost medicíny, je to především problém etický a právní. Blízce se ale dotýká také ošetrovatelství. Sestra často zahajuje resuscitaci, přivolává lékaře či tým anesteziologicko-resuscitačního oddělení pro další zajištění pacienta při náhlé zástavě oběhu. Pečuje o pacienty během celé své směny, a tak dokáže lépe detekovat změny fyzického i psychického stavu pacienta. Není sice v kompetenci sestry rozhodovat o změně léčby pacienta, je ale oprávněna podat k tomuto podnět v případě, kdy to stav pacienta vyžaduje. Obvykle se jedná o přechod z intenzivní péče na péči paliativní.

Sestra je člověkem v pomyslné „první linii“ v oblasti komunikace s nemocným a jeho rodinou. Nemocní i jejich blízcí se na ni často obrací se všemi svými stesky, otázkami... Sestra by měla být připravena zodpovědět na položené otázky, umět naslouchat. Sdělování závažnosti diagnózy a další prognózy je sice nelehkou kompetencí lékaře, sestra je ale ta, která obvykle zůstává a sdílí s pacientem či jeho blízkými bezprostřední pocity a strachy; je jejím nelehkým úkolem pečovat o nemocné až do poslední chvíle, v jejich terminální fázi onemocnění...

A jak samotné sestry vnímají DNR ordinaci? Čím je pro ně z hlediska etického a jak může ovlivnit jejich práci? Zkusme se tedy na DNR podívat očima sester.

## 1 SOUČASNÝ STAV PROBLEMATIKY

Ordinace Do Not Resuscitate v medicínské praxi označuje situaci, kdy není indikováno zahájení neodkladné kardiopulmonální resuscitace. Kardiopulmonální resuscitace je stále chápána jako základní nástroj pomoci člověku, u kterého došlo k zástavě dechu a krevního oběhu. Přesto však není všemocná. Existují situace, kdy zahájení resuscitace u pacienta vhodné není. Taková situace např. může nastat u nevléčitelně nemocných, neboť nelze nikoho „uresuscitovat k životu“. V souvislosti s překročením k resuscitaci u pacientů nacházejících se v terminálním stádiu hovoříme o tzv. marné léčbě, jejímž výsledkem je krátkodobé přežití pacienta s velmi nízkou kvalitou jeho života. Debaty na téma ordinace DNR (Do Not Resuscitate) otevírají mnoho oblastí, kterých se tento příkaz dotýká, nejvíce diskutovanými jsou především etické a právní aspekty nezahájení neodkladné resuscitace. (Policar, 2010)

### 1.1 Etické aspekty v práci zdravotníka

#### 1.1.2 Základní etické pojmy

Etika (z řeckého „ethos“= zvyk, mrav, obyčej) je vědou o mravnosti, dříve označována jako mravověda či praktická filozofie. Vývoj etiky je totožný s vývojem filozofie. Z historického hlediska je přikládán významný podíl na položení základů etiky jako společenské vědy Aristotelovi. Šířeji lze etiku definovat jako filozofickou vědu o správném způsobu života, jejíž snahou je nacházet, popřípadě i zdůvodnit společenské a obecné základy, na nichž stojí morálka. Morálka je předmětem etiky a hodnotí jednání člověka z hlediska dobra a zla prostřednictvím konfrontace se svědomím člověka. Dalším obecným předmětem zájmu etiky je zkoumání zákonitostí mravního chování jedinců i celé společnosti. (Jankovský, 2003)

Etiku lze dělit podle mnoha hledisek. Podle přístupu se dělí na deskriptivní a metaetiku, kterou někteří autoři zahrnují pod společný pojem nenormativní etika, a etiku normativní. Deskriptivní etika představuje popis a hodnocení praktického chování lidí

v daném prostředí, v dané skupině, s přihlédnutím na konkrétní životní situace. Popisuje tedy, co je a není etické u konkrétních sociálních struktur. Metaetika se zabývá obsahem a vysvětlením etických pojmů, vývojem morálních hodnot a logikou morálního ospravedlnění. Rozlišuje čtyři proudy normativního myšlení: etika povinnosti, ctnosti, užitku a etika odpovědnosti. Normativní etika je souborem pravidel a teorií o hodnocení lidského chování a jednání. Etické teorie tvoří a objasňují systém základních a odvozených morálních pravidel. Normativní etiku lze chápat jako návod pro jednání lidí. Na základě platných, směřodatných a závazných principů definuje jak postoje, tak i zásady jednání některých oborů lidské činnosti prostřednictvím stanovených etických kodexů. (Kořenek, 2004)

Ve vztahu k přítomným náboženským tradicím se dělí etika na tzv. laickou a teologickou etiku. Laická etika čerpá zásadně z pramenů přirozeného poznání, ze kterého vychází etické postoje jednotlivce i společnosti k sobě samému, rodině, národu a světu, i k přírodě. Teologická etika, nebo také náboženská etika se kromě přirozeného poznání odvolává také na poznání nadpřirozené. (Šoltés, Pullmann, 2008).

V obecné rovině její podstata spočívá ve vděčnosti člověka Bohu, a na základě této vděčnosti je odvíjeno i jednání člověka. (Jankovský, 2003)

Všechny výše uvedené formy jsou vzájemně úzce propojeny a svojí vzájemnou interakcí vytváří systém aplikované etiky. (Ivanová, 2005).

Pro vědecký systém norem chování člověka se využívá termín aplikovaná normativní etika. Pojem aplikace se vztahuje na mnohostranné využití etických teorií a analytických metod v různých životních projevech člověka a v projevech jeho činnosti, tedy zkoumání morálních problémů v různých profesích a oborech lidské činnosti, jakými je např. technika, pedagogika, medicína a mnoho dalších. (Šoltés, Pullmann, 2008). Tato kategorie etiky je nazývána etikou oborovou či také profesní. Kodexy, normy společných aktivit zaměstnanců mají za úkol udržovat a podporovat vysoký standard dané profese. I zde platí obecná etická zásada snažit se dělat vše podle svého nejlepšího vědomí a svědomí ku prospěchu společnosti.

### 1.1.3 Profesní etika zdravotníka

Profesní etika osob pracujících ve zdravotnictví, ať již lékařů či nelékařského personálu, je etikou normativní. Nelze si ji představit bez jasných a závazných zásad a principů, které nelze překračovat. Etické principy se staly pro sestry a lékaře závaznou normou ovlivňující jejich jednání k pacientům. V současné době je využívána v souvislosti s vymezením etických problémů ve zdravotnictví řada pojmů, které se svým obsahem vzájemně kryjí, ale přesto není možné označit je za synonyma. Komplikovaný je i obsah a vzájemný vztah jednotlivých pojmů dotýkajících se etiky práce zdravotníka: bioetika, lékařská, medicínská etika, zdravotní etika, zdravotnická etika a také deontologie a etika v ošetrovatelství (nursing ethics). (Munzarová, 2005, Haškovcová, 2002)

#### 1.1.3.1 Bioetika

Bioetika je pojmem nejširším, který bývá nadřazen lékařské etice. Často ale bývá používán jako synonymum pro lékařskou etiku, nebo etiku biomedicínskou, což není správné právě s ohledem na širší záběr bioetiky. Termín bioetika byl poprvé použit americkým kancerologem V. R. Potterem v knize nazvané: *Bioethics: A bridge to the future* vydané v roce 1971. Pojem bioetika byl definován jako systematické studium jednání člověka v oblasti věd o životě a v péči o zdraví. Rozumí se jím zkoumání problémů vyplývajících z každodenní praxe lékaře, ale také zkoumá problémy výzkumu, které se lékařské praxi úzce dotýkají. Jedná se např. o oblast biologie, biofyziky, chemie či farmacie. V nejširším slova smyslu bývá využíván termín bioetika pro označení etické problematiky veškerého života na zemi. Proto někteří autoři pro diferenciaci rozlišují pojmy bioetika a biomedicína, nebo využívají pojmu biomedicínská etika. (Haškovcová, 2002, s. 15)

#### 1.1.3.2 Lékařská etika

Lékařská etika je pojmem označujícím etické problémy v lékařství a je nedílnou součástí medicíny. Od roku 1991 byla v České republice na základě tzv. důvodové zprávy ustanovena samostatným lékařským oborem a samostatnou vědní disciplínou.

Ve výčtu výše uvedených etických pojmů má lékařská etika stále majoritní charakter. (Haškovcová, 2002).

Jedním ze základních zdrojů lékařské etiky je Hippokratova přísaha, jejíž vliv přetrvává až do současnosti, přestože originální text přísahy je z dnešního pohledu archaický. Mezi další zdroje patří filozofické směry a náboženství, a to zejména judaismus, katolicismus a protestantismus. Velkou měrou byla lékařská etika ovlivněna tzv. Belmontskou zprávou vydanou v r. 1978, ve které byly nastíněny nejdůležitější principy: široce pojatý princip konání dobra, neomezování se pouze na dobro pacienta, princip respektu a princip spravedlnosti. (Kořenek, 2004)

Princip neškodění, nonmaleficence zakazuje ublížit, poškodit nebo usmrtit.

Princip konání dobra (beneficence) označuje snahu předcházet poškození, odstraňovat možná rizika a podporovat vše dobré, což je vyjádřeno tělesnou i duševní pohodou. Veškerý prospěch pro nemocného je vyjádřen i pomocí uskutečňovat jeho vlastní plány. Tento princip zahrnuje čtyři základní pravidla řídící jednání lékaře:

- Ochrana zdraví
- Obnovení zdraví
- Zlepšení kvality života
- Úleva od bolesti a strádání

Respekt k autonomii, který je také označován jako respektování nezávislosti, samostatného jednání bez zevního ovlivnění, je považován za jednu z nejvyšších hodnot. Vychází z teorie, že každý člověk je sám sobě nejlepším soudcem, dokáže nejlépe zhodnotit své záměry a zájmy. Autonomie mimo jiné předpokládá schopnost člověka zvážit a rozlišit jednotlivé alternativy a schopnost vlastního plánování a uskutečňování vlastních předsevzetí.

Princip spravedlnosti souvisí s rozdělováním prostředků. Uplatňování tohoto principu bývá praktikováno na základě srovnávání potřeb jednotlivců či skupin či na základě určité klíče. (Kořenek, 2004, s. 47-48)

„Cílem a snahou lékařské etiky je rovnocennost odbornosti a lidskosti v lékařské praxi“. (Kořenek, 2004, s. 51)

V souvislosti s lékařskou (medicínskou) etikou se setkáváme i s označením etika zdravotní. I když bývá tento pojem používán ve stejném významu, fakticky tomu neodpovídá, neboť vyjadřuje problémy dotýkající se etiky ve zdraví. (Haškovcová, 2002).

#### 1.1.3.3 Deontologie

Deontologie ve filosofii označuje nauku o povinnostech v obecné rovině. V oblasti medicíny pak vymezuje povinnosti lékaře vůči pacientům, kolegům a veřejnosti. V současné době je pojem deontologie vymezen pro užší oblast lékařské etiky, zejména pro tzv. deontologické kodexy. Za první deontologický kodex je považována Hippokratova přísaha, ale pojem deontologie byl uveden až na přelomu 18. a 19. století anglickým filosofem J. Benthamem. Pro zdůrazňování prospěšnosti (utilitarit) ve své filosofii vzniká i pojem utilitaristická etika, ve které je morálka definována jako užitečná povinnost a za cíl mravního chování je považováno největší štěstí co největšího počtu lidí. (Kutnohorská, 2007)

#### 1.1.3.4 Zdravotnická etika

Zdravotnická etika je pojem označující problematiku týkající se zdravotnictví jako celku, zdravotnických systémů. Je věcně nesprávné zaměňovat pojmy zdravotnická a lékařská etika. Termín zdravotnická etika se ale vžil na středních i vyšších zdravotnických školách jako ekvivalent určitých problémových okruhů lékařské etiky, které patří k základnímu znalostnímu minimu budoucích sester. (Haškovcová, 2002)

#### 1.1.3.5 Etika v ošetřovatelství

Etika v ošetřovatelství, či etika práce sestry jsou českým ekvivalentem pro v zahraniční literatuře ustálený pojem „nursing ethics“, přičemž pojem etika v ošetřovatelství může být považován za širší, nadřazený pojmu etika v práci sestry z důvodu zahrnutí všech složek nelékařského zdravotnického personálu, tedy zejména sester a ošetřovatelek. (Haškovcová, 2002)

Hlavním úkolem etiky v ošetrovatelství je zkoumání kvality vztahů a postojů mezi sestrou či ošetrovatelkou a pacientem, klientem tak, aby došlo k vytváření žádoucích mezilidských vztahů. Samozřejmostí je i stanovení mravních norem profese a formulace povinnosti a odpovědnosti sestry/ ošetrovatele. Všechny úkoly ošetrovatelské etiky vycházejí z cílů etiky, kterými je především humanizace mezilidských vztahů, jednání a chování sester při profesionálních výkonech a samozřejmě také uspokojování potřeb pacientů co možná nejvhodnějším způsobem. (Ivanová, 2005)

Základní pojmy, se kterými etika v ošetrovatelství operuje, jsou: obhajoba, odpovědnost (povinnost), spolupráce, pečování a konsensus mezi nimi.

Obhajoba je definována jako aktivní podpora, v právní terminologii značí ochranu základních práv těch, kteří nemohou mluvit za sebe. V ošetrovatelství bývá termín obhajoba využíván k popisu vztahu mezi sestrou a pacientem. Lze jej interpretovat podle modelu ochrany práv, kdy je sestra chápána jako obránce práv pacienta (viz příloha č. 1 - Práva pacienta). Dále můžeme termín interpretovat podle modelu rozhodnutí, modelu založeného na hodnotách, kde je sestra vnímána jako osoba, která pomáhá pacientovi hovořit o jeho potřebách, rozhodnutích, které vznikají v souvislosti s hodnotovým systémem a životním stylem každého konkrétního jedince. Sestra nevnučuje své hodnoty, pouze je nápomocna v rozhodování.

Vysvětlení pojmu podle modelu respektu vůči lidem pramení z respektu člověka jako jedinečné lidské bytosti. Sestra zde vystupuje jako obhájkyně pacientovy pohody, lidské důstojnosti a jeho soukromí v situacích, kdy není schopen vlastního rozhodování. Koná tak dle svých nejlepších ošetrovatelských schopností. Tento model je v souladu s Kodexem sester vydaným v roce 1973 ICN = International Council of Nurses, Mezinárodní rada sester. (Etický kodex sestry viz příloha č. 2). (Ivanová, 2005)

Odpovědnost, povinnost sestry je chápána jako schopnost plně odpovídat za to, jakým způsobem vykonává svoji povinnost. ICN uvádí čtyři základní povinnosti sestry:

- Podporovat zdraví
- Předcházet onemocnění
- Navracet zdraví
- Zmírňovat utrpení



Sestra je zodpovědná za správné plnění těchto povinností a dokáže obhájit svou volbu péče v souladu s morálními standardy a normami. Odpovědnost v práci sestry zahrnuje nejen odpovědnost za prováděnou péči, ale i odpovědnost mezi sestrou a pacientem ve vzájemném vztahu, a v neposlední řadě také odpovědnost k zaměstnavateli a dalším osobám, které se spolupodílejí na péči o nemocné. (Ivanová, 2005)

Pojetí spolupráce v ošetrovatelství zahrnuje společnou snahu dosahovat vytýčených ošetrovatelských cílů, dodržování slibů, starost o druhé, a přispívá k vytváření vzájemné podpory a úzkých pracovních vztahů. (Ivanová, 2005)

Pečování, poskytování vlastní péče má ve vztahu sestra a pacient důležitou hodnotu, protože ošetrovatelské činnosti jsou obvykle považována za základ práce sestry. Z etického hlediska péče obsahuje dvě stejně hodnotné etické povinnosti sestry, a těmi jsou: ochrana lidské důstojnosti a udržování zdraví člověka. Ošetrovatelská péče nemůže být pouze znakem instrumentálního lidského konání, ale je etickým závazkem. Do ošetrování člověka se promítají morální i sociální atributy, jako je např. lidská potřeba být ochraňován, potřeba lásky a bezpečí. (Ivanová, 2005)

Etický přístup k obhajování, povinnosti, spolupráci a pečování má v ošetrovatelství bohatou tradici. Všechny uvedené etické zásady tvoří pilíř pro všechny ošetrovatelské úkony a rozhodnutí, a jsou podpořeny odbornými etickými kodexy a závaznými normami ošetrovatelské praxe. Došlo ke konsensu všech pojmů. Koncepce péče vychází z etiky ošetrovatelské péče, pro kterou je morální pouze takové jednání sestry, které vede k ochraně a podpoře lidské důstojnosti. O ošetrovatelství lze v tomto kontextu hovořit jako o morálním umění, které je centrem poskytování péče. (Ivanová, 2005, s. 60-61)

#### 1.1.4 Etické problémy zdravotnické praxe

Etická a morální dilemata se dotýkají všech oborů medicíny bez výjimky, sestry a lékaři se s nimi potýkají při svých každodenních činnostech. Výrazně se dotýkají procesu komunikace mezi zdravotníky a pacienty, ať se jedná o sdělování pravdy o závažnosti onemocnění, problematiku povinné mlčenlivosti či o běžnou interpersonální komunikaci. Haškovcová dokonce považuje chyby v oblasti vzájemné komunikace za

nejvíc čitelné prohřešky proti lékařské etice. (Haškovcová, 2002, s. 247) Problematiku etiky v práci zdravotníka ale nelze redukovat jen na oblast komunikace, zahrnuje celou řadu specifických problémových oblastí, úzce propojených s právními normami. Tyto specifické problémové oblasti lékařské etiky nacházíme v každém oboru medicíny. Přestože velká část problematiky se dotýká všech oborů stejnou měrou, přesto budou lékaři a sestry s ohledem na skladbu pacientů a povahu jejich onemocnění řešit odlišné problémy např. na chirurgii, pediatrii či onkologii. Svá specifická dilemata přináší samozřejmě i oblast lékařské genetiky a výzkumu. S ohledem na téma práce budou zmíněny pouze etické problémy spojené s koncem lidského života. Problematika nevyléčitelně nemocných, etické aspekty záchrany lidského života a problematika spojená s procesem umírání a se smrtí. Tato etická dilemata se přímo dotýkají jak moderní medicíny, tak i ošetrovatelské praxe.

Se zvyšujícím se poznatkami medicíny vzrůstají možnosti pomoci nemocným, a současně dochází ke zvyšování nároků na podmínky poskytované péče. Došlo k zásadním změnám v oblasti zdravotního stavu populace, které mají důsledky v oblasti sociální, ekonomické i právní. Řada onemocnění dříve nevyléčitelných se stala chronicky léčitelnými, prodloužila se střední délka života a změnily se hlavní příčiny smrti. Změnil se i náhled veřejnosti, její očekávání od medicíny. Nové technologie dávají novou naději, co bylo dříve považováno za zázrak, se stalo samozřejmostí, neúspěchy v léčbě jsou vnímány veskrze negativně. Smrt není vnímána jako součást života, ale jako „selhání péče“. Na zdravotníky jsou kladeny obrovské nároky na klinicky a eticky správné využití všech dostupných modalit, přestože se snaha o záchranu života může dostat do kolize s nízkou kvalitou života pacienta. (Sláma, 2009)

I přes to, že se zdravotní péče stala vysoce odbornou, využívající moderní technologie a nejnovější výzkumy k diagnostice i léčbě, zůstávají hlavními články v péči o pacienta lékaři a sestry. Z pohledu pacienta je lékař specialistou, který dokáže jeho nemoc diagnostikovat, léčit a v nejlepším možném případě vyléčit. Sestra pečuje o pacientův tělesný a psychický komfort, edukuje ho o všem potřebném souvisejícím s jeho zdravotním stavem i pobytem ve zdravotnickém zařízení, je mu jakýmsi průvodcem v době zdraví i nemoci. Je tedy pacientům mnohem blíže. Každodenně se

setkává s výsledky vědecké medicíny i se stesky pacienta, s jeho přáními a potřebami. Stojí tedy někde na pomezí mezi světem moderní vědecké medicíny a světem pacienta, je schopná být prostředníkem mezi těmito dvěma světy. (Šimek, Špalek, 2003, s. 42-43)

## **1.2 Problematika nevléčitelně nemocných a život prodlužující léčby**

Problematika nevléčitelně nemocných a problematika záchrany lidského života za každou cenu bývá nejčastěji veřejností spojována s pojmem eutanázie. Eutanázie je hojně medializovaným tématem, a ve své podstatě bychom pod ní mohli zahrnout i problematiku zadržené léčby či příkazu DNR, přestože je mnohými autory striktně oddělována, a je na ní nahlíženo jinak i z právního hlediska. Ondok uvádí, že termín eutanázie bývá někdy nesprávně využíván jen v negativním slova smyslu, a pomíjí se jeho pozitivní rovina, a tou je pomoc člověku zemřít důstojně. (Ondok, 2005). Haškovcová se vyjadřuje ve své knize Thanatologie k termínu eutanázie jako k pojmu vyvolávající emoce, a k problematice eutanázie jako k mimořádně plastické, zahrnující celou řadu různých situací. (Haškovcová, 2007, s. 120-121) Mezi základní povinnosti lékaře patří chránit život pacienta. Pro mnohé lékaře je tedy už pouhá myšlenka na eutanázii profesním prohřeškem. Rozpor je vnímán mezi tradiční povinností ochrany života a možností jeho předčasného ukončení. Za jediné mravně ospravedlnitelné rozhodnutí je považována paliativní péče, popřípadě tzv. „nechat zemřít“, tedy upuštění od takových zásahů, které nejsou již pro pacienta přínosné, koncept marné léčby, zadržené léčby. (Haškovcová, 2007)

Paliativní neboli zmírňující terapie má své nepochybné zastoupení v klinické praxi. V současné době je tišení bolesti a laskavý doprovod těžce nemocných a umírajících aktualizovaným problémem. Právo na smrt bývá v současnosti interpretováno jako právo na důstojnou smrt, přestože není zcela ustálen obsah tohoto pojmu. Přáním každého člověka bývá zemřít bezbolestně a rychle, aby se vyhnul útrapám spojeným s dlouhým, bolestným umíráním a osamocení. (Kisvetrová, Kutnohorská, 2010)

Proces umírání se díky možnostem moderní medicíny rozprostřel do delšího časového úseku a člověk, který by již dávno v klidu zemřel je často až nesmyslně dlouho vystavován snahám odborníkům zvrátit osud. Oživené úvahy lidí o eutanázii tedy často nepramení jen z potřeby rozhodovat aktivně o konci svého života, ale především ze strachu ze zbytečného prodlužování života za každou cenu, ze strachu z pouhého „přežívání“ v nemocničním zařízení obklopeni neosobními přístroji. (Vorlíček, Adam, Pospíšilová, 2004)

Šimek ve svém článku Etické problémy urgentní medicíny hovoří o mravním dilematu souvisejícím se silou a mocí medicíny, kdy jsou nemocní doslova „odsouzeni k životu“, neboť kdyby mohli sami volit, volili by jeho ukončení. (Šimek, 2008)

O mocné a úspěšné medicíně hovoří také Haškovcová: „Lékaři nelibě snášejí limity svých dovedností a rodiny umírajících jsou rozčarovány z faktu, že opravdu nejde kdykoli a kdekoli poručit větru, dešti“... „Smrt se stala jakousi vadou na kráse moderní medicíny.“ (Haškovcová, 2002, s. 21)

„Kdyby byl výsledkem snažení zdravotníků vždy zdravý člověk, nebyl by problém. Současné zdravotnictví však produkuje armádu invalidů s vážně narušenou, někdy až neúnosně sníženou kvalitou života. A zdaleka ne všichni nemocní jsou vděční za takovou pomoc.“ (Šimek, 2008, s. 31-33)

Aspekty rozhodování v závěru života a s tím související otázky směřující k možnostem aktivního ukončení života jsou velmi komplexní. Ve společnosti neexistuje konsensus, jaká kvalita života je přijatelná a jakým způsobem lze nejlépe vyhovět přáním nemocného, neboť kromě biologických daností nikdo nevíme, co je a není správné. Právě definování kvality života, její diagnostika je základem pro další možné intervence. Snaha o měření kvality života je v popředí zájmu moderního ošetrovatelství. (Gurková, 2011; Šimek, 2008; O’Conor, Aranda, 2005)

### 1.2.2 Dystanázie a marná léčba

O dystanázii jako etickém problému se začalo hovořit v šedesátých letech 20. století. Termínem dystanázie označujeme situace, kdy dochází k prodlužování života pacienta, k tzv. zadržování smrti, kdy již není v silách lékaře ani za pomoci moderních

technologíí poskytnout pacientovi adekvátní pomoc, kdy se pacient ocitá v situaci, kdy je smrt neodvratná, přesto je stále namáhavě a tvrdošijně oddalována. Veškeré medicínské intervence vedou pouze k prodlužování utrpení nemocného i celé jeho rodiny. (Marková, 2010)

„Dystanázíe neboli zadržaná smrt je pak nepříjemným, ale logickým důsledkem uplatňování postupů vítězné medicíny v situacích, kdy potřeby nemocného vyžadují paliativní přístup.“(Haškovcová, 2007, s. 23)

V odborné literatuře bývá někdy tato situace označována termínem „overtreatment“, což značí nadbytečnou, marnou léčbu. Jak z označení vyplývá, je to taková léčba, která už nepřináší pacientům žádný benefit. Ze strany lékařů existují pokusy popsat situace, kdy je další léčba marná, zbytečná. Je to tehdy, kdy intervence nemá patofyziologické opodstatnění, kdy selhává maximální intenzivní léčba, kdy tentýž postup již dříve selhal a léčba tak nevede k cíli. Kritikou jsou však tyto snahy vnímány jako projev lékařského paternalizmu. Přesto existují etická doporučení pro vysazení nebo nenasazení život zachraňující léčby se speciálním zaměřením na podávání tekutin a výživy. (Munzarová, 2005; Haškovcová, 2002).

Vytvoření konceptu marné, zbytečné léčby je předmětem diskuzí lékařů i etiků již od poloviny 80. let 20. století. Popudem k zahájení diskuze na toto téma byly množství se konflikty mezi rodinami pacientů a lékaři, a to zejména v prostředí jednotek intenzivní péče a oddělení anesteziologicko resuscitační péče. Zatímco lékaři byli jednoznačně pro ukončení intenzivní léčby, rodina pacienta trvala na jejím pokračování. Je velmi obtížné jednoznačně definovat marnou a zbytečnou léčbu. Za marnou léčbu lze považovat takou, která nedosáhla svého cíle. Přístup k definování marnosti léčby je dělen na kvantitativní a kvalitativní. (Sláma, 2009)

Kvantitativní přístup argumentuje statisticky podloženou velmi nízkou pravděpodobností úspěšností zvolené léčby. V praxi to znamená, že u většiny pacientů nebylo dosaženo kýženého cíle. Kvalitativní přístup je založen na přesvědčení, že lékař nemá provádět takovou léčbu, která vede ke stavům obecně hodnoceným jako nepříznivé a nežádoucí. Příkladem takového stavu je hypoxie mozku po

kardiopulmonální resuscitaci, stav vigilního komatu a obecně stavy spojené s dlouhodobou závislostí pacienta na přístrojové technice v případě selhávání orgánů.

Kritika kvantitativního přístupu vychází z automatického předpokladu, že léčebný prostředek bude neúčinný, a jako takový tedy není nabízen. Je zde opomíjena byť i mizivá šance na úspěch. Je nutno zohlednit také individualitu pacienta, jeho dosavadní kvalitu života a míru jeho optimismu.

Kvalitativní přístup je kritizován pro opomíjení autonomie pacienta, kdy je úhel pohledu pacienta nahrazován perspektivou lékaře. (Sláma, 2009)

### 1.2.3 Odstoupení od léčby

Pojem odstoupení od léčby souhrnně označuje rozhodnutí nezahájit či přímo ukončit některé život prodluzující léčebné postupy. Sláma ve své práci rozděluje odstoupení od léčby na tzv. nerozšiřování léčby a omezování léčby. Synonymem pro nerozšiřování léčby je pojem zadržaná terapie (withholding of life sustaining therapy), a v klinické praxi znamená pokračování v zavedené dosavadní terapii, ale její další nerozšiřování, a to i v případě závažných komplikací. Omezování léčby (withdrawing of life sustaining therapy) definujeme jako postupné vysazování některých léčebných postupů a postupný přechod na tzv. bazální terapii, která znamená důslednou ošetrovatelskou péči o základní potřeby člověka, mírnění a tišení bolesti a dalšího tělesného diskomfortu a podávání tekutin a stravy ústy. Z hlediska etického i medicínského považujeme bazální terapii za „za žádných okolností nepodkročitelnou“. (Sláma, 2009, s. 16)

Rozhodnutí odstoupit od léčby může učinit lékař nebo sám pacient. Jejich vzájemný náhled na problematiku se ale nemusí shodovat. V případě, kdy pacient není schopen vyslovit své přání, rozhoduje lékař. Je na jeho zvážení, kdy daný léčebný postup je již pro pacienta zcela neúčinný, či příliš rizikový a zatěžující. Vždy musí důsledně zhodnotit poměr přínosu pro pacienta (benefit) a rizika a zátěž s výkonem spojená. (Sláma, 2009).

V případě úvahy o jakémkoliv omezení léčby a přechodu na bazální terapii by měl lékař vždy jasně formulovat zdůvodnění navrhovaného postupu, učinit o něm záznam

ve zdravotnické dokumentaci. Omezení terapie by mělo být pravidelně a opakovaně posuzováno a případně přehodnoceno se zřetelem na aktuální potřeby nemocného. (Černý in Ševčík, Černý, Vítovec at al., 2003)

Jedním ze specifických problémů balancující na hranici nepřímé eutanázie a eticky odůvodnitelné zadržené léčby je ukončení umělé výživy u komatózních pacientů, kteří ztratili schopnost přijímat stravu běžnou cestou a musí být vyživováni parenterálně nebo za pomoci zavedené nasogastrické sondy (tzv. asistovaná nutrice a hydratace). Ani církevní autority nejsou schopny rozhodnout, zda je etickou povinností v takovýchto situacích výživu podávat. Z pohledu lékaře je mnohdy podávání tekutin a výživy zbytečné, nemocného obvykle zatěžuje a nepřináší mu žádnou úlevu. Pokud se ale na problematiku podíváme z hlediska úcty k osobě nemocného, nemělo by být podávání výživy a tekutin nemocnému i v komatózním stavu odpíráno až do doby, kdy se pro něj stává nadměrnou zátěží. Dehydratace a smrt vyhladověním nemocného je aktem hrůzným a nelidským. (Ondok, 2005, Munzarová, 2005).

Mezi autory se různé názory, zda asistovaná nutrice a hydratace patří do konceptu bazální terapie. Zatímco Sláma uvádí ve své práci, že podávání stravy parenterálně či pomocí nasogastrické sondy nelze zahrnout pod pojem bazální terapie, Munzarová se kloní k názoru, že v našich podmínkách by měla být asistovaná nutrice a hydratace zahrnuta do bazální péče všech nemocných. (Sláma, 2009, s. 16; Munzarová, 2005, s. 130)

Ukončení ventilační podpory, lidově řečeno „odpojení pacienta od přístroje“ je dalším problematickým okruhem zastavení léčby. V této souvislosti se můžeme setkat s různým definováním tohoto úkonu: jako stupňovité snižování ventilační podpory různého rozsahu a rychlosti, přes pojmy jako terminální odpojování, které označuje postupné snižování ventilační podpory se současným arteficiálním zajištěním dýchacích cest, až po extrémní terminální extubace. Indikaci k ukončení ventilační podpory by mělo vždy předcházet zhodnocení cílů umělé plicní ventilace a zasazení těchto cílů do kontextu celkového zdravotního stavu pacienta s ohledem na jeho prognózu. Je namístě nezohledňovat efekt ventilační podpory z pouhého biomedicínského hlediska, tj. jako nástroj k zajištění výměny plynů, ale také jako nástroj pro odstraňování nepříjemných

pocitů, které terminální stádium nemocí doprovází, jakými jsou dechová tíseň, eliminace stresu a snížení dechové práce. (Kořenek, 2004)

Stejným problémem je pak ukončení hemodialýzy u pacienta, který je na dialyzačním programu komplexně závislý.

