



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

**Dříve vyslovená přání pacienta z pohledu
přednemocniční péče**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **ZDRAVOTNICKÉ ZÁCHRANÁŘSTVÍ**

Autor: Kateřina Obůrková

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Ondřej Doskočil, Th.D.

České Budějovice 2024

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem *Dříve vyslovená přání pacienta z pohledu přednemocniční péče* jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích 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 bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 7. 5. 2024

Kateřina Obůrková

Poděkování

Největší poděkování patří mému vedoucímu práce Mgr. et Mgr. Ondřeji Doskočilovi, Th.D. za veškerou pomoc, cenné rady a odborné vedení práce. Velice si vážím vřelého přístupu, trpělivosti a času, který pan doktor obětoval mé práci. Děkuji mé rodině za trpělivost a podporu po celou dobu studia. Velké děkuji patří kolegům a zdravotnickým záchranářům za cenné rady a ochotu při zpracovávání teoretické části bakalářské práce a poskytnutí rozhovorů.

Dříve vyslovená přání pacienta z pohledu přednemocniční péče

Abstrakt

Bakalářská práce s názvem Dříve vyslovená přání z pohledu přednemocniční péče se skládá ze dvou částí, části teoretické a praktické.

Na dané téma byly zvoleny tři cíle práce. Prvním cílem bylo zjistit informovanost zdravotnických záchranářů o problematice Dříve vyslovených přání. Druhým cílem bylo zjistit etický pohled zdravotnického záchranáře na problematiku Dříve vysloveného přání. Třetím cílem bylo zmapovat množství případů, kdy se zdravotnický pacient setká s pacientem, který má sepsané Dříve vyslovené přání v přednemocniční péči.

Na základě předchozích cílů byly následně stanoveny tři výzkumné otázky. První výzkumná otázka se zaměřuje na to, do jaké hloubky jsou zdravotničtí záchranáři informováni o problematice Dříve vysloveného přání. Druhá otázka zkoumá etický pohled zdravotnického záchranáře na problematiku. Zda převažuje pohled kladný nebo spíše záporný. Třetí výzkumná otázka zjišťuje množství výskytu pacientů v přednemocniční péči. Zda je větší předpoklad se s takovým pacientem setkat spíše v nemocniční nebo přednemocniční péči.

V teoretické jsou vysvětlené pojmy týkající se problematiky Dříve vysloveného přání. Teoretická část se zabývá etikou, přednemocniční péčí, kodexy zdravotnického záchranáře a samotným Dříve vysloveným přáním.

Praktická část byla zpracována formou kvantitativního a kvalitativního výzkumu. V rámci kvantitativního výzkumu byly odpovědi získány prostřednictvím online dotazníku. Dotazník obsahoval dvacet uzavřených otázek a pouze jednu otevřenou otázku. Poslední otevřená otázka obsahovala prosbu k zanechání kontaktu a následného rozhovoru k umožnění kvalitativního výzkumu. Kvalitativního výzkumu se zúčastnilo deset respondentů.

Získaná data dopadla velice pozitivně. Velké množství respondentů vědělo spoustu informací, týkajících se problematiky Dříve vysloveného přání. Převládá pozitivní postoj. Celý výzkum byl prováděn na oblastních střediscích kraje Vysočina.

Bakalářská práce může sloužit k nahlédnutí a většímu porozumění konceptu Dříve vyslovených přání. V dnešní době se problematika v přednemocniční péči hojně nevyskytuje, ale postupem času se vše může změnit.

Klíčová slova

Etika, dříve vyslovené přání, přednemocniční péče, nelékařský zdravotnický pracovník

Previously expressed wishes of the patient from the point of view of pre-hospital care

Abstract

The bachelor thesis entitled Previously Expressed Wishes from the perspective of pre-hospital care consists of two parts, a theoretical and a practical part.

Three thesis objectives were chosen for the topic. The first objective was to find out the awareness of paramedics about the issue of Previously Expressed Wishes. The second objective was to find out the ethical perspective of paramedics on the issue of Previously Expressed Wishes. The third aim was to map the number of cases where a paramedic encounters a patient who has written down a Previously Expressed Wish in pre-hospital care.

Based on the previous objectives, three research questions were subsequently established. The first research question focuses on the depth to which paramedics are aware of the issue of the Previously Expressed Wishes. The second question explores the paramedic's ethical perspective on the issue. Whether the predominant view is positive or rather negative. The third research question ascertains the amount of occurrence of patients in pre-hospital care. Whether one is more likely to encounter such a patient in hospital or pre-hospital care.

In the theoretical part, concepts related to the issue of Previously Expressed Wishes are explained. The theoretical part deals with ethics, pre-hospital care, paramedic codes and the actual Previously Expressed Wish.

The practical part of the study was prepared in the form of quantitative and qualitative research. In the quantitative research, responses were obtained through an online questionnaire. The questionnaire contained twenty closed questions and only one open question. The last open question included a request to leave a contact and a follow-up interview to enable qualitative research. Ten respondents participated in the qualitative research.

The data collected was very positive. Many respondents knew a great deal of information regarding the issue of Previously Expressed Wishes. The prevailing attitude was positive. The whole research was conducted at the regional centres of the Vysočina region.

The bachelor thesis can serve to provide insight and greater understanding of the concept of Earlier Expressed Wishes. Nowadays, the issue is not abundant in pre-hospital care, but over time things may change.

Key words

Ethics, previously expressed wishes, pre-hospital care, non-medical health professional

Obsah

Úvod	11
1 Teoretická část	12
1.1 Etika	12
1.1.1 Etika v hospicové péči	12
1.1.2 Etika v urgentní medicíně	12
1.1.3. Etika z pohledu zdravotnického záchranáře	14
1.2 Autonomie pacienta	15
1.3 Informovaný souhlas	17
1.3.1 Rozhodování v závěru života	19
1.4 Kodexy	20
1.4.1 Etický kodex zdravotnických nelékařských oborů	20
1.4.2 Etický kodex zdravotnického pracovníka a jeho profese	21
1.4.3 Etický kodex práv pacientů	21
1.5 Přednemocniční péče	24
1.5.1 Profese zdravotnického záchranáře	24
1.5.2 Odborná způsobilost zdravotnického záchranáře	25
1.6 Legislativa	26
1.7. Smrt	28
1.8. Komunikace s vážně nemocným	30
1.8.1 Nemoc	30
1.8.2 Komunikace s nemocným	30
1.8.3 Komunikace s nemocným dítětem	31
1.9. Dříve vyslovené přání	32
1.9.1 Dříve vyslovené přání – historie	32

1.9.2 Pojem dříve vyslovené přání.....	32
1.9.3 Dříve vyslovené přání v přednemocniční péči	33
2 Praktická část	35
2.1 Cíle práce	35
2.2 Výzkumné otázky	35
2.3 Hypotézy pro kvantitativní část výzkumu	35
2.4 Metodika	36
2.5 Zpracování dat kvantitativního výzkumu	37
2.6 Kvalitativní výzkum	58
2.6.2 Ukázka rozhovoru s respondentem č.3	60
2.6.3 Charakteristika	64
2.6.4 Názor na Dříve vyslovené přání	64
2.6.5 Zkušenost	64
2.6.6 Prospěšnost Dříve vysloveného přání	65
2.6.7 Neprospěšný zásah urgentní medicíny pro pacienta.....	65
2.6.8 Souhrn dat	67
3 Diskuse	68
4 Závěr	71
5 Literatura.....	72

Úvod

V dnešní době je z mého pohledu problematika Dříve vyslovených přání opomíjené a zanedbávané téma. Bohužel nadále přibývají závažná onemocnění, která nemají příznivou prognózu. Spousta pacientů končí v paliativní péči. Dříve vyslovená přání jsou jednou z možností, jak si mohou pacienti zvolit způsob poskytnutí zdravotní péče před koncem života.