#### 1.2.4 Eutanazie

Slovo eutanazie pochází z řeckého slova eu thanos, které je možno přeložit jako dobrou smrt, v představě člověka smrt bezbolestnou, lehkou, smrt ve spánku. Druhou situací, pro kterou je termín eutanazie využíván, je usmrcení ze soucitu a milosrdenství. Velmi často je eutanazie interpretována jako ukončení života těžce nevléčitelně nemocného člověka, který trpí nesnesitelnými bolestmi, a který vyslovil opakovaně přání zemřít. (Jankovský, 2003; Haškovcová, 2002)

Nejnámější rozdělení eutanazie je na tzv. aktivní a pasivní eutanazii. Aktivní eutanazie, eutanazie pozitivní neboli strategie přeplněné stříkačky představuje zabití z útrpnosti, ze soucitu na výslovné přání pacienta. Jedná se o akt, který je odsuzován nejen z etického a morálního hlediska, ale je také trestným činem. Pod aktivní eutanazii bychom mohly také zařadit situaci, která je nazývána asistovanou sebevraždou. Pacient zemře „svou rukou“, ale lékař mu k tomuto aktu poskytne návod, popř. zajistí potřebné prostředky. Na asistovanou sebevraždou je stejně jako na aktivní eutanazii nahlíženo jako na trestný čin. (Haškovcová, 2002; Ondok, 2005; Jankovský, 2003)

Pasivní eutanazie, tzv. eutanazie negativní je vnímána jako právo člověka na přirozenou smrt, proto je také tolerována. V případě pasivní eutanazie hovoříme o tzv. strategii odkloněné stříkačky, ukončení zbytečné a marné léčby a respektování přirozeného konce člověka, vstupu smrti. Problémem ale zůstává hranice mezi aktivní a pasivní eutanazií, která bývá velice tenká a často nezřetelná. Z etického hlediska nelze definovat, které úkony zahrneme pod pojem terminální péče, a které již nazveme eutanazií. (Haškovcová, 2002; Ondok, 2005; Jankovský, 2003)

Munzarová ve své publikaci Eutanazie, nebo paliativní péče? označuje termíny aktivní a pasivní eutanazie za nejednoznačné, konfušní, a nebádá k vyhýbání se jejich používání. Termín eutanazie by měl být dle Munzarové rezervován výhradně pro



soucitem motivované, rychlé a úmyslné ukončení lidského života těžce nevléčitelně nemocného člověka. S přihlédnutím na žádost umírajícího nebo jeho souhlas s eutanázií je lépe upřednostnit v názvosloví termín chtěná či nechtěná eutanázie. (Munzarová, 2005, s. 48)

Objektivními kritérii, která by ospravedlnila eutanázií z etického hlediska, jsou závažný klinický stav pacienta, jeho psychické i fyzické strádání a nepříznivá prognóza stran možnosti vylepšení jeho zdravotního stavu. Objektivním důvodem je také informovaný souhlas pacienta. Mezi kritéria subjektivní pak patří respekt přání pacienta a jeho důvodů k tomuto kroku. (Ondok, 2005)

Argumenty hovořící zásadně proti se opírají o Hippokratovu přísahu i křesťanské desatero. Za základní úkol lékaře je považováno člověk léčit a chránit jeho život a křesťanská morálka nedovoluje rozhodovat o smrti vlastní, ani o smrti druhého člověka. Dalším pádným argumentem je zneužitelnost eutanázie, kterou dokazují i historické zkušenosti. Eutanatické akce nacistů, realizované zejména programem zvaným T44 pro likvidaci osob nehodných k životu, které vyšly najevo až po druhé světové válce, odkryly v celé hrůze fakt, že se nejednalo o akt milosrdenství, ale o vyvražďování lidí, včetně dětí a hendikepovaných osob. (Haškovcová, 2007). Pokud budeme řešit možnosti zneužití eutanázie v současnosti, nesmíme opomenout fakt, že rozhodnutí nemocného zemřít často nebývá zcela dobrovolné. Důvody, které jej k němu dovedou, bývají různé, často se cítí být zátěží pro okolí, cítí se zahanbeni pro své slabosti a těžkosti, jsou odcizeni světu zdravých lidí. Nemocní v terminálním stádiu jsou vulnerabilní, snadno zmanipulovatelní. Východiskem proto není eutanázie, ale výchova k dobré paliativní péči. (Munzarová, 2005)

„Neexistuje žádné morální, legální nebo sociální opodstatnění pro legalizaci eutanázie. Dobro by bylo iluzorní a sociální konsekvence hrůzné.“ (Munzarová, 2005, s. 55)

#### 1.2.5 Příkaz neresuscitovat (DNR)

Příkaz DNR, tedy ordinace neresuscitovat (Do Not Resuscitate) znamená nezahajovat neodkladnou resuscitaci (NR), dříve označovanou jako kardiopulmonální

resuscitaci (KPR) u pacienta v případě zástavy dechu nebo akce srdeční. Kardiopulmonální resuscitace je pojem, který zahrnuje celou řadu možností. Byla jako nezbytná součást zdravotní péče definována v roce 1988 jejím zakladatelem Peterem Safarem jako věda, technologie a praktická snaha zvrátit terminální stavy a klinickou smrt. Život zachraňující výkony, které jsou poskytovány na místě nehody, či v průběhu transportu, nebo již v nemocničním zařízení na příjmovém traktu, operačním sále nebo na jednotkách intenzivní péče tvoří řetěz, kontinuum neodkladné a kritické medicíny. Rozvoj a vývoj v medicíně přinesl možnosti dříve nepředstavitelné, ovšem za určitou cenu. Touto cenou jsou nejen nesmírné finanční náklady, ale také prodlužování utrpení pacienta. (Königová, 2001)

Neodkladná resuscitace se stala pro laickou i odbornou veřejnost standardním léčebným postupem u všech nemocných s oběhovou a dechovou zástavou. Medicínská praxe ale dokazuje, že v mnoha případech je zahájení kardiopulmonální resuscitace zcela nevhodné, že je zátěží pro pacienta s minimálním benefitem. (Munzarová, 2005; Sláma, 2009)

Mezi nejtěžší komplikace po kardiopulmonální resuscitaci patří těžké neurologické postižení mozkové tkáně způsobené hypoxií.

Šoltés a Pullmann ve své publikaci uvádí 3 důvody, proč neresuscitovat:

1. přáním mnoha pacientů je zemřít v pokoji, mimo přístroje a hadičky
2. objektivní zhodnocení, že kardiopulmonální resuscitace je neúčinná
3. pacienti s příznaky perzistujícího vegetativního stavu a známkami mozkové smrti (Šoltés; Pullmann in Šoltés, Pullmann a kol., 2008, s. 176)

Otázka, kdo má žít a kdo zemřít, je jednou z mnoha otázek, která zaměstnává zdravotníky v konfliktních situacích péče o nemocné v kritickém stavu, ve stavu ohrožení života. Nasazení té nejlepší techniky a vysoce kvalifikovaného personálu není i přes veškeré snahy možné u všech pacientů současně. Koho tedy v péči upřednostnit a za jakých okolností? Není možné stanovit jasnou hranici mezi těmi, kteří mají být zachráněni a těmi, kteří ne, ale i přes to jsou obvykle k vyhodnocení používána čtyři kritéria. Prvním kritériem je upřednostňování toho, kdo potřebuje nejnaléhavěji péči a je možno jej zachránit. Za rozumné je po té považováno upřednostnit ty, kteří mohou být i

při vší vážnosti onemocnění ještě zachráněni. Třetím kritériem je zhodnocení kvality vědomí a smysluplné komunikace, respektive relativně vysoká šance, že u nemocného dojde k obnově vědomí a smysluplné komunikace. Posledním kritériem je zhodnocení nezastupitelnosti jedince pro jiné, např. rodiče malých dětí apod. (Dolista, Sapík, 2008)

V některých státech je rozhodnutí neresuscitovat zcela v rukou lékaře, někde je brán zřetel na přání rodiny a přání pacienta. Dle Peterkové představuje ordinace DNR na jedné straně velmi specifickou kategorii dříve vyslovených přání, a pak jsou tedy vnímány jako realizační nástroj pacientovy autonomie a práva na sebeurčení, na straně druhé je lze naopak považovat za typický nástroj lékařského paternalismu, kdy je o pacientovi rozhodováno bez pacienta. (Peterková, 2009)

Předmětem sporu bývají kritéria, za jakých je možno resuscitaci ukončit. Prozatím bývají jasnými kritérii pouze benefit pro pacienta a omezené možnosti společnosti, kdy není v lidských silách donekonečna resuscitovat. Rozhodnutí nezahájit v případě zástavy dechu a oběhu kardiopulmonální resuscitaci je zahrnováno do kategorie zadržetí léčby, zatímco ukončení již probíhající resuscitace je vnímáno jako omezení, redukce léčby. (Haškovcová, 2002; Ondok, 2005; Sláma, 2009)

S ohledem na zaměření práce bude příkazu DNR a problematice s ním spojené věnována následující samostatná kapitola.

### **1.3 Problematika příkazu Do Not Resuscitate**

Příkaz DNR, ordinace Do Not Resuscitate jednoduše řečeno znamená zadržetí veškerých snah k obnovení životně důležitých funkcí, jakými jsou akce srdeční a dýchání. Přesněji a důrazněji je formulován jako příkaz k nezahájení kardiopulmonální resuscitace v případě zástavy dechu a krevního oběhu. (Post, 2004) Příkaz DNR může zahrnovat veškerá opatření spojená s nemocniční formou neodkladné resuscitace, nebo může být omezen pouze na některé procedury s resuscitací spojené. Týká se pouze pacientů hospitalizovaných v nemocničním zařízení. V přednemocniční péči je rozhodnutí neresuscitovat přípustné pouze tehdy, když pacient vyjádřil předem přání

nebýt za určitých okolností ožívován, nebo v případě, kdy se jedná o dlouhodobě nepříznivý stav pacienta spojený s bezvědomím, vigilním komatem či se jedná o pacienta s degenerativním nevléčitelným onemocněním v terminálním stádiu. Tyto skutečnosti je ovšem potřeba mít doloženy. (Post, Blustein, Dubler, 2007)

Zásady ukončení neodkladné resuscitace jsou přesně zakotveny i v Doporučeném postupu výboru ČLS JEP pro neodkladnou resuscitaci. Základní neodkladnou resuscitaci lze ukončit v případech:

- a) kdy došlo k obnovení základních životních funkcí,
- b) kdy neodkladná resuscitace trvající nejméně 30 minut při rytmu jiném než komorová fibrilace nevede k obnově základních vitálních funkcí. V případě fibrilace se doba prodlužuje na 60 min, u podání trombolytické léčby až na 90 minut.
- c) Během NR nedošlo nejméně 20 minut k známkám okysličení krve, jakými např. jsou zúžení zornic, obnovení laryngálního reflexu či měřitelná saturace krve kyslíkem.
- d) Při naprostém vyčerpání záchránců.

Rozšířenou neodkladnou resuscitaci může pouze lékař. (Knor, Franěk, Truhlář, 2009)

### 1.3.2 Neodkladná resuscitace

Neodkladná resuscitace se provádí v případě náhlé zástavy krevního oběhu. Náhlá zástava oběhu (NZO) je situace, kdy došlo z jakéhokoliv důvodu k náhlému přerušení cirkulace krve v systémovém řečišti. Neodkladná resuscitace (NR) je definována jako soubor na sebe navazujících léčebných postupů sloužících k neprodlenému obnovení oběhu okysličené krve u osoby postižené náhlou zástavou krevního oběhu s cílem uchránit před nezvratným poškozením zejména mozek a myokard. Povinnost poskytnout základní neodkladnou resuscitaci mají všichni občané. Absence pomůcek určených k poskytnutí základní NR neopravňují k jejímu nezahájení. Platí zásada, že „vše co je potřeba, jsou dvě ruce“. (Knor, Franěk, Truhlář, 2009)

### 1.3.2.1 Základní neodkladná resuscitace (*Basic Life Support*)

V základní neodkladné laické resuscitaci bylo přelomem vydání Guidelines 2005. Došlo ke zjednodušení postupu resuscitace, kdy bylo až na výjimky opuštěno od tzv. techniky ABCD – airways, breathing, circulation a defibrillation, tedy zajištěný volných dýchacích cest, zahájení resuscitace dýcháním do úst postiženého a následná komprese hrudníku. Změnil se poměr dechů vůči kompresím, a to na 2:30. Není již kladen takový důraz na kontrolu dutiny ústní a zprůchodnění dýchacích cest, ani není po laikovi požadováno předsunutí čelisti pomocí tzv. trojitého manévru. Rovněž se opouští od Heimlichova manévru při aspiraci cizího tělesa. Změny nastaly také u resuscitace novorozenců a malých dětí, které se po laika tak diametrálně neliší od resuscitace dospělého. (Pokorný, 2011)

Indikací k zahájení NR je situace, kdy postižený nereaguje na žádné podněty, nedýchá, nebo má pouze tzv. lapavé dechy (gaspings) a nevyvíjí žádnou spontánní aktivitu s výjimkou případně již zmíněných lapavých dechů. Hmatání pulzu na velkých cévách není doporučeno pro riziko falešného výsledku. (Knor, Franěk, Truhlář, 2011)

Nové postupy Guidelines 2010 (viz příloha č. 3) vychází z pokynů a doporučení z roku 2005, a velkou část jich přejímají. Pro záchránce zůstávají stejné zásady bezpečnosti pro sebe i postiženého, a rovněž důraz na kontrolu přítomnosti tzv. normálního dýchání a nepřímých známek přítomnosti krevního oběhu. Důraz je kladem především na důslednou kompresi hrudníku. Pokud není záchránce proškolen v technikách správné resuscitace, provádí pouze nepřímou srdeční masáž bez ventilace. Proškolený záchránce může střídat komprese hrudníku a vdechy v poměru 30:2. Resuscitaci u dospělého člověka zahajuje vždy kompresí hrudníku – nepřímou srdeční masáží. Samozřejmostí a prioritou zůstává i nadále okamžité přivolání odborné zdravotnické pomoci. (Pokorný, 2011)

Guidelines 2010 také upozorňují na zcela nevhodnou a mnohdy zbytečnou manipulaci s nemocným ve smyslu ukládáním jej do tzv. stabilizované – zotavovací polohy. Základním pravidlem je ponechat nemocného v poloze, kterou sám zaujal, nebo ve které se momentálně nachází - tedy s ním nemanipulovat, pokud k tomu nemáme jasný důvod. Důvod změny polohy může být nejen léčebný, což znamená

uložení postiženého ze zcela jasného důvodu do zotavovací, protišokové či resuscitační polohy, ale také důvod preventivní. Preventivním důvodem je myšlen okamžitý transport z místa nehody, aby nedošlo k dalšímu ohrožení. Zde je samozřejmě manipulace s postiženým na místě a žádoucí. (Franěk, Sukupová, 2011)

Novinkou jsou pro laiky i automatické externí defibrilátory. Ty jsou umístovány na místech, kde je předpoklad jejich využití častěji než 1x za 2 roky. Pokud je automatický externí defibrilátor (AED) dostupný, stává se defibrilace součástí základní NR, ovšem stále platí, že prioritní zůstává technika nepřímé srdeční masáže. (Pokorný, 2011)

### *1.3.2.2 Rozšířená neodkladná resuscitace (Advanced Life Support)*

Rozšířenou neodkladnou resuscitaci poskytuje vycvičený a sehraný tým zdravotníků přímo na místě, kde došlo u postiženého k selhání základních životních funkcí. Vedoucí týmu je lékař – odborník z oboru urgentní medicíny či jiný lékař proškolený v postupech NR. Hlavním úkolem týmu je po převzetí nemocného a navázání na laickou základní NR obnovit spontánní cirkulaci krve, stabilizovat základní životní funkce a následně transportovat postiženého do nejbližšího nemocničního zařízení schopného poskytnout adekvátní intenzivní péči. Rozšířená NR zahrnuje kromě základních úkonů jako je nepřímá srdeční masáž a zajištění ventilace také defibrilaci, monitoring srdeční aktivity myokardu a podání léků a infuzních roztoků. Pokud k zajištění dostatečné oxygenace nestačí dýchání pomocí samorozpínacího vaku, zajistí lékař dýchací cesty pomocí endotracheální intubace s následnou umělou plicní ventilací. Samozřejmostí je při rozšířené NR zajištění žilního vstupu k podávání léků a infuzních roztoků. (Knor, Franěk, Truhlář, 2009)

Přestože není prokázán jednoznačný účinek jakékoliv medikace s ohledem na dlouhodobé hledisko přežití pacienta s náhlou zástavou oběhu, je během neodkladné resuscitace vhodné podání medikace pro zvýšení naděje na obnovení spontánní cirkulace a zlepšení krátkodobého přežití. Nejčastěji se využívají:

- Adrenalin (Epinefrin) v dávce 1 mg i. v. u všech typů zastav oběhu, obvykle po druhé neúspěšné defibrilaci, resp. ihned po zajištění žilního vstupu u nedefibrilovatelných EKG rytmů, a nadále každých 3-5 minut;

- Amiodaron 300 mg v první dávce, popř. 150 mg opakovaně
- další alternativou je podání Mesocainu v dávce 1 mg/kg, nebo opakovaně do dávky 3 mg/kg. V případě komorové fibrilace při neúspěšné iniciální elektrické defibrilaci možno také podat Lidocain. Nedoporučuje se kombinovat Mesocain a Amiodaron. (Franěk, 2011, s. 11)

I po úspěšné resuscitaci je nutné pokračovat v přesné a racionální péči o pacienta a volit optimální přístup s ohledem na dlouhodobou perspektivu. Mezi klíčové kroky patří rozvaha o příčině zástavy, jejímž cílem je zejména rozhodnutí o správném směřování pacienta na konkrétní specializované pracoviště. Dalším krokem je udržování mírné hypotermie, která působí příznivě ke snížení metabolických nároků organismu, především metabolismu mozkových buněk a tím prokazatelně zvyšuje naději na kvalitu přežití. Samozřejmostí je intenzivní péče v podobě pečlivé monitorace a řešení případných komplikací již během transportu na vhodné cílové pracoviště. Poresuscitací péče musí plynule navázat bez „příjmového vakua“ na časnou nemocniční péči, kde je poskytnuta další potřebná neodkladná péče v závislosti na možnostech zdravotnického zařízení na oddělení urgentního příjmu nebo přímo na specializovaném oddělení jednotek intenzivní péče. (Franěk, 2011, s. 12)

Prioritou základní i rozšířené resuscitace zůstává včasné zahájení nepřímé masáže srdce a její případné přerušování na co nejkratší možnou dobu.

Česká lékařská společnost J. E. Purkyně – společnost urgentní medicíny a medicíny katastrof vydala v roce 2009 Doporučený postup pro neodkladnou resuscitaci, který vychází z doporučených postupů a standardů Guidelines 2005 a je pravidelně doplňován dle aktuálních potřeb (viz příloha č. 4)

### 1.3.3 Ordinace DNR ve zdravotnické praxi

DNR kód, ordinace neresuscitovat poznačená v chorobopise pacienta původně vyjadřovala lékařský pokyn nezahajovat resuscitaci v případě náhlé srdeční zástavy, neboť ji pacient závazně a jednoznačně odmítl. Jednalo se o jakousi výzvu pro dobu budoucí a byla personálem akceptována. Postupně došlo k rozšíření DNR ordinace i na situace, kdy je prognóza pacienta beznadějná, u pacientů, kteří se již nemohou

rozhodnout s ohledem na závažnost jejich zdravotního stavu. V tomto případě však ordinace DNR narazila na hranici nevyžádaného postupu s volbou pro dobu budoucí bez časového určení. Zápis DNR bez autonomního rozhodnutí, s neurčitým časovým odstupem a např. i za změněného klinického stavu pacienta byl kritizován. V intenzivní péči je nejčastěji nezahájení neodkladné resuscitace součástí přechodu z intenzivní péče na péči paliativní. (Drábková in Ptáček, Bartůněk a kol., 2011)

Praxe nezahájení resuscitace se v České republice vyskytuje ve čtyřech obecných podobách.

1. DNR jako specifická kategorie v rámci stanovené kategorizace pacientů na pracovištích jednotek intenzivní a resuscitační péče, kdy je DNR kolektivním rozhodnutím učiněným zdravotnickým týmem u pacienta s jednoznačně nepříznivou prognózou, bez konzultace s pacientem a jeho blízkými.
2. DNR jako kolektivní rozhodnutí zdravotnického týmu, které je poznačeno ve zdravotnické dokumentaci pacienta. Ve většině případů se rovněž jedná o jednostranné rozhodnutí zdravotníků, rodina bývá v některých případech informována. Pacient je informován o tomto rozhodnutí zcela výjimečně.
3. DNR jako implicitní součást souhlasu s přechodem na paliativní léčebnou péči, obvykle spojenou s hospitalizací pacienta v hospicu. Součástí hospicové péče není resuscitace, neboť je vnímána jako jednoznačně pro pacienta neprospěšná.
4. S příkazem DNR se setkáváme jako s ad hoc rozhodnutím ošetřujícího nebo pohotovostního lékaře neresuscitovat pacienta, který se jeví jako terminálně nemocný, a to i v případě, že v ostatních oblastech léčby k němu takto přistupováno nebylo. Tato praxe bývá kritizována jako nevhodná, a to z klinického, etického i právního hlediska. (Sláma, 2009, s. 47)

Marx uvádí, že prakticky žádné zdravotnické zařízení v České republice nemá vnitřním předpisem upravený postup DNR, přesto je v zdravotnických zařízeních tento postup praktikován. (Marx, 2009)

Na odděleních intenzivní péče došlo díky rychlému rozvoji medicíny, který s sebou přinesl nesmírné diagnostické i terapeutické možnosti, ke zvážení výsledných kritérií léčby. Záchrana života a přežití pacienta jako prioritou intenzivní léčby byla



konfrontována s dosaženou kvalitou života u nemocného. Cílem intenzivní léčby sice nadále zůstává maximální využití všech dostupných možností diagnostiky a léčby u všech pacientů s reálnou nadějí na zlepšení stavu nebo obnovení přijatelné kvality života, ale také úprava či omezení dosavadní terapie u pacientů, kde další léčba vede pouze k prodlužování utrpení bez naděje na příznivý výsledek. K těmto účelům byla v oborech intenzivní medicíny zavedena tzv. kategorizace nemocných (viz níže), kdy každý pacient je při příjmu standardně řazen do kategorie 1 (příčemž o zařazení do jiné kategorie má právo rozhodnout vedoucí lékař). Kategorie je pravidelně přehodnocována celým týmem lékařů i sester. Kategorie je měněna pouze na základě konsenzuálního rozhodnutí všech zúčastněných. Označení kategorie nemocného by mělo být součástí denního záznamu ve zdravotnické dokumentaci. (Kapounová, 2007)

Kategorizace nemocných:

1. Maximální terapie s využitím všech dostupných diagnostických a terapeutických možností. Součástí péče je i resuscitace životních funkcí v případě jejich selhání.
2. Maximální terapie až do okamžiku selhání životně důležitých funkcí. Součástí této péče je ordinace DNR. Resuscitace se zahajuje v případě, že je příčinou orgánového selhání iatrogenní poškození pacienta.
3. Využívání takových farmak a postupů v diagnostice a léčbě, které jsou minimálním nezbytným standardem v péči o pacienta. Součástí tohoto typu péče je ordinace DNR.
4. a) Nerozšiřování nastavené terapie, maximální ošetrovatelská péče a ordinace DNR.  
b) Vysazení veškeré terapie a ponechání pouze analgosedace, sedace a infuzní terapie a ventilace. Samozřejmostí je opět maximální možná ošetrovatelská péče a DNR ordinace v případě zástavy oběhu a dechu. (Kapounová, 2007 s. 185)

V současné medicínské praxi se ale běžněji setkáme s členěním do třech základních kategorií dle stupně poskytované léčby. Jedná se o tzv. plnou, maximální terapii, která je vždy výchozí pro všechny pacienty, využívá veškeré diagnosticko-terapeutické možnosti. Rozsah poskytované terapie je dále aktuálním stavem pacienta, jeho prognózou, dosavadním vývojem nemoci a zhodnocením další kvality života. Druhým

stupněm je terapie zadržena, kdy je zachována dosavadní léčba, ale už nejsou voleny další nové diagnosticko-terapeutické postupy. Po zvážení stavu pacienta je v poslední řadě možný přechod do pomyslné třetí kategorie, kterou je léčba omezená, přechod na tzv. bazální, paliativní péči. S DNR ordinací se můžeme setkat i v první kategorii, kdy po zvážení pacientova klinického stavu lékařem nemusí být ani za současné plné terapie přistoupeno k neodkladné resuscitaci. DNR bývá nedílnou součástí druhé a třetí kategorie. (Kraus, 2003; Duška 2011)

Přestože je příkaz DNR v rámci kategorizace nemocných několikrát uváděn, formální úprava při rozhodování o DNR chybí. Stále je prováděno nejčastěji v rámci týmu lékařů během analýzy při velkých vizitách, není výjimkou ani to, že rozhodnutí o nezahájení resuscitace učiní lékař jednotlivec na základě svého rozhodnutí. Ideálním metodickým materiálem, ze kterého by bylo možno vycházet, je Konsenzuální stanovisko k poskytování paliativní péče u nemocných s nezvratným orgánovým selháním vydané v roce 2009 Českou společností anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny ČLS JEP a Českou společností intenzivní medicíny ČLS JEP (viz příloha č. 5), které představuje konkrétní pokyny, jak přistupovat k pacientům v terminálním stádiu onemocnění. (Marx, 2010; Černý, 2009)

DNR příkaz je vnímán jako velmi specifický typ medicínského příkazu, na jehož konci je smrt pacienta. Přestože DNR ordinace se vztahuje pouze na nezahájení neodkladné resuscitace, mohou si někteří pacienti či jejich blízcí myslně vykládat tuto ordinaci jako zastavení veškeré péče. Zde je nezastupitelná role sestry, která by měla umět detekovat takový mylný výklad a snažit se ve spolupráci s lékařem pacientovi i jeho rodině problematiku objasnit. (Miller, 2009) Na smrt nevyhnutelně spojenou s nezahájením resuscitace by měl být náležitě připraven i ošetřovatelský personál. Důležité je vědomí, že příkaz DNR neznamená neposkytnutí péče, znamená jen jiný pohled na ukončení života pacienta a na péči v terminálním stádiu nemoci člověka. (Fields, 2007)

#### 1.3.4 Problematika práva spojená s příkazem DNR

V současné době se v České republice problematikou resuscitace a ukončení léčby, tedy i ordinací DNR v obecné rovině zabývají tři dokumenty, z nichž ani jeden nemá formální právní závaznost. Těmito dokumenty jsou: Doporučený postup výboru České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně – Společnosti urgentní medicíny a medicíny katastrof – Neodkladná resuscitace z roku 2009 (viz příloha č. 4), dále pak Konsenzuální stanovisko k poskytování paliativní péče u nemocných s nezvratným orgánovým selháním (viz příloha č. 6) a doporučení představenstva České lékařské komory k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli (viz příloha č. 5), které vzniklo na základě výše uvedeného Konsenzuálního stanoviska. (Knor, Franěk, Truhlář, 2009; Černý, 2009, Doporučení ČLK č. 1/2010)

Doporučení vydané odbornými společnostmi ale formálně neobsahují povinnosti stanovené právním řádem, tedy jejich dodržení nemusí znamenat postup *lege artis*, naopak ale také nelze tvrdit, že dodržet postup doporučený odbornou společností znamená automaticky jednat *non lege artis*. Dle Peterkové je postup *lege artis* formulován velmi vágně jako:

- postup v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy (Úmluva o lidských právech a biomedicíně, čl. 4),
- postup v souladu s dostupnými poznatky lékařské vědy (Zákon o péči o zdraví lidu, § 11, ods. 1),
- odborný postup, který je v souladu s etikou lékařského povolání a způsobem stanoveným zákony a řády komor (Zákon o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře, § 2, ods. a))
- postup, kdy v rámci odborné způsobilosti a kompetence lékař volí a provádí ty preventivní, diagnostické, léčebné úkony, které odpovídají současnému stavu lékařské vědy a jsou pro pacienta nejvýhodnější (Etický kodex ČLK, §2, ods. 1; Disciplinární řád ČLK, §1a). (Peterková, 2010, s. 62)

Ochrana osobnosti člověka je v českém právním řádu zakotvena na ústavní úrovni prostřednictvím Listiny základních práv a svobod, která deklaruje ochranu života,

nedotknutelnost osoby a jejího soukromí, osobní svobodu, lidskou důstojnost, osobní čest, dobrou pověst, ochranu soukromého rodinného života a ochranu zdraví. Ochrana osobnosti člověka, spojená zejména s ochranou života a zdraví a lidské důstojnosti, je také stanovena Občanským zákoníkem, z. č. 40/1964 Sb. Právo na život je považováno za základní lidské právo a jako takové je kromě výše zmíněných ústavních norem zakotveno i v trestním právu. (Šustek, 2010) Od 1. ledna roku 2010 nabyl v České republice platnosti nový trestný zákoník, který se přiklonil k formálnímu pojetí trestného činu. Trestným činem se tedy stává takový čin, který je za trestný čin výslovně zákonem prohlášen a jehož znaky jsou uvedeny v trestním zákoně (§13 trestního zákoníku). Z pohledu trestního práva (Zákon č. 40/2009 Sb. trestního zákoníku) lze tedy na příkaz DNR nahlížet jako na neposkytnutí pomoci, jako účast na sebevraždě, či ublížení na zdraví (v krajním případě i zabití) z nedbalosti. (Císařová, 2010)

Zcela rozdílný pohled má na problematiku příkazu DNR Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny (dále jen Úmluva o lidských právech a biomedicíně), podle níž lze DNR chápat jako dříve vyslovené přání. Úmluva o lidských právech a biomedicíně, která by jakožto mezinárodní smlouva měla být českým zákonům nadřazena, v článku č. 9 výslovně stanoví, že má být brán zřetel na dříve vyslovená přání člověka. (Císařová, 2010)

Pokyny DNR tak představují nejen kolizi mezi trestním zákoníkem a mezinárodní Úmluvou o lidských právech a biomedicíně, ale i mezi základními osobnostními právy člověka – mezi právem na ochranu života a zdraví, a právem na soukromí, sebeurčení a rozhodnutí o sobě samém. (Šustek, 2010)

Císařová zdůrazňuje potřebu řešit realizaci pacientových předchozích přání na vnitrostátní úrovni: „Stanovit jejich závaznost a definovat je, aby situaci, kdy bylo respektováno dříve vyslovené přání bylo možné vymezit vůči eutanázii, a taktéž popsat vzájemný vztah mezi dříve vysloveným přáním a eutanazií, neboť tyto spolu nepochybně souvisí.“ (Císařová, 2010, s. 8)

### 1.3.5 Dříve vyslovená přání

Dokument living will je písemným vyjádřením svobodné vůle člověka, nemocného pro budoucí případ, kdy s ohledem na závažnost svého zdravotního stavu nebude schopen posoudit svou situaci, ani verbalizovat své přání. Anglické spojení living will nemá v českém jazyce doposud přesný vhodný ekvivalent. Jeho doslovný překlad = životní vůle je nesmyslný a evokuje zcela nevhodně závět', čili poslední vůli člověka, tj. právní úkon, jehož předmětem je převod vlastnických práv, majetku. V české terminologii se proto nejčastěji setkáváme s názvoslovím předstižné pokyny nebo dříve vyslovená přání. (Vizinger, 2007)

Dříve vyslovená přání (living will, advance directives) byla poprvé formulována v 50. letech 20. století v USA právníkem L. Kutnerem. Spojené státy americké jsou proto považovány za „kolébku“ institutu dříve vyslovených přání. V každém ze států existuje právní úprava institutu advance directives, a to buď formou tzv. living will, tedy dokumentu, prostřednictvím kterého má pacient možnost pro futuro odmítnout konkrétní (a to i život zachraňující) léčbu, nebo tzv. Health Care Proxy, zástupce pro oblast zdravotní péče, kterého si pacient určí pro ty případy, kdy nebude schopen sám o léčbě rozhodovat. Z řady evropských států, které mají specifickou zákonnou úpravu dříve vyslovených přání, je vhodné zmínit zejména Velkou Británii, která v rámci zdravotnického práva věnuje nesmírnou pozornost problematice konce života, umírání, především i rozlišení pojmu usmrcení a umožnění, aby pacient zemřel. Jako stěžejní princip zdůrazňuje neustálou úctu k člověku, jeho důstojnosti a autonomii. Americká právní úprava ani britská však závazně nestanovuje pravidla pro pokyny DNR, v obou zemích existují pouze doporučené postupy, tzv. guidelines či statements. Dalšími evropskými státy, které se institutem dříve vyslovených přání zabývají, jsou např. Finsko, Belgie, Španělsko a Nizozemí. Ve většině těchto zemí vychází úprava dříve vyslovených přání z čl. 9 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně. Zvláštní postavení má Německo, které odvodilo dříve vyslovená přání bez jakékoliv souvislosti s čl. 9 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně od práva každého na důstojnost, jakožto jednoho z nejzákladnějších práv lidské bytosti, která se mimo jiné projevuje i právem

rozhodovat o své tělesné integritě s přesahem do budoucna. Zásadní roli pro fungování dříve vyslovených přání má zde Ústavní soud. (Peterková, 2010)

Zatímco ve Spojených státech jsou dříve vyslovená přání již běžnou praxí, v České republice se teprve v současnosti pomalu dostávají do povědomí lékařů, pacientů a jejich rodinných příslušníků. V České republice byla dříve vyslovená přání do českého právního řádu zavedena s přijetím Úmluvy o biomedicině v roce 2001. (Vácha, 2009)

Zdravotnický personál je konfrontován s dvěma typy problémů: na jedné straně s rozhodnutím o ukončení léčby nebo nenasazení nové, na straně druhé s nároky a žádostmi pacientů a jejich rodin k pokračování v další, mnohdy zcela zbytečné léčbě. Snahou zdravotníků bývá především vyjednat řešení přijatelné jak pro ně, tak i pro pacienta a jeho rodinu. Důležitá je pro volbu léčby a správné rozhodnutí o dalším postupu znalost kulturního a spirituálního zázemí pacienta. Ta není možná bez spolupráce rodinných příslušníků, a to zejména v případech, kdy pacient už není schopen nám toto sám sdělit. Problém nastává ve chvíli, pokud členové rodiny mají odlišné názory na další léčebný postup. V těchto případech by bylo velmi žádoucí, kdyby pacient mohl předem vyjádřit svou vůli prostřednictvím dokumentu či kdyby předem ustanovil svého platného zástupce, který v případě, že on již nebude schopen, bude zmocněn rozhodovat za něj. (Vácha, 2009)

Novinkou v problematice dříve vyslovených přání je v České republice přijetí zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, který nabývá platnosti od 1. dubna 2012, a ve kterém je nově zakotven institut dříve vyslovených přání. Institut dříve vysloveného přání upravuje § 36 výše uvedeného zákona a dává možnost pacientovi předem stanovit, jaké zákroky si nepřeje v budoucnu podstoupit v případě, že bude v takovém zdravotním stavu, kdy nebude schopen sám rozhodnout. Podmínkou respektování dříve vysloveného přání je jeho písemná forma s ověřeným vlastnoručním podpisem pacienta. Maximální doba platnosti dokumentu je 5 let. Součástí musí být i písemné poučení praktickým lékařem o důsledcích pacientova rozhodnutí. V případě, že pacient učiní dříve vyslovené přání až při přijetí do zdravotnického zařízení, zaznamená se do dokumentace vedené o pacientovi. Podpis pacienta nemusí být v tomto případě úředně ověřen, záznam však musí kromě pacienta podepsat zdravotnický pracovník a

svědek. Takto předem vyslovené přání platí pro poskytnutí zdravotních služeb pouze jedním konkrétním zdravotnickým zařízením. Zákon vymezuje i ty situace, ve kterých nejde institut dříve vysloveného přání uplatnit. Dříve vyslovené přání nelze uplatnit, pokud by vedlo k aktivnímu ukončení života pacienta nebo pokud by jeho splnění mohlo ohrozit jiné osoby, nelze jej také uplatnit v případě nezletilých pacientů nebo pacientů zbavených způsobilosti k právním úkonům. (viz Příloha č. 7 – zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, § 36)

Dle Peterkové je třeba na samotné pokyny DNR nahlížet jako na kvalifikované dříve vyslovené přání, které pokud bude respektováno, povede ke smrti pacienta.

„Ne každé dříve vyslovené přání je spojeno takto přímo se smrtí pacienta. To je důvod, proč by měly být na pokyny DNR kladeny větší nároky v porovnání s jinými dříve vyslovenými přáními pacienta.“ (Peterková, 2009)

## **2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

### **2.1 Cíle práce**

Cíl 1. Zjištění stanoviska sester k příkazu Do Not Resuscitate.

Cíl 2. Zmapování problémů, které sestry vnímají v souvislosti s DNR příkazem z hlediska etického.

Cíl 3. Posouzení náhledu sester na problematiku poskytování ošetrovatelské péče u pacientů s ordinací DNR.

### **2.2 Výzkumné otázky**

Výzkumná otázka č. 1:

Jaká hlavní stanoviska zaujímají sestry k ordinaci DNR?

Výzkumná otázka č. 2:

Jaké etické problémy sestry vnímají ve spojení s ordinací DNR?

Výzkumná otázka č. 3:

Znamená ordinace DNR pro sestry signál ke změně dosavadní ošetrovatelské péče a ošetrovatelských intervencí u pacienta?



## **3 METODIKA**

### **3.1 Metodika výzkumu**

K dosažení cílů práce bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření. Technikou sběru dat byl individuální, polostandardizovaný rozhovor s respondenty – sestrami pracujícími na odděleních intenzivní a resuscitační péče. Vybraným respondentkám byl poskytnut podklad k rozhovoru – přehled základních otázek členěných do třech okruhů (viz příloha č. 8) a posléze byly vyzvány k osobnímu setkání.

Rozhovory s respondentkami byly zaznamenávány písemně nebo byly s jejich souhlasem nahrávány pomocí audio záznamníku a následně zpracovány.

Výzkum byl prováděn v období měsíce dubna roku 2012 v Nemocnici Jihlava se souhlasem Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči Nemocnice Jihlava Bc. Jarmily Cmuntové.

### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Výzkumu se zúčastnilo 8 respondentů – sester, které byly rozděleny do dvou základních skupin s ohledem na zaměření pracoviště a skladbu pacientů. V první skupině byly 2 sestry pracující na oddělení interní jednotky intenzivní péče a 2 sestry pracující na oddělení onkologické jednotky intenzivní péče, tedy sestry pracující v interních oborech. Ve druhé skupině byly 2 sestry pracující na chirurgické jednotce intenzivní péče a 2 sestry z oddělení anesteziologicko-resuscitačního.

Základním kritériem pro výběr respondentů bylo zaměstnání na jedné z výše uvedených ošetrovacích jednotek intenzivní a resuscitační péče a délka odborné praxe na oddělení intenzivní péče minimálně dva roky.

## 4 VÝSLEDKY

### 4.1 Respondentky pracující na oddělení interních oborů JIP

Rozhovor č. 1

Respondentka, 31 let, všeobecná sestra pracující na oddělení interní jednotky intenzivní péče. Délka praxe na oddělení 2 roky.

Na svém pracovišti se s příkazem DNR setkává poměrně často, ale pouze jako s „ústně předávanou informací“, nikoliv jako s oficiální ordinací, o které by byl prováděn záznam v dokumentaci. S příkazem DNR jako s dříve vysloveným přáním pacienta či jeho rodiny se nesetkala nikdy. O nezahájení resuscitace v případě zástavy oběhu rozhoduje vždy lékař s ohledem na aktuální pacientův zdravotní stav, většinou se tak děje během vizit. Lékaři si vzájemně informace předávají ústně, stejně tak i sestry během předávání služby. DNR není nikde značeno, ani nekategorizují pacienty dle stupně intenzivity léčby.

„Příkaz DNR pro mě znamená nejen nezahájení resuscitace, ale také pozastavení, nebo omezení léčby, která souvisí s podporou krevního oběhu, jako je například ordinování kontinuální aplikace noradrenalinu. Často se setkávám s tím, že se lékař vyjádří, že pacienta v případě selhání nebudeme resuscitovat, ale navyšuje mu dávky medikace. S tím já nesouhlasím. Podíl sestry na rozhodování o nezahájení resuscitace vidím především v tom, že konzultujeme s lékařem, zda je nutné podávat a navyšovat další medikaci s ohledem na stav pacienta. Samotné rozhodování je ale samozřejmě vždy v kompetenci lékaře a my jej plně akceptujeme.“

DNR v obecné rovině chápe hlavně jako neprodlužování utrpení. „Nezahájení resuscitace mám hlavně spojené s problematikou terminálně nemocných, starých lidí. Tam mi přijde jako samozřejmost, že už se neprodlužuje život, který končí.“

Osobními kritérii, kdy je pro respondentku DNR ordinace jednoznačně přijatelná, jsou onkologická a nevléčitelná neurologická onemocnění jako je například roztroušená skleróza v pokročilém stádiu, a jednoznačně vysoký věk – stáří pacienta. Za osobně nepřijatelné považuje ordinovat DNR u mladých lidí. „DNR u mladého člověka

by mi přišlo hrozné, ale pokud by to bylo jeho přání, že si nepřeje, aby byl resuscitován, dokázala bych to akceptovat“.

Z hlediska etiky nahlíží respondentka na příkaz DNR podobně jako v obecné rovině, vnímá jej především jako neprodlužování utrpení. „Medicína je dneska mocná, a pokud budeme využívat veškeré její možnosti, můžeme to být skoro navěky, ale je nutné respektovat limity těla.“ Přesto ordinaci DNR vnímá i jako vysoce individuální záležitost. „Někdy je to velmi tenký led, nedokážeme posoudit vůli člověka žít.... Stalo se že my už jsme pacientovi žádnou šanci nedávali, a tedy bychom ani nepodnikali žádné kroky k obnovení oběhu v případě zástavy, a on přesto od nás odešel po svých. To jsou občas takové zázraky, se kterými bychom ale asi také měli počítat.“ V některých případech se respondentka kloní i k názoru, že „DNR je vlastně taková pasivní eutanázie“.

Samotný akt nezahájení resuscitace bere jako součást své práce. „Neprovází mě žádní emoce...a pokud se jedná o starého člověka, je to pro mě vlastně spíš takové přirozené, samozřejmé, že ho necháme v klidu odejít.“

Z hlediska ošetrovatelské péče je příkaz DNR pro respondentku téměř bezvýznamný. „Pacientům poskytujeme maximální možnou ošetrovatelskou péči. DNR ordinace na tom nic nemění. Samozřejmě ale přizpůsobujeme naše intervence stavu pacienta. Snažíme se, abychom ho zbytečně nezatěžovali, zejména pokud vidíme, že se již opravdu blíží konec, necháme jej v klidu. Ale určitě není DNR signál pro omezení péče, ale spíš se snažíme o důstojný konec člověka bez zbytečné zátěže.“

Respondentka uvádí, že pro ni není rozdíl, zda se jedná o DNR ordinaci u pacienta v bezvědomí či při vědomí. „Nedokážu posoudit, jak bych jednala u pacienta, který by byl při vědomí a měl sepsáno, že si nepřeje být resuscitován, nikdy jsem se s tím nesetkala, ale asi bych v tom neviděla rozdíl, akceptovala bych toto rozhodnutí. Asi by byl pro mě problém, kdybych měla s ním na toto téma konverzovat... Asi bych nedávala žádné konkrétní informace, nejsou ani v mé kompetenci. A pokud už dojde k selhání životně důležitých funkcí, tak je pacient vždy v bezvědomí a já jedním dle pokynů lékaře.“ Konverzace by byla pro respondentku obtížná i s rodinou pacienta, nikdy se do ní dle svých slov aktivně nepouštěla. Informovat rodinné příslušníky je dle

respondentky zcela v kompetenci lékaře. Jak uvádí, je DNR mnohdy „přirozená věc, která se ani tak nenazývá.“. „Lékaři rodině pacienta obvykle neříkají, že nebude resuscitován, prostě je připraví na to, že je pacient v takové fázi onemocnění, kdy už nejsou schopni mu pomoci, a že jejich nemoc vede nevyhnutelně ke konci. Myslím si, že je asi takto lepší, nedokážu si vlastně asi představit, že by se s rodinami těžce nemocných ještě řešilo, zda chtějí či nechtějí, aby byl pacient ožívován.“

## Rozhovor č. 2

Respondentka, 38 let, sestra specialistka v oboru anesteziologicko-resuscitační a intenzivní péče pracující na oddělení interní jednotky intenzivní péče 9 let.

Respondentka uvádí, že se s ordinací DNR na své pracovišti setkává, ale pouze jako s formou ústního vyjádření lékaře o dalším terapeutickém postupu u pacienta v rámci změny terapie, respektive přechodu z tzv. plné terapie na terapii zadržanou. „Obvykle se nikde nezapíše, že u pacienta nebudeme provádět resuscitaci, tedy alespoň si neuvědomuji, že bych se s tím někdy setkala. Často se mění i postoj lékařů ohledně zadržané terapie, při níž my sestry obvykle s DNR počítáme tak nějak automaticky... je to někdy takové dost zmatené, asi by bylo dobře, kdyby byl učiněn přímo zápis – DNR ano/ne.“ Informace si dle dotazované předávají sestry mezi sebou pouze ve formě ústního předání služby. S ordinací DNR jako s předem vysloveným přáním pacienta se respondentka nesešla nikdy.

Rozhodnutí DNR je zcela v kompetenci lékaře nebo jej vyřkne tým lékařů při vizitě. Respondentka uvádí, že se nesešla s tím, že by byla k rozhodování přizvána rodina. „Naši pacienti, u kterých lékaři uvažují o vysazení léčby nebo její omezení, jsou už obvykle v takovém stavu, že nemohou rozhodovat, myslím tím, že nejsou při vědomí, nebo jsou zmatení... Takže varianta, že by spolurozhodoval pacient, u nás není možná, a variantu, že by bylo rozhodnutí o DNR konzultováno s rodinou, jsem ještě nezažila.“ Respondentka uvádí, že rodina je lékařem obvykle informována o závažnosti stavu, o prognóze a o případných dalších možných postupech, a to i s upozorněním na fakta, že dosavadní léčba nemusí být úspěšná a další již není možná.

Sesterský podíl na rozhodování o DNR u pacienta respondentka popírá. „Myslím, že je to vždy věcí lékaře. My jako sestry se na tomto rozhodování nepodílíme... snad jen někdy přesvědčujeme lékaře, že další zákroky, další léčba už jsou spíš pro konkrétního pacienta trápením, zda by nepřehodnotil své rozhodnutí... takže vlastně jsme to spíš častěji my sestry, které takříkajíc lobujeme za to nechat pacienta v klidu, prostě svému osudu... ale jak říkám, konečné rozhodnutí je vždy jen a jen na lékaři.“ Respondentka udává, že pravidelně s lékaři konzultují aktuální stav pacienta, nejčastěji v rámci vizit.

Hodnotit příkaz DNR v obecné rovině není dle respondentky jednoduché. „Jako první mě napadne ANO – neresuscitovat je naprosto přirozené, hlavně u vážně nemocných, starých lidí. Resuscitace je stejně většinou marná, a v případě úspěšné resuscitace jsou následky hrozně jak pro pacienta, tak i pro rodinu... Ale pak si říkám, zda bych to takhle chtěla u člena své rodiny, zda bych to nevnímala jako vzdání se bez boje...“

Etický rozměr DNR příkazu souvisí dle respondentky s obecným náhledem na problematiku. „Myslím, že nelze etiku a DNR oddělovat, vždycky se tam najde něco, co může být pro někoho jakoby neetické... někomu přijde normální nechat nemocné v klidu zemřít, pro jiné je to třeba zanedbání péče, eutanázie a já nevím co ještě... Z mého pohledu je DNR etické vždy u starých lidí, lidí nevléčitelně nemocných v posledním stádiu onemocnění. Tam by pro mě bylo naopak dost neetické zahajovat resuscitaci. Jiné je to ale u mladých lidí... A vůbec bych si nevěděla rady u dětí...“ Respondentka sama by nikdy DNR neslučovala s žádnou formou eutanázie.

Osobní kritéria respondentka zaujímá k ordinaci DNR s ohledem na výše zmíněnou etickou problematiku. „Jak jsem již říkala, pro mě jednoznačně DNR přijatelné u starých lidí, lidí terminálně nemocných, nepřijatelné je asi u dětí a mladých lidí, i když tam je to také velmi diskutabilní... i tam bych asi byla pro u nevléčitelných nemocí v jejich konečné fázi, i když je to hrozně.“

Specifické emoční projevy, které by doprovázely situace, kdy není přistoupeno u pacienta k resuscitaci, respondentka neuvádí. „Je to spíš takové čekání, asi trochu

nervozita nebo možná takový pocit napětí... Spíš si vždycky přeju, aby vše proběhlo v klidu, bez trápení.“ Potřebu, nutkání „začít něco dělat“ respondentka neguje.

Ošetrovatelská péče zůstává dle respondentky neměnná u pacienta po celou dobu jeho hospitalizace. Nemá na ní vliv žádná změna v medicínské ordinaci. „Pokud víme, že se u pacienta nebude provádět KPR, neznamená to, že se u něj omezuje péče, to vůbec ne... provádíme vše jako doposud.“ Respondentka přiznává, že pouze v ojedinělých případech, které souvisejí se závažností aktuálního klinického stavu, jsou některé intervence omezovány, nebo spíše časově jinak rozloženy. „Pokud vidíme, že se konec nevyhnutelně blíží a pacient je v klidu, tak už třeba neměníme jeho polohu, nenasondujeme a tak... prostě ho necháme v klidu, důstojně odejít.“

Komunikace s pacientem nebo s jeho rodinou na téma ordinace DNR je dle respondentky zcela v kompetenci lékaře. „Je na lékařích, aby rodině vysvětlili, proč se nebude pacient resuscitovat, pokud se na to konkrétně zeptají. Obvyklou praxí ale je, že se na toto téma moc nehovoří... Prostě se rodině sdělí, že je to špatné a že to asi také špatně skončí.“ Respondentka udává, že by sama aktivně nezačala komunikaci na toto téma, domnívá se, že první krok v komunikaci by měl vždy udělat lékař, který rodině poskytne podrobné informace stran zdravotního stavu pacienta a jeho další prognózy. „Pokud vím, že je rodina lékařem poučena, tak jsem připravena se bavit i na toto téma, i když je to obtížné...“ Za hlavní úkol sestry považuje zajištění dobré péče o pacienta a případné začlenění rodiny do péče. „Pro někoho je důležité, že se může podílet na péči, že tam není zbytečný...obvykle stačí jen informovat rodinu o tom, co u pacienta děláme, třeba je naučit trochu rehabilitovat, nebo je edukovat o tom, co mohou přinést... Většina lidí potřebuje hlavně vědět, že je o jejich blízké postaráno, že netrpí.... A to je asi ta hlavní úloha sestry je o tom umět přesvědčit.“

### Rozhovor č. 3

Respondentka, 28 let, všeobecná sestra pracující na oddělení onkologické jednotky intenzivní péče, délka praxe na onkologickém oddělení 6 let.

S ordinací DNR jako s přímou ordinací uvedenou ve zdravotnické dokumentaci se neseťkává na svém pracovišti vůbec. Neprovádí se zde žádné kategorizování

nemocných, vše je velice individuální, odvíjející se zejména podle stavu pacienta a také podle rozhodnutí lékaře. Co se týká ordinace DNR na vlastní žádost pacienta, uvádí respondentka, že se setkala pouze s jedním případem. „Bylo to u jedné pacientky, která to měla uvedeno i v papírech, měla to podchyceno...byl to takový dlouhý elaborát, pod který se tuším tři nebo čtyři lékaři podepisovali a ona s tím vším souhlasila...ta pacientka už byla ve fázi onemocnění, kdy už opravdu nebyla šance to zvládnout...“

O nezahájení resuscitace rozhoduje standardně vždy lékař. Na dotaz, zda může sestra svými připomínkami k aktuálnímu stavu nemocného ovlivnit lékařovo rozhodnutí, respondentka odpovídá: „Asi můžu říct svůj názor, ale víceméně je to vždy na lékařích, ...a já bych si třeba netroufla o tom rozhodovat ...i když mělo by být asi nepsané pravidlo, že pokud je někdo v terminálním stádiu, tak se resuscitovat nebude, ale pokud je někdo v začátku léčby, nebo pokud je to mladý člověk, dítě, tak proč to nezkusit?“

Rozhodnutí, ordinace DNR není zaznamenávána ve zdravotnické dokumentaci nemocného, tedy zejména není v její písemné části. Respondentka uvádí, že ani v případě DNR na vlastní žádost pacienta nebyl o tomto spraven podrobný zápis v lékařské a sesterské dokumentaci. „Až po prohlížení záznamů v počítači jsem objevila, že má pacientka speciální záznam...zjistila jsem to, ale až když šlo do tuhého, v dekurzu i v naší ošetřovatelské dokumentaci o tom nebyla zmínka...“ Dle respondentky vážne zejména komunikace mezi lékaři a sestrami ohledně předávání informací o pacientech.

Otázky spoluúčasti pacienta na rozhodování o DNR hodnotí jako velmi problematické. „Pokud se to s pacientem probírá (a jako že se to spíše s nimi neprobírá), tak si myslím, že se vyjádřit mohou... ale já si myslím, že hlavní problém je to, že ti lidé ani nevědí... u některých lidí je základním problémem, že nevědí o svém stavu, nemají informace o své diagnóze z části i proto, že si rodina nepřeje, aby o tom informováni byli, a tudíž další debata není ani možná.“ Spolupráci lékaře s rodinou pacienta s přihlédnutím na debatu ohledně DNR ordinace hodnotí respondentka negativně. „Nikdy jsme neslyšela lékaře, že by se ptal: chcete – nechcete resuscitovat,

nikdy, nesetkala jsem se s tím opravdu ani jednou...výjimkou byl ten příklad, který jsem již uvedla, kdy to měla pacientka již předem stanoveno.“

Ordinaci DNR respondentka vnímá ve dvou rovinách. „Pokud je člověk v terminálním stádiu, je resuscitace týráním těla, tělo samo už není schopno kompenzace, i přes veškeré snahy vydrží 5, 10 minut a pak stejně zemře...ale jiné je to, pokud se jedná o mladé lidi, děti, o člověka v začátku léčby. A za mladé považuji lidi do šedesáti let...Tam je těžké nezkusit vše, aby život pokračoval dál“

Z hlediska etického hodnotí dotazovaná ordinaci DNR spíše jako „ulehčení, usnadnění pacientovi v klidu zemřít, nechat zemřít důstojně“. Opět zde hodnotí věkové hledisko pacienta, kdy jí dle jejích slov není příjemné neresuscitovat mladého člověka, v tom spatřuje velké etické dilema. „Kdy je správné nechat mladého člověka zemřít a kdy musíme udělat vše pro jeho záchranu?“ Příkaz DNR nepřiřovává k žádné z forem eutanázie.

Rize osobní kritéria k rozhodnutí o přikročení či nepřikročení k resuscitaci se rovněž u respondentky odvíjejí s ohledem na věk pacienta a stádium jeho onemocnění. „Jednoznačně pro mě nepřijatelné je DNR u dětí a mladých lidí, přijatelné u starých lidí, lidí v terminálním stádiu onemocnění. I když i zde by se měl vždy zhodnotit pacientův zdravotní stav, nechtěla bych nikomu ubírat šanci na život. Pro mě je ale DNR velmi nepříjemné u mladého člověka v začátku léčby.“

Při nemožnosti resuscitovat mladého člověka, člověka v začátku léčby popisuje respondentka negativní pocity, pocity marnosti a zbytečnosti. „Člověk tam stojí, nemůže dělat nic...nutí mě to začít s resuscitací, ale samozřejmě to neudělám, je to taková vnitřní tíseň...prostě to člověka tak nějak bere za srdíčko.“

Příkaz DNR pro respondentku nijak nesouvisí s ošetrovatelskou péčí. „Člověk je pořád člověk, ať už se s ním stane cokoliv. To, že vím, že pacient nebude v případě zástavy oběhu resuscitován, neznamená, že se k němu budu chovat jinak, že mu bude poskytována menší péče. Nikoliv. Do poslední chvíle je péče o něj stejná, beze změn“. Za priority v péči o pacienta dotazovaná považuje eliminaci bolesti a diskomfortu pacienta. Respondentka nevnímá rozdíl v péči o pacienta v bezvědomí či při plném vědomí v souvislosti s DNR ordinací.



Rozhovory na téma konce života jsou pro respondentku vždy nepříjemné. Jak sama uvádí, nejčastěji se pacienti dotazují „kdy už bude konec.“ S rozhovorem na téma neresuscitování se nesešla. „Je pro mě vždy těžké mluvit o smrti, často nevím, jak mám pacientovi na jeho dotazování ohledně blížícího se konce odpovědět. Naučila jsem se ale raději říkat >nevím, co Vám na to v tuto chvíli mám říct<, než používat nějaká kliše typu >to bude dobré<, víme oba, že nebude.“

#### Rozhovor č. 4

Respondentka č. 4, všeobecná sestra pracující na oddělení onkologické jednotky intenzivní péče, délka praxe 4 roky.

Ordinaci DNR považuje respondentka téměř za běžnou součást své praxe, ale pouze myšleno v praktické rovině. Jako s předem definovanou a v dokumentaci zaznačenou ordinací se s ní naopak nesešla nikdy. „DNR jako lékařskou ordinaci zaznamenanou v dokumentaci jsem ještě nezažila, ale pokud budu přistupovat k DNR jako k příkazu, který mi velí nezačít žádné oživovací úkony v případě zástavy oběhu, je to s ohledem na skladbu našich pacientů a povahu jejich onemocnění častá záležitost.“

Rozhodnutí nepřistoupit k resuscitaci dává vždy lékař s ohledem na aktuální stav pacienta. „Většinou je to ale tak, že nám přímo nikdo nesdělí, že se nebude resuscitovat, spíše to vyplyne z průběhu léčby, když už je terapie pouze paliativní, je pro nás DNR vlastně taková samozřejmost.“ O tom, že nebylo k resuscitaci přistoupeno, se obvykle nevede žádný záznam. Respondentka uvádí, že se doposud nesešla s tím, že by pacient měl předem vyslovené přání, aby nebyl resuscitován v případě zástavy krevního oběhu a dechu. Taky se nesešla s tím, že by se rodina k této problematice vyjadřovala, že by byl veden s rodinou na toto téma rozhovor.

Respondentka nedokáže odpovědět, jak by zhodnotila podíl sestry na rozhodování o nezačínání KPR. „Je těžké definovat, jaký podíl může mít sestra na takovémto rozhodnutí. Je to záležitost lékaře...Na druhou stranu z vlastní zkušenosti vím, že u některých pacientů by nás ani nenapadlo řešit, že k resuscitaci přistoupíme. To se samozřejmě vždy jedná o pacienty v terminálním stádiu nemoci, o staré lidi. Prostě když se blíží konec, tak nic neuděláme, lékaře voláme k exitu, ke stanovení smrti. Ale

když se nad tím zamyslím, tak nám nikdo oficiálně nesdělil: neresuscitujte. Je to tedy naše rozhodnutí?“

Ordinaci DNR vnímá respondentka ambivalentně: „Pokud budu brát příkaz neresuscitovat jako něčí >shůry< rozhodnutí, tak je mírně řečeno diskutabilní...ale pokud ho budu vnímat jako >ponechání věcem volný průběh<, a tím myslím blížící se smrt pacienta v terminální fázi, u starých lidí, tak mi naopak přijde jako naprosto přirozená záležitost.“

Etický rozměr ordinace DNR respondentka spatřuje zejména v samotném rozhodování. To považuje za nejtěžší. „Jsou případy, kdy je to naprosto jednoznačné. A pak jsou případy mladých lidí s prognosticky velmi špatným onemocněním, u kterých je velmi těžké rozhodnout, zda přistoupit k resuscitaci či nikoliv. Je to pak možné chápat jako nedání šance.“ Respondentka do etické problematiky řadí i nedostatečnou komunikaci na toto téma. „Nevím, zda to sem patří, ale vadí mi, že je velmi málo času věnováno pohovorům s pacienty na toto téma.“ Ordinaci DNR by neslučovala s eutanazií, spíše jí vnímá jako zadrženu terapii, „ponechání věcem přirozený průběh, nebránění smrti.“

Za svá osobní kritéria, která by ovlivnila rozhodování, zda zahájit či nikoliv KPR, považuje respondentka věk pacienta a stádium nemoci. „Jednoznačně nepřijatelné je pro mě DNR u dětí a mladých lidí, a taky u lidí v začátku léčby, kdy není jasné, jak se vše bude dále vyvíjet. Přijatelná je jednoznačně u starých lidí, a asi také u pacientů s mnohačetnými dalšími zdravotními problémy a komplikacemi.“

Respondentka nedokáže specifikovat své pocity při nezahájení resuscitace. „Obvykle neřeším, že vlastně nebudu resuscitovat, to mě nenapadne jako první...většinou je to tak, že čekáme na konec, na smrt pacienta, když víme, že už je nevyhnutelná...a ta když nastane, tak je to pro mě vlastně už taková skoro rutina...asi to zní hrozně, ale neprojevují se u mě nijak bouřlivě žádné emoce, snad jen takový ten pocit stísněnosti. Samozřejmostí je pro mě ale zachování důstojnosti člověka do poslední chvíle.“

Ošetrovatelská péče zůstává dle respondentky neměnná, ordinace DNR nemá radikální vliv na změnu intervencí u pacienta. Respondentka uvádí, že je zachována

maximální péče pacienta. „Ošetrovatelská péče o pacienty zůstává stejná, zejména v oblasti zajištění základních potřeb. Jestli dochází k nějaké změně v péči, tak je to vždy s ohledem na momentální stav pacienta, např. že již pacienta nezatěžujeme některými invazivnějšími výkony – kanylace žíly a tak, když už je stejně redukována jeho léčba.“ Rozhodování o ošetrovatelských intervencích u pacientů v terminální fázi je ale dle respondentky velmi individuální. „Je to tak trochu jiné u každé sestry. Myslím, že základní péče je vždy zajištěná, jen každá ji asi jinak načasujeme, každá považujeme za prioritní možná něco trochu jiného...“ Dotazovaná za své priority v péči o umírající uvádí psychickou pohodu a klid pacienta, blízkost rodiny. „Hlavní je pro mě eliminovat bolest.“

Respondentka nikdy nehovořila na téma DNR s pacientem ani s jeho rodinou. „Zatím jsem nezažila, že bych na toto téma musela hovořit...Myslím, že je to zejména v kompetenci lékaře, a pokud bych věděla, že proběhl rozhovor lékař – pacient, nebo lékař – rodina, tak bych možná na případné další dotazy byla schopna odpovědět, jinak bych se do toho ani nepouštěla. Ideální by asi bylo, kdybychom se domluvili, případně si společně s rodinou a pacientem sedli a popovídali, ale na to bohužel není v našich podmínkách prostor a čas.“

## **4.2 Respondentky pracující na oddělení ARO a chirurgické JIP**

### Rozhovor č. 5

Respondentka, 29 let, sestra specialista v odboru anesteziologicko-resuscitační a intenzivní péče pracující na oddělení ARO, délka praxe na ARO 2 roky

Respondentka udává, že se na svém pracovišti setkává s přímou ordinací DNR zřídka. Pokud lékař vysloví u pacienta ordinaci DNR, předává se tato pouze ústně, nezapíše se do ošetrovatelské dokumentace. Fakt, že u pacienta nebyla zahájena KPR, se nezmiňuje ani v případě úmrtí pacienta. Na oddělení ARO se již neprovádí kategorizace nemocných – 4 kategorie dle intenzity poskytované terapie, rozlišují se zde tři stupně terapie: plná, zadržovaná a symptomatická neboli bazální terapie.

O nezahájení resuscitace u pacienta rozhoduje vždy lékař, ale není výjimkou, že se na rozhodnutí podílí i rodina pacienta. „Stává se, že si rodina nepřeje resuscitování pacienta, nepřeje si další prodlužování jeho života. Obvykle je jim vyhověno, pokud je tedy jejich přání kompatibilní s názorem lékařů...V takových případech si my sestry uděláme vlastní poznámku do dokumentace, štítek o DNR, která ale není oficiální, později se skartuje.“ Respondentka udává, že pokud již lékař vysloví DNR ordinaci, obvykle ji nemění. „Jak jsem již uvedla, DNR jako předem plánovaná ordinace je vyslovována zřídka, spíše se přistupuje k zadržené nebo přímo symptomatické terapii, ale pokud už se lékař rozhodne, že pacient resuscitován nebude, již se tento názor nemění“. S DNR ordinací jako s dříve vysloveným přáním se dosud nesetkala.

Podíl sestry při rozhodování o nezahájení či zahájení případné KPR vidí zejména v informování lékaře o aktuálním stavu nemocného. „Samotné rozhodnutí je vždy na lékařích, ale myslím si, že je z části také ovlivněno informacemi, které jim sdělujeme...že se pacient vylepšuje, nebo naopak že se horší a nevidíme žádný posun k lepšímu.“

Ordinaci DNR vnímá negativně u mladých pacientů. „Pokud se jedná o mladého člověka, je to nepříjemné, mám tendenci bilancovat, zda opravdu jeho diagnózy jsou natolik závažné, že by se u něj neměla KPR zahájit...ale pokud se jedná o devadesátiletého člověka, je to pro mě skoro samozřejmost, tedy to, že nebude resuscitován.“

Za největší etické dilema respondentka považuje v souvislosti s ordinací DNR samotné rozhodování o tom, komu dát či nedat šanci. „Někdy mi to přijde od lékařů takové trochu hraní na Boha, že určí, kdo se bude zachraňovat a komu už se šance nedá.“ Nejzávažněji by tento problém vnímala u pacientů mladších ročníků. DNR ordinaci z tohoto pohledu respondentka vnímá „jako určitou formu pasivní eutanázie“.