Dané téma jsem si zvolila, abych porozuměla dané problematice a dozvěděla se více informací. Chtěla bych obohatit zdravotnické záchranáře o podstatné informace týkající se dané problematiky.

Cílem bakalářské práce je zjistit povědomí zdravotnických záchranářů o problematice Dříve vyslovených přání a jejich etický pohled. Také zda je vůbec možné se s danou problematikou setkat v přednemocniční péči.

Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část se zabývá etikou, legislativou a záchranářským kodexem. Značná část je věnovaná Dříve vysloveným přáním.

V praktické části se zabývám kvalitativním a kvantitativním výzkumem. Kvantitativní výzkum bude prováděn formou výstižné ankety. Na základě ankety bude prováděn rozhovor s respondenty, kteří se s problematikou Dříve vyslovených přání v přednemocniční péči setkali.

1 Teoretická část

1.1 Etika

Etika je už tisíciletí součástí naší kultury. Součástí etiky je také filozofie a teleologie. Obě složky jsou založeny na lidském rozumu. Lidský rozum vyvolává naději, že je schopný vyřešit problém morálky. Morálka je nadále součástí života lidské populace. Někdy horším, někdy lepším způsobem, ale nadále funguje v lidské společnosti (Šimek, 2015).

Základy filozofických východisek jsou v etickém rozhodování velice důležité. Spousta přístupů, které mají velice podobné hodnoty, může mít odlišné řešení problémů z hlediska etiky kvůli filozofickým přístupům. Etické přístupy se rozdělují na deontologické a teleologické (Kořenek, 2002).

Deontologický model uvažování při svém rozhodování staví na první místo povinnost. Odráží se zde poslušnost vůči zákonům, normám a zvykům. Teleologický model na rozdíl od deontologického modelu staví na první místo cíl. Hledá svůj vlastní rozum nebo rozum někoho druhého, komu bezmezně věří. Teleologové nevyhledávají normy v autoritách (Kořenek, 2002).

1.1.1 *Etika v hospicové péči*

V etice hospicové péče jde o navázání blízkého vztahu nemocného a jeho blízkých s ošetřujícím personálem. Je důležité v takových případech projevit empatii, vnímat lidství a projevit výborné komunikační schopnosti. Tyto aspekty jsou důležité pro práci s lidmi, kteří trpí nevléčitelným onemocněním (Ptáček, 2014).

Definice paliativní péče dle WHO zahrnuje přístup péče, který respektuje potřeby nemocných, kteří čelí nevléčitelnému onemocnění, a je důležitou složkou paliativní péče. Dále zahrnuje důležitou složku diagnostiky a léčby příznaků. Napomáhá a předchází utrpení a přináší úlevu pacientovi. Důležitým aspektem je zvolení místa, kde si přeje nemocný strávit zbytek života, kdy je mu zajištěná veškerá péče. Nesmí být zapomenuto na pozůstalé, kterým je poskytnuta veškerá podpora (Šimek, 2015).

1.1.2 *Etika v urgentní medicíně*

Etika urgentní medicíny zahrnuje lidská práva, principy autonomie, beneficence, nonmaleficence a spravedlnosti.

Princip autonomie uvádí, že každý člověk je svéprávná bytost. Má možnost rozhodovat, jakými pravidly se bude řídit, má právo rozhodovat o svém životě, rozhoduje, s čím bude nebo nebude v životě souhlasit. Člověk vytváří svůj život podle toho, co mu dává nebo nedává smysl. Princip autonomie je úzce spjat s osobní a tělesnou integritou a také s lidským právem. Medicína velmi často zasahuje do integrity pacienta, který je však o každém kroku poučen. Hovoříme tedy o informovaném souhlasu pacienta. V oblasti etiky urgentní medicíny se velmi často dostáváme do podmínek, kdy nejsme schopni získat pacientův názor na danou situaci. Nemůžeme opomenout, že i pokud není pacient schopen vznést svůj názor, nadále má právo na ochranu identity a osobnosti. Beneficence a nonmaleficence jsou v urgentní medicíně jako principy často v první řadě. Beneficence vyjadřuje blaho pacienta. Zdravotničtí pracovníci mají zajišťovat blaho pacienta, aby se cítil dobře a spokojeně. Pacient, který je schopen komunikace, nám je schopen říct svoje pocity a sdělit nám své potřeby. Nonmaleficence znázorňuje, abychom neškodili. Je nutné mít na mysli, že vše, co děláme, pacienta také svým způsobem zatěžuje. Využíváme standard nejlepšího pacientova zájmu, protože v urgentní medicíně se často setkáváme s pacienty, kteří nám nejsou schopni říct svoje rozhodnutí. Zaměříme se tedy především na pacientovu biologickou rovinu života (Matějek et al., 2023).

Standard nejlepšího zájmu pacienta můžeme vyjádřit i jiným způsobem: „*Všichni živí lidé chtějí žít, chtějí chápat a sdělovat své myšlenky a pocity, chtějí být schopni kontrolovat a řídit své životy, nechťejí trpět a chtějí dosáhnout na to, co jim přináší uspokojení*“ (Jonsen, Sieger, Winslade, 2010).

Principem spravedlnosti chceme dosáhnout nejvíce dobra pro nejvíce skupin lidí. V poslední době byl princip spravedlnosti v popředí z důvodu nákazy covid-19 (Matějek et al., 2023).

Aby etika v urgentní medicíně byla nesporná, musí být v souladu s etickými principy, vydanými judikáty a platnou legislativou. Pro medicínu je velmi důležité znát zásadní etické a právní normy, které musíme respektovat. Legislativně máme v České republice zákon č. 372/2011 Sb. Jedná se o zákon o zdravotních službách (Matějek et al., 2023).

1.1.3. Etika z pohledu zdravotnického záchranáře

Zdravotnický záchranář má oproti lékařům, kteří pracují na zdravotnické záchranné službě, omezené některé kompetence. Z tohoto důvodu se často dostává do nelehkých situací, protože zhruba 80 % případů je řešena posádkou bez sloužícího lékaře. Největším dilematem v urgentní medicíně z pohledu etiky nastává při KPR. Jde o případy, kdy nejsou přítomny známky smrti, ale je jasné, že při zahájení KPR by šlo o marnou snahu. V takových momentech jsou zdravotničtí záchranáři stavěni před obtížné morální rozhodování. V těchto případech je velice důležitá komunikace s pozůstalými (Pekara, Šeblova 2023).