Osobními kritérii pro jednoznačný souhlas s DNR jsou pro respondentku stáří pacienta a onkologická onemocnění. „u starých lidí, lidí onkologicky nemocných považují resuscitaci za zbytečnou, nesmyslnou...Naopak u mladých lidí by bylo pro mě hodně nepříjemné nezahájit resuscitaci, ale naštěstí se mi to zatím nestalo.“

Na dotaz, jaké pocity zažívá při nezačínání resuscitace?, odpovídá: „Bezmoc, jednoznačně bezmoc, nemůžu najednou nic...nutí mě to něco udělat, ale nemůžu...prostě bezmoc.“

Ošetrovatelská péče se dle dotazované nemění, není ovlivněna tím, zda pacient bude či nebude resuscitován v případě zástavy oběhu. „Děláme všechno tak jako obvykle, komplexní ošetrovatelskou péči. Akorát v případě selhávání životních funkcí nepřistupujeme k žádným úkonům, nezvyšuje se medikace, nezačínáme KPR...“ Za jednu z priorit, kterou respondentka řadí rovněž do problematiky ošetrovatelské péče, považuje umožnění rodině pacienta neomezené návštěvy, možnost se důstojně rozloučit. „Pro nás je to někdy obtížné, až nepříjemné, zejména pokud v přítomnosti rodiny dojde k zástavě...a my tam vlastně jen tak stojíme, nic neděláme...ale pro ně je to asi velmi důležité, ta možnost se rozloučit, být s ním do konce...“

Respondentka udává, že zatím nemusela s rodinou ani pacientem komunikovat na téma DNR. „Nikdy jsem nezažila, že bych musela s rodinou mluvit na toto téma, vlastně ani nevím, co bych jim měla říkat...nevím, opravdu jsem to nezažila...nevím, zda jsem na toto připravená... Ale jednou jsem poslouchala rozhovor mé kolegyně s dcerou pacienta, který umíral...Byla úžasná, otevřeně s ní o všem mluvila, o tom, že má pacient vypnutý Noradrenalin, jaké to bude mít důsledky, proč se k tomuto přistoupilo a tak...Nemluvila o tom, že pacient umře, komentovala to, co se u něj aktuálně děje, co právě dělá, vlastně spíš o ošetrovatelské péči...připadalo mi, že to ta dcera potřebovala slyšet, že jsme tzv. pacienta neodepsali, že je o něj postaráno, jen se už jeho tělo nezatěžuje zbytečnou léčbou.“

## Rozhovor č. 6

Respondentka, 25 let, všeobecná sestra pracující na oddělení ARO 2 roky

S ordinací DNR se respondentka setkala za dobu své praxe na ARO asi pětkrát nebo šestkrát, a to jako s přímo vyčtenou ordinací lékaře. Uvádí, že ordinaci DNR si předávají sestry ve svém hlášení, ale jedná se pouze o jakousi „interní poznámku“, není prováděn žádný oficiální záznam. Rovněž lékař neprovádí záznam s DNR kódem. „Jedná se spíše o zaznamenání změny terapie, kdy se zadrží dosavadní terapie a

přechází se na symptomatickou, o tom lékař záznam samozřejmě provádí, ale o tom, že se nebude resuscitovat, se nepíše, to si předáváme jen mezi sebou.“

O tom, že se v případě zástavy oběhu nebude přistupovat ke KPR, rozhoduje vždy lékař, tým lékařů oddělení ARO. Dle respondentky bývá s tímto jejich rozhodnutím rodina seznámena. „Lékaři rodinu průběžně o stavu pacienta informují, asi přímo nevyřknou DNR, ale o vážnosti stavu, o tom, že to nemusí dobře dopadnout, rodina určitě ví.“ S ordinací DNR jako s dříve vysloveným přáním pacienta, nebo jako se žádostí rodiny pacienta se respondentka během své praxe nesetkala zatím nikdy.

Přímý podíl sestry na rozhodování o DNR respondentka neguje, uvádí, že to je vždy na rozhodnutí lékaře. „Lékaři předáváme informace o aktuálním stavu pacienta, ptají se nás, jak pacient reaguje, na jaké podněty, zda vnímáme nějakou změnu... tyto naše informace možná pak ovlivňují jejich rozhodování o dalším postupu, ale spíše zřídka.“

Obecnou rovinu DNR ordinace nedokáže respondentka definovat. „Je to tak velmi individuální, záleží na každém jednotlivci, co má za onemocnění, kolik je mu let... nedokážu přesně uvést, co pro mě DNR znamená...ale co jsem se zatím zde setkala, co jsem zde zažila, tak to bylo vždy tak odůvodněné, že mi to přišlo jako určitá samozřejmost, zcela normální věc... Takže asi pro mě je to odůvodněné rozhodnutí lékařů, takové řekla bych i lepší rozhodnutí lékařů, než prodlužování života o dalších pár dní.“

Za hlavní etické dilema příkazu DNR považuje respondentka samotný fakt, že „my jako zdravotníci to vidíme vždy jinak než rodina“. „My to vidíme tak, že to nikam nespěje, že to není kvalita života a rodina to vidí jinak, že pořád doufají, pořád tam vidí šanci na zlepšení, mohou mít jiný náhled na to, co je kvalita života.“ Uvádí, že neví, zda by sdílela stejné názory jako nyní v případě, že by se jednalo o člena její rodiny. „Možná by mi vadilo, že někdo rozhodl za mě, za něj...asi by se mělo ještě více řešit, jaký názor má rodina, jaký by asi měl pacient. Kdyby to byl někdo blízký, koho jsem dlouho znala, tak bych třeba chtěla, aby mu byla dána ještě šance...“

DNR ordinaci respondentka neřadí k eutanázii, dle jejího názoru se nedá kategorizovat s ohledem na individualitu každého jednotlivce, u kterého by byl příkaz

vyřčen. „Mě při slově >etický< napadá, že by mělo jít hlavně o toho člověka, co on sám by chtěl, co by si asi přál. Snažit se uvědomit si, jak tomu člověku asi je, jak se cítí a pak se rozhodovat, co by pro něj bylo lepší, a to i v případě, že by to bylo těžké pro jeho rodinu.“

Ordinace DNR je pro respondentku obtížněji přijatelná u mladých pacientů. „Zatím co jsem se zde setkala, tak se jednalo vždy o staré lidi, s mnoha dalšími onemocněními, tak mi to přišlo takové snad i samozřejmé... Ale nevím, zda bych to takhle přijímala v případě mladého člověka...nebo i v případě, že já bych si myslela, že ten člověk má ještě šanci a lékaři rozhodli jinak, to by asi pro mě DNR nebylo příjemné.“

Jako „nepříjemné“ označuje respondentka také své pocity při nezhájení KPR. „Když tam tak člověk čeká, až dojde k úplné zástavě, když se to pomalu blíží, je to nekonečné, je to pro mě nepříjemné, nemoci nic udělat. Mám často i nutkání začít, že prostě musím něco dělat... je pro mě hrozné jen tak sedět a čekat...Zejména když se mi to stalo poprvé, to bylo pro mě opravdu hrozné, pořád si to pamatuji.“

Respondentka odmítá, že by DNR ordinace měla vliv na změny ošetrovatelské péče a ošetrovatelských intervencí, pokud ano, tak dle respondentky spíše v kladném slova smyslu. „Odpadne nám řada těch medicínských věcí a tak je vlastně více času na samotnou ošetrovatelskou péči...Snažila bych se zajistit důstojné umírání každému člověku, pečovat o něj do poslední chvíle, věnovala bych možná i více péče prostě jen z toho důvodu, aby věděl, že s ním někdo je, že není sám.“

Konverzovat s rodinou pacienta na téma DNR ordinace zatím nemusela, dle jejích slov by to pro ni asi bylo nepříjemné, ale nevyhýbala by se cíleně hovoru. „V první řadě bych rodinu odeslala za lékařem, který by jim vše vysvětlil, vysvětlil to rozhodnutí, zdůvodnil by jim ho... Já bych pak hovor směřovala spíše na péči o pacienta, vysvětlit jim, že o člověka je postaráno, aby se toho nebáli, byli u něj... prostě je spíš tak nějak uklidnit.... A ujistit je, že jejich blízkost je žádoucí.“

#### Rozhovor č. 7

Respondentka, 34 let, sestra specialistka v oboru anesteziologicko-resuscitační a intenzivní péče pracující na oddělení chirurgické jednotky intenzivní péče 10 let

Respondentka uvádí, že se na svém pracovišti s DNR ordinací setkává poměrně často, dle jejích slov „tak třikrát až čtyřikrát za měsíc“. V současné době se ale DNR kód již nezapisuje do dokumentace. Respondentka vysvětluje: „Ještě před třemi roky jsme měly i my sestry písemně označeno, obvykle v teplotce pacienta, že se u něj v případě zástavy nebude provádět resuscitace. Když se lékař rozhodl k tomuto kroku, tak učinil zápis a my posléze také. Nyní se již DNR nezapisuje. Prý s tím byl nějaký právní problém, ale to já přesně nevím... Nyní lékař učiní jen zápis o změně terapie, zatímco dříve se klasicky napsalo, že vzhledem k vyčerpání veškeré léčby indikuje DNR.“ Respondentka se ale domnívá, že je to určitý krok zpět. „Přijde mi to jako změna k horšímu, já naopak bych vnímala, a to i z hlediska právního, jako lepší, když bude přesně definované DNR, bude o něm učiněn zápis. Takhle když je to jen ústně předávaná informace, nikde se to nenapiše, tak to pak může stokrát říkat >neresuscitujte<, ale kdyby šlo do tuhého, tak vlastně já jako sestra, která to neučiním a nemám to ale nikde uvedeno, tak nejsem vlastně ničím krytá... Také se stává, že někdy sestry resuscitaci zahájí, protože se vlastně nikdo nevyjádřil, zda ano či ne, anebo se lékař zmíní, ale nikde neučiní žádný záznam...a my považujeme za automatické resuscitovat, teda pokud to není u polymorbidních, starých pacientů na UPV, kteří se nám vrací ze sálu s jasným verdiktem, že už se nedá nic dělat, že je to špatné...tam samozřejmě ke KPR nepřistupujeme.“

Rozhodnutí o nezahájení resuscitace dává vždy lékař. Rodina je dle respondentky seznámena se závažnou prognózou. „Nevím, zda jim lékař přesně říká, že se nebude provádět resuscitace, u rozhovoru lékaře s rodinou jsem nikdy přítomna nebyla, ale určitě je upozorní na to, že je stav kritický a že to asi nedopadne...“ Respondentka uvádí, že nejčastěji se lékař rozhoduje u pacientů na UPV po konzultaci s konziliářem z ARO. S variantou DNR jako s dříve vysloveným přáním se respondentka nikdy nesešla. „Většinou se opravdu jedná o člověka na UPV, zaintubovaného, člověka v bezvědomí...nikdy jsem se nesešla s DNR ani u člověka při vědomí.... U nás je asi nejběžnější situace, kdy člověk jde na sál, tam zjistí, že jeho stav neoperabilní, není dále slučitelný se životem, tak už se ten dotyčný nechá na dýchači, nebudí se, a pak se rozhoduje o dalším postupu.“



Podíl sestry na rozhodování o DNR respondentka zcela popírá. „Na našem oddělení to rozhodně ne, je to asi daný tím, že když lékař vidí na sále, co tam je, tak podle toho volí další postup.“ Neguje rovněž podíl sestry ve smyslu informování o změně stavu pacienta. „Že bych já přišla a řekla, ten člověk se horší nebo lepší, a lékař by podle toho volil zda DNR ano či ne, to tak u nás není.“ Jediné, v čem vidí respondentka podíl sestry je v tom, že si vyžádají od lékaře zápis. „Pokud se lékař rozhodl o DNR, tak jsme si o tom vyžádaly zápis, aby to hned označil do dokumentace...Nyní už to tak není, lékař obvykle učiní zápis o změně terapie, rozhodnutí o omezené nebo zadržené terapii...Ale pro mě to není tak jednoznačné, jako když bylo přesně uvedeno DNR, u nás se někdy ani nezačíná na plné, maximální terapii, myslím tedy u lidí, kteří už přijdou ze sálu s tím, že to není dobré, tak už v té chvíli je léčba někdy redukována, takže je to prostě takové nejasné...“ Dle respondentky hraje ale velkou roli při rozhodování o DNR věk a klinický stav pacienta. „I když to byl mladý člověk s neoperabilním nádorem, tak se DNR nevyžklo, opravdu hraje velkou roli ten věk a celkový stav pacienta... Zatím jsem to zažila opravdu jen u starých lidí.“

DNR v obecné rovině vnímá respondentka jako „vysvobození“. „Pro většinu lidí je to vysvobození z trápení, ale podle mého musí mít dobře nastavenou léčbu bolesti...Dobré mi přijde, když vím, že člověk na ventilátoru má nastavenou sedaci, má léky proti bolesti, to mi přijde tak nějak v pořádku, že netrpí...Medicína je mocná, ale kolikrát, když to člověk vidí, ty situace, je to někdy proti přírodě, je to prodlužování utrpení. V těchto případech jsem jednoznačně pro DNR.“ Respondentka také vnímá DNR jako velmi těžké rozhodnutí. „Myslím si, že je to pro lékaře velmi těžké rozhodnutí, nebo pak i to rozhodnutí obhájit před rodinou, proto se možná někdy tomu tak trochu brání.“

Osobním kritériem pro či proti DNR je pro respondentku jednoznačně věk pacienta. „U mladého člověka je DNR pro mě nepřijatelné. I u špatného klinického stavu bych asi nebyla schopná DNR respektovat... stejně tak i u dítěte... bylo by to proti mému přesvědčení, měla bych pořád tendence hledat nějakou naději. Přijatelné je to pro mě u starých lidí, jejich veškeré rezervy jsou vyčerpané a další zátěž je pro ně nezvládnutelná, tam mi přijde DNR správné. A volila bych tak i u člena své rodiny.“

Z hlediska etického vnímá respondentka jako největší problém to, „že se člověk k tomu nemůže vyjádřit.“ Respondentka ale nad tímto problémem sama polemizuje: „Na jednu stranu je to hrozné, že jdou na sál, a pak už se vlastně neprobudí, ale na druhou stranu, když kolikrát vidím, jaký je stav vědomí po probuzení, v jakém jsou pak stavu, hlavně staří lidé, kdy nás ani nevnímají nebo jsou zmatení... a teď bychom jim říkali něco takového, že stejně vlastně zemřou, to je možná ještě horší... divné mi to přijde u mladých lidí. Jednou se nám stalo, že na žádost rodiny jsme už pacienta s inoperabilním tumorem nebudili... nevím, zda bych tohle já třeba dokázala u člena své rodiny... Ale možná je to tak opravdu lepší... oni jdou na sál s nějakou nadějí a pak už se vlastně nevzbudí... takhle bychom jim tu naději vzali.“ Pro respondentku je tedy největším etickým dilematem rozpor v autonomii člověka, v tom, že se nemohl rozhodnout sám, a v následné kvalitě života jedince. „Když si představím, v jakém stavu by pak ti lidé přežívali, je to děsivé. Já bych sama takhle nechtěla žít, ležet zaintubovaná, třískat se na dýchači, nechat se mýt, mít rozpadlé břicho a vlastně jen čekat na konec... To pro mě není život.“

Ordinace DNR pro respondentku nepatří do kategorie eutanázie, zcela ji odděluje.

Respondentka mívá u nezahájení resuscitace a obecně při úmrtí pacienta pocity smutku. „Přijde mi to takový strašně smutný, já nic nedělám... a ten člověk je tam sám. Všechno okolo běží, život běží a on umírá.“ Respondentka hodnotí za obecně negativní jev umírání v nemocničním prostředí, bez přítomnosti rodiny, jak sama uvádí, chtěla by zemřít raději doma, v kruhu rodiny. Dle jejich slov, pokud by měla tendence „něco dělat, nebylo by to resuscitování, ale třeba jen pacienta držet za ruku.“

Ve spojení s ošetrovatelskou péčí nemá dle respondentky DNR vliv na změny v ošetrovatelských intervencích, pacient má zajištěnou veškerou ošetrovatelskou péči. Ale jak respondentka uvádí, není to taková samozřejmost u všech sester. „Bohužel některé sestry DNR vnímají tak, že už to vlastně nemá cenu, že mohou ošetrovatelskou péči omezit, že už třeba správně nenapolohují a tak. Je to hrozné... Ale to si myslím, že není standard, že je to opravdu jen u některých, takových těch už hodně vyhořelých typů. Pokud budu mluvit jen za sebe, tak je standardem plná ošetrovatelská péče až do konce.“

Respondentka nedokáže posoudit, zda by dokázala zvládnout řešit DNR u pacienta při vědomí. „Z osobní zkušenosti vím, že pokud je pacient při vědomí, a jeho stav se najednou horší, ale stále se na Vás ještě dívá, vidíte, jak Vás prosí očima o pomoc, kterou vy už mu nemůžete dát, a pak pomalu odchází přímo Vám před očima, to je asi to nejhorší, co jsem kdy zažila...Nedokázala bych nic nedělat. Neměla bych na to asi žaludek a svědomí. Pro mě určitě snazší, je to strašná pomoc, když je pacient tlumený, je v bezvědomí, kdy je klidný, jakoby už nic nevnímá.“

Komunikace s rodinou na téma DNR respondentka nikdy nezažila, a dle jejich slov by se do ní ani nikdy nepouštěla. Nepovažuje se za zcela kompetentní osobu pro takový rozhovor. „Je to určitě záležitost lékaře, do toho já se nepouštím, to je takový hodně tenký led pro mě. Já pak rodině říkám jen takové ty obvyklé věci, že na pacienta mohou mluvit, pohladit ho, že nikdo neví, zda je vnímá či ne, ať se toho nebojí a tak...“ Respondentka uvádí, že pro ni jsou otázky smrti velmi osobní záležitost, považuje se za cizí osobu, která není kompetentní se bavit s lidmi, které vidí poprvé, které nezná, o takových intimních věcech.

#### Rozhovor č. 8

Respondentka, 25 let, sestra specialista v oboru anesteziologicko-resuscitační a intenzivní péče pracující na oddělení chirurgické JIP, délka praxe 3 roky

Respondentka se setkává dle svých slov na chirurgické JIP s ordinací DNR poměrně často, ve většině případů se ale jedná o ordinaci u starých, inoperabilních pacientů. „Jsou to pacienti, kteří už k nám přicházejí ze sálu s tím, že není možné jim pomoci, tak u nich je DNR vždy.“ DNR je dle respondentky informace podávána pouze ústně, kterou si sestry předávají v rámci výměny služby a referování o pacientovi. V dokumentaci označená není. „V lékařské dokumentaci je záznam o špatné prognóze, o tom, že se u pacienta nebude přistupovat k další léčbě, ale DNR přímo tam zmíněno není.“ Jak respondentka uvádí, je to někdy problematické, a vede to k situacím, kdy třeba sestry resuscitaci zahájí, protože nemají přesní vyjádření lékaře. „Lékaři jsou u nás velmi vytíženi, pacienti se u nás rychle střídají, tak je někdy těžké se domluvit... a než

k tomu dojde, tak už se třeba resuscitace zahájí i tam, kde by se lékař vyjádřil ve smyslu DNR.“

Rozhodnutí o nezařování resuscitace u pacienta je vždy v kompetenci lékaře. Obvyklou praxí dle respondentky bývá, že lékař se rozhodne o dalším postupu už na sále během operace, kdy zhodnotí aktuální stav pacienta a jeho možnosti. „Často se stává, že člověka na sále otevřou a zase zavřou, že se nepokračuje s ohledem na nález v operaci ani v další léčbě. Takový pacient k nám obvykle už přichází s minimální terapií, je ponechán na ventilátoru a z anestezie se ani nebudí. Náš lékař se o dalším postupu radí s lékařem z ARO, obvykle se pacient jen dále tlumí, léčba je u něj minimální nebo žádná. DNR je pak asi jejich společné rozhodnutí.“

Podíl sestry na rozhodnutí respondentka jednoznačně popírá. „Toto rozhodnutí není v kompetenci sestry, je to zcela v rukou lékaře... a je to nezáviděníhodné.“ Sestra se dle respondentky nepodílí ani na ovlivnění rozhodnutí lékaře referováním o aktuálním stavu pacienta. „DNR je nejčastěji u pacientů prognosticky velmi špatných, starých lidí, lidí s inoperabilními nálezy. Lékař to vidí na sále, my už jen jeho rozhodnutí akceptujeme... neměla bych ani potřebu do toho jakýmkoliv způsobem zasahovat.“

Respondentka také neguje podíl pacienta či jeho rodiny, s DNR jako s dříve vysloveným přáním se nesešla nikdy.

V obecné rovině je pro respondentku DNR přirozená záležitost. „Tam, kde už opravdu nejsme schopni pacientovi pomoci, kde už další léčba není možná, nebo by prostě už byla jen pro člověka zatěžující, zbytečná, tam mi přijde zcela logické, že už se nebude resuscitovat. Samozřejmě tím myslím u starých, nemocných lidí. U mladých bych to asi takhle nehodnotila, tam ty šance třeba pořád jsou, nebo se je snažíme hledat.“ DNR vnímá jako ukončení trápení.

Osobní kritéria problematiky DNR se u respondentky rovněž odvíjejí od věkového rozpětí pacientů. Za jednoznačně přijatelné považuje DNR u starých lidí, nepřijatelné pak u mladých lidí a u dětí. „U mladých lidí je pro mě DNR nepřijatelné i když jsou nemocní, pořád si myslím, že mají třeba šanci, že se něco změní... u starých lidí, kteří trpí obvykle další spoustou chorob, a hlavně v situacích, kdy například trpí

neoperovatelným tumorem, tak je DNR žádoucí, bylo by snad až zvrácené takové pacienty resuscitovat.“

Etické hledisko příkazu DNR respondentka spatřuje především v „rozhodnutí o konci života“. „Myslím, že rozhodování o konci života je vždycky tak trochu etické nebo taky neetické, to záleží na úhlu pohledu...ale já bych DNR určitě za neetické nepovažovala, tedy určitě ne u starých lidí.“ Za největší problém z této oblasti považuje respondentka fakt, že „pacient ani rodina neví, jak to vše dopadne, jestli se vlastně vzbudí z operace... ani rodině se tato alternativa asi předem nenastíní a pro ně je to pak šok.“ Respondentka by nepřirovnávala DNR k žádné z forem eutanázie, dle ní je to samostatná kategorie. „DNR mi nepřijde jako eutanázie, to bychom pak za eutanázií mohli považovat i to, že se u někoho nepřistoupí k operaci nebo tak...DNR je pro mě odůvodněná lékařská ordinace.“

Své pocity při nemožnosti zahájit resuscitaci respondentka nepopisuje. „Nedokážu říci, zda mám nějaké zvláštní pocity, asi spíš ne...pokud vím, že se nebude resuscitace, беру to na vědomí a je to pro mě ordinace jako každá jiná...když pak ta chvíle přijde, tak se čeká na konec...asi je to nepříjemné, jako každé umírání, smrt, to asi nikdo nemá rád, ale myslím, že to patří k mé práci, bohužel.“

Ošetrovatelská péče se dle respondentky neodvívá od DNR ordinace. Péče je zajišťována všem stejně. „Pokud mi přivezou pacienta ze sálu a já vím, že operace nedopadla, že má DNR, tak mi odpadá určitá spousta úkonů, ale spíš těch odborných, jako je aplikace léků a tak..., protože tito lidé mají většinou nasazenou pouze minimální terapii... Ale ošetrovatelská péče jako taková je pořád stejná...není to tak, že bychom dotyčného >odložily a čekaly<...to mi přijde i hrozné a věřím, že taková praxe už snad nikde není.“ Respondentka nedokáže přesně specifikovat, zda by pro ni bylo obtížné pečovat o pacienta s DNR ordinací, který by byl při vědomí, neboť se s touto situací nikdy nesešla.

Komunikaci na téma DNR či konce života pacienta respondentka dle svých slov „nevyhledává“. Považuje ji za velmi obtížnou, stresující. „Nevím, zda jsem k tomu kompetentní, je to záležitost lékaře informovat rodinu a pacienta. Já ani nevím, co bych

jim měla říkat.... Zatím jsem se s tím nesetkala, pokud se mě rodina zeptá, odkážu je na lékaře.“

### 4.3 Názorný přehled výsledků

Přehled výsledků členěných do tabulek dle odpovědí respondentek na jednotlivé výzkumné otázky.

Výzkumná otázka č. 1:

#### Jaká hlavní stanoviska zaujímají sestry k ordinaci DNR?

Stanoviska sester:	<i>Odůvodněná ordinace lékaře</i>	<i>Omezení léčby zadržena th.</i>	<i>Forma pasivní eutanázie</i>	<i>Neprodlužování utrpení, vysvobození</i>	<i>Přirozená záležitost u terminálně nemocných starých lidí</i>	<i>Nepřijatelná ordinace u mladých lidí a dětí</i>
Respondentky:						
<b>1 INT JIP</b>	*	*	*	*	*	*
<b>2 INT JIP</b>	*				*	*
<b>3 ONK JIP</b>	*			*	*	*
<b>4 ONK JIP</b>	*	*			*	*
<b>5 ARO</b>	*		*		*	*
<b>6 ARO</b>	*			*	*	*
<b>7 CHIR JIP</b>	*			*	*	*
<b>8 CHIR JIP</b>	*			*	*	*

Zdroj: autorka

Výzkumná otázka č. 2:

**Jaké etické problémy sestry vnímají ve spojení s ordinací DNR?**

<b>Stanoviska sester:</b>	<i>Samotný akt rozhodování o životě jedince</i>	<i>Rozhodnutí bez účasti pacienta</i>	<i>Komunikace s rodinou a pacientem</i>	<i>Posouzení kvality života jedince</i>	<i>Věk pacienta a stádium jeho onemocnění</i>
<b>Respondentky:</b>					
<b>1 INT JIP</b>				*	*
<b>2 INT JIP</b>				*	*
<b>3 ONK JIP</b>		*	*		*
<b>4 ONK JIP</b>	*		*		*
<b>5 ARO</b>	*	*		*	*
<b>6 ARO</b>		*		*	*
<b>7 CHIR JIP</b>	*	*		*	
<b>8 CHIR JIP</b>	*	*		*	*

Zdroj: autorka

Výzkumná otázka č. 3:

**Znamená ordinace DNR pro sestry signál ke změně dosavadní ošetrovatelské péče a ošetrovatelských intervencí u pacienta?**

<b>Stanoviska sester:</b>	<i>DNR není signál pro změny v oš. péči</i>	<i>Individuálně přizpůsobená péče</i>	<i>Maximální ošetrovatelská péče bez ohledu na DNR</i>	<i>Tišení bolesti</i>	<i>Přítomnost rodiny jako priorita</i>	<i>Problém v komunikaci s rodinou a pacientem</i>
<b>Respondentky:</b>						
<b>1 INT JIP</b>	*	*	*			*
<b>2 INT JIP</b>	*	*				
<b>3 ONK JIP</b>	*		*	*		*
<b>4 ONK JIP</b>	*	*	*	*	*	*
<b>5 ARO</b>	*				*	*
<b>6 ARO</b>	*		*		*	*
<b>7 CHIR JIP</b>	*		*		*	*
<b>8 CHIR JIP</b>	*		*			*

Zdroj: autorka



## 5 DISKUZE

Výzkumné šetření na téma DNR jako eticko-ošetrovatelský problém bylo rozčleněno do tří základních okruhů. Prvním byl pohled sester na problematiku DNR v obecné rovině, zjištění jejich stanoviska k příkazu DNR. Druhý okruh byl zaměřen na zmapování etické problematiky spojené s ordinací DNR a třetí oblast byla věnována posouzení náhledu sester na ošetrovatelskou péči ve spojení s DNR. Od těchto tří základních okruhů byly odvozeny cíle práce a stejně tak i diskuze je rozčleněna do kapitol odpovídajících jednotlivým okruhům, a navíc je doplněna závěrečným porovnáním názorů sester pracujících na odděleních JIP interního zaměření a oddělení chirurgie a ARO.

### 5.1 Stanoviska sester k ordinaci DNR

Z rozhovorů se sestrami na téma ordinace DNR vyplynulo, jak velmi individuální je náhled na tuto problematiku, jak odlišné může být vnímání toho, čím je DNR pro sestry samotné, jak se různí pohled sester byť pracujících na stejném pracovišti, tedy na pracovišti se stejnou skladbou pacientů.

Ordinace DNR není pro sestry neznámá, dle jejich slov se s ní na pracovištích jednotek intenzivní péče a ARO setkávají, ale jak uvedly všechny dotazované, jedná se o ústně předávanou informaci, která souvisí se změnami v další terapii nemocného, nikoliv o písemně zaznamenaný lékařský pokyn. Zajímavé je porovnání odpovědí na otázku „Dokážete vymezit, jak často se setkáváte na svém pracovišti s DNR ordinací?“ u sester pracujících na onkologické JIP. Zatímco jedna z respondentek uvedla, že se s DNR neseťkává téměř vůbec, druhá považuje DNR za součást své práce. Vysvětlení této ambivalence je v samotném pojetí DNR. Zatímco první respondentka vnímá DNR v první řadě jako jasně definovanou lékařskou ordinaci, druhá nahlíží na DNR v rovině čistě praktické – jako na nezahajování resuscitace u klientů, které má v péči. Upřesňuje ale, že se stejně jako její kolegyně neseťkala s předem definovanou a v dokumentaci

poznačenou ordinací. Označení pacienta DNR kódem v jistém slova smyslu připouští respondentky pracující na oddělení ARO, které uvedly, že si značí do ošetrovatelské dokumentace formou neoficiální poznámky, že pacient nebude v případě zástavy oběhu resuscitován. Tato poznámka slouží pouze k jejich orientaci a není v dokumentaci při překladu či úmrtí pacienta uchována. Tuto skutečnost lze možná odůvodnit menší četností výskytu DNR na odděleních ARO, kdy zde je obvyklejší k resuscitaci přistupovat. Domněnku potvrzuje ve své práci také Sláma, který uvádí, že pobyt na ARO zvyšuje pravděpodobnost, že bude KPR zahájena. (Sláma, 2009, s. 76)

Respondentky se shodují, že obvyklou praxí je skutečnost, že lékař či tým lékařů rozhodne o DNR v rámci vizity po zhodnocení aktuálního klinického stavu pacienta a zhodnocení jeho prognózy. Tuto informaci si pak sestry dále předávají pouze ústně, a to nejčastěji během výměny a předání služby. Rozsypalová ve své publikaci uvádí: „Forma předávání služby může být různá, vždy však písemná i ústní.“ (Rozsypalová, Šafránková, 2002) Sestry si v rámci výměny služby předávají informace ústní i písemnou formou, a to v podobě zápisu do sesterské dokumentace a ošetrovatelského procesu, ale jak z rozhovorů vyplývá, stále existují informace, které jsou vyhraněny jen pro ústní předání. Pokud se nyní zaměříme na diskutovanou problematiku DNR kódu, je vysvětlení zřejmé: DNR kód není dle oslovených sester zaznamenáván ani v dokumentaci lékařské a není tedy možné bez tohoto druhu zápisu jej kdekoli jinde uvádět. Jak uvádí Marx, prakticky žádné zdravotnické zařízení v České republice nemá vnitřním předpisem upravený postup DNR, přesto je v zdravotnických zařízeních tento postup praktikován. (Marx, 2009) Pouze jedna dotazovaná, a to sestra pracující na oddělení chirurgické JIP zmínila, že k této změně došlo před zhruba třemi lety, kdy dříve se DNR do pacientovy dokumentace značilo, ale nyní je to již nežádoucí. Přesný důvod tohoto rozhodnutí nezná. Po konzultaci s lékaři pracujícími na stejných pracovištích bylo zjištěno, že se jedná o druh interního nařízení, doporučení konzultovaného s právníkem nemocnice, kdy byl zápis DNR považován za nežádoucí a zavádějící, a byl nahrazen zápisem o změně, přechodu na jiný typ terapie s ohledem na prognosticky nepříznivé okolnosti. Podrobné zdůvodnění této skutečnosti by ale bylo předmětem dalšího výzkumu. Drábková uvádí, že v případech, kdy došlo k rozšíření

DNR ordinace i na situace, kdy pacientova prognóza je beznadějná, u pacientů, kteří se nemohou sami rozhodnout s ohledem na závažnost zdravotního stavu, narazila ordinace DNR na hranici nevyžádaného postupu s volbou pro dobu budoucí bez časového určení. Zápis DNR bez autonomního rozhodnutí, s neurčitým časovým odstupem a při změněném klinickém stavu pacienta byl kritizován. (Drábková in Ptáček, Bartůšek a kol., 2011) Zajímavou myšlenku k tématu vyjádřil ve své dizertační práci také Sláma: „Nerealistická očekávání laiků ohledně úspěšnosti KPR u pokročile terminálně nemocných mohou vytvářet silný tlak na lékaře, aby KPR i další resuscitační péči zahájil. Někteří lékaři na tento tlak reagují tak, že resuscitují skutečně každého pacienta, jiní provádí ve vybraných případech pouze neúplnou, předstíranou resuscitaci.“ (Sláma, 2009, s. 31)

Jak vyplynulo z rozhovorů se sestrami, uvítaly by přesnější značení rozhodnutí o DNR v dokumentaci pacienta. Respondentka z chirurgické JIP přímo označila ústní předávání za nedostačující, vnímá je jako nedostatečné pro sestry, které dle jejich slov „tak nejsou ničím kryty v případě, že resuscitaci nezahájí a nemají o tom nikde záznam.“ DNR jako neoddělitelnou součást zadržené a bazální terapie vnímají pouze dvě respondentky, sestry pracující na oddělení interní JIP. Za rozumné se jeví souhlasit s názorem, že by bylo žádoucí přesné definování DNR v dokumentaci pacienta.