1.2 Autonomie pacienta

Autonomie pacienta spadá do nejdůležitějších etických principů. Neexistuje jednotný názor na autonomii pacienta. Často se objevují neshody, co daný princip znamená. Objevují se dva názory na Autonomii pacienta. Jeden z nich poukazuje na zdravotníky, kteří narušují pacientovu autonomii. Svoji autonomii si však může narušit i sám pacient nebo jeho příbuzní (Vácha et. al. 2012).

Autonomie pacienta je v klíčovém zájmu v biomedicínské etice. Pacientům je obvykle umožněno, aby mohli rozhodovat o svém zdravotním stavu. Jaké lékařské zásahy do organismu podstoupí a jaké nikoli. Zdravotní péče může ovlivnit pacientovu autonomii na základě preference a volby léčby pacientů, ale také vlastní identitou, sebehodnocením a schopnosti autonomie. Porozumění vztahům neklade důraz na nezávislost, ale usnadňuje rozlišování mezi formou klinické komunikace, která podporuje autonomii pacienta. Porozumění podporuje uznání hodnot a dobrých vztahů mezi pacientem a zdravotníkem. Může také obohatit specifika respektu autonomie (Entwistle et al., 2010).

Autonomní jedinec je schopen rozhodovat o svobodě a dodržovat plán, který si sám zvolil. Jedinec, který má sníženou autonomii, bývá často ovládán druhými lidmi a není schopen uvažovat a jednat na základě svých vytyčených plánů. Mezi lidmi, kteří mají sníženou autonomii, často spadají vězni nebo lidé s retardací. Pro autonomii jsou důležité dvě podmínky, a těmi je svoboda a působnost. Je důležité, aby byl člověk nezávislý a svobodný. Stejně jako je důležité, aby byl schopen úmyslného jednání v rámci působnosti (Beauchamp a Childress, 2001).

Osoby, které mají dobrou autonomii, mohou být ovlivněny z důvodu nemoci nebo deprese, kvůli neznalosti nebo nátlaku nebo jiným podmínkám, které omezují jejich schopnost. Osoba, která podepíše formulář se souhlasem, je označena za autonomně způsobilou. Osoby, které nejsou schopny samostatného rozhodování, mohou také činit autonomní rozhodování. Například někteří pacienti v ústavech pro duševně nemocné, kteří nejsou schopni se o sebe postarat, mohou činit některá autonomní rozhodnutí. Mohou rozhodnout své preference ohledně jídla a být v kontaktu se svými příbuznými. (Beauchamp a Childress, 2001).

Model autonomie na konci života je postavený na preferenci péče o pacienty a ukazuje autonomii jako smysluplné pochopení fyzické, emocionální a sociální situace a role

pacienta, kterou v této situaci hrají. Ke konci života je důležité aktivní zapojení pacientů. Důležitým aspektem je vyslovení smrti a přijetí smrti a rozloučení jako dokončení života, pocit kontroly nad volbou léčby a zachování nezávislosti. V rámci autonomie pacienta je také důležité pacienta podporovat v každodenních činnostech. Je důležité s člověkem jednat jako s jedincem s osobními zkušenostmi, historií a potřebami, ale také podporovat jeho aktivní zapojení do jejich naplnění (Houska a Loučka, 2019).

Nesmíme ani zapomínat na holistický přístup k pacientovi. Cílem holistické péče je uspokojit fyzické potřeby pacienta, ale také jeho sociální, socioekonomické, ekonomické, duchovní a emocionální potřeby. Pro poskytování účinné péče je zásadní uznání a zvážení ostatních aspektů člověka. Pacienti v kritické péči mohou mít okamžité fyzické potřeby, ale nesmíme zapomínat také na další potřeby a faktory, které přispívají k celkovému zdravotnímu stavu pacienta (Woodruff, 2020).

1.3 Informovaný souhlas

Už koncem devatenáctého století bylo zvykem, že ošetřující lékař před zahájením léčebného výkonu žádal o souhlas pacienta. Ve dvacátém století byl tento postup zařazen do předpisů v platných zněních. Informovaný souhlas musí být zcela dobrovolný. Pacient musí být právně způsobilý, nesmí být na pacienta vyvíjen nátlak, znaky násilí, nesmí být k souhlasu donucen. Pacient musí mít zcela dostatečné množství informací, tak aby pochopil danou situaci a mohl učinit své rozhodnutí, zda bude souhlasit či nikoliv (Munzarová, 2005).

V dnešní době existují čtyři typy informovaného souhlasu. Tím je výslovný souhlas, informovaný souhlas, implikovaný souhlas a nedobrovolný souhlas (Solheim, 2016).

Výslovný souhlas může vyjádřit jednotlivec, který je schopen učinit nezávislá rozhodnutí, nebo osoba, která právně souhlasí jménem pacienta, který není schopen sám se rozhodnout. Jedná se o nezletilé pacienty nebo o pacienty v bezvědomí. Výslovný souhlas většinou zahrnuje všechny neinvazivní postupy s nízkým rizikem, které lze provést (Solheim, 2016).

Informovaný souhlas už svým názvem vypovídá, že se jedná o dokument, který pacienta informuje. Informuje pacienta o případných komplikacích nebo rizicích, které přináší daný léčebný úkon (Solheim, 2016).

Implikovaný nebo předpokládaný souhlas se využívá u pacientů, kteří nejsou schopni vyslovit výslovný nebo informovaný souhlas, protože k tomu nemají právní způsobilost. Musíme si uvědomit, že předpokládaný souhlas končí, když je k dispozici výslovný souhlas (Solheim, 2016).

Nedobrovolný souhlas se většinou týká psychiatrických pacientů, kteří z důvodu mentálních schopností nemohou vyjádřit souhlas s léčbou. Také u pacientů, kteří jsou nebezpeční vůči své osobě nebo vůči svému okolí. Pacienti postrádají schopnost poskytnout výslovný nebo informovaný souhlas. Osobou, která může poskytnout nedobrovolný souhlas jménem jiné osoby, může být lékař, soudce nebo policista (Solheim, 2016).

Existují okolnosti, kdy je nutné uvážit zahájení léčby pacienta i bez jeho souhlasu. Jedná se o situace, kdy je pacient v bezvědomí, utrpěl vážná poranění, u dětí, kdy není přítomný

zákonný zástupce a v případě nezpůsobilých dospělých. Pokud je pacient v bezvědomí, můžeme zahájit léčbu bez jeho souhlasu, pokud je léčba nutná k záchraně života nebo k zachování zdraví. Zahájit léčbu můžeme také v případě kritického poškození nebo nemoci, kdy by jakékoliv zpoždění nebo prodleva způsobily nepříznivé dopady pro pacienta (Greaves a Porter, 2021).

Informovaný souhlas v urgentní medicíně je důležitým bodem pro navázání vztahu mezi pacientem a lékařem. Je také klíčový z pohledu pacientovy autonomie. V rámci urgentní medicíny jsme schopni dát pacientovi možnosti volby. Vše samozřejmě v rámci časových možností a akutnosti pacientova stavu. Více prostoru je posléze na urgentním příjmu, po zajištění a stabilizace pacientova stavu. Informovaný souhlas může být vyjádřený ústní formou, písemnou formou nebo konkludentní formou (Matějek et al., 2023).