I odborníci z řad lékařů se shodují, že je potřebné DNR v dokumentaci pacienta označovat. Königová ve svém článku zmiňuje: „Všechny studie kladou důraz na to, aby DNR příkaz byl podrobně zapsán v chorobopise, a to nejen po rozhovoru s pacientem (pokud je pacient při vědomí) nebo jeho zástupcem, ale též po diskusi a analýze případu všemi členy interdisciplinárního lékařského týmu (ve Spojených státech je k tomuto hodnocení přibírán i tým sesterský). Kromě toho je nezbytné pravidelně přehodnocovat tento příkaz.“ (Königová, 2001) Stejný názor sdílí i Kapounová, která se své publikaci přímo uvádí, že pokyn DNR by měl být lékařem obnovován každých 48 - 72 hodin. Pokud tuto ordinaci lékař zaznamená do dokumentace pacienta, sestra v případě zástavy srdeční činnosti či dýchání resuscitaci nezahajuje. (Kapounová, 2007)

Všechny respondentky uvedly, že rozhodnutí o případném zahájení či nezahájení resuscitace je vždy na lékařích, že je zcela v jejich kompetenci. Pouze jedna

respondentka zmínila, že se setkala s tím, že bylo rozhodnutí konzultováno s rodinou pacienta a jedna z dotazovaných se setkala s DNR jako s dříve vysloveným přáním. Podíl sestry na rozhodování o DNR respondentky předně popírají, při hlubším dotazování ale připouští jistý podíl na ovlivnění rozhodnutí lékaře cestou informování o aktuálním stavu pacienta téměř všechny oslovené sestry. Nejčastěji se tak dle jejich slov děje v rámci společných vizit, kdy lékařům referují o svých pacientech, o tom, zda reagují či nereagují na nasazenou léčbu, na ošetrovatelské úkony, zda u pacientů vnímají pokrok, změnu v jejich projevu. Respondentky pracující na interní JIP uvedly, že obvykle konzultují s lékaři právě účinky nasazené terapie. Jak uvádějí, často dosavadní medikace není kompatibilní s rozhodnutím lékaře v případě zástavy resuscitaci nezahajovat. Sami sestry zde vnímají DNR jako součást zadržené či omezené terapie, přičemž jak uvádějí, jsou např. pacientovi navyšovány dávky noradrenalinu, což je v přímém rozporu s myšlenkou zadržené i omezené léčby, a je to pro ně velmi matoucí. Za negativní jev sestry pracující na interní JIP rovněž považují nejednotnost v názorech jednotlivých lékařů na ordinaci DNR u konkrétního pacienta.

Podíl sestry na rozhodnutí o DNR nejradiálněji popíraly respondentky pracující na oddělení onkologické a chirurgické JIP. Sestry z chirurgické JIP nepřipouští žádný podíl sestry, je to dle jejich slov pouze a jedině rozhodnutí lékaře, které činí obvykle po konzultaci s dalším odborníkem, nejčastěji z oddělení ARO. Zajímavou myšlenku při zamyšlení nad tímto dotazem vyjádřila sestra pracující na onkologické JIP: „U některých pacientů je samozřejmé, že k resuscitaci nepřistupujeme, jedná se o pacienty v terminálním stádiu nemoci. Když se blíží konec, neděláme nic, lékaře voláme až k exitu, ale když se nad tím zamyslím, nikdo nám oficiálně nesdělil: neresuscitujte. Je to tedy naše rozhodnutí?“ Na první pohled se jeví jako samozřejmé, že sestra dokáže zhodnotit, kdy je KPR zcela nevhodná, že u člověka nevyлéčitelně nemocného v terminálním stádiu KPR zahajovat nebude, otázkou ale zůstává, zda by tento fakt obstál z hlediska právního. Veškerá legislativa dotýkající se problematiky neodkladné resuscitace považuje za vykonavatele rozhodnutí o zahájení či nezahájení vždy lékaře. Za jedinou výjimku by se snad dal považovat Doporučený postup výboru ČLS JEP pro neodkladnou resuscitaci, který je určen rovněž pro potřeby zdravotníků zdravotnických

záchranných služeb a zdravotníků primární péče, a který přesně definuje situace, za kterých k NR nepřistupujeme.

Z pohledu práva na rozhodování o případném odstoupení od KPR jsou rozlišovány dvě zcela odlišné situace. První, kdy lékař dává pokyn k nezahajování resuscitace na základě předem vysloveného přání pacienta; druhá, kdy lékař rozhoduje o nezahájení KPR bez projevu vůle pacienta. Běžnější v našich podmínkách je situace druhá, neboť pacient, u kterého dojde k zástavě oběhu je v bezvědomí, a není tedy možné získat jeho souhlas, obvykle předem žádné přání ve vztahu k resuscitaci nevyslovil. (Sláma, 2009) Jak již bylo zmíněno, situace, kdy není přistupováno ke KPR, jsou také definovány v Doporučeném postupu výboru ČLS JEP – Neodkladná resuscitace. Jednou ze zde uvedených indikací k nezahájení resuscitace je právě terminální stádium onemocnění u nevléčitelně nemocného člověka. (Knor, Franěk, Truhlář, 2009).

Terminální stádia onemocnění a vysoký věk pacientů, případně polymorbidita a prognosticky špatná nevléčitelná onemocnění byly nejčastěji uváděné okolnosti, za kterých považují sestry DNR ordinaci jako jednoznačně přijatelnou a samozřejmou. Osobní kritéria vymezující situace opačné, tedy nepřijatelnost DNR, byla také téměř identická. Nejčastěji uváděným kritériem byl nízký věk – mladí lidé, děti a počáteční stádia onemocnění.

Jak je již výše zmíněno, s DNR jako s dříve vysloveným přáním se setkala během své praxe pouze jedna z oslovených respondentek, a to respondentka pracující na oddělení onkologické JIP. Jak ale sama uvedla, nebyla ani tato skutečnost řádně značena ve zdravotnické dokumentaci. Problematika dříve vyslovených přání, do které spadá i ordinace DNR je v našich podmínkách zatím spíše raritní záležitostí. I Sláma ve své práci uvádí, že u žádného pacienta zařazeného do výzkumného šetření nebylo v dokumentaci nalezeno písemně vyjádřené přání. (Sláma, 2009, s. 74). S ohledem na změnu legislativy v České republice (Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách) lze očekávat postupnou změnu ve smyslu nárůstu počtu osob, které již do zdravotnických zařízení budou vstupovat s předem definovanými přáními týkající se některých zásadních medicínských intervencí, mezi které dozajista spadá i kardiopulmonální resuscitace.

Pokud bychom se měli pokusit shrnout čím je pro sestry příkaz DNR v obecné rovině, nelze nepřihlédnout k osobním kritériím každé z respondentek. Jejich náhled se často prolínal s rovinou etickou, jedna respondentka přímo uvedla „DNR a etiku nelze oddělit, DNR bude vždy pro někoho neetické.“ DNR jako zcela přirozenou a samozřejmou záležitost související s koncem života terminálně nemocných, starých lidí vnímají ale shodně všechny respondentky. Nejčastějším označením bylo „ukončení trápení“, „vysvobození“. Respondentka pracující na interní JIP přímo uvedla: „DNR je mnohdy přirozená věc, která se ani tak nenazývá...DNR v obecné rovině chápu jako neprodlužování utrpení.“ Hůře přijatelná je ordinace DNR u mladých lidí a dětí. Zde respondentky polemizují nad otázkami, zda DNR vyřčené z úst lékaře je vždy oprávněné, zda se nejedná o „nedání šance“. Často také zaznívala obava, zda by dokázaly objektivně nahlížet na ordinaci DNR v případě, že by se jednalo o člena jejich rodiny, o osobu blízkou. Respondentka pracující na chirurgické JIP definovala DNR v obecné rovině také jako „těžké rozhodnutí“. Dle jejich slov je to „velmi těžké rozhodnutí, které musí lékař učinit, a těžké ho obhájit před rodinou pacienta.“ Fakt, že „my jako zdravotníci vidíme jinýma očima“ zmínila i respondentka pracující na oddělení ARO, která ale rozdílnost úhlu pohledu na problematiku kvality života zdravotnického personálu a rodiny pacienta zařadila do okruhu etických dilemat ordinace DNR.

## **5.2 Etika a příkaz DNR očima sester**

„Při hledání odpovědi na otázku, kdy lze nepoužít KPR, neboť je zde něco silnějšího než právo na život, je třeba uvést to, že lidé jsou smrtelní.... Zdravotníci a medicína zde nejsou od toho, aby vyvracely fakt, že lidé jsou smrtelní.“ (Policar, 2010, s. 29)

KPR je sice základním nástrojem v portfoliu toho, co může pomoci osobě, u které došlo k zástavě životně důležitých funkcí, jakými jsou srdeční akce a dýchání, není však všemocná. Otázkou je, jak nám může být užitečná KPR u terminálně nemocného

člověka, kterého v případě zástavy dechu a krevního oběhu zresuscitujeme? Je to úspěch? Výsledkem je obvykle pouze další krátkodobé přežití pacienta, obvykle se značným neurologickým deficitem. KPR by se tak v tomto případě dala zařadit do kategorie marné léčby, o které se Haškovcová vyjadřuje jako o léčbě nepřinášející pro pacienta žádný prospěch, léčbě zvyšující jeho bolest a strádání (Polícar, 2010; Sláma, 2009; Haškovcová, 2007)

Záměrně jsou na úvod této kapitoly uvedeny názory týkající se marnosti resuscitace u terminálně nemocných pacientů, neboť se s nimi plně ztotožňují také oslovené sestry. Jak uvedla respondentka z interní JIP, „medicína je dnes mocná, pokud budeme využívat veškeré její možnosti, můžeme tu být navěky... je nutné respektovat limity těla.“ Z hlediska etiky je tedy na příkaz DNR nahlíženo sestrami především jako na neprodlužování utrpení. Respondentka pracující na interní JIP přímo uvádí, že „DNR je pro mě vždy etické u starých lidí, nevyléčitelně nemocných v posledním stádiu onemocnění.“ Za „téměř zvrácené“ označuje respondentka pracující na chirurgické JIP resuscitovat staré, polymorbidní pacienty s např. inoperabilním tumorem. Z výzkumu publikovaného v dizertační práci Slámy je patrné, že ke KPR obvykle u terminálně nemocných pacientů přistupováno není. Uvádí, že pouze u 11 pacientů ze sta sledovaných bylo při oběhové zástavě přistoupeno ke KPR. Z toho bylo 9 resuscitací neúspěšných a pouze 2 primárně úspěšné, což ale znamená pouze fakt, že se podařilo obnovit spontánní akci srdeční a dechovou aktivitu, ale pacienti takto primárně zresuscitovaní zemřeli na odděleních JIP do 48 hodin po KPR. (Sláma, 2009, s. 73)

Etická dilemata vnímají respondentky u příkazu DNR v souvislosti s věkem nemocných a se samotným rozhodováním. Rozhodování o DNR považují za velice obtížný úkol lékaře téměř všechny dotazované. Za hlavní etický problém DNR označily problematiku rozhodování zejména sestry pracující na oddělení chirurgické JIP, kdy je dle jejich slov rozhodnuto vždy za pacienta. „Pacient odchází na sál, a pokud lékař zjistí, že už mu není pomoci, že jeho nález není slučitelný s dalším životem, tak už ani není probuzen, ponechají ho na UPV. To mi přijde někdy dost kruté.“ Etické dilema tohoto rozhodnutí spatřují na jedné straně v odebrání autonomie člověku, neponechání mu možnosti se rozhodnout, na straně druhé v posouzení jeho další kvality života,

zhodnocení kvality vědomí po probuzení z anestezie, která obvykle nebývá zejména u starých lidí valná.

Jedna z respondentek řadí do etické problematiky příkazu DNR také nedostatečnou komunikaci na toto téma s pacientem nebo s jeho rodinou.

Překvapivé byly odpovědi oslovených sester na dotaz, zda by přiřazovaly DNR k eutanázii či nikoliv, kdy dvě z dotazovaných uvedly, že je pro ně DNR určitou formou pasivní eutanázie. Za zcela vhodné proto považují uvést tvrzení Policara, který považuje za prioritní úkol udělat pořádek v pojmech v rámci racionalizace debaty na téma eutanázie. Policar kritizuje i zanedbávání vymezení pojmu lidské důstojnosti v české právní vědě, což dle jeho mínění nahrává rozličným snahám o zavedení nejrůznějších eutanastických praktik. (Policar, 2010, s. 30) Rovněž Munzarová varuje před používáním termínu aktivní a pasivní eutanázie, kdy tyto termíny označuje za nejednoznačné, konfuzní. Termín eutanázie by měl být dle Munzarové rezervován výhradně pro soucitem motivované, rychlé a úmyslné ukončení lidského života těžce nevléčitelně nemocného člověka. (Munzarová, 2005, s. 48)

Pojem důstojnost člověka nelze oddělit od etické roviny práce zdravotníků. Velice často diskutovaným termínem je v souvislosti s důstojností člověka jeho autonomie, právo rozhodovat o sobě sám. Zajímavý je pohled Munzarové, která zdůrazňuje nutnost si uvědomit, že těžce nemocný člověk má naprosto jiné poznání a zkušenosti než všichni jeho blízcí anebo ti, kteří jej ošetřují. „Celý jeho život je změněn. Potřebuje především úctu a podporu, které jej mohou posilovat. Těžká nemoc přivádí člověka do určité závislosti na druhých, což vnímá jako ztrátu své důstojnosti. Lékaři někdy nakládají na nemocného břemeno těžkého rozhodování v obtížných dilematech, byť s dobrým úmyslem podpořit nezávislost v otázkách pacientova vlastního osudu...A tak bezmyšlenkovitě upřednostňování respektu k pacientově autonomii může stát v protikladu k jeho vlastnímu vnímání důstojnosti.“ (Munzarová in Ptáček, Bartůněk a kol., 2011, s. 57) Podobný názor dotýkající se ale přizvání k rozhodnutí rodinu pacienta projevila i jedna z dotazovaných respondentek. „Neumím si představit, že by se s rodinami těžce nemocných ještě řešilo, zda chtějí či nechtějí, aby byl pacient



oživován...myslím, že je lepší, když je lékaři připraví na fakt, že je pacient v takové fázi onemocnění, kdy už nejsme schopni mu pomoci.“

Odpovědi na otázky týkající se emočního doprovodu při nemožnosti zahájit resuscitace se u respondentek různily. Zatímco polovina dotazovaných popřela jakýkoliv specifický emoční doprovod, druhá polovina hovořila o pocitech tísně, bezmoci a smutku. S podobnými výsledky se setkáváme i v diplomové práci Layerové na téma: Podpora sester v případech úmrtí na jednotkách RES a JIP, kde uvádí, že 54% oslovených sester si nepřipouští v případech úmrtí pacienta žádné emoce, a to ani v případech neúspěšné resuscitace, neboť tyto situace vnímá jako součást své práce. (Layerová, 2011, s. 71) Seymour hovoří o tzv. depersonalizaci, tedy snaze zcela oddělit své vlastní „já“ od profesního, což sestry považují za ochranu před stresem z náročné práce. (Seymour in O'Connor, Aranda, 2005) Sestra pracující na oddělení chirurgické JIP popisuje pocity smutku, které ale nejsou spojené s nemožností zahájit resuscitaci, ale v souvislosti s osamocněním nemocného. „Přijde mi to takový strašně smutný, já nic nedělám... a ten člověk je tam sám. Všechno okolo běží, život běží a on umírá... Pokud bych měla tendence něco udělat, nebyla by to resuscitace, ale třeba ho jen držet za ruku.“ Obecně vnímá umírání v prostředí jednotek intenzivní péče jako velmi negativní. Respondentky z anesteziologicko-resuscitačního oddělení se shodují na nepříjemných pocitech bezmoci, kdy mají nutkání začít „něco dělat“, ale zároveň si uvědomují, že jejich snažení by bylo nevhodné a nežádoucí. Tato skutečnost je možná ovlivněna náplní práce sester na oddělení ARO, kdy jsou součástí resuscitačního týmu, který je volán k náhlým zástavám u pacientů hospitalizovaných na jiných odděleních nemocnice, u kterých je zahajována neodkladná resuscitace.

### **5.3 DNR ordinace z hlediska ošetrovatelské péče**

Z výzkumů publikovaných na 32. Kongresu Society of Critical Care Medicine v San Antoniu uveřejněných Marthou Kerr vyplývá, že ordinace DNR neovlivňuje kvalitu péče u pacientů hospitalizovaných na JIP, což platí pro pacienty, kteří jsou již

s požadavkem nezahajovat resuscitaci v případě zástavy životně důležitých funkcí na JIP přijímání, tak i pro pacienty, u kterých o DNR je rozhodnuto během jejich pobytu na JIP. (Kerr, 2003) Stejný názor mají i všechny dotazované sestry. Z jejich pohledu DNR nemá vliv na změny v ošetrovatelské péči. Všechny respondentky uvedly, že pacientům je poskytována naprosto stejná ošetrovatelská péče beze změny. Pouze jedna respondentka, a to sestra pracující na oddělení chirurgické JIP zmínila, že stále jsou sestry, pro které maximální péče není samozřejmostí. Jak sama uvedla, není toto „naštěstí standardem“, dle jejích slov „se jedná pouze o některé, již značně vyhořelé sestry“. Můžeme tedy polemizovat, jak velké procento je sester, pro které je situace, kdy je pacient v terminálním stádiu a pacient s DNR ordinací signálem pro omezení ošetrovatelské péče, či jak dalece si tento fakt připouštějí. Validních výsledků bychom mohly dosáhnout jedině pomocí dlouhodobého nezávislého pozorování práce sester na těchto pracovištích.

Některé z oslovených respondentek připouštějí rozdíly v péči, ale pouze v pozitivním slova smyslu, kterým je ohled na individuální potřeby a možnosti pacienta, omezování invazivních výkonů, pokud nejsou nezbytně nutné a přizpůsobení intervencí aktuálními fyzickému stavu pacienta. Velice pěkně definovala pohled na ošetrovatelskou péči u pacienta s DNR ordinací sestra pracující na oddělení ARO: „Odpadne nám řada medicínských věcí a tak je vlastně více času na samotnou ošetrovatelskou péči.“ Překvapivé je, že i v prostředí jednotek intenzivní péče a ARO se objevují mezi základními prioritami v péči o pacienta intervence spadající do kategorie paliativní péče, jakými jsou tlášení bolesti, umožnění důstojného umírání, umožnění přítomnosti blízkých osob a doprovodu rodiny. Je tedy patrné, že myšlenka paliativní péče je blízká i sestrám pracujícím na odděleních JIP a ARO. Stejný poznatek publikovala také Seymour: „Přestože by se zdálo, že prioritou intenzivní léčby je záchrana života pacienta, stále více do popředí se dostává i pohled na další kvalitu života pacientů, což bývá hlavní prioritou péče paliativní. Je tedy zřejmé, že paliativní péči již nelze oddělit ani od prostředí jednotek intenzivní péče.“ (Seymour in O'Connor, Aranda, 2005, s. 269) A do konceptu paliativní péče jednoznačně patří i ordinace DNR. Podíl sestry je v oblasti paliativní péči nezastupitelný, dle slov Seymour je pozornost

věnovaná péči o pacienta výrazem respektu vůči člověku. „Pacienti v bezvědomí potřebují především fyzickou péči a zájem o ně je jedním ze způsobů, jak může sestra dokázat rodině, že i umírající pacient má svoji cenu.“ (Seymour in O'Connor, Aranda 2005, s. 269)

Z výsledků práce Slovákové vyplývá, že v České republice je kapacita odborníků paliativní péče zastoupená počtem 120 sester a 39 odborných lékařů, což nejsou příliš vysoká čísla ve srovnání se současnou zdravotnickou praxí, kde se s potřebou zajištění kvalitní paliativní péče setkáváme stále častěji. Slováková vidí řešení v zahrnutí problematiky paliativní péče a paliativní medicíny do povinné pregraduální přípravy studentů a vytvoření podmínek pro specializované studium pro sestry v oboru paliativní péče. (Slováková, 2008) Myšlenka zařazení problematiky paliativní péče do studijních plánů ošetrovatelských oborů se jeví jako velice aktuální a potřebná, a to zejména v rozšíření vědomostí sester o jejich možnostech, ale také v oblastech nácviku efektivní komunikace s umírajícím a jeho rodinou, která se naším výzkumným šetřením ukázala jako velmi opomíjená.

Problémy v oblasti komunikace s pacientem a jeho rodinou jsou v popředí zájmu nejen oborů ošetrovatelství, ale také lékařské etiky. Sdělování pravdy pacientovi je stále jedním z neožehavějších etických dilemat medicíny. S otázkami kdy, jak a komu pravdu sdělit a jakým způsobem se setkali během své praxe všichni lékaři i sestry. Pokorná uvádí: „V minulosti často nebyl respektován požadavek primárního informování nemocného a rodina tak často věděla mnohem více, než samotný pacient. Tato realita je již ve většině případů minulostí díky změně přístupu k procesu a plánování péče. Ke změně přispěla také povinnost lékaře vyžádat si od pacienta tzv. informovaný souhlas s hospitalizací, ve kterém sám nemocný přímo uvádí, kdo může být o jeho zdravotním stavu informován.“(Pokorná, 2011, s. 95-96) S tímto názorem se neztotožňují respondentky pracující na odděleních onkologické JIP, kde stále ještě přetrvává praxe zatajení některých informací pacientovi, obvykle právě na žádost rodiny. Většina respondentek uvádí, že se s ordinací DNR nejčastěji setkávají u pacientů v terminálním stádiu, pacientů v bezvědomí nebo s vědomím nemocí narušeným, u pacientů napojených na UPV. V těchto případech je komunikace s pacientem nemožná a lékaři a

sestry jsou nuceni obracet se na rodinu pacienta. Pokorná definuje takové situace jako obtížné: „Obtížné jsou pro zdravotníky situace, kdy jsou kognitivní funkce hospitalizovaného člověka akutně či chronicky změněny, kdy efektivní komunikace není možná. Zde je nevyhnutelné informovat rodinné příslušníky. Je velmi obtížné posoudit, zda se názory klienta shodují s názory jeho blízkých“ (Pokorná, 2011, s. 95-96) Výsledky výzkumu ukázaly, že problém komunikovat s rodinou pacienta mají téměř všechny oslovené respondentky. Stejný výsledek potvrdil i výzkum Layerové, z něhož je patrné, že potíže s komunikací s blízkými osobami umírajícího pacienta má 41% dotazovaných respondentů. Komunikaci považují za obtížnou, neví, co mají říkat a cítí tíseň a soucit. (Layerová, 2011, s. 72) Jediná z oslovených, a to respondentka pracující na oddělení interní JIP, projevila názor, že komunikace s rodinou pacienta je nezbytnou součástí péče. Za hlavní úkol sestry považuje zajištění dobré péče o pacienta a případné začlenění rodiny do péče. „Pro někoho je důležité, že se může podílet na péči, že tam není zbytečný...obvykle stačí jen informovat rodinu o tom, co u pacienta děláme, třeba je naučit trochu rehabilitovat, nebo je edukovat o tom, co mohou přinést... Většina lidí potřebuje hlavně vědět, že je o jejich blízké postaráno, že netrpí.... A to je asi ta hlavní úloha sestry je o tom umět přesvědčit.“

Nejčastěji ze strany oslovených sester zaznívala obava, že k rozhovorům „nejsou kompetentní“. Respondentky se rovněž shodují v názoru, že primárně by měl rodiny i pacienta vždy informovat lékař a dle jejich slov „by také rodinu za lékařem odkázaly v případech, kdyby chtěly hovořit na toto téma.“ Vyhybavé odpovědi některých respondentek, že „dosud nemusely na toto téma hovořit, že se zatím nesetkaly s takovou situací, a proto ji nemohou posoudit“, dávají tušit, že se mnohdy záměrně vyhýbají rozhovorům s rodinou pacienta. Respondentka pracující na chirurgické JIP uvedla, „že se necítí být tou správnou osobou pro rozhovor, že je pro rodinu vlastně cizí člověk“. Z jejího názoru je zřejmé, že je stále zažitou praxí striktně vymežit péči pouze na starost o nemocného a rodina není vnímána jako její součást. Je proto vhodné uvést do praxe názory autorek Dobříkové a Olosové, které považují rodinu za nejlepší prostředek pro zvyšování kvality života umírajících. Komunikaci zdravotnického personálu s rodinou, blízkými osobami pacienta pokládají za velmi důležitou, neboť rodina se často bojí

přijít, obává se střetnutí se svým blízkým, nebo reaguje neadekvátně. Rodina umírajícího dle nich potřebuje stejné doprovázení, jako jej potřebuje sám nevyлéčitelně nemocný, umírající člověk. (Dobříková, Olosová, 2007) Cíl komunikace s rodinou pacienta rovněž velmi pěkně definovala Rusinová: „Příbuzní už nejsou jen návštěva, měli by porozumět stavu pacienta a získat realistickou představu o jeho šancích“. (Rusinová, 2012)

Respondentky pracující na oddělení ARO i přes tvrzení, že „zatím na toto téma nemusely s rodinou hovořit“, vyjádřily ke konverzaci s rodinou pacienta kladný postoj. Dle jejich slov je pro ně důležité vědět, jaké informace má rodina poskytnuté od lékaře. Respondentka z oddělení ARO uvedla příklad rozhovoru, který vedla její kolegyně s rodinou pacienta: „Byla úžasná, otevřeně s nimi o všem hovořila...nemluvila o tom, že pacient zemře, komentovala to, co u něj dělá, co se aktuálně děje, vlastně spíš o ošetrovatelské péči, připadalo mi, že to ta dcera potřebovala slyšet, že jsme pacienta tzv. neodepsaly, že je o něj postaráno.“ Z uvedeného příkladu je zřejmé, že k rozhovoru s rodinou nemocného nejsou zapotřebí žádné specifické kompetence. Mluvit s rodinou pacienta neznamena pouze „vyzrazovat“ prognostické odhady a komentovat nasazenou terapii. Komunikace tedy není o kompetenci, ale především o dovednosti. A komunikační dovednosti neoddelitelně k práci sestry patří. Žádoucí je tedy neopomíjet učit se efektivně komunikovat, ať již příkladem od kolegyně, nebo vyhledáváním vzdělávacích kurzů na toto téma.

„Je nutné trénovat sestry a lékaře v komunikaci, naučit je častěji komunikovat. Rodiny i zaměstnanci se musí naučit vnímat konec života jako prioritu“. (Angus, 2003)

#### **5.4 Porovnání výzkumných souborů**

Výzkumný soubor tvořily sestry pracující na odděleních jednotek intenzivní péče a oddělení ARO. Dle zaměření ošetrovacích jednotek a povahy onemocnění zde hospitalizovaných pacientů byly rozděleny na dvě skupiny. První skupinu tvořily respondentky pracující na oddělení jednotek intenzivní péče interního zaměření, 2

respondentky z oddělení onkologické JIP a 2 z oddělení interní JIP. Druhou skupinu tvořily 2 respondentky z oddělení chirurgické JIP a 2 z oddělení anesteziologicko-resuscitačního.

Výzkumné šetření ukázalo, že rozdíl v názorech sester z jednotlivých skupin je minimální. Pohled na problematiku příkazu DNR jak z hlediska etického, tak i na oblast ošetrovatelské péče v souvislosti s DNR se výrazně nelišil. Překvapivé bylo pouze zjištění, že respondentky z oddělení ARO, sestry zvyklé s ohledem na pracovní náplň a povahu práce na oddělení na „akci“, rychlé jednání a záchranu života, byly nejbližší myšlenkám paliativní péče u pacientů s DNR ordinací. Stejně tak tomu bylo i oblasti komunikace s rodinou pacienta, kdy tuto v zásadě neodmítaly. Zajímavé bylo i zjištění, že respondentky pracující na onkologické JIP, kde bychom s ohledem na skladbu pacientů a zejména na povahu jejich onemocnění očekávali ordinaci DNR jako poměrně častou, nedokážou na toto téma s pacientem ani jeho rodinou konverzovat.

Výzkum na téma DNR jako eticko-ošetrovatelský problém nám dovoluje nahlédnout na problematiku příkazu DNR očima sester. DNR je pro sestry běžnou součástí praxe, kterou neoddělují od světa moderní medicíny ani prostředí jednotek intenzivní péče. Z pohledu sester je DNR především lékařská ordinace, která je pro ně závazná, a se kterou se plně ztotožňují v případech, kdy se jedná o DNR u terminálně nevléčitelně nemocných starých lidí. Etický rozměr spatřují především v úskalí rozhodování, které je nelehké pro lékaře, ale i pro rodinu pacienta. Za diskutabilní považují otázky autonomie pacienta s ohledem na problematiku příkazu DNR. Velký problém vnímají v absenci značení DNR kódu do dokumentace pacienta, což označují za matoucí a nedostačující.

DNR ordinace dle oslovených sester neovlivňuje stávající ošetrovatelskou péči a pacientům je ze stran ošetrovatelského personálu nadále zajišťována maximální ošetrovatelská péče zohledněná jejich individuálními potřebami. Za problematickou se ukázala pouze oblast komunikace, a to zejména oblast komunikace s rodinami pacientů na témata související s koncem života a smrtí.

## 6 ZÁVĚR

Problematiku ordinace DNR nelze oddělit od nemocničního prostředí, úzce se dotýká moderní medicíny, etiky a práva, ale také ošetrovatelství. Cílem diplomové práce bylo zmapovat stanoviska sester k příkazu DNR, a to jak v rovině obecné, tak zejména s přihlédnutím k etickým a ošetrovatelským souvislostem. Pomocí rozhovorů vedených se sestrami pracujícími na pracovištích jednotek intenzivní péče a anesteziologicko-resuscitačním oddělení se podařilo nalézt odpovědi na položené výzkumné otázky a tak splnit stanovené cíle.

Z výzkumného šetření je patrné, že sestry ordinaci DNR vnímají především jako záležitost rozhodnutí lékaře. Dle jejich výpovědí se zatím nesetkaly s DNR jako dříve vysloveným přáním, nedokážou tedy zhodnotit možný podíl pacienta na takovémto druhu rozhodování. Za problém související s DNR příkazem sestry označují absenci zápisu do dokumentace pacienta. Přesné definování DNR by bylo pro ně jasnějším signálem, kam mají či spíše nemají směřovat jejich snahy v případě zástavy oběhu a dýchání u pacienta, než pro ně mnohdy nejasné a zavádějící změny v nastavené terapii.

Obecná rovina náhledu na příkaz DNR se u sester úzce prolíná s rovinou etikou. DNR sestry vnímají jako neprodlužování utrpení člověka, jako věc v současném zdravotnictví zcela přirozenou, s respektováním limitů lidského těla i medicíny. Za velké etické dilema považují samotný akt rozhodování, který staví do dvou rovin. Rozhodování jako odbornou kompetenci lékaře, kterou označují za „nelehkou“, na straně druhé pak opomíjená autonomie člověka, pacienta, který se na rozhodnutí o DNR nepodílí. Výzkum ukázal, že DNR je pro sestry naprosto přijatelnou záležitostí u pacientů terminálně nemocných, u starých lidí s prognosticky nepříznivou diagnózou. Za nepřijatelné považují sestry DNR u mladých pacientů a u dětí.

Pozitivním zjištěním je fakt, že ordinace DNR neznamena pro sestry signál ke změně ošetrovatelské péče. Pokud sestry spojují DNR ordinaci se změnou intervencí, tak pouze v dobrém slova smyslu. Změnou intervence obvykle míní nezatěžování pacienta dalšími invazivními zákroky, pokud nejsou nezbytně nutné. Nadále poskytují každému pacientovi šetrnou, ošetrovatelskou péči přizpůsobenou individuálním potřebám jednotlivce. Za prioritu v péči považují úlevu od bolesti a mírnění utrpení

pacienta, doprovod rodiny v jeho posledních chvílích. Tyto názory se mohou jevit jako velmi překvapivé, připomeneme-li si, že se jedná o sestry pracující v provozech jednotek intenzivní a anesteziologicko-resuscitační péče. Zcela mylný byl i původní předpoklad, že sestry pracující na odděleních jednotek intenzivní péče interního zaměření, a to zejména sestry pracující na oddělení onkologické JIP budou sdílet odlišné názory na danou problematiku, než sestry pracující v „akčtějším“ prostředí anesteziologicko-resuscitačního oddělení a oddělení chirurgické jednotky intenzivní péče. Výše uvedené hlavní myšlenky paliativní péče se prolínají zcela rovnoměrně všemi uvedenými pracovišti. Názor na DNR problematiku byl jednotný.

Výzkumné šetření narazilo v souvislosti s ordinací DNR na velmi ožehavé téma, a tím je komunikace s pacientem a jeho rodinou. Většina sester uvádí, že se necítí kompetentní k rozhovorům nejen na téma DNR, ale i na téma konce života obecně. Převážná většina dokonce uvedla, že na toto téma s pacientem ani s jeho rodinou nikdy nehovořila. Zde se jeví jako nezbytné posílit vědomí sester o nutnosti komunikace na téma související s koncem života, dát jim jakýsi komunikační návod, který by je zbavil strachu z překročení vlastních kompetencí.

V souvislosti s DNR problematikou se objevují termíny jako je zadržaná terapie, omezení terapie, zbytečná léčba či terapie symptomatická, bazální. Nelze vynechat ani termín eutanázie pro dokreslení představy orientace sester v uvedené terminologii. Z výzkumu je patrné, že sestry často v těchto termínech tápou, nejsou pro ně jednoznačné. Zatímco pro některé je DNR samostatnou kategorií, pro jiné je automatickou součástí zadržané terapie, pro dvě respondentky dokonce pasivní eutanazií.

Pro ulehčení orientace v dané problematice a z důvodů připomenutí nezbytnosti efektivní komunikace jako jednoho ze základních nástrojů v práci sestry byla pro sestry vypracována informativní brožura o DNR v ošetrovatelství (viz příloha č. 9), která kromě stručného vysvětlení základních pojmů dotýkajících se problematiky DNR mimo jiné poskytuje určitý návod pro sestry jak jednat s pacientem a jeho rodinou v případě dotazů na mnohdy velmi ožehavá témata týkající se problematiky zadržané terapie a DNR příkazu. Za vhodné považují rovněž uspořádání odborné konference na téma



problematiky DNR v pojetí moderního ošetrovatelství, jejíž návrh je uveden v příloze č. 10. Snaha zvýšit povědomí sester o příkazu DNR vychází i z faktu, že se úkol získat náhled na problematiku ordinace DNR očima sester se ukázal jako velmi náročný. Velká většina oslovených sester odmítla další rozhovor s tvrzením, že se k této problematice vyjadřovat nechce. Odmítnutí bylo nejčastěji odůvodňováno tím, že „nejsou kompetentní něco takového řešit“. Za jejich vysvětlením byla však spíše cítit nejistota, možná i strach hovořit na toto téma.

Přestože z výzkumu vyplynulo, že se pouze jedna z oslovených respondentek setkala s variantou DNR jako dříve vysloveného přání, současná změna legislativy a přijetí nového zákona o zdravotních službách, ve kterém jsou již přesně definované podmínky pro vyjádření dříve vysloveného přání jako jedné z možností pacienta, jak se podílet na zdravotní péči, nastoluje zcela novou problematiku, na kterou není řada zdravotníků připravena. Za velice aktuální v následujících letech proto považují zpracování výzkumného šetření na téma: Problematika dříve vyslovených přání pacienta jako součást běžné ošetrovatelské praxe.

## 7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ANGUS, D.: Ethic: End of Life Care. [online]. in *32nd Critical Care Congress of Society of Critical Care Medicine*. San Antonio, 2003. [cit. 20. 7. 2012].  
Dostupné z: <http://www.medscape.com/viewarticle/448838>
2. CÍSAŘOVÁ, D. Neposkytnutí pomoci a další trestněprávní dopady respektování pokynů DNR. In: *Dříve vyslovená přání a pokyny Do Not Resuscitate v teorii a praxi: Monografie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2010, s. 7-10. ISBN 978-80-87146-31-6.
3. ČERNÝ, V. (ed.): Konsenzuální stanovisko k poskytování paliativní péče u nemocných s nezvratným orgánovým selháním. Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny ČLS JEP, Česká společnost intenzivní medicíny ČLS JEP. Verze 1/2009. [online]. [cit. 20. 3. 2012].  
Dostupné z: [http://www.urgmed.cz/postupy/cizi/2009\\_paliativni.pdf](http://www.urgmed.cz/postupy/cizi/2009_paliativni.pdf)
4. DOBRÍKOVÁ, P., OLOSOVÁ, J.: Kvalita života hospitalizovaných pacientů s infaustnou prognózou. Quality of life of hospitalized patients with infaust prognosis. *Kontakt*. České Budějovice 2007, roč. 9, č. 2, str. 277-283 ISSN 1212-4117.
5. DOLISTA J., SAPÍK M.: *Studie z bioetiky III*. 1. vydání, České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2008. 222 s. ISBN 978-80-7394-004-1.
6. Doporučení představenstva ČLK 1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli
7. DRÁBKOVÁ, J. Etika a kritické stavy in PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. s. 528. (s. 481-499) ISBN 978-80-247-3976-2
8. DUŠKA, F.: *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. [online]. 2011 [cit. 20. 3. 2012].  
Dostupné z:  
<http://www.google.cz/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&sqi=2&>

ved=0CE0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.petrwaldauf.cz%2Findex.php%  
3Foption%3Dcom\_docman%26task%3Ddoc\_download%26gid%3D62%26Item  
id%3D13%26lang%3Dcs&ei=M-  
QLUJ\_eD6r44QT1qtjfCg&usg=AFQjCNHjz\_\_nLuvBFvhSmBiu\_L39eeykeQ&  
sig2=O7j\_GPeqL77biUPMkRkhKA

9. Etický kodex České lékařské komory, Stavovský předpis české lékařské komory č. 10, z roku 1996, v platném znění.
10. FIELDS, L.: DNR Does Not Mean No Care. *The Journal of Neuroscience Nursing*, 5; 39/2007, s. 294-296. ISSN 0270-6474. Dostupné také z: <http://www.medscape.com/viewarticle/567654>
11. FRANĚK, O.: *Mimonemocniční náhlá zástava oběhu a neodkladná resuscitace dospělých v terénu* [online]. 11. 4. 2011. [cit. 7. 3. 2012]. Dostupné z: [http://www.zachrannasluzba.cz/zajimavosti/2010\\_resuscitace.pdf](http://www.zachrannasluzba.cz/zajimavosti/2010_resuscitace.pdf)
12. FRANĚK, O., SUKUPOVÁ, P.: *První pomoc nejsou žádné čáry, ale dokáže zázraky. Minipříručka první pomoci* [online]. 2011. [cit. 5. 3. 2012]. Dostupné z: <http://www.zachrannasluzba.cz/>
13. GURKOVÁ, E.: *Hodnocení kvality života pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. s. 224. ISBN 978-80-247-3625-9.
14. HAŠKOVCOVÁ, H.: *Lékařská etika*. 3. rozšířené vyd. Praha: Galén, 2002. s. 272. ISBN 80-7262-132-7.
15. HAŠKOVCOVÁ, H.: *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2. přepracované vydání. Praha: Galén, 2007. s. 244. ISBN 978-80-7262-471-3.
16. IVANOVÁ, K.: *Etika pro pracovníky ve zdravotnictví*. 1.vyd. Ostrava. Ostravská Univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2005. s. 94. ISBN 80-7368-069-6.
17. KAPOUNOVÁ, G.: *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. s 352. ISBN 978-80-247-1830-9
18. KERR, M.: *DNR Orders Do Not Affect Quality of Care in ICU*. [online]. 3. 2. 2003 [cit. 20. 7.2012]. Dostupné z: <http://www.medscape.com/viewarticle/448838>

19. KISVETROVÁ, H., KUTNOHORSKÁ, J.: Umírání a smrt v historickém vývoji. *Kontakt*. České Budějovice 2010, roč. 12, č. 2, str. 212-219. ISSN 1212-4117
20. KNOR, J, FRANĚK, O., TRUHLÁŘ, A. (ed.): Neodkladná resuscitace. Doporučený postup výboru ČLS JEP – společnosti UM a MK. Česká lékařská společnost J. E. Purkyně Společnosti urgentní medicíny a medicíny katastrof. 29. 6. 2009. *Urgentní medicína*, Praha 2009, roč. 12, č. 2. str. 27-30. ISSN 1212-1924. Dostupné také z:  
[http://www.urgmed.cz/postupy/2011\\_nr.pdf](http://www.urgmed.cz/postupy/2011_nr.pdf)
21. KOŘENEK, J.: *Lékařská etika*. 2. přepracované a rozšířené vydání. Praha: Triton, 2004. s. 234. ISBN 80-7254-538-8
22. KÖNIGOVÁ, R.: Příkaz 'neresuscitovat' a paliativní léčba u těžkých úrazů = Do not resuscitate orders and palliative treatment in severe injuries. *Postgraduální medicína*, Praha 2001, roč. 3, č. 5, s. 518-521. ISSN 1212-4184  
Dostupné také z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/prikaz-137214>
23. KRAUS, R.: Nenasazení a vysazení marné léčby a distanzie. *Revue Masarykovy univerzity v Brně*, Brno 2003, roč. 36, č. 1, s. 17 – 18. ISSN 1211-3384.
24. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. s. 164. ISBN 978-80-247-2069-2
25. LAYEROVÁ, H.: *Podpora sester v případech úmrtí na jednotkách RES a JIP*. České Budějovice, 2011. s. 89. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.
26. MARKOVÁ, M.: *Sestra a pacient v paliativní péči*, 1. vydání. Praha: Grada, 2010. s. 128. ISBN 978-80-247-3171-1.
27. MARX, D.: Problémy s DNR v klinické praxi. In: *Pokyny Do Not resuscitate v klinické praxi. Sborník příspěvků ze symposia o pokynech Do Not resuscitate v klinické praxi pořádané Centrem zdravotnického práva Univerzity Karlovy*

- v Praze. Praha: Univerzita Karlova v Praze. Právnická fakulta. Centrum zdravotnického práva. 2009.
28. MARX, D.: Problémy s DNR v klinické praxi. In: *Dříve vyslovená přání a pokyny Do Not Resuscitate v teorii a praxi: Monografie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2010. s. 18-22. ISBN: 978-80-87146-31-6.
  29. MILLER, C. A.: *Nursing for Wellness in Older Adults*. 5. vydání. USA: Wolters Kluwer Health, 2009. s. 624. ISBN 978-0-7817-7175-7.
  30. MUNZAROVÁ, M.: *Zdravotnická etika od A do Z*. 1. vydání. Praha: Grada, 2005. 156 s. ISBN 80-247-1024-2.
  31. MUNZAROVÁ, M.: *Eutanazie, nebo paliativní péče?* 1. vydání. Praha: Grada, 2005. s. 108, ISBN 80-247-1025-0.
  32. O'CONNOR, M., ARANDA, S.: *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. 1. vydání. Praha: Grada, 2005. s. 324. ISBN 80-247-1295-4.
  33. ONDOK, J. P.: *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*. 1. vydání. Praha: Triton, 2005. s. 214. ISBN 80-7254-486-1.
  34. PETERKOVÁ, H.: *DNR* [online]. Centrum zdravotnického práva, 21. 4. 2009 [cit. 3. 2. 2012]. Dostupné z WWW: <http://czp.prf.cuni.cz/?q=node/54>
  35. PETERKOVÁ, H.: Mezinárodní komparatistika a úvahy de lege ferenda. In: *Dříve vyslovená přání a pokyny Do Not Resuscitate v teorii a praxi: Monografie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2010. s. 37-63. ISBN: 978-80-87146-31-6.
  36. POKORNÁ, A.: *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 3. doplněné vydání. Brno: NCONZO, 2011. s. 104. ISBN 978-80-7013-524-2
  37. POKORNÝ, J.: Nové postupy resuscitace Guidelines 2010 – a co dál? [online]. *Zdravotnické noviny* 1/2011. 31. 1. 2011. [cit. 8. 2. 2012]. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/nove-postupy-resuscitace-guidelines-2010-a-co-dal-457766>
  38. POLICAR, R.: Kdy může lékař ne zahájit kardiopulmonální resuscitaci? (úvahy právní byt' v kontextu medicíny a etiky). In: *Dříve vyslovená přání a pokyny Do Not Resuscitate v teorii a praxi: Monografie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze,

2010. s. 23-31. ISBN: 978-80-87146-31-6.
39. POST, S. G.: *Encyklopedia of Bioethics. Volume 2.* 3. vydání. USA: Macmillian Reference, 2004. s. 539 – 1227. ISBN 0-02-865916-3.
40. POST, F. L, BLUSTEIN, J, DUBLER, N.N.: *Handbook for Health Care Ethic Committees.* 1. vydání. USA: John Hopkins University Press, 2007. s. 327. ISBN 0-8018-8448-9.
41. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. a kol.: *Etika a komunikace v medicíně.* 1.vyd. Praha: Grada, 2011. s. 528, ISBN 978-80-247-3976-2.
42. ROZSYPALOVÁ, M., ŠAFRÁNKOVÁ, A.: *Ošetřovatelství I.* 1. vyd. Praha: Informatorium, 2002. 231 s. ISBN 80-86073-96-3
43. RUSINOVÁ, K.: *Komunikace s příbuznými pacientů v intenzivní péči.*[online]. 12. 7. 2012 [cit. 22. 7. 2012]. Dostupné z:  
[http://www.petrwaldauf.cz/index.php?option=com\\_docman&task=cat\\_view&Itemid=13&gid=30&orderby=dmdate\\_published&lang=cs](http://www.petrwaldauf.cz/index.php?option=com_docman&task=cat_view&Itemid=13&gid=30&orderby=dmdate_published&lang=cs)
44. SEYMOUR, J. Péče o pacienty umírající na jednotkách intenzivní péče in O'CONNOR, M., ARANDA, S.: *Paliativní péče pro sestry všech oborů.* 1. vydání. Praha: Grada, 2005. s. 324 (s.265-272). ISBN 80-247-1295-4.
45. SLÁMA, O.: *Klinické, etické a právní aspekty rozhodování o kardiopulmonální resuscitaci u terminálně onkologicky nemocných pacientů.* Brno, 2009. 93 s. Dizertační práce. Masarykova univerzita Brno.
46. SLOVÁKOVÁ, J.: Vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov v oblasti paliatívnej starostlivosti. Education of health Professional in the field of paliative care. *Kontakt.* České Budějovice 2008, roč. 10, č. 2, str. 264-273. ISSN 1212-4117
47. ŠEVČÍK, P., ČERNÝ, V., VÍTOVEC, J. at al.: *Intenzivní medicína.* 2. rozšířené vydání. Praha: Galén, 2003. s. 422. ISBN 80-7262-203-X.
48. ŠIMEK, J. Etické problémy urgentní medicíny. *Urgentní medicína,* České Budějovice 2008, roč. 11, č. 4, s. 31-33. ISSN 1212-1924.
49. ŠIMEK, J., ŠPALEK, V.: *Filozofické základy lékařské etiky.* 1. vydání. Praha: Grada, 2003. s. 112. ISBN 80-247-0440-4.

50. ŠOLTÉS, L., PULLMANN, R., a kol.: *Vybrané kapitoly z medicínské etiky*. 1. vydání. Martin: Osveta, 2008. s. 257, s. 13-14, ISBN 978-80-8063-287-8.
51. ŠUSTEK, P. Pokyny DNR a ochrana osobnosti. In: *Dříve vyslovená přání a pokyny Do Not Resuscitate v teorii a praxi: Monografie*. Praha: Univerzita Karlova, 2010, s. 32-36. ISBN: 978-80-87146-31-6.
52. Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny č. 96/2001 Sb.m.s., v platném znění
53. VÁCHA, M.: Dříve vyslovená přání. In: *Pokyny Do Not resuscitate v klinické praxi. Sborník příspěvků ze symposia o pokynech Do Not resuscitate v klinické praxi pořádané Centrem zdravotnického práva Univerzity Karlovy v Praze*. Praha: Univerzita Karlova v Praze. Právnická fakulta. Centrum zdravotnického práva. 2009.
54. VIZINGER, R.: Předstižné pokyny pacienta (living will) v právní teorii a praxi. *Zdravotnictví a právo: Právni a daňový poradce pro zdravotnictví*. Praha 2007, roč. 11 č. 7-8, str. 3-15. ISSN 1211-6432.
55. VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y.: *Paliativní medicína*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2004. s. 540. ISBN 80-247-0279-7.
56. Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, v platném znění
57. Zákon č. 120/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře, v platném znění
58. Zákon č. 20/1966 Sb, o péči o zdraví lidu, v platném znění pozdějších předpisů
59. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, v platném znění

## **8 KLÍČOVÁ SLOVA**

DNR, příkaz neresuscitovat, neodkladná resuscitace, ošetřovatelství, etika, sestra



## 9 PŘÍLOHY

- Příloha č. 1 – Práva pacienta
- Příloha č. 2 - Etický kodex sester
- Příloha č. 3 – Neodkladná resuscitace: Guidelines 2010
- Příloha č. 4 - Doporučený postup výboru ČLS JEP – Neodkladná resuscitace
- Příloha č. 5 - Konsenzuální stanovisko k poskytování paliativní péče u nemocných s nezvratným orgánovým selháním. Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny ČLS JEP, Česká společnost intenzivní medicíny ČLS JEP. Verze 1/2009
- Příloha č. 6 - Doporučení představenstva ČLK 1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli
- Příloha č. 7 – zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, § 36
- Příloha č. 8 – Tematické okruhy otázek pro respondentky
- Příloha č. 9 – Informativní brožura pro sestry o problematice DNR
- Příloha č. 10 – Návrh na uspořádání odborné konference na téma: Problematika dříve vyslovených přání a ordinace DNR v souvislosti s moderním ošetřovatelstvím

## **Příloha č. 1**

### **Práva pacientů ČR**

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického či terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje i více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich účastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věci důvěrnou a musí být provedena diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.
7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen po té, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.
8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.
9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.
10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.
11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient má právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

*Etický kodex "Práva pacientů" navrhla, po připomínkovém řízení definitivně formulovala a schválila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České Republiky.  
Tato práva pacientů jsou prohlášena za platná dnem 25. února 1992*

Zdroj: <http://www.mpsv.cz/cs/840>

## **Příloha č. 2**

### **Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester**

#### **PŘEDMLUVA**

Mezinárodní etický kodex pro sestry byl poprvé přijat Mezinárodní radou sester (ICN) v roce 1953. Od té doby byl několikrát revidován a znovu schvalován, tato zatím poslední revize byla provedena v roce 2000.

Sestry z České republiky se prostřednictvím České asociace sester hlásí k **Etickému kodexu Mezinárodní rady sester (ICN)**, který byl projednán sněmem předsedkyň a předsedů sekcí a regionů ČAS, přijat Etickou komisí a Prezidiem ČAS a je platný od 29. března 2003.

#### **ÚVOD**

Sestry mají čtyři základní povinnosti: pečovat o zdraví, předcházet nemocem, navracet zdraví a zmírňovat utrpení. Potřeba ošetrovatelské péče je všeobecná.

Neodmyslitelnou součástí ošetrovatelské péče je respektování lidských práv, jako je právo na život, na důstojnost a právo na zacházení s úctou.

Ošetrovatelská péče není omezena, pokud jde o věk, barvu pleti, vyznání, kulturní zvyklosti, postižení nebo nemoc, pohlaví, národnost, politické přesvědčení, rasu nebo společenské postavení pacienta.

Sestry poskytují zdravotnické služby jednotlivcům, rodinám a komunitám a koordinují svoje služby se službami jiných oborů.

#### **KODEX ICN**

Etický kodex sester připravený ICN má čtyři hlavní články, které vymezují normy etického chování.

#### ***Články Kodexu***

##### **1. Sestry a spoluobčan**

Sestra spoluzodpovídá za péči poskytovanou občanům, kteří ji potřebují.

Při poskytování ošetrovatelské péče sestra vytváří prostředí, v němž jsou respektována lidská práva, hodnoty, zvyky a duchovní přesvědčení jednotlivce, rodiny a komunity.

Sestra zaručuje, aby byly jednotlivým osobám poskytnuty dostatečné informace, z nichž může vycházet jejich souhlas s péčí a související terapií.

Sestra dodržuje povinnost mlčenlivosti, chrání důvěrné informace pacienta. Tyto informace sděluje dalším lidem pouze na základě souhlasu pacienta a lékaře.

Sestra se spolupodílí na zahájení a podpoře aktivit zaměřených na uspokojování zdravotních a sociálních potřeb občanů, zejména občanů patřících do ohrožených skupin.

Sestra je také spoluzodpovědná za zachování přirozeného prostředí a jeho ochranu před znehodnocováním, znečišťováním, úpadkem a ničením.

## **2. Sestry a jejich ošetrovatelská praxe**

Sestra nese osobní odpovědnost za ošetrovatelské činnosti a za udržování své kvalifikace na potřebné výši průběžným celoživotním studiem. Sestra je povinná realizovat co možná nejvyšší úroveň poskytované péče.

Sestra pečuje o své vlastní zdraví, aby nebyla narušena její schopnost poskytovat péči.

Sestra pečlivě posuzuje svou kvalifikaci a své schopnosti při přijímání určité povinnosti a stejně tak posuzuje kvalifikaci a schopnosti osob, které pověřuje plněním určité povinnosti.

Sestra za všech okolností dodržuje pravidla slušného chování, vytváří profesionální image a prestižní postavení sester ve společnosti, což přispívá k budování dobré pověsti profese a zvyšuje důvěru občanů.

Sestra při poskytování péče usiluje o to, aby se při užívání nové techniky a uplatňování vědeckého pokroku dbalo na bezpečnost, důstojnost a lidská práva občanů/pacientů.

## **3. Sestry a profese**

Sestra hraje rozhodující roli při určování, vytváření a realizaci norem ošetrovatelské praxe, řízení, výzkumu a vzdělávání.

Sestra se aktivně podílí na rozvoji základní soustavy odborných znalostí vycházejících z vědeckého poznání.

Sestra se prostřednictvím profesní, odborové nebo jiné organizace podílí na vytváření a zachování spravedlivých sociálních a ekonomických pracovních podmínek v ošetrovatelství.

## **4. Sestry a jejich spolupracovníci**

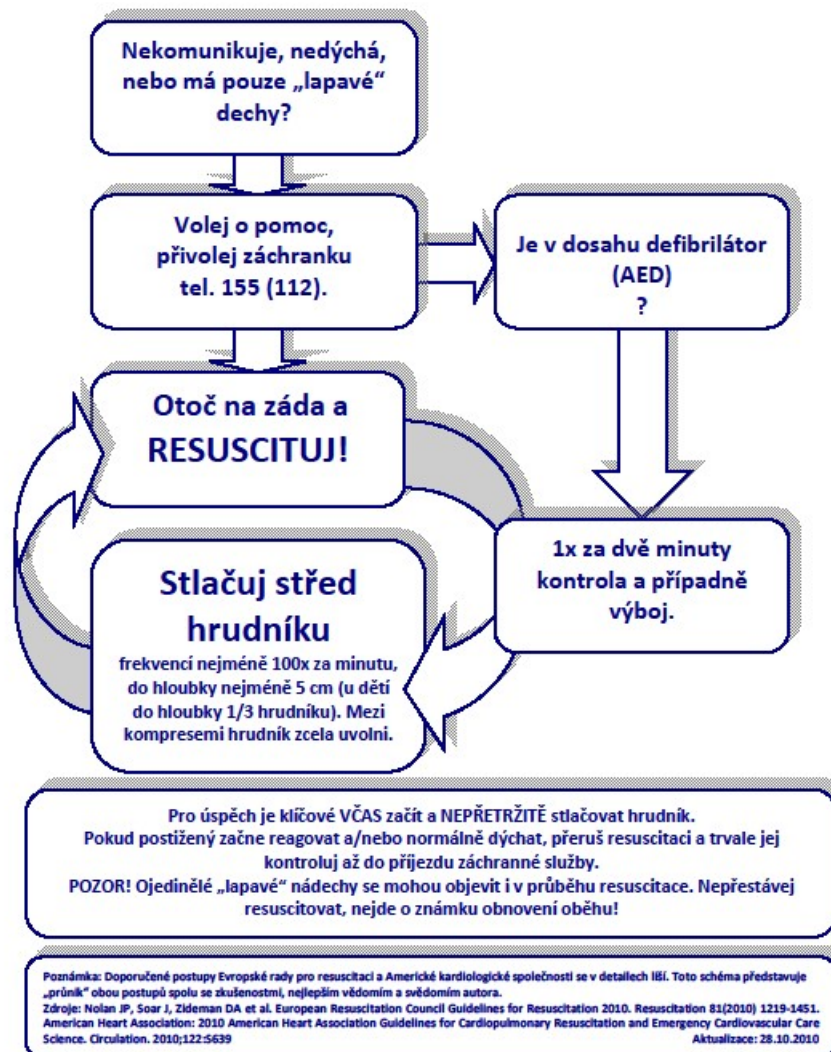
Sestra úzce spolupracuje se všemi spolupracovníky oboru ošetrovatelství a dalších oborů.

Sestra je povinná účinně zasáhnout, pokud je péče o nemocného ohrožena jejím spolupracovníkem nebo kteroukoliv jinou osobou.

Zdroj: [http://www.cnna.cz/docs/tiskoviny/eticky\\_kodex\\_icn.pdf](http://www.cnna.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn.pdf)

## GUIDELINES 2010 Základní neodkladná resuscitace dospělých i dětí pro laické záchránce

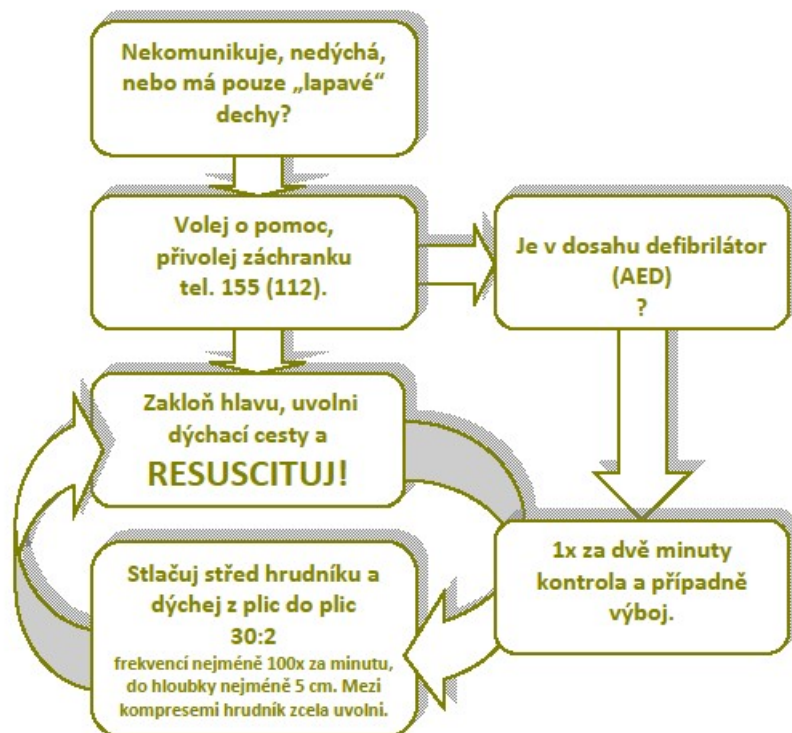
Podle doporučení European Resuscitation Council a American Heart Association 2010  
© Ondřej Franěk, www.zachrannasluzba.cz



# GUIDELINES 2010

## Základní neodkladná resuscitace dospělých pro zdravotníky a školené záchránce

Podle doporučení European Resuscitation Council a American Heart Association 2010  
© Ondřej Franěk, www.zachrannasluzba.cz



Pro úspěch je klíčové VČAS začít a **NEPŘETRŽITĚ** stlačovat hrudník.  
Jeden vdech = 1 sekunda, objem takový, aby se viditelně zvedal hrudník.  
Pokud postižený začne reagovat a/nebo normálně dýchat, přeruš resuscitaci a trvale jej kontroluj až do příjezdu záchranné služby.  
**POZOR!** Ojedinelé „lapavé“ nádechy se mohou objevit i v průběhu resuscitace. Nepřestávej resuscitovat, nejde o známku obnovení oběhu! Nepřestávej stlačovat hrudník, ale pokud nádechy trvají, není třeba dýchat z plic do plic.

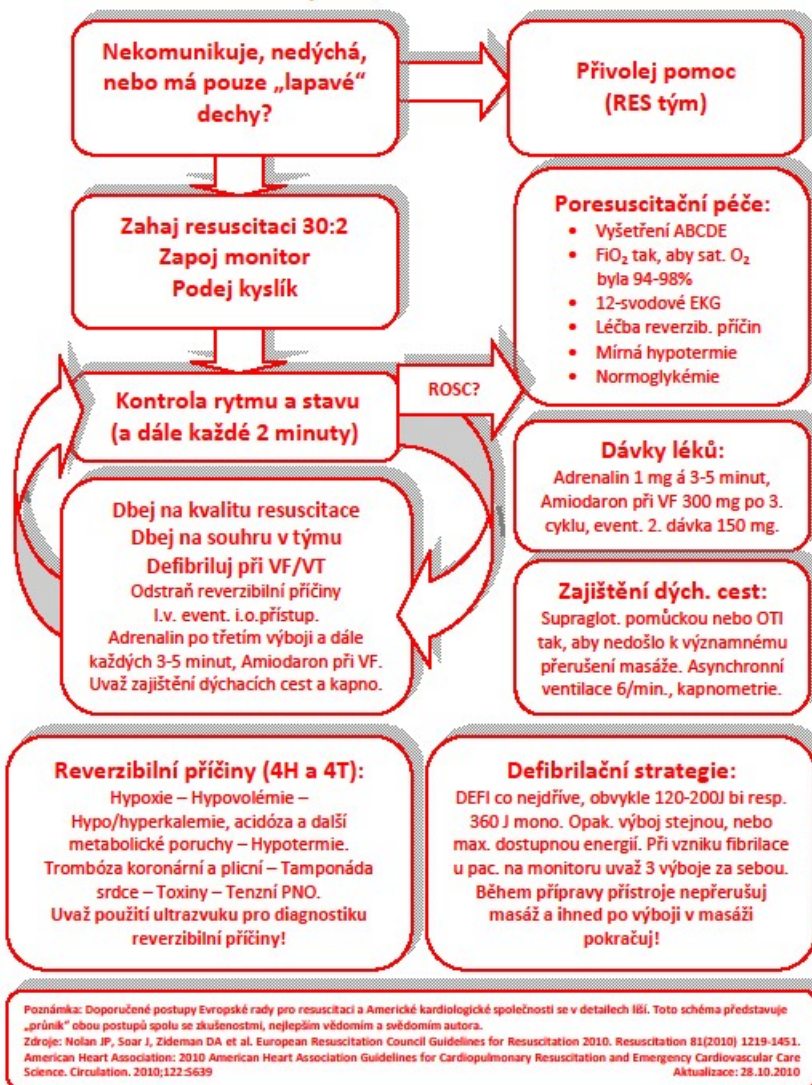
Poznámka: Doporučené postupy Evropské rady pro resuscitaci a Americké kardiologické společnosti se v detailech liší. Toto schéma představuje „průnik“ obou postupů spolu se zkušenostmi, nejlepšími vědomím a svědomím autora.  
Zdroj: Nolan JP, Soar J, Zideman DA et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. Resuscitation 81(2010) 1219-1451.  
American Heart Association: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science. Circulation. 2010;122:5639  
Aktualizace: 28.10.2010

## GUIDELINES 2010

### Rozšířená neodkladná resuscitace dospělých

Podle doporučení European Resuscitation Council a American Heart Association 2010

© Ondřej Franěk, www.zachrannasluzba.cz



## Příloha č. 4

**Česká lékařská společnost J.E. Purkyně  
Společnosti urgentní medicíny a medicíny katastrof  
Neodkladná resuscitace  
Doporučený postupu výboru ČLS JEP - spol. UM a MK  
Aktualizace: 29.6.2009**

### Úvod

Tento materiál vznikl na základě potřeby zdravotnických pracovníků poskytujících odbornou přednemocniční neodkladnou péči (dále PNP) v České republice (ČR), lékařů a zdravotníků zdravotnických záchranných služeb (dále jen ZZS) a event. dalších **lékařů a zdravotníků primární péče**. Materiál vychází z doporučených postupů a standardů ILCOR Guidelines 2000 a jejich revize (CoSTR Guidelines 2005) a dalších dostupných údajů a zohledňuje specifické české zkušenosti. Předpokládá se přidávání dalších kapitol dle aktuálních potřeb. Není-li v tomto materiálu uvedeno jinak, postupuje poskytovatel NR ve shodě s doporučeními Evropské rady pro resuscitaci z roku 2005.