Posádky rychlé zdravotnické služby v dnešní době pokryjí mezi 60 % až 80 % výjezdů. Zdravotničtí záchranáři poskytují zdravotní péči v rámci svých kompetencí, které jsou uvedeny vyhláškou 55/2011 Sb. O činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Od této vyhlášky je odvozen rozsah informací, které mohou zdravotničtí záchranáři pacientovi poskytnout. Zdravotnický záchranář se může setkat i s odmítnutím péče ze strany pacienta nebo s jeho nesouhlasem (Ptáček et al., 2017).

Odmítnutí zdravotního výkonu nebo zdravotní péče se nazývá negativní reverz. Povinností zdravotnického pracovníka je poučit pacienta o možných komplikacích nebo rizicích, spojených s odmítnutím péče. Negativní reverz může být podepsaný pouze pacientem, který je způsobilý. Negativní reverz nemůže podepsat osoba, která je pod vlivem návykových látek nebo trpí duševním onemocněním (Remeš a Trnovská, 2013).

Při vyjádření informovaného nesouhlasu jsou dvě možnosti, které upravuje zákon o zdravotních službách. Jde o písemné prohlášení nebo o záznam nesouhlasu, pokud pacient odmítá poskytnout písemný informovaný souhlas. Veškeré souhlasy či nesouhlasy musí být uvedeny v dokumentaci pacienta a musí být opatřeny podpisem zdravotnického pracovníka a pacienta. Pokud pacient nesouhlasí s podpisem, musí být doplněný podpis svědka, který rozhodnutí pacienta dosvědčí. Svědkem se nejčastěji stává zdravotnický pracovník (Konečná, 2015).

U informovaného souhlasu u dětí nebo nezletilých pacientů odsouhlasí zákonný zástupce. Neznamená však, že nezletilý pacient nemá žádná práva. Nezletilému pacientovi je celá

situace vysvětlena v rámci jeho chápání úměrně jeho věku. V akutních a kritických stavech udává souhlas zákonný zástupce pacienta, pokud není pacient sám značně rozumově vyspělý. Je dostačující souhlas pouze jednoho z rodinných zástupců. Jestliže dojde k neshodě mezi rodinnými zástupci a pacient není způsobilý, rozhoduje o dalším postupu v akutní a neodkladné péči zdravotnický pracovník ve prospěch pacienta (Matějek et al., 2023).

1.3.1 Rozhodování v závěru života

V českém zdravotnictví je choulostivou záležitostí otázka rozhodování v závěru života. Rozhodování na konci života je ovlivněno sociální péčí, zdravotní péčí a také záleží na pochopení medicíny. Pacient si může klást otázky ohledně svého života: Zda měl jeho život cenu? Jaký bude posmrtný život, nebo jestli vůbec nějaký bude? Vše zmíněné má vliv na pacienta, který je v terminálním stádiu, na blízkou rodinu, ale vše se dotýká i ošetřujícího zdravotnického personálu (Kuře, 2020).

V dnešní moderní době je pro pacienta spousta možností, která ovlivňují průběh jeho léčby. Dříve by se na některá onemocnění umíralo. Dnešní moderní medicína je schopná určitá onemocnění porazit, ale je možné, že pacient zůstane závislý na přístrojích podporujících životní funkce. Do popředí se dostává paliativní péče, která napomáhá důstojnému umírání bez bolesti a a při níž pacient netrpí. Při rozhodování není zapomínáno na pacientovu autonomii. Rozhodování na konci života je důležitý a náročný proces. Dotýká se problémů etických, právních, medicínských a psychologických (Doležal, 2020).

1.4 Kodexy

Kodexy zahrnují soubor principů. Pokud se těmito principy člověk řídí, upevňuje svoji důvěryhodnost. Důvěryhodnost má velkou váhu, pouze pokud není vnucená, ale každá lidská bytost ji přijme sama za sebe. Každý z nás je schopen si vytvořit vlastní kodex. Mezi kodexy by vznikly velké rozlišení, které by neměly konce. Abychom tomu mohli předejít, používáme argumenty, které patří mezi hlavní nástroj demokracie. V medicíně se držíme šesti pravidel, do kterých řadíme, non-maleficenci, beneficenci, autonomii, spravedlnost, pravdivost a důvěrnost (Payner, 2019).

Jako důležité vlastnosti v urgentní medicíně neopomíjíme spravedlnost, statečnost, bdělost, pravdivost, nestrannost a vytrvalost. Důležitým tématem kodexu je vztah pracujícího lékaře v urgentní medicíně s ostatními pracovníky. Mezi ostatní pracovníky spadají další lékaři, zdravotní sestry, zdravotničtí záchranáři, pomáhající personál a studenti. Také jde o spolupráci s právním systémem a soudními znalci (Matějek et al., 2023).

1.4.1 Etický kodex zdravotnických nelékařských oborů

Zdravotnický pracovník nelékařských oborů musí při své práci ponechávat úctu k životu, respektovat lidská práva a důstojnost člověka bez zřetele na věk, rasu, pohlaví, víru, národnost, sociální postavení a politické přesvědčení (Věstník 7/2004, 2004).

Zdravotnický pracovník nelékařských oborů bere zřetel na dodržování Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, na zachování práv pacientů, takovým způsobem, jak jsou uvedena v Chartě práv pacientů a v Chartě práv pacientů hospitalizovaných dětí (Věstník 7/2004, 2004).

Zdravotnický pracovník nelékařských oborů musí povinně ke své práci přistupovat s odbornou schopností, kterou ovládá, s povědomím o profesionální zodpovědnosti za podporování zdraví, za podporování zdraví a zmírnění utrpení, podporovat prevenci onemocnění a být nápomocen k důstojnému umírání a smrti (Věstník 7/2004, 2004).

Zdravotnický pracovník nelékařských oborů dává zdravotní péči rodinám, skupinám či jednotlivcům a nadále spolupracuje s odborníky z různých oborů. Při poskytování péče nenadřazuje své zájmy, ale upřednostňuje potřeby osob, kterým poskytuje zdravotní péči (Věstník 7/2004, 2004).

Zdravotnický pracovník nelékařských oborů má povinnost ochraňovat informace o těch, kterým je poskytována zdravotnická služba bez zřetele, jakým způsobem byly a jsou informace získávány, uchovávány a shromažďovány. Je povinnost vést zdravotnickou dokumentaci pravidelně a pečlivě, ochraňovat ji před znehodnocením a zneužitím (Věstník 7/2004, 2004).

Zdravotnický pracovník nelékařských oborů je povinen účinně a aktivně prohlubovat znalost právních předpisů, které jsou platné pro vykonávání jeho profese, a poctivě se jimi řídit (Věstník 7/2004, 2004).

Zdravotnický pracovník nelékařských oborů se nesmí snížit ani podřídit poskytováním zdravotnické péče komerčním zájmům subjektů, které působí v okruhu zdravotnictví (Věstník 7/2004, 2004).

1.4.2 Etický kodex zdravotnického pracovníka a jeho profese

Zdravotnický pracovník nelékařského oboru má zodpovědnost za poskytovanou zdravotní péči, za její kvalitu a co největší odborný stupeň vzdělání (Věstník 7/2004, 2004).

Zdravotnický pracovník nelékařských oborů pracuje na zvýšení prestiže a dodržení vykonávané profese (Věstník 7/2004, 2004).

Zdravotnický pracovník nelékařského oboru se stále zaobírá rozvojem profese a vlastního profesionálního zaměření, které je orientované na zvýšení jeho odbornosti (Věstník 7/2004, 2004).

1.4.3 Etický kodex práv pacientů

Každý pacient má právo na diskrétní způsobilou zdravotní péči, která je prováděna se vzájemným porozuměním vzdělanými zdravotnickými pracovníky (Práva pacientů v ČR, 1992).

Pacient má právo vědět jméno jeho ošetřujícího lékaře a také jména ošetřujícího zdravotnického personálu, se kterým přijde do kontaktu. Má právo na kontakt s rodinnými příslušníky a přáteli, má právo na soukromí a může požadovat služby, které v rámci svých možností nabízí zdravotnické zařízení. Nemožnost návštěvy pacienta může být udělena jen za významných okolností (Práva pacientů v ČR, 1992).

Pacient má právo na informace od ošetřujícího lékaře před každým terapeutickým či diagnostickým vyšetřením, aby se mohl rozhodnout, zda takové vyšetření či terapeutický úkon podstoupí či nikoliv. Pouze u akutního stavu musí být pacient informován o možných rizicích, která mohou při výkonu nastat. Pokud existuje více způsobů léčby, má pacient právo znát všechny způsoby včetně způsobů alternativní medicíny (Práva pacientů v ČR, 1992).

Pacient má právo odmítnout léčbu v mezích, které povoluje zákon, ale musí být zároveň obeznámen s možnými komplikacemi či důsledky jeho rozhodnutí (Práva pacientů v ČR, 1992).

Během nemocničního či ambulantního ošetření, vyšetření nebo léčby má pacient právo, aby byl brán ohled na jeho stud a bylo zcela respektováno jeho soukromí. Veškerá vyšetření, konziliární vyšetření a léčba musí být diskrétní, protože jde o zcela důvěrné informace. Přítomnost jiných osob, které se přímo nepodílely na průběhu léčby, musí pacient odsouhlasit. Toto platí i pro fakultní nemocniční zařízení (Práva pacientů v ČR, 1992).

Pacient má právo na ochranu jeho osobních údajů. Se všemu údaji, záznamy a dokumenty týkajícími se léčby bude důvěrně nakládáno. Včetně informací, které jsou počítačově zpracovány (Práva pacientů v ČR, 1992).

Pacient má právo předpokládat, že bude vyhověno jeho požadavkům na nemocniční zařízení v rámci možností zdravotnického zařízení v závislosti na závažnosti onemocnění pacienta. Pokud stav pacienta vyžaduje převoz do jiného zdravotnického zařízení, je mu takový převoz umožněn. Pacient však musí být seznámen s veškerými postupy. Musí takový překlad do jiného zdravotnického zařízení předem schválit (Práva pacientů v ČR, 1992).

Pacient má právo na porozumění zdravotnímu stavu úměrně jeho chápání. Má právo vědět, pokud se lékař rozhodne k nestandardnímu postupu nebo experimentální léčbě. K neterapeutickému či terapeutickému postupu je vždy zapotřebí podepsaný písemný souhlas od pacienta. Kdykoliv během léčby má právo pacient odstoupit z experimentální léčby. Musí být však seznámen s možnými riziky, se kterými je ukončení léčby spojeno (Práva pacientů v ČR, 1992).

Pacient v závěru života má právo na respektování jeho přání, která nejsou v rozporu se zákonem. Má právo na důstojný a citlivý přístup zdravotnického personálu (Práva pacientů v ČR, 1992).

Pacient má právo na seznámení s nemocničním řádem a jeho povinností je se daným řádem řídit a dodržovat stanovená pravidla. Pacient má právo na kontrolu svého účtu a může požadovat zdůvodnění daných položek. Nemusí být brán zřetel na plátce účtu (Práva pacientů v ČR, 1992).

1.5 Přednemocniční péče

Přednemocniční neodkladná péče je poskytována osobám, které jsou postiženy na zdraví nebo v ohrožení života. Přednemocniční neodkladná péče je zajišťována zdravotnickou záchrannou službou. Celý systém začíná na podkladě tísňové výzvy (Peřan, 2020).

Tísňová výzva dorazí na zdravotnické operační středisko. Zdravotnický pracovník na zdravotnické operačním středisku musí zabezpečit nepřetržitou dostupnost na tísňové lince 155, udržet správnou koordinaci zdravotnických záchranných služeb a správně vyhodnotit tísňové volání a následně zorganizovat další postup (Boguská et al., 2023).

Při vzniku kritických a závažných poruch na pacientově zdraví operátor na tísňové lince poskytne volajícímu instrukce. Důležitou úlohou operátora je také uklidnit volajícího, získat informace o postiženém a poskytnout telefonicky asistovanou první pomoc. Operátor je také schopen poskytnout telefonicky asistovanou neodkladnou resuscitaci. Operátor navádí záchránce jednotlivými kroky k provádění neodkladné resuscitace (Šín et al., 2019).

Operátor, který přijímal hovor, vyšle zdravotnickou záchrannou službu na místo události. Zdravotnickou záchrannou službu může také vyslat druhý operátor neboli dispečer. Důležitým bodem je dané výzvě přiřadit správnou naléhavost a správnou výjezdovou skupinu (Šeblová a Knor, 2018).

Máme různé druhy výjezdových skupin. Výjezdová skupina rychlé lékařské pomoci (RLP), ve které se nachází lékař, zdravotnický záchranář a řidič. Další výjezdová skupina je výjezdová skupina rychlé zdravotnické pomoci, ve které se nachází řidič a zdravotnický záchranář. Máme výjezdovou skupinu RV, ve které působí zdravotnický záchranář a lékař. Poslední skupinou je letecká zdravotnická služba (LZS), která se skládá z pilota, zdravotnického záchranáře a lékaře (Boguská et al., 2023).

1.5.1 Profese zdravotnického záchranáře

Profese zdravotnického záchranáře spadá do nelékařských povolání. K vykonávání této profese je nutné získat bakalářský titul v oboru zdravotnické záchranářství. Dříve bylo možné obor studovat v rámci vyššího odborného vzdělání. Po dosažení vzdělání je povinnost od státu po dobu jednoho roku pracovat v nemocničním zařízení. Zdravotnický záchranář může působit na jednotkách intenzivní péče, v úseku neodkladné

anesteziologicko-resuscitační péče nebo na urgentním příjmu nemocnice (Národní soustava povolání, 2017).

Vykonavatel povolání zdravotnického záchranáře musí zvládat velkou psychickou zátěž. Je důležité, aby zvládl vyhodnotit náročné situace, kdy dochází k ohrožení lidského života. Musí být schopen improvizace v nestandardních a nepřístupných podmínkách. Zdravotnický záchranář musí mít pod kontrolou své emoce a umět je ovládat. Často se stává svědkem tragických nehod a nepřízní osudu nevinných lidí (Andršová, 2012).