Cíl:

1. Sjednotit českou terminologii
2. Stanovit jednoznačné definice v češtině
3. Aplikovat obecně doporučované postupy na specifické české podmínky
4. Vytvořit podmínky pro standardní sběr dat o náhlých zástavách oběhu (NZO) v terénu

### Část I: Vymezení pojmů, definice, poskytovatelé

**Náhlá zástava oběhu (NZO)** je situace, při které došlo z jakéhokoliv důvodu k náhlému přerušení cirkulace krve v systémovém krevním oběhu.

**Neodkladná resuscitace (NR)** je souborem na sebe navazujících léčebných postupů sloužících k neprodlenému obnovení oběhu okysličené krve u osoby postižené náhlou zástavou krevního oběhu (NZO) s cílem uchránit před nezvratným poškozením zejména mozek a myokard.

Další použitelné zkratky pro NR:

**KPCR** – kardio-pulmo-cerebrální resuscitace, anglický ekvivalent

**CPCR** – cardio-pulmonarycerebral resuscitation

**KPR** – kardio-pulmonální resuscitace, anglický ekvivalent

**CPR** – cardio-pulmonary resuscitation

### A. Základní NR

**Anglický ekvivalent: BLS (Basic Life Support)**

**Poskytovatelé:** všichni občané mají být schopni poskytovat základní NR bez speciálního vybavení a pomůcek podle zásady: „vše, co je potřeba, jsou dvě ruce“. Poskytují ji i vycvičení lékaři a zdravotničtí pracovníci, nejsou-li vybaveni žádnými pomůckami. Absence pomůcek určených k poskytování základní NR (například resuscitační rouška) neopravňuje k nezahájení NR.

**Základní NR (BLS)** zahrnuje tyto úkony:

**A - *airway*** – zhodnocení vědomí a obnovení a zajištění průchodnosti dýchacích cest (dále DC)

**B - *breathing*** – zhodnocení a zajištění základní životní funkce dýchání

**C - *circulation*** – zhodnocení a zajištění základní životní funkce krevního oběhu



**D – defibrillation** – provedení defibrilace proškoleným laikem, pokud je k dispozici automatický defibrilátor

Důležité zásady základní NR:

1. Indikací k zahájení NR je situace, kdy postižený

a. nereaguje na žádné podněty

b. nedýchá, nebo se nadechuje ojediněle nebo v nápadně dlouhých intervalech („lapavé“ dýchání)

c. nevyvíjí žádnou spontánní aktivitu s výjimkou případných „lapavých“ nádechů

2. Dominujícím výkonem v rámci základní NR je nepřímá srdeční masáž. Pokud není záchránce proškolen v provádění řízené ventilace (dýchání z plic do plic, použití samorozpínacího vaku apod.), provádí pouze nepřímou masáž. Pokud je záchránce proškolen v provádění řízené ventilace, může střídat stlačení hrudníku a vdechy v poměru 30:2 (u novorozenců 3:1). Nepřímá masáž srdce se provádí stlačováním hrudní kosti do hloubky 4-5 cm (u dětí přiměřeně méně) frekvencí cca 100 x za minutu. Ruce záchránce se opírají o střed hrudní kosti postiženého.

3. Hmatání pulsu není doporučeno pro riziko falešného výsledku, „Trojitý manévr“ není doporučen pro zjednodušení postupu, uvolnění DC se provádí pouze záklonem hlavy.

#### **Automatické externí defibrilátory (AED)**

Uložení AED je doporučeno na místech, kde lze předpokládat jejich využití častěji než 1x za 2 roky, a ve zdravotnických zařízeních zabývajících se péčí o pacienty se zvýšeným rizikem náhlé srdeční smrti, pokud zde není bezprostředně dostupný defibrilátor jiného druhu včetně přítomnosti vyškolené obsluhy.

**Pokud je dostupný automatický externí defibrilátor (AED), stává se defibrilace součástí základní NR, použití postupů A, C a event. B je ovšem prioritou.**

Srdeční rytmus se po výboji zjišťuje po 2 minutách, během kterých je nutno pokračovat v nepřímé srdeční masáži a umělém dýchání.

Velkou roli hraje **operátor** přijímající tísňové volání. Jeho úkolem je:

- správně vyhodnotit tísňové volání a identifikovat situaci svědčící pro NZO
- co nejdříve aktivovat vhodnou výjezdovou skupinu (skupiny)
- vést laického záchranáře - **telefonicky asistovaná NR - TANR** (viz Doporučený postup č. 12 - Telefonicky asistovaná první pomoc).

#### **B. Rozšířená NR**

**Anglický ekvivalent: ALS - Advanced Life Support, případně ACLS - Advanced Cardiac Life Support**

**Poskytovatelé:** vycvičený a sešlá tým zdravotníků na místě selhání základních životních funkcí. Vedoucím týmu je lékař - odborník oboru urgentní medicína (UM), či lékař proškolený v postupech NR. Úkolem týmu na místě je navázat na základní NR poskytovanou svědky kolapsu pacienta, poskytnout rozšířenou NR s cílem obnovy spontánní cirkulace (Return of Spontaneous Circulation - ROSC), stabilizovat základní životní funkce a transportovat pacienta do nejbližšího zdravotnického zařízení schopného poskytnout adekvátní intenzivní péči.

**K poskytování rozšířené NR v PNP nejsou komplexně vybaveni ani vycvičeni praktičtí lékaři, ambulantní specialisté či další lékaři prvního kontaktu v terénu. Tito lékaři by**

však měli být schopni kromě postupů základní NR zajistit intravenózní vstup s podáváním léků a provádět umělé dýchání pomocí samorozpínacího vaku, případně provést defibrilaci pomocí AED či jiného defibrilátoru, pokud jsou tyto pomůcky dostupné.

**Rozšířená NR zahrnuje:**

**D - defibrillation** - elektrická defibrilace

**E - ECG** - monitorace elektrické aktivity myokardu

**F – fluids and drugs** - podání léků a infuzních roztoků

Využití speciálních pomůcek, přístrojů, farmak je charakterizována těmito výkony:

- monitorace elektrické činnosti srdce (EKG);
  - elektroimpulzoterapie, tj. mono- či bifázická defibrilace (DF) v případě komorové fibrilace (KF) či komorové tachykardie (KT) bez hmatného pulzu;
  - zajištění dostatečné oxygenace; v případě potřeby řízené ventilace zajištění průchodnosti DC pomocí endotracheální intubace (ETI) nebo jiné alternativní metody s následnou:
- umělou plicní ventilací, přičemž cílem je dosažení normální hladiny krevních plynů;
  - monitorací etCO<sub>2</sub> jako markeru účinnosti NR a k prevenci hypokapnie;
  - zajištění vstupu do cévního řečiště a v případě potřeby podání léků a infuzních roztoků.

Tyto výkony musí být provedeny v prvních minutách od zahájení rozšířené NR. Lékař musí být vycvičen i v dalších úkonech, které může být nucen provádět v souvislosti s NR:

- uvolnění a alternativní přístup do DC,
- alternativní přístup do cévního řečiště (resp. centrálního kompartmentu),
- zevní stimulace elektrické činnosti srdce,
- hrudní drenáž a další.

Prioritou základní i rozšířené NR však nadále zůstává časné zahájení nepřímé srdeční masáže. Případné přerušení pro provedení nutných úkonů (defibrilace, endotracheální intubace) je přijatelné jen na co nejkratší dobu.

V případě, že jsou dýchací cesty zajištěny tracheální intubací, provádí se nepřímá masáž nepřetržitě a nezávisle na případně prováděné řízené ventilaci, přičemž parametry řízené ventilace je stanovit tak, aby byly minimalizovány nežádoucí tlakové změny v dýchacích cestách při dosažení potřebné výměny krevních plynů.

**Adekvátní následná intenzivní péče po úspěšné NR zahrnuje:**

**G - gauging** - rozvaha, stanovení příčiny náhlé zástavy oběhu (NZO)

**H - hypothermia** - mírná hypotermie (včetně zahájení v přednemocniční fázi, pokud je předpoklad přínosu pro pacienta)

**I - intensive care** - šetrný transport na vhodné cílové pracoviště a zajištění dlouhodobé intenzivní péče

Cílem NR je obnovení a stabilizace účinného krevního oběhu, a to zpravidla na místě události. Po obnovení oběhu následuje **neodkladný transport do vhodného cílového zdravotnického zařízení (ZZ)**, jímž je oddělení intenzivní péče odpovídající odbornosti, schopné zajistit poresuscitační péči ve shodě s aktuálními poznatky vědy.

Jsou-li k dispozici vhodné technické prostředky, je přínosem pro normotermického pacienta, u něhož došlo k obnovení účinného krevního oběhu, zahájení ochlazování s cílem zabránit hypertermii a dosáhnout mírné hypotermie již během transportu do cílového ZZ.

V případech, kdy byly na místě vyčerpány všechny dostupné možnosti a odbornost či technické prostředky dostupné na místě nejsou dostatečné pro provedení dalších výkonů nutných pro obnovení spontánního oběhu, je pacient **transportován do vhodného cílového ZZ za pokračující NR**. Jde zejména o situace, kdy NZO vznikla na podkladě:

- koronární příhody, přičemž během NR přetrvávají známky terminální dechové activity;
- závažné hypotermie či tonutí ve velmi chladné vodě.

**Další definice pro potřeby evidence a sledování výsledků KPCR v PNP – viz část III.**

### **Část II.: Zásady zahájení a ukončení NR**

Všeobecnou indikací k zahájení NR je zástava krevního oběhu.

NR **není indikovaná**, jestliže:

1. Prokazatelně uplynul od zástavy krevního oběhu časový interval delší než 15 minut u dospělých a delší než 20 minut u dětí za podmínek normotermie (při hypotermii se interval prodlužuje až na 40 minut).
2. Nevyléčitelně nemocný je v terminálním stavu.
3. Jsou přítomny jisté známky smrti.

V případě nejistoty zahájíme NR vždy!

NR **lze ukončit** v těchto případech:

1. Došlo k úspěšnému obnovení základních životních funkcí.
2. NR trvající nejméně 30 minut při rytmu jiném než KF nevedla k obnově základních životních funkcí. V případě KF se doporučená doba NR prodlužuje na 60 minut, v případě podání trombololytika (suspekce plicní embolizace) až na 90 minut.
3. Během NR nedošlo nejméně 20 minut k známkám okysličení organismu (těmito známkami jsou například zúžení zornic, obnovení laryngeálních reflexů, měřitelná SpO<sub>2</sub>).
4. Při naprostém vyčerpání záchránců v průběhu základní NR.

Poznámka: V případě závažné hypotermie by měla být NR ukončena až po dosažení tělesné teploty nejméně 32-34 stupňů, přičemž je dále splněná některá z podmínek 1-4.

**Ukončit** rozšířenou NR může pouze lékař.

Objektivními vodítky pro hodnocení stavu při NR jsou

- spontánní aktivita pacienta,
- palpovatelný puls na velkých tepnách,
- monitorování EKG,
- monitorování ET CO<sub>2</sub>.

**Komentář:** Limitem pro úspěšnost NR je obnova hemodynamicky významné akce srdeční, neboť tuto funkci neumíme dlouhodobě nahrazovat. I při kvalitně prováděné NR je organismus a zejména mozek oxygenován pouze bazálně. V drtivé většině případů je pacient po resuscitaci v bezvědomí, v respirační insuficienci a s nestabilním krevním oběhem, vyžaduje umělou plicní ventilaci a podporu oběhu inotropiky. Časová vodítka jsou pouze orientační, vždy doporučujeme zaznamenat křivku EKG při zahájení NR a při ukončení neúspěšné NR.

### **Část III.: Evidence dat o NZO v přednemocniční fázi**

Pro potřeby sběru dat o NZO v terénu a sledování osudu pacientů stížených NZO je jako minimum doporučeno používat standardní sadu dat, vycházející z materiálu

**Doporučený způsob evidence dat o zástavě oběhu** ("Utsteinský protokol") podle revize z roku 2004 4). Pro potřeby této evidence je doporučeno používat následujícím způsobem definovaných pojmů:

- **Spatřená zástava** je ta, která je viděna nebo slyšena další osobou, nebo zástava, která je monitorovaná.
- **Asistovaná ventilace** je akt inflace pacientových plic bez pomůcky nebo s jakoukoliv pomůckou či přístrojem.
- **Defibrilace** zahrnuje defibrilaci provedenou jakýmkoliv defibrilátorem včetně AED nebo implantovaného kardioverteru-defibrilátoru (ICD).

- **KPR svědky příhody** je kardiopulmonální resuscitace prováděná osobou (včetně zdravotnických pracovníků ve službě i mimo službu), která není součástí organizovaného systému neodkladné péče, zaměřené na srdeční zástavy.
- **Srdeční zástava** je zastavení srdeční mechanické aktivity potvrzené absencí známek krevního oběhu
- **Příčina zástavy/etiologie** je předpokládána jako kardiální, jestliže není známo nebo není pravděpodobné, že byla zapříčiněna traumatem, utonutím, předávkováním léků, asfyxií, vykrvácením nebo jakoukoliv jinou nekardiální příčinou, jak je nejlépe určena záchránci.
- **Kompresa hrudníku** je rytmické stlačování hrudníku prováděné osobou nebo mechanickým zařízením během KPR s cílem obnovení spontánního oběhu.
- **KPR** (kardiopulmonální resuscitace) je pokus obnovit spontánní cirkulaci prováděním kompresí hrudníku s asistovanou ventilací nebo bez ní, a/nebo defibrilací a další související intenzivní péčí.
- **Datum zástavy** je datum, kdy došlo k zástavě nebo kdy byla oběť nalezena.
- **Datum narození nebo věk** oběti mělo by být zaznamenán. Pokud není datum narození nebo věk znám, měl by být odhadnut.
- **Datum propuštění nebo smrti** je datum propuštění z nemocnice akutní péče nebo datum, kdy nemocný prohlášen za mrtvého.
- **Defibrilační pokus před příjezdem ZZS** je jakýkoliv defibrilační pokus provedený před příjezdem první výjezdové skupiny ZZS, včetně defibrilace ICD, pokud lze zjistit.
- **Podání léků** vypovídá o podání jakékoliv medikace (intravenózní kanylou, intraoseální jehlou či tracheální rourkou) během resuscitační příhody.
- **Zdravotnická záchranná služba** je veřejně organizovaný, oficiální činitel, působící součást organizovaného zdravotnického týmu rychlé reakce.
- **Konec události** je prohlášení pacienta za zemřelého nebo obnovení a udržení spontánního oběhu na 20 minut či déle. Je-li použit přístroj pro mimotělní oběh, konec události je 20 minut po nasazení mimotělního oběhu.
- **První monitorovaný rytmus** je první srdeční rytmus, přítomný, když je připojen pacientovi po srdeční zástavě monitor či defibrilátor. Jestliže nemá AED monitor rytmu, může být možné určit první monitorovaný rytmus z paměťového média AED. Pokud data nejsou k dispozici, měl by být určen alespoň jako defibrilovatelný či nedefibrilovatelný.
- **Místo zástavy** je specifická lokalizace, kde se událost stala nebo kde byl pacient nalezen.  
Doporučené členění místa zástavy je:
  - **Místo bydliště:** např. domov, byt, dvorek domova
  - **Veřejné prostranství:** např. ulice, městský park, nákupní centrum, sportovní stadion, zábavní centrum, letiště, nádraží, kostel, pláž, budova úřadu.
  - **Jiné:** hotelový pokoj, soukromá kancelář, zařízení dlouhodobé ošetrovatelské péče.
- **Neurologický výsledek při propouštění z nemocnice** by mělo být zaznamenán podle snadno hodnotitelného neurologické skóre, jako je například CPC (cerebral performance category).
- **Identifikátor pacienta** je unikátní numerická nebo alfanumerická sekvence, která identifikuje konkrétního pacienta a příhodu srdeční zástavy.
- **Resuscitační pokus personálem ZZS** znamená, že personál ZZS prováděl KPR.
- **Resuscitace personálem ZZS neposkytnutá** znamená, že personál ZZS neprováděl KPR.
- **Návrat spontánního oběhu (ROSC – Return Of Spontaneous Circulation)** znamená, že v průběhu KPR došlo k obnovení známek návratu spontánního oběhu. Pro zdravotnický personál to znamená přítomnost hmatného pulsu nebo měřitelného krevního tlaku resp. obnova spontánního perfuzního rytmu. Asistovaný oběh (např. mimotělní podpora oběhu) se nepovažuje za ROSC. „Jakýkoliv ROSC“ znamená délku trvání spontánního oběhu nejméně 30 sekund. „Trvalý ROSC“ znamená délku trvání nad 20 minut.

- **Defibrilovatelný/nedefibrilovatelný rytmus** referuje o prvním monitorovaném rytmu, který po analýze osobou obsluhující monitor/defibrilátor nebo automatický externí defibrilátor (AED) byl shledán jako ošetřitelný poskytnutím defibrilace (tj. defibrilovatelný nebo nedefibrilovatelný). Defibrilovatelné rytmy srdeční zástavy jsou fibrilace komor a „pulseless“ (bezpulzová) komorová tachykardie. Nedefibrilovatelné rytmy jsou buď asystolie nebo elektromechanická disociace (pulseless electrical activity - PEA), včetně stavů, kdy nelze rozlišit mezi asystolií resp. PEA a extrémní bradykardií.
- **Úspěšná KPR před příjezdem ZZS** znamená, že bylo dosaženo známek obnovení oběhu před příjezdem personálu ZZS.
- **Přežitá příhoda** je KPR, kdy došlo k ROSC a spontánní oběh trvá o předání péče zdravotnickému personálu přijímající nemocnice, případně déle než 20 minut (tj. do konce události).
- **Přežití do propuštění z nemocnice** je stadium, ve kterém je pacient propuštěn z akutního nemocničního lůžka bez ohledu na neurologický stav, výsledek nebo cílové místo.
- **DNAR (Do Not Attempt Resuscitate order)** je prohlášení, jímž pacient za svého života projeví vůli nebýt resuscitován.
- **Primárně úspěšná** je taková resuscitace, kdy je dosaženo přežití příhody
- **Sekundárně úspěšná** je taková resuscitace, kdy postižený kdykoliv po příhodě dosáhne

CPC skóre 1 nebo 2

Hlavní časové události, které je nutno zaznamenat:

- Datum smrti
- Čas svědecky doložené/monitorované zástavy
- Čas, kdy byla obdržena výzva (čas, kdy byl kontaktován první operátor ZZS)
- Čas první analýzy rytmu /zhodnocení nutnosti KPR
- Čas prvního KPR pokusu
- Čas prvního defibrilačního pokusu

Doporučené doplňkové časové události, které je vhodné zaznamenat:

- Čas výjezdu
- Čas dojezdu na místo
- Čas návratu spontánního oběhu
- Čas zajištění žilního přístupu a čas podání léků
- Čas ukončení KPR/smrti

**Pro hodnocení neurologického stavu je doporučeno opoužít CPC skóre (Cerebral Performance Categories) v tomto členění:**

- 1 Při vědomí, normální neurologické funkce nebo lehké poruchy
- 2 Při vědomí, středně závažné neurologické postižení
- 3 Při vědomí, závažné neurologické postižení
- 4 Koma nebo perzistující vegetativní stav
- 5 Smrt mozku nebo smrt z jiných příčin

**V příloze 1 a 2** jsou doporučené podoby formulářů pro základní sběr dat o zástavě a souhrnný výkaz o výsledcích přednemocniční KPCR. V praxi se nicméně předpokládá, že sběr a prezentace

dat bude probíhat za použití prostředků výpočetní techniky.

*Editoři: MUDr. Jiří Knor, MUDr. Ondřej Franěk*

Zdroj: [http://www.urgmed.cz/postupy/2009\\_nr.pdf](http://www.urgmed.cz/postupy/2009_nr.pdf)

## **Příloha č. 5**

Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny ČLS JEP

Česká společnost intenzivní medicíny ČLS JEP

# **KONSENSUÁLNÍ STANOVISKO K POSKYTOVÁNÍ PALIATIVNÍ PÉČE U NEMOCNÝCH S NEZVRATNÝM ORGÁNOVÝM SELHÁNÍM**

### **Editor:**

Vladimír Černý

### **Koeditoři:**

Karel Cvachovec

Renata Pařízková

Pavel Ševčík

Ludmila Rožnovská

Jiří Šimek

Ondřej Dostál

### **Pracovní skupina:**

Karel Cvachovec

Vladimír Černý

Ondřej Dostál

Leoš Heger

Jan Maláska

Martin Matějovič

Daniel Nalos

Ivan Novák

Renata Pařízková

Jan Payne

Ludmila Rožnovská

Kateřina Rusínová

Pavel Ševčík

Jiří Šimek

Peter Tavel

Marek Vácha

### **Jazyková korektura textu:**

Vladimír Koblížek

Petra Pátková

Verze 1/2009

## **OBSAH**

1. Úvod

2. Cíle konsensuálního stanoviska

3. Použitá terminologie

4. Východiska

5. Základní principy

6. Doporučení pro klinickou praxi

7. Seznam základních platných právních předpisů, norem a vybraných prací se vztahem k problematice

konsensuálního stanoviska

8. Abecední seznam členů pracovní skupiny

## **1. ÚVOD**

Předložený text formuluje principy a rámcová doporučení pro poskytování paliativní péče u dospělých pacientů, kteří nejsou schopni o sobě rozhodovat v konečné fázi jejich dále léčebně neovlivnitelného onemocnění. Mezi nejčastější klinické situace, na které se text konsensuálního stanoviska zaměřuje, patří pacienti s multiorgánovým selháním, kde i přes maximální možnou podporu či náhradu orgánových funkcí dochází k trvalému zhoršování

zdravotního stavu a kde vyvolávající příčina či její důsledky (následný patofyziologický děj) nejsou léčebně ovlivnitelné nebo pacienti v hlubokém bezvědomí, u nichž nelze odůvodněně předpokládat obnovení integrity mozkových funkcí z důvodu přítomnosti známek ireverzibilního poškození centrálního nervového systému.

## **2. CÍLE KONSENSUÁLNÍHO STANOVISKA**

- a) Definovat nejčastěji používané pojmy se vztahem k problematice.
- b) Formulovat základní východiska a principy pro rozhodování o zahájení paliativní péče u nemocných v terminálním stavu dále neléčitelného onemocnění nebo s ireverzibilní poruchou integrity orgánových funkcí, kde zdravotní stav nebo použité způsoby léčby znemožňují vyjádření vlastní svobodné vůle.
- c) Zdůraznit etické aspekty poskytování intenzivní péče, zejména respektování předchozího názoru pacienta (pokud je znám), uchování lidské důstojnosti a zajištění maximálně možného komfortu nemocných.
- d) Omezit poskytování marné a neúčelné léčby v situacích, kdy se lze na základě odborného medicínského posouzení odůvodněně domnívat, že přínos zahájení dané léčebné metody (nebo pokračování v ní) s ohledem na zdravotní stav nemocného nepřevažuje nad rizikem komplikací, bolesti, dyskomfortu a strádání pro pacienta a nedává možnost příznivého ovlivnění zdravotního stavu nebo záchrany jeho života.
- e) Přispět ke zvýšení kvality rozhodování v uvedených situacích a zlepšit komunikaci jak uvnitř zdravotnických týmů, tak mezi zdravotníky a rodinami či blízkými pacientů.
- f) Formulovat pro odbornou a laickou veřejnost stanovisko České lékařské společnosti J.E.

Purkyně, že:

- odborně podložené a náležitě zdokumentované nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby je v souladu s etickými principy medicíny a platnými právními předpisy,
  - nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby nesmí být zaměňováno za eutanázii.
- g) Představit základní právní předpisy a ostatní dokumenty vztahující k problematice.
  - h) Usnadnit a podpořit vznik „místních“ doporučení zabývajících se uvedenou problematikou na jednotlivých pracovištích intenzivní péče.

## **3. POUŽITÁ TERMINOLOGIE**

- a) Pacient v terminálním stádiu onemocnění – pacient v konečném stádiu onemocnění, které není slučitelné se životem a není dále léčebně ovlivnitelné.
- b) Pacient neschopný o sobě rozhodovat – nemocný s poruchou vědomí, který je vzhledem ke svému aktuálnímu zdravotnímu stavu neschopný posouzení situace a rozhodování o své osobě, není schopen vyjádřit informovaný souhlas.
- c) Paliativní léčba – léčba, jejímž cílem je zabránění bolesti, strádání či dyskomfortu nevléčitelně nemocného, umírajícího pacienta.
- d) Marná a neúčelná léčba – léčba, která nevede k záchraně života, uchování zdraví či udržení kvality života. Marná a neúčelná léčba není v zájmu pacienta, nemůže mu pomoci a zatěžuje jej zbytečným strádáním či rizikem komplikací.
- e) Nezahajování léčby – léčebný postup který nemůže zastavit postup choroby, navrátit zdraví nebo odvrátit smrt pacienta není indikován a není proto zahajován. Takový postup by byl léčbou marnou či neúčelnou. Nepřijetí pacienta v konečné fázi jeho onemocnění na pracoviště intenzivní medicíny, kdy již nelze zastavit postup choroby, navrátit zdraví či odvrátit smrt patří mezi opatření nezahajování léčby.
- f) Nepokračování léčby – při nemožnosti zastavit postup choroby, navrátit zdraví nebo odvrátit smrt není ve stávající marné a neúčelné léčbě pokračováno a tato je ukončena (např. vysazení farmakologické podpory oběhu, ukončení hemodialýzy, ukončení ventilační podpory).

g) Eutanázie – usmrcení člověka druhou osobou a to na jeho vlastní žádost. Právní systém České republiky pojem eutanázie nezná.

#### **4. VÝCHODISKA**

a) Život člověka je konečný.

b) Každý pacient má právo na náležitou odbornou úroveň zdravotních služeb, tj. každému pacientu musí být poskytnuta léčba a péče, které jsou přiměřené jeho zdravotnímu stavu a jeho potřebám.

c) Všeobecně přijatým cílem intenzivní péče je vždy zachování života a zdraví pacienta – to znamená odstranění příčiny, jež způsobuje zhoršení zdravotního stavu a poskytování postupů orgánové podpory či náhrady u nemocných se zvrtným (nebo předpokládaným zvrtným) orgánovým selháním, tj. snaha „udržovat život, ale nikoliv prodlužovat umírání“. V případě kdy nelze tyto cíle naplnit, je nutné poskytnout pacientovi péči, která vyloučí bolest, dyskomfort a strádání, umožní zachování lidské důstojnosti a uspokojování fyzických, psychických, sociálních a duchovních potřeb.

d) Jakékoliv rozhodování v průběhu poskytované zdravotní péče musí být v souladu s existujícími právními předpisy a musí být založeno na odborném a kvalifikovaném posouzení zdravotního stavu pacienta, musí bezvýhradně respektovat základní etické principy medicíny, především uznávat lidský život jako nejvyšší hodnotu, dále pak právo na sebeurčení nemocných a uchování jejich lidské důstojnosti.

e) Jakýkoliv diagnostický nebo léčebný postup musí být pečlivě a odpovědně posuzován poměrem reálného klinického přínosu a míry možného rizika komplikací, bolesti, dyskomfortu a strádání, které zvolený postup pacientovi v aktuální klinické situaci přináší. Použití postupu, kde rizika a komplikace s ním spojené nejsou vyváženy jeho přínosem pro pacienta je v rozporu s etickými principy medicíny. Vždy je nutné přihlídnout a respektovat předchozí názor pacienta, pokud je dostupný a relevantní.

f) Jakýkoliv léčebný postup, kde není odůvodněný předpoklad, že bude mít příznivý účinek na zdravotní stav pacienta nebo povede k záchraně života a kde rizika komplikací, bolesti, dyskomfortu a strádání převažují nad reálným klinickým přínosem zvoleného postupu, je nutno považovat za léčbu, která není „ku prospěchu a v nejlepším zájmu pacienta“ a lze ji označit za tzv. marnou a neúčelnou léčbu. Dosažení dočasné korekce hodnoty některé z fyziologických funkcí či jejich dílčích parametrů bez ovlivnění celkového průběhu onemocnění a možnosti záchrany života nemůže být při zvažování poměru přínosu a rizika považováno za příznivý účinek zvoleného léčebného postupu. Léčba, která se jeví jako marná a neúčelná nemá být indikována a prováděna.

g) Nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby neznamená omezení pacienta na jeho právech, ale naopak, je sledován zájem pacienta tak, aby nedošlo k porušení základních medicínských a etických principů včetně nechtěného nedůstojného prodlužování umírání. Smrt, která je výsledkem přirozeného průběhu onemocnění, nemůže být považována za nepříznivý výsledek zdravotní péče.

h) Nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby u pacientů v terminálním stádiu neléčitelného onemocnění a/nebo s ireverzibilní poruchou integrity orgánových funkcí, kteří nereagují na použité léčebné postupy, je v souladu s etickými principy medicíny a existujícími právními předpisy České republiky.

i) Z hlediska medicínského, právního a etického není rozdíl mezi nezahájením nebo nepokračováním daného léčebného postupu.

j) Nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby jsou při správném odborném posouzení postupy, které nelze zaměňovat za eutanázii či úmyslné ublížení na zdraví.

#### **5. ZÁKLADNÍ PRINCIPY**



- a) Přijetí pacienta na pracoviště intenzivní péče by mělo být podloženo předpokládaným přínosem zdravotní péče, která mu má být na daném oddělení poskytnuta.
- b) Stanovení rozsahu poskytované léčby musí být založeno na odborném a kvalifikovaném posouzení zdravotního stavu pacienta.
- c) Zahájení nebo pokračování jakéhokoliv léčebného postupu, který není odborně odůvodněný, kde neexistuje racionální předpoklad jeho příznivého účinku na celkový průběh onemocnění a kde rizika komplikací, strádání, útrap a bolesti převažují nad reálným klinickým přínosem zvoleného postupu je v rozporu s etickými principy medicíny a Chartou práv umírajících. Neexistuje povinnost zahajovat marnou a neúčelnou léčbu nebo v ní pokračovat, pokud je probíhající léčba odůvodněně za takovou označena.
- d) Zabezpečení fyzických, psychických, sociálních a duchovních potřeb pacienta, odstranění pocitů bolesti, strádání a utrpení s respektováním lidské důstojnosti jsou základní priority paliativní péče.

## **6. DOPORUČENÍ PRO KLINICKOU PRAXI**

- a) Podnět k zahájení paliativní péče může dát kdokoli z ošetřujícího zdravotnického týmu, z rodiny či okruhu tzv. blízkých pacienta.
- b) Kdykoliv je to možné, pacientovo přání a názor rodiny či blízkých musí být zahrnuty do rozhodování o zahájení paliativní péče.
- c) Rodina či blízcí pacienta by měli být do rozhodování co nejvíce zapojeni, nejlépe formou strukturovaného rozhovoru. Delegování odpovědnosti na rodinu či blízké za přijaté rozhodnutí zahájení paliativní péče není přípustné.
- d) Do rozhodování o zahájení paliativní péče by měli být zapojeni všichni členové (lékaři i nelékařský zdravotnický personál) ošetřujícího zdravotnického týmu (tzv. „shared-approach to end-of-life decision making“ model).
- e) Výsledek rozhodnutí a zahájení paliativní péče by měly být přijaty konsensuálně všemi členy ošetřujícího zdravotnického týmu. Pokud není dosaženo konsensu, odlišné názory by měly být znovu pečlivě posouzeny a zohledněny před formulací závěrečného rozhodnutí.
- f) V situaci, kdy není dosaženo konsensu mezi rodinou či blízkými pacienta a ošetřujícím zdravotnickým týmem, lze zvážit přizvání jiného nezávislého lékaře nebo etické komise ustanovené pro tento účel.
- g) Závěrečné rozhodnutí o zahájení paliativní péče je odpovědností ošetřujícího lékaře.
- h) Zahájení paliativní péče a rozhodnutí o nezahájení či nepokračování marné a neúčelné léčby musí být vždy uvedeno ve zdravotnické dokumentaci jako součást léčebného plánu.
- i) Zápis do zdravotnické dokumentace před zahájením paliativní péče by měl obsahovat minimálně:
  - odborné posouzení zdravotního stavu a medicínské zdůvodnění rozhodnutí zahájení paliativní péče,
  - okruh osob které se na rozhodování o zahájení paliativní péče podílely,
  - formulování cílů další péče a léčebného plánu.
- j) Cíle paliativní péče, přínos a rizika jednotlivých plánovaných i probíhajících diagnostických a léčebných postupů by měly být v pravidelných intervalech přehodnocovány a zvažovány (minimálně jednou za 24 hodin). Jakékoliv již přijaté rozhodnutí může být v odůvodněných případech změněno. Záznam o důvodech změny léčebného plánu musí být zaznamenány do zdravotnické dokumentace.
- k) K zahájení paliativní péče by mělo být přistoupeno vždy až po zápisu do zdravotnické dokumentace a informování rodiny či blízkých pacienta, pokud lze.
- l) Prioritou léčebného plánu paliativní péče je odstranění známek bolesti, dyskomfortu a strádání.