Většina uchazečů má o vykonávané profesi zkreslené představy. Mnozí si myslí, že se během své práce stanou superhrdiny a vše dopadne dobře. Praxe však ukáže druhou stránku mince. Denně se dostávají do nelehkých krizových situací a do časového presu. Dostávají se do situací, kdy není lehké se správně rozhodnout. Do takové situace spadá třídění osob při mimořádné události. Setkávají se i s etickými problémy týkajícími se informovaného souhlasu nebo s institutem dříve vysloveného přání (Dingová Šlíková et al., 2018).

1.5.2 Odborná způsobilost zdravotnického záchranáře

Odbornou způsobilost k výkonu povolání upravuje zákon číslo 96/2004 sbírky. Jedná se o zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). Po dokončení tříletého bakalářského oboru pro zdravotnické záchranáře získává absolvent odbornou způsobilost k výkonu profese. Dříve bylo možné daný obor studovat jako diplomovaný obor zdravotnický záchranář nebo střední školu v oboru zdravotnický záchranář. Toto bohužel již není možné, ale absolventi daných škol mohou vykonávat profesi zdravotnického záchranáře. Odbornou způsobilost k výkonu získává absolvent po jednom roce vykonávání povolání v nemocničním zařízení. Absolvent může působit na odděleních akutní lůžkové péče nebo na urgentních příjmech nemocnic. Toto neplatí pro řidiče zdravotnické záchranné služby, kteří vykonávali povolání řidiče záchranné zdravotnické služby alespoň v rozsahu poloviny týdne pracovní doby po dobu nejméně 5 let, kdy v předcházejících 7 letech získali odbornou způsobilost (Česko, 2004).

1.6 Legislativa

Má-li pacient sepsané dříve vyslovené přání, je důležité, abychom pacientovo přání respektovali, ale je podstatné ověřit si platnost pacientova přání, a to dle zákona č. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (Vymazal et al., 2023).

Dříve vyslovené přání sepisuje pacient, kdyby se shodou okolností ocitl v situaci, kdy nebude schopen vyslovit souhlas či nesouhlas se svojí léčbou (Česko, 2011).

Ošetřující personál musí pacientovo přání respektovat, pokud ho má zdravotnický personál k dispozici a došlo ke změně zdravotního stavu pacienta, na které se vztahuje dříve vyslovené přání, a pacient není schopen vyjádřit souhlas či nesouhlas. Pacient musí být písemně poučen o následcích svého rozhodnutí. Musí být poučen lékařem v oboru všeobecné lékařství, u kterého je pacient registrovaný, nebo u lékaře v oboru zdravotní péče, se kterým souvisí pacientovo přání (Česko, 2011).

Dříve vyslovené přání musí být v písemné formě s ověřeným podpisem pacienta. Součástí sepsaného přání musí být písemné poučení pacienta o důsledcích jeho rozhodnutí (Česko, 2011).

Pacient může sepsat dříve vyslovené přání při nástupu do zdravotnického zařízení nebo během pobytu ve zdravotnickém zařízení. Toto vyslovené přání musí být pečlivě zaznamenané ve zdravotnické dokumentaci pacienta. Záznam musí být podepsán samotným pacientem, ošetřujícím zdravotnickým pracovníkem a svědkem (Česko, 2011).

Dříve vyslovené přání nemusí být respektováno, jestliže od doby sepsání došlo k výraznému pokroku ve zdravotnických technologiích a lze uvažovat, že by pacient souhlasil s jejich využitím během jeho léčby. Pokud se rozhodneme přání pacienta nerespektovat, musí být vše důkladně zaznamenané ve zdravotnické dokumentaci (Česko, 2011).

Nemůžeme respektovat pacientovo přání, pokud bychom aktivně způsobili smrt. Nerespektujeme pacientovo přání, pokud bychom při jeho respektování ohrozili život jiné osoby. Nemůžeme respektovat přání pacienta, pokud jsme započali záchraňující výkony předtím, než jsme objevili pacientovo přání. Při přerušení daných výkonů bychom aktivně

způsobili smrt. Nemůžeme respektovat dříve vyslovené přání pacienta mladšího 18 let a pacienta, který je zbaven svéprávnosti (Česko, 2011).

1.7. Smrt

Smrt neboli zánik organismu je bohužel nezvratná ztráta celovztažné organizovanosti organismu. Před smrtí dochází k závažným poškozením životně důležitých orgánových systémů. Jestliže životně důležitý orgán není schopen vykonávat svoji funkci, dochází k jeho selhání. Selhání životně důležitých orgánů bývá příčinou smrti. Mezi životně důležité systémy patří oběhový systém, dýchací systém a velmi důležitá je stálost vnitřního prostředí, neboli homeostáza (Stříteský, 2001).

Každý lidský život končí smrtí. Máme různé druhy smrti. Máme smrt klinickou, mozkovou smrt, sociální smrt a zdánlivou smrt, neboli *vita minima* (Veverkova et al., 2019).

Klinickou smrtí nazýváme stav, kdy dojde k zástavě krevního oběhu a zástavě dechové činnosti. Tento stav je možné zvrátit při včasné zahájení neodkladné resuscitace (Veverkova et al., 2019).

Při mozkové smrti dochází k nezvratným neboli ireverzibilním poškozením mozku. Funkce kardiovaskulárního systému a jiných orgánů jsou však zachovány. Při prokázání mozkové smrti, kdy není pacient schopen myslet, vnímat nebo sám dýchat, je považován za dárce orgánů dle zákona č 44/2013 Sb. (Veverkova et al., 2019).

Při sociální smrti dochází k ireverzibilním změnám ve vyšších částech mozku, ale funkčnost nižších částí je zachována. Nižší části umožňují funkci krevního oběhu a dýchacího systému. Při tomto stavu jsou velice postiženy rozumové a komunikační dovednosti, v některých případech jsou plně zaniklé. Tento stav se v dnešní době nazývá jako *coma vigile* (Veverkova et al., 2019).

K stavu zdánlivé smrti neboli *vita minima* dochází tehdy, kdy má člověk omezené životní funkce na minimum, a tedy vypadá jako zemřelý jedinec (Veverkova et al., 2019).

Jak v nemocniční, tak v přednemocniční péči se setkáváme se zemřelými jedinci. Je nutné znát jisté známky smrti, abychom odlišili stav, kdy je nutné zahájit neodkladnou resuscitaci, od stavu, kdy jedinec bohužel zemřel. Mezi jisté známky smrti patří posmrtná ztuhlost (*rigor mortis*), posmrtné skvrny (*livores mortis*), Tonelliho příznak, zasychání kůže a sliznic, zkalení rohovky, mrtvolný chlad (*algor mortis*) a mrtvolný rozklad (Bydžovský, 2010).

Při práci v přednemocniční péči se setkáváme se smrtí. Jsme s ní v úzkém kontaktu, ale jsme v kontaktu i s pozůstalými, kteří potřebují naši pomoc. Pozůstalí prožívají pocit zoufalství, beznaděje, cítí se opuštěni a prožívají velmi hluboký zármutek. Nastává pocit, že nic v daném okamžiku nemá smysl a svět se zhroutil. Pozůstalí prožívají krizi, protože ztráta blízké osoby patří k nejtěžším ztrátám v životě. Dochází k poruše spánku, nechutenství, špatné a ponuré náladě (Špatenková, 2017).