- m) Léčebný plán paliativní péče musí obsahovat přinejmenším dostatečnou ošetrovatelskou péči a analgosedaci přiměřenou klinickému stavu.
- n) Přítomnost rodiny či blízkých pacienta by měla být vždy umožněna, pokud ji pacient neodmítl.

## **7. SEZNAM ZÁKLADNÍCH PLATNÝCH PRÁVNÍCH PŘEDPISŮ, NOREM A VYBRANÝCH PRACÍ SE VZTAHEM K PROBLEMATICE KONSENSUÁLNÍHO STANOVISKA**

- 1) Ústavní zákon č. 1/1993 Sb., Ústava ČR, ve znění změn a doplňků
- 2) Ústavní zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod ve znění změn a doplňků
- 3) Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění změn a doplňků
- 4) Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů ve znění změn a doplňků
- 5) Zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních ve znění změn a doplňků
- 6) Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů ve znění změn a doplňků
- 7) Zákon č. 140/1961 Sb., Trestní zákon ve znění změn a doplňků
- 8) Zákon č. 141/1961 Sb., o trestním řízení soudním
- 9) Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění změn a doplňků
- 10) Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých dalších zákonů ve znění změn a doplňků
- 11) 96/2001 Sb., Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny (Úmluva o lidských právech a biomedicíně), vysvětlující zpráva k Úmluvě: <http://conventions.coe.int/Treaty/en/Reports/Html/164.htm>
- 12) Zákon 40/1964 Sb., Občanský zákoník, ve znění změn a doplňků, úvodní ustanovení o způsobilosti a právních úkonech
- 13) Vyhláška č. 19/1988 Sb., o postupu při úmrtí a o pohřebnictví, ve znění změn a doplňků
- 14) Vyhláška 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění změn a doplňků
- 15) Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyлéčitelně nemocných a umírajících“ (tzv. Charta práv umírajících)
- 16) Valentin A, Druml W, Steltzer H, Widermann Ch J: Recommendation on therapy limitation and therapy discontinuation in intensive care units: Consensus Paper of the Austrian Associations of Intensive Care Medicine, Intensive Care Med, 2008.
- 17) Withholding and withdrawing life-prolonging treatments: Good practice in decision-making.  
[http://www.gmc.uk.org/guidance/current/library/withholding\\_lifeprolonging\\_guidance.asp](http://www.gmc.uk.org/guidance/current/library/withholding_lifeprolonging_guidance.asp)
- 18) Statement of the 5th International Consensus Conference in Critical Care Challenges in end-of-life care in the ICU, Reanimation 13, 2004, 440-452.
- 19) An official American Thoracic Society Clinical Policy Statement: Palliative Care for Patients with Respiratory Diseases and Critical Illnesses. Am J Respir Crit Care Med, 177, 2008, 912-927.

## **8. ABECEDNÍ SEZNAM ČLENŮ PRACOVNÍ SKUPINY**

Prof. MUDr. Karel Cvachovec, CSc., MBA

*Klinika anesteziologie a resuscitace UK 2. LF a FN Motol, Praha*

Prof. MUDr. Vladimír Černý, Ph.D., FCCM

*Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Fakultní nemocnice Hradec Králové*

JUDr. Ondřej Dostál, Ph.D., LL.M.

*Centrum pro zdravotnické právo, 3. LF UK Praha*

Doc. MUDr. Leoš Heger, CSc.

*Fakultní nemocnice Hradec Králové*

MUDr. Jan Maláska, Ph.D.

*Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, Fakultní nemocnice Brno a Lékařská fakulta Masarykovy*

*univerzity Brno*

Doc. MUDr. Martin Matějovič, Ph.D.

*1. interní klinika, Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Plzni, Fakultní nemocnice Plzeň*

MUDr. Ivan Novák

*1. interní klinika, Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Plzni, Fakultní nemocnice Plzeň*

MUDr. Renata Pařízková, Ph.D.

*Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Fakultní nemocnice Hradec Králové*

MUDr. Daniel Nalos

*Oddělení intenzivní medicíny, Krajská zdravotní a.s., Masarykova nemocnice Ústí nad Labem*

Doc. MUDr. PhMgr. Jan Payne, Ph.D.

*Ústav pro humanitní studia v lékařství, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova, Praha*

JUDr. Ludmila Rožnovská

*Fakultní nemocnice Hradec Králové*

MUDr. Kateřina Rusinová

*Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny 1. lékařské fakulty UK a Všeobecné fakultní nemocnice v*

*Praze*

Prof. MUDr. Pavel Ševčík, CSc.

*Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, Fakultní nemocnice Brno a Lékařská fakulta Masarykovy*

*univerzity Brno*

Doc. MUDr. Jiří Šimek, CSc.

*Katedra filosofie a etiky v pomáhajících profesích, Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích*

Ing. Mgr. et Mgr. Peter Tavel, Ph.D.

*Teologická fakulta Univerzity Palackého, Olomouc*

Mgr. et Mgr. Marek Vácha, Ph.D.

*Ústav lékařské etiky, Univerzita Karlova v Praze, 3. lékařská fakulta v Praze*

**Jazyková korektura textu:**

Doc. PhDr. Vladimír Koblížek, Ph.D.

*Katedra českého jazyka a literatury, Pedagogická fakulta Univerzita Hradec Králové*

Mgr. Petra Pátková

*Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR*

## **Příloha č. 6**

### **DOPORUČENÍ PŘEDSTAVENSTVA ČLK č. 1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli**

#### **čl. 1**

Doporučení představenstva ČLK formuluje principy a rámcová doporučení pro poskytování paliativní péče u dospělých pacientů neschopných o sobě rozhodovat v konečné fázi jejich léčebně neovlivnitelného onemocnění. Mezi nejčastější klinické případy patří pacienti s multiorgánovým selháním, při němž i přes maximální možnou podporu či náhradu orgánových funkcí dochází k trvalému zhoršování zdravotního stavu a kde vyvolávající příčina či její důsledky (následný patofyziologický děj) nejsou léčebně ovlivnitelné, nebo pacienti v hlubokém bezvědomí bez odůvodněného předpokladu obnovení integrity mozkových funkcí z důvodu přítomnosti známek ireverzibilního poškození centrálního nervového systému.

#### **čl. 2**

#### **Cíle doporučeného postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů terminálně nemocných**

- a) Definovat nejčastěji používané pojmy ve vztahu k této problematice.
- b) Formulovat základní východiska a principy pro rozhodování o zahájení paliativní péče u nemocných v terminálním stavu dále neléčitelného onemocnění nebo s ireverzibilní poruchou integrity orgánových funkcí, při níž zdravotní stav nebo použité způsoby léčby znemožňují vyjádření vlastní svobodné vůle.
- c) Zdůraznit etické aspekty poskytování intenzivní péče, zejména respektování předchozího názoru pacienta (pokud je dostupný), uchování lidské důstojnosti a zajištění maximálně možného komfortu nemocných.
- d) Omezit poskytování marné a neúčelné léčby v situacích, v nichž se lze na základě odborného medicínského posouzení odůvodněně domnívat, že přínos zahájení nebo pokračování v dané léčebné metodě s ohledem na zdravotní stav nemocného nepřevažuje nad rizikem komplikací, bolesti, dyskomfortu a strádání pro pacienta a nedává možnost příznivého ovlivnění zdravotního stavu nebo záchrany jeho života.
- e) Přispět ke zvýšení kvality rozhodování v uvedených situacích a zlepšit komunikaci jak uvnitř zdravotnických týmů, tak mezi zdravotníky a rodinami či blízkými pacientů.
- f) Formulovat pro odbornou a laickou veřejnost stanovisko odborně podložené a náležitě zdokumentované nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby je v souladu s etickými principy medicíny a platnými právními předpisy, nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby nesmí být zaměňováno za eutanázii.
- g) Usnadnit a podpořit vznik „místních“ doporučení zabývajících se uvedenou problematikou na jednotlivých pracovištích intenzivní péče.

### čl. 3

#### Terminologie

- a) Pacient v terminálním stádiu onemocnění – pacient v konečném stádiu onemocnění, které není slučitelné se životem a není dále léčebně ovlivnitelné
- b) Pacient neschopný o sobě rozhodovat – nemocný s poruchou vědomí, který je vzhledem ke svému aktuálnímu zdravotnímu stavu neschopný posouzení situace a rozhodování o své osobě, není schopen vyjádřit informovaný souhlas.
- c) Paliativní léčba – léčba, jejímž cílem je zabránění bolesti, strádání či dyskomfortu nevléčitelně nemocného nebo umírajícího pacienta.
- d) Marná a neúčelná léčba – léčba, která nevede k záchraně života, uchování zdraví či udržení kvality života. Marná a neúčelná léčba není v zájmu pacienta, nemůže mu pomoci a zatěžuje jej zbytečným strádáním či rizikem komplikací.
- e) Nezahajování léčby – léčebný postup, který nemůže zastavit postup choroby, navrátit zdraví nebo odvrátit smrt pacienta, není indikován a není proto zahajován. Takový postup by byl léčbou marnou či neúčelnou. Nepřijetí pacienta v konečné fázi jeho onemocnění na pracoviště intenzivní medicíny, kdy již nelze zastavit postup choroby, navrátit zdraví či odvrátit smrt, patří mezi opatření nezahajování léčby.
- f) Nepokračování léčby – při nemožnosti zastavit postup choroby, navrátit zdraví nebo odvrátit smrt, není ve stávající marné a neúčelné léčbě pokračováno a tato léčba je ukončena (např. vysazení farmakologické podpory oběhu, ukončení hemodialýzy, ukončení ventilační podpory).
- g) Eutanázie – usmrcení člověka ze soucitu jinou osobou než pacientem samým, a to na jeho vlastní žádost. Právní systém České republiky pojem eutanázie nezná. Uvedené jednání by bylo hodnoceno jako trestný čin a je nepřípustné. Nepřípustná a trestná je také pomoc k sebevraždě.

### čl. 4

#### Základní východiska pro postup při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů terminálně nemocných

- a) Život člověka je konečný.
- b) Každý pacient má právo na náležitou, odbornou úroveň zdravotní péče.
- c) Všeobecně přijatým cílem intenzivní péče je vždy zachování života a zdraví pacienta, odstranění vyvolávající příčiny zhoršení zdravotního stavu a poskytování postupů orgánové podpory či náhrady u nemocných se zvrtným (nebo předpokládaným zvrtným) orgánovým selháním, tj. „udržovat život, ale nikoliv prodlužovat umírání“. V případě, kdy nelze tyto cíle naplnit, je nutné poskytnout pacientovi péči, která vyloučí bolest, dyskomfort a strádání, umožní zachování lidské důstojnosti a uspokojování fyzických, psychických, sociálních a duchovních potřeb.
- d) Jakékoliv rozhodování v průběhu poskytované zdravotní péče musí být v souladu s existujícími právními předpisy a musí být založeno na odborném a kvalifikovaném posouzení zdravotního stavu pacienta, musí bezvýhradně respektovat základní etické principy medicíny, především lidský život jako nejvyšší hodnotu a právo na sebeurčení nemocných a uchování jejich lidské důstojnosti.
- e) Jakýkoliv diagnostický nebo léčebný postup musí být pečlivě a odpovědně posuzován poměrem reálného klinického přínosu a míry možného rizika komplikací, bolesti, dyskomfortu a strádání, které zvolený postup pacientovi v aktuální klinické situaci přináší. Použití postupu, kde rizika a komplikace s ním spojené, nejsou vyváženy jeho přínosem pro pacienta, je v rozporu s etickými principy medicíny. Vždy je nutné brát zřetel na předchozí názor pacienta, pokud je dostupný a je nepochybné, že jde o dříve vyslovené přání příslušného pacienta (viz. článek 9 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně).
- f) Jakýkoliv léčebný postup, při němž není odůvodněný předpoklad jeho příznivého účinku na zdravotní stav pacienta nebo pro záchranu života a kde rizika komplikací, bolesti, dyskomfortu a strádání převažují nad reálným klinickým přínosem zvoleného postupu, je nutno považovat za léčbu, která není „ku prospěchu a v nejlepším zájmu pacienta“ a lze ji označit jako tzv. marnou a

neúčelnou léčbu. Dosažení dočasné korekce hodnoty některé z fyziologických funkcí či jejich dílčích parametrů bez ovlivnění celkového průběhu onemocnění a možnosti záchrany života, nemůže být při zvažování poměru přínosu a rizika považováno za příznivý účinek zvoleného léčebného postupu. Léčba, která se jeví jako marná a neúčelná, nemá být indikována a prováděna.

g) Nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby neznamená omezení pacienta na jeho právech, ale naopak je sledován zájem pacienta tak, aby nedošlo k porušení základních medicínských a etických principů včetně nechtěného nedůstojného prodlužování umírání. Smrt, která je výsledkem přirozeného průběhu onemocnění, nemůže být považována za nepříznivý výsledek zdravotní péče.

h) Nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby u pacientů v terminálním stádiu neléčitelného onemocnění a/nebo s ireverzibilní poruchou integrity orgánových funkcí, kteří nereagují na použité léčebné postupy, je v souladu s etickými principy medicíny a existujícími právními předpisy České republiky.

i) Z hlediska medicínského, právního a etického není rozdíl mezi nezahájením nebo nepokračováním daného léčebného postupu.

j) Nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby jsou při správném odborném posouzení postupy, které nelze zaměňovat za eutanázii či ublížení na zdraví.

## **čl. 5**

### **Základní principy pro postup při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů terminálně nemocných**

a) Přijetí pacienta na pracoviště intenzivní péče by mělo být podloženo předpokládaným přínosem poskytované péče, která mu má být na daném oddělení poskytnuta.

b) Stanovení rozsahu poskytované léčby musí být založeno na odborném a kvalifikovaném posouzení zdravotního stavu pacienta.

c) Zahájení nebo pokračování jakéhokoliv léčebného postupu, který není odborně odůvodněný, kde neexistuje racionální předpoklad jeho příznivého účinku na celkový průběh onemocnění a kde rizika komplikací, strádání, útrap a bolesti převažují nad reálným klinickým přínosem zvoleného postupu, je v rozporu s etickými principy medicíny a Chartou práv umírajících. Neexistuje povinnost zahajovat marnou a neúčelnou léčbu nebo v ní pokračovat, pokud je probíhající léčba odůvodněně za takovou označena.

d) Zabezpečení fyzických, psychických, sociálních a duchovních potřeb pacienta, odstranění pocitů bolesti, strádání a utrpení s respektováním lidské důstojnosti jsou základní priority paliativní péče.

## **čl. 6**

### **Doporučení pro klinickou praxi**

a) Podnět k zahájení paliativní péče může dát kdokoliv z ošetřujícího zdravotnického týmu.

b) Kdykoliv je to možné, pacientovo přání musí být zahrnuto do rozhodování o zahájení paliativní péče.

c) Rodina či blízcí pacienta by měli být náležitě informováni, pokud pacient neurčil jinak, nejlépe ve formě strukturovaného rozhovoru. Delegování odpovědnosti na rodinu či blízké za přijaté rozhodnutí o zahájení paliativní péče není přípustné.

d) Do rozhodování o zahájení paliativní péče by měli být zahrnuti všichni členové (lékaři i nelékařský zdravotnický personál) ošetřujícího zdravotnického týmu (tzv. „shared-approach to end-of-life decision making“ model).

e) Za závěrečné rozhodnutí o zahájení nebo nezahájení paliativní péče nese odpovědnost vedoucí lékař příslušného pracoviště nebo jím určený lékař. V době ústavní pohotovostní služby nese odpovědnost za rozhodnutí o zahájení nebo nezahájení paliativní péče lékař, který je odpovědný za konkrétní úsek v rámci výkonu ústavní pohotovostní služby a za lékařskou péči o příslušného pacienta.

f) Zahájení paliativní péče a rozhodnutí o nezahájení či nepokračování marné a neúčelné léčby musí být vždy uvedeno ve zdravotnické dokumentaci. Zápis do zdravotnické dokumentace před zahájením paliativní péče, by měl obsahovat odborné posouzení zdravotního stavu a medicínské zdůvodnění rozhodnutí o zahájení paliativní péče.

g) Cíle intenzivní péče, přínos a rizika plánovaných i probíhajících jednotlivých diagnostických a léčebných postupů by měly být v pravidelných intervalech přehodnocovány a zvažovány (minimálně jednou za 24 hodin). Jakékoliv již přijaté rozhodnutí, může být v odůvodněných případech změněno

h) Prioritou paliativní péče je odstranění bolesti, dyskomfortu a strádání.

i) Přítomnost rodiny či blízkých pacienta by měla být vždy umožněna, pokud ji pacient neodmítl.

## **čl. 7**

### **Účinnost**

Toto doporučení bylo projednáno a schváleno představenstvem ČLK dne 20. 2.2010 a nabývá účinnosti dne 4.3.2010.

Zdroj: <http://merkur4.issa.cz/nw/www.lkcr->

[old.cz/document3.php?param=news\\_file,NEWS\\_FILE\\_ID,,TYPE,NAME,DATE\\_AKT&id=89222](http://merkur4.issa.cz/nw/www.lkcr-old.cz/document3.php?param=news_file,NEWS_FILE_ID,,TYPE,NAME,DATE_AKT&id=89222)

## **Příloha č. 7**

### **Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, § 36**

#### **Dříve vyslovené přání**

(1) Pacient může pro případ, kdy by se dostal do takového zdravotního stavu, ve kterém nebude schopen vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb a způsobem jejich poskytnutí, tento souhlas nebo nesouhlas předem vyslovit (dále jen „dříve vyslovené přání“).

(2) Poskytovatel bude brát zřetel na dříve vyslovené přání pacienta, má-li ho k dispozici, a to za podmínky, že v době poskytování zdravotních služeb nastala předvídatelná situace, k níž se dříve vyslovené přání vztahuje, a pacient je v takovém zdravotním stavu, kdy není schopen vyslovit nový souhlas nebo nesouhlas. Bude respektováno jen takové dříve vyslovené přání, které bylo učiněno na základě písemného poučení pacienta o důsledcích jeho rozhodnutí, a to lékařem v oboru všeobecné praktické lékařství, u něhož je pacient registrován, nebo jiným ošetřujícím lékařem v oboru zdravotní péče, s níž dříve vyslovené přání souvisí.

(3) Dříve vyslovené přání musí mít písemnou formu a musí být opatřeno úředně ověřeným podpisem pacienta. Součástí dříve vysloveného přání je písemné poučení podle odstavce 2. Platnost dříve vysloveného přání je 5 let.

(4) Pacient může učinit dříve vyslovené přání též při přijetí do péče poskytovatelem nebo kdykoliv v průběhu hospitalizace, a to pro poskytování zdravotních služeb zajišťovaných tímto poskytovatelem. Takto vyslovené přání se zaznamená do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi; záznam podepíše pacient, zdravotnický pracovník a svědek; v tomto případě se nepostupuje podle odstavce 3.

(5) Dříve vyslovené přání

a) není třeba respektovat, pokud od doby jeho vyslovení došlo v poskytování zdravotních služeb, k nimž se toto přání vztahuje, k takovému vývoji, že lze důvodně předpokládat, že by pacient vyslovil souhlas s jejich poskytnutím; rozhodnutí o nerespektování dříve vysloveného přání pacienta a důvody, které k němu vedly, se zaznamenají do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi,

b) nelze respektovat, pokud nabádá k takovým postupům, jejichž výsledkem je aktivní způsobení smrti,

c) nelze respektovat, pokud by jeho splnění mohlo ohrozit jiné osoby,

d) nelze respektovat, pokud byly v době, kdy poskytovatel neměl k dispozici dříve vyslovené přání, započaty takové zdravotní výkony, jejichž přerušení by vedlo k aktivnímu způsobení smrti.

(6) Dříve vyslovené přání nelze uplatnit, jde-li o nezletilé pacienty nebo pacienty zbavené způsobilosti k právním úkonům.

Zdroj: [http://www.slu.cz/fvp/cz/uo/docs/zakon-o\\_zdrav\\_sluzbach\\_c\\_372\\_2011](http://www.slu.cz/fvp/cz/uo/docs/zakon-o_zdrav_sluzbach_c_372_2011)



## **Příloha č. 8**

### **Přehled základních okruhů otázek pro rozhovory s respondenty**

První okruh:

Dokážete vymezit, jak často se na Vašem pracovišti setkáváte s ordinací DNR?

Kdo rozhoduje o nezahájení resuscitace?

Zaznamenáváte rozhodnutí o nezahájení resuscitace ve zdravotnické dokumentaci?

Může se sestra podílet na rozhodnutí o nezahájení resuscitace?

Může se pacient či jeho rodina k problematice nezahájení resuscitace v případě zástavy životně důležitých funkcí vyjádřit?

Co pro Vás tato ordinace znamená – jak ji vnímáte?

Máte nějaké svá osobní kritéria, kdy je pro Vás příkaz DNR jednoznačně nepřijatelný a kdy naopak?

Druhý okruh

Čím je pro Vás DNR příkaz z hlediska etického?

Jaké nejčastější etické problémy máte spojeny s ordinací DNR?

Jaké máte pocity při nezahájení resuscitace?

Třetí okruh:

Jaké hlavní problémy vnímáte ve spojení s DNR ordinací z hlediska ošetrovatelské péče?

Je pro Vás DNR ordinace u pacienta signálem ke změně ošetrovatelských intervencí?

Vnímáte rozdíl či nikoliv pacienta s DNR ordinací, který je při vědomí a pacienta v bezvědomí?

Komunikujete s pacientem či jeho rodinou na toto téma?

Zdroj: autorka

## INFORMAČNÍ BULLETIN PRO SESTRY

### ORDINACE DNR V OŠETŘOVATELSTVÍ

Motto:

*„Příkaz DNR neznamená neposkytnutí péče, znamená jen jiný pohled na ukončení života pacienta a na péči v terminálním stádiu nemoci člověka.“*

L. Fields

#### Co je vlastně DNR?

DNR je zkratkou anglických slov: **Do Not Resuscitate**, která se dají přeložit, jako NERESUSCITUJ. Jednoduše řečeno znamená zadržení veškerých snah k obnovení životně důležitých funkcí, jakými jsou akce srdeční a dýchání. Přesněji a důrazněji je DNR formulován jako příkaz k ne zahájení neodkladné kardiopulmonální resuscitace v případě zástavy dechu a krevního oběhu.(3)

#### DNR v intenzivní péči

Na odděleních intenzivní péče došlo díky rychlému rozvoji medicíny, který s sebou přinesl nesmírné diagnostické i terapeutické možnosti, ke zvážení výsledných kritérií léčby. Záchrana života a přežití pacienta jako prioritou intenzivní léčby byla konfrontována s dosaženou kvalitou života u nemocného. Cílem intenzivní léčby sice nadále zůstává maximální využití všech dostupných možností diagnostiky a léčby u všech pacientů s reálnou nadějí na zlepšení stavu nebo obnovení přijatelné kvality života, ale také úprava či omezení dosavadní terapie u pacientů, kde další léčba vede pouze k prodlužování utrpení bez naděje na příznivý výsledek. Běžnou praxí je proto přehodnocení dosavadní plně intenzivní terapie a přechod v péči paliativní. Setkáváme se s termíny, jako je zadržená léčba a omezování léčby, bazální terapie. Pojem **zadržená terapie** je synonymem pro

nerozšiřování léčby (withholding of life sustaining therapy), a v klinické praxi znamená pokračování v zavedené dosavadní terapii, ale její další nerozšiřování, a to i v případě závažných komplikací. **Omezování léčby** (withdrawing of life sustaining therapy) definujeme jako postupné vysazování některých léčebných postupů a postupný přechod na tzv. **bazální terapii**, která znamená důslednou ošetrovatelskou péči o základní potřeby člověka, mírnění a tišení bolesti a dalšího tělesného diskomfortu a podávání tekutin a stravy ústy. *Z hlediska etického i medicínského považujeme bazální terapii za „za žádných okolností nepodkročitelnou“.* (Na některých pracovištích se můžeme setkat také s termínem symptomatická terapie, což je jakýmsi synonymem bazální terapie).

DNR ordinaci je možno považovat za součást zadržené, omezené i bazální terapie. Rozhodnutí o nezahájení

klinického stavu pacienta s ohledem na jeho individualitu, ze zhodnocení další prognózy jeho onemocnění a v neposlední řadě také z posouzení další kvality života daného jedince. (2,6)

### **Kdo rozhodne?**

#### **Lékař?**

Běžnou medicínskou praxí je rozhodnutí lékaře, v ideálním případě týmu lékařů. Jakákoliv změna v nastavené terapii u pacienta by měla být pravidelně a opakovaně posuzována a případně přehodnocena se zřetelem na aktuální klinický stav a potřeby nemocného. Lékař je kompetentní k rozhodování o dalším diagnosticko-terapeutickém postupu, a tedy i k rozhodnutí o nezahájení resuscitace, pokud by tato nebyla pro pacienta již přínosnou.

#### **Pacient?**

Formulací tzv. dříve vysloveného přání může pacient rozhodovat, kdy si nepřeje, aby bylo přistoupeno k neodkladné resuscitaci. Sepsání dříve vysloveného přání je právním

úkonem, který musí splňovat mnoho kritérií.

### **Rodina?**

V případech, kdy samotný pacient není schopen s ohledem na změnu stavu vědomí sám o sobě rozhodovat, je nezbytná spoluúčast rodiny. Přání rodiny mohou být ale zcela odlišná od představ zdravotnického personálu, nebo i reálných šancí pacienta. Nalézt kompromis a dobrat se správného rozhodnutí je často velmi obtížným úkolem celého zdravotnického týmu.

### **Právní minimum:**

Právní problematika DNR příkazu je velmi složitá, pro její pochopení je nezbytné studium pramenů, ze kterých vychází a kterými jsou:

\* Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, v platném znění

\* Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, v platném znění

\* Neodkladná resuscitace. Doporučený postup výboru ČLS JEP – společnosti UM a MK. Česká lékařská společnost J. E. Purkyně Společnosti urgentní medicíny a medicíny katastrof.

\* Konsenzuální stanovisko k poskytování paliativní péče u nemocných s nezvratným orgánovým selháním. Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny ČLS JEP, Česká společnost intenzivní medicíny ČLS JEP

### **Ošetrovatelské intervence**

#### **... aneb mohu vlastně jako sestra**

#### **něco udělat?**

Co pro mě DNR vlastně znamená?

Pouze to, že nezahájím resuscitaci!

**DNR nemá vliv na změnu v**

**ošetrovatelské péči!**

#### **Sestra v péči o umírajícího člověka:**

**Důsledná péče o pacienta je**

**projevem respektu k člověku a jeho**

**důstojnosti do poslední chvíle!**

- ✚ Tiší bolest
- ✚ Zajistí klid a soukromí v rámci možností oddělení
- ✚ Umožní návštěvy rodiny
- ✚ Mluví k nemocnému tak, jako by ji vnímal

- ✚ Zajišťuje komplexní ošetrovatelskou péči s přihlédnutím na aktuální stav nemocného a jeho potřeby, jedná šetrně

### Sestra v péči o rodinu pacienta:

*„Pacienti v bezvědomí potřebují především fyzickou péči a zájem o ně je jedním ze způsobů, jak může sestra dokázat rodině, že i umírající pacient má svoji cenu.“ Seymour*

### Omyly:

- ✚ Nejsem k rozhovoru na toto téma kompetentní
- ✚ Rodina je pobytem u umírajícího jen stresována

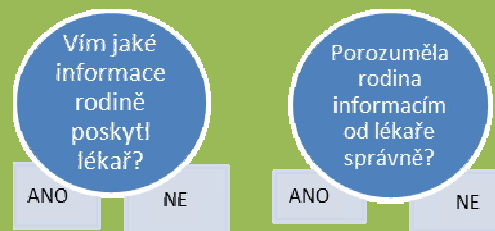
### Fakta:

#### **Efektivní komunikace je priorita!**

- ✚ Umění efektivní komunikace s pacientem a jeho rodinou patří k základním dovednostem sestry

- ✚ Rodina umírajícího potřebuje stejné doprovázení jako on sám
- ✚ Rodina je nejlepší prostředek pro zvyšování kvality života umírajících.

### Ujasním si:



**Hovořit na téma umírání a smrti nemusí znamenat jen prognostické odhady a zhodnocení efektivity nasazené terapie!**

### Co tedy jako sestra mohu rodině říci?

- ✚ Vaše přítomnost je žádoucí
- ✚ Mluvte na něj, hladte ho nebo jen tak mlčky držte za ruku
- ✚ Péče o pacienta je neměnná
- ✚ Snažíme se zajistit hlavně pohodlí a klid

- ✚ Eliminujeme to, co je pro pacienta zatěžující, proto již nemá....
- ✚ Dnes jsem udělala ... a pacient reagoval tak, že....
- ✚ Myslím, že necítí bolest a děláme vše proto, aby tomu tak bylo
- ✚ Když měním jeho polohu, nereaguje bolestivě
- ✚ Reaguje na mě, když....
- ✚ Potřebujete se na něco zeptat?
- ✚ Ptejte se...pokud to bude v mých silách, zodpovím Vám všechny dotazy

**„Příbuzní už nejsou jen návštěva, měli by porozumět stavu pacienta a získat realistickou představu o jeho šancích“.** Rusinová

### Seznam použitých zdrojů:

1. FIELDS, L.: DNR Does Not Mean No Care . *The Journal of Neuroscience Nursing*, 5; 39/2007, s. 294-296. ISSN 0270-6474.
2. KAPOUNOVÁ, G.: *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. s 352. ISBN 978-80-247-1830-9
3. POST, S. G.: *Encyklopedia of Bioethics. Volume 2*. 3. vydání. USA: Macmillian Reference, 2004. s. 539 – 1227. ISBN 0-02-865916-3.
4. RUSINOVÁ, K.: *Komunikace s příbuznými pacientů v intenzivní péči*. [online]. 12. 7. 2012. Dostupné z: [http://www.petrwaldauf.cz/index.php?option=com\\_docman&task=cat\\_view&Itemid=13&gid=30&orderby=dmdate\\_published&lang=cs](http://www.petrwaldauf.cz/index.php?option=com_docman&task=cat_view&Itemid=13&gid=30&orderby=dmdate_published&lang=cs)
5. Seymour in O' Connor, M., Aranda, S.: *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. 1. vydání. Praha: Grada, 2005. s. 324. ISBN 80-247-1295-4.
6. SLÁMA, O.: *Klinické, etické a právní aspekty rozhodování o kardiopulmonální resuscitaci u terminálně onkologicky nemocných pacientů*. Brno, 2009. 93 s. Dizertační práce. Masarykova univerzita Brno.

## **Příloha č. 10**

Návrh na uspořádání odborné konference na téma:

### **Problematika dříve vyslovených přání a ordinace DNR v souvislosti s moderním ošetřovatelstvím**

#### **Odborná konference**

**Pořadatel:** Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

**Kontaktní osoby:** XX

Akce bude zařazena do kreditního systému dle vyhlášky MZ ČR č. 4/2010 Sb.

Akreditována je pro všeobecné sestry, porodní asistentky, zdravotnické záchranáře, fyzioterapeuty a klinické psychology

**Aktivní účast** – 10 kreditů autor, 5 kreditů spoluautor

**Pasivní účast** – 4 kredity/den

Kredity za aktivní i pasivní účast se sčítají.

**Prezentace sdělení – technické zajištění:** Power Point

#### **Program konference:**

***Pátek (den. měsíc. rok)***

8.00 – 8.30 registrace účastníků

8.30 – 11.30 dopolední odborný program

11:30 – 13:00 oběd

13.00 – 17.00 odpolední odborný program

Po každém odborném sdělení následuje diskuze účastníků.

19.00 - večeře, raut

***Sobota (den. měsíc. rok)***

9.00 – 13.00 dopolední odborný program

Diskuze účastníků

Prezentace firem

Vydání certifikátu o absolvování konference

Ukončení konference

**Tematické okruhy:**

**Pátek:**

Zahájení konference

Vymezení pojmu „Dříve vyslovená přání“

Ordinace DNR jako specifické dříve vyslovené přání z pohledu práva a medicíny.

Etické aspekty problematiky dříve vyslovených přání

Praxe uplatňování dříve vyslovených přání v zahraničí

**Sobota:**

Dříve vyslovená přání pacienta v kontextu moderního ošetřovatelství

Efektivní komunikace jako základní ošetřovatelská intervence nejen v oblasti problematiky dříve vyslovených přání.

DNR ordinace z pohledu sestry

Zdroj: autorka