Problematikou umírání a smíření se se smrtí se zabývala známá americká psychologka Elisabeth Kübler-Rossová, která popsala pět fází procesu umírání (Zacharová, 2017).

1. fáze – Při první fázi dochází k šoku. Člověk popírá, co se stalo, nebo špatnou zprávu, která mu byla sdělena. Nepřipouští si, co se právě stalo (Zacharová, 2017).
2. fáze – Při druhé fázi dochází ke zlosti. Člověk je nahněvaný, vzpouzí se, je naštvaný na zdravé lidi. U některých jedinců může docházet až k agresi (Zacharová, 2017).
3. fáze – Dochází k vyjednávání, smlouvání. Člověk nabízí cokoli, jen aby měl jistotu svého uzdravení (Zacharová, 2017).
4. fáze – Ve čtvrté fázi dochází ke smutku a depresi (Zacharová, 2017).
5. fáze – V páté a poslední fázi dochází ke smíření se situací. Člověk je vyrovnaný s tím, co se stane, a může nastat čas loučení (Zacharová, 2017).

Každá část může probíhat různou dobu. Některá nemusí proběhnout vůbec nebo některé mohou proběhnout zároveň. Důležitá je přítomnost iracionální naděje, protože člověk, který ztratil naději, psychicky pomalu umírá (Zacharová, 2017).

1.8. Komunikace s vážně nemocným

1.8.1 Nemoc

Při nemoci, dochází k porušení zdraví. Pokud onemocní jeden orgán v lidském těle, postupně dojde k onemocnění celého lidského organismu. Nemoc nemusí být výhradně pouze fyzická, ale i psychická. Pacient může trpět psychickým onemocněním nebo různými duševními poruchami, kdy však nedochází k pozměnění mozkových struktur. Nemoc se může projevit při běžných činnostech, někdy se však projeví až po velké psychické či fyzické zátěži organismu. Nemoc se může projevit akutní nebo chronickou formou. Akutní forma nemoci vzniká náhle z plného zdraví a může přetrvávat dny nebo týdny. Chronická forma nemoci přetrvává několik měsíců, ale může trvat i roky (Mačák a Mačáková, 2022).

1.8.2 Komunikace s nemocným

K základním lidským dovednostem patří komunikace s druhými lidmi. V komunikaci v medicíně je důležité zvolit ke každému pacientovi individuální přístup. Důležitou součástí komunikace tvoří empatie a emoční podpora pacienta (Ptáček a Bartůněk, 2011).

Velice těžký rozhovor mezi pacientem a lékařem nastává při sdělení diagnózy, která ovlivní celý pacientův život. Každý pacient prožije sdělení diagnózy jiným způsobem. Někteří propuknou v pláč, někdo ustrne na jednom místě, ale všichni prožívají šok a mnoho lidí není nadále schopno vnímat další sdělení lékaře. Na pacientovo prožívání nemoci má vliv spousta faktorů. Mezi tyto faktory patří intenzita potíží, záleží na stádiu nemoci a jaké jsou vyhlídky do budoucna, obtížnost a délka léčby. Důležitou roli hraje psychika pacienta (Bednařík a Andrášiová, 2020).

Podstatný je profesionální přístup k pacientovi. Je důležité respektovat přítomnost rodinných příslušníků. Musíme respektovat pět fází prožívání v závěru života podle americké lékařky Elisabeth Kübler-Rossové. Musíme být nápomocni a oporou rodině. Poskytnout rodině dostatek informací o nemoci a zdravotním stavu nemocného, ale vše do míry svých kompetencí. Dopřejeme rodině odbornou pomoc při prožití náročné situace, při umírání pacienta a dopřejeme rodině čas při truchlení nad jejich ztrátou (Shivairová et al., 2021).

V komunikaci s vážně nemocnými a umírajícími pacienty se musíme neustále zlepšovat a učit. Učit se doteku při komunikaci, chytit pacienta za ruku, pohladit ho po tváři a dát

mu upřímný úsměv. Učit se komunikovat nejen s pacientem, ale i s jeho rodinou. Učit se správnému aktivnímu naslouchání pacientovi a respektovat jeho soukromí a stud. Naučit se odpovídat také slůvkem nevím. Není v našich silách vědět vše a za žádnou cenu nesmíme pacientovi lhát (Ptáček a Bartůněk, 2011).

1.8.3 Komunikace s nemocným dítětem

Jak rozhovor s dospělým člověkem, tak rozhovor s dítětem bychom měli začít vlastním představením. Při hospitalizaci dítěte na jednotce intenzivní péče je důležitá komunikace s rodiči. Je důležité seznámit dítě i rodiče s danou situací a vysvětlit následující postupy. Svým chováním a vyjadřováním musíme rodiče uklidnit, že je jejich dítě v dobrých rukou a bude o něj co nejlépe postaráno. Pokud je dopředu známo, že bude dítě hospitalizováno v nemocnici, je vhodné ho na celou situaci připravit. Po celou dobu hospitalizace je důležité umožnit dítěti kontakt s rodinou. Během komunikace s dítětem nezapomínáme na vzájemný dotek a pohlazení (Plevová a Slowik, 2010).

Při komunikaci s dítětem nezapomínáme na používání mimiky a úsměvu. Nebojíme se dítě pochovat a pohladit. Při práci s dětmi můžeme upravit vlastní uniformu o dětské motivy. Nesmíme zapomínat na ocenění statečnosti dítěte a za jeho snahu. Dítěti nesmíme lhát a poskytovat falešné iluze. Dítěti musíme veškerou situaci vysvětlit, ale vše úměrně jeho věku a míře našich kompetencí (Kelnarová a Matějková, 2014).

1.9. Dříve vyslovené přání

1.9.1 Dříve vyslovené přání – historie

Dříve byly dokumenty o předběžné péči podobající se dnešní formě dříve vysloveného přání považovány a zaměňovány za závěť. V dnešní době rozlišujeme zvlášť pojem dříve vyslovené přání a zvlášť pojem závěť. Při sepsání dokumentu pacient prohlašuje své preference týkající se léčby, pokud by se pacient dostal do stavu, že by se stal nekompetentní sám rozhodnout (Living Wills: Past, Present and Future, 1990).

Již v roce 1914 se objevila první zmínka o úvaze, která se o dotýkala problematiky dříve vysloveného přání. Termín dříve vysloveného přání z anglického living will byl uveden v roce 1969. První dokument o dříve vysloveném přání představil Luis Kutner. Dokument byl předem určený pacientům, kterým umožnil ukončení lékařské péče, pokud jsou ve vegetativním stavu a z prognózy je jasné, že zdravotní stav pacienta se nezlepší a dosavadní fyzické dovednosti nebudou obnoveny (Matějek, 2011).

Podstatný milník přichází koncem 20. století v americkém USA a postupem času se dostal i do Evropy. Došlo k legislativnímu ukotvení. Pacient má možnost rozhodnout dopředu o poskytnutí zdravotní péče, které je využito při zhoršení zdravotního stavu pacienta, kdy sám není schopen provést rozhodnutí (Šimek, 2015).

1.9.2 Pojem dříve vyslovené přání

Dříve vyslovené přání nám umožňuje sepsat vizi o léčebném procesu do budoucna. Můžeme si přát způsob, jak chceme nebo nechceme být léčeni v momentě, kdy již nebudeme mít možnost udělat taková rozhodnutí. V České republice je institut dříve vysloveného přání uveden v Úmluvě o lidských právech a biomedicíně, na kterou postupně navazuje zákon č. 372/2011 Sb. O zdravotních službách (Cesta domů, 2001).

Možnost sepsání dříve vysloveného přání je od 18 let. Pacient má možnost sepsat přání, co si přeje nebo nepřeje při poskytování péče. Pacientovo přání bereme v potaz tehdy, kdy není schopen vznést svoje rozhodnutí. Své dříve vyslovené přání může sepsat, kdokoliv bude chtít. Může se jednat o nemocného, zdravého, starého nebo mladého člověka (Cesta domů, 2001).

Nemocný člověk sepisuje nejčastěji v terminálním stádiu nemoci nebo s nevléčitelným degenerativním onemocněním. Odmítá strávit poslední chvíli života na podpoře základních životních funkcí. Nechce uměle prodlužovat svůj život bez nároku na kvalitu.

V nejčastějších případech si pacient nepřeje být resuscitován při zástavě krevního oběhu. Při zhoršení zdravotního stavu si nepřeje být transportován zdravotnickou záchrannou službou do nemocničního zařízení. Pacientovi je poskytnuta paliativní péče, při které je naším cílem zbavit pacienta utrpení a účinně snížit bolest (Cesta domů, 2001).

Zdravý člověk si častěji sepisuje dříve vyslovené přání ze strachu z náhlé změny zdravotního stavu nebo z nehody. Nechce nadále uměle prodlužovat svůj vlastní život moderními technologiemi a být upoutaný na lůžko a přístroje (Cesta domů, 2001).

Dříve vyslovené přání musí být v psané podobě a musí být úředně ověřen podpisem pacienta. Pokud pacient požádá o dříve vyslovené přání při přijetí do nemocničního zařízení, je vše důkladně zaznamenáno ve zdravotnické dokumentaci pacienta. Záznam o dříve vysloveném přání musí být podepsán pacientem, zdravotnickým pracovníkem a svědkem celé události (Dříve vyslovena přání, 2004).

Dochází však také k situacím, kdy nemůžeme nebo nejsme schopni respektovat pacientovo dříve vyslovené přání. Nemusíme přání respektovat, pokud došlo k rapidnímu vývoji moderních technologií a můžeme se domnívat, že by pacient o využití nových technologií projevil zájem. Nemůžeme respektovat přání pacienta, pokud bychom aktivně způsobili smrt. Nemůžeme přání respektovat, pokud bychom při respektování ohrozili vlastní život nebo život jiných lidí. Nemůžeme respektovat přání potom, co byly zahájeny život zachraňující výkony před tím, než jsme byli uvědoměni, že má pacient sepsané dříve vyslovené přání. Nerespektujeme přání u osob mladších 18 let a u osob, které jsou zbaveny svéprávnosti. Každé nerespektování dříve vysloveného přání musí být pečlivě zaznamenáno v dokumentaci pacienta (Dříve vyslovena přání, 2004).

1.9.3 Dříve vyslovené přání v přednemocniční péči

V záchranné zdravotnické službě poskytujeme neodkladnou péči, kterou chceme docílit záchranu zdraví pacienta, a především jeho života. Mnohdy se pracovníci záchranných služeb dostávají do nelehkých situací, kdy musí rozhodnout místo pacienta. Pacient může být v bezvědomí, kdy není schopen vyjádřit svůj souhlas či nesouhlas s léčbou. Jestliže není pacient schopen vyjádřit svůj názor, vycházíme tedy se zástupného souhlasu. Zástupný souhlas se liší podle dvou zákonů. Podle zákona o zdravotních službách první rozhoduje osoba, kterou si pacient zvolil, následně manžel/ka, rodiče nebo jiná, pacientovi blízká osoba. Pokud se řídíme podle občanského zákoníku, je na prvním místě manžel/ka, rodiče, děti a jiné blízké osoby pacienta. Ve většině situací se na místě události

nevyskytuje nikdo z příbuzných pacienta. Posádka zdravotnické záchranné služby se tedy řídí předpokládaným souhlasem a jedná v nejlepším zájmu pacienta (Ptáček a Bartůněk, 2014).

V přednemocniční péči bereme zřetel na dříve vyslovené přání pacienta, pokud nastala situace, na které se dříve vyslovené přání vztahuje a pacient se nachází v takovém stavu, že není sám schopen projevit svůj souhlas či nesouhlas s léčbou. Dříve vyslovené přání musí také obsahovat podepsané poučení pacienta o dopadech na jeho zdravotní stav při nezahájení léčby s jeho praktickým ošetřujícím lékařem nebo s lékařem z oboru, se kterým souvisí sepsané přání. Dříve vyslovené přání nerespektujeme ve stejných situacích, jak je uvedeno výše (Málek a Knor, 2019).

V přednemocniční péči se často jedná o nepřehledné situace. Většina pacientů má ve svém dříve vysloveném přání požadavek, že nechtějí být resuscitováni. Kardiopulmonální resuscitace musí být zahájena v co nejkratším možném čase. Nezbývá čas na nepodstatné věci a není čas na hledání, čtení a ověřování dokumentů, jako je dříve vyslovené přání. Musíme se spoléhat na rodinu, která je dost dobře obeznámena s pacientovým přáním (Ptáček a Bartůněk, 2014).

2 Praktická část

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit informovanost zdravotnických záchranářů o problematice Dříve vyslovených přání.

Cíl 2: Zjistit etický pohled zdravotnického záchranáře na problematiku Dříve vyslovených přání.

Cíl 3: Zmapovat množství případů, kdy se zdravotnický záchranář setká s pacientem, který má sepsané Dříve vyslovené přání

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Jaká je hloubka informovanosti zdravotnického záchranáře o problematice Dříve vysloveného přání?

Výzkumná otázka 2: Je etický pohled zdravotnického záchranáře na danou problematiku kladný, nebo spíše záporný?

Výzkumná otázka 3: Setkáme se s více pacienty, kteří mají sepsané Dříve vyslovené přání, v přednemocniční péči než v nemocničním zařízení?

2.3 Hypotézy pro kvantitativní část výzkumu

Hypotéza 1: Zdravotničtí záchranáři, kteří mají praktickou zkušenost s Dříve vysloveným přáním pacienta, hodnotí tento nástroj pozitivněji než zdravotničtí záchranáři bez praktické zkušenosti.

Hypotéza 2: Zdravotničtí záchranáři s delší praxí projevují větší ochotu respektovat Dříve vyslovené přání než zdravotničtí záchranáři s kratší praxí.

2.4 Metodika

Při zpracování bakalářské práce na téma Dříve vyslovená přání pacienta z pohledu přednemocniční péče jsem zvolila získávání dat formou kvantitativního a kvalitativního výzkumu.

Při zpracování dat formou kvantitativního výzkumu jsem zvolila krátký a výstižný dotazník. Dotazník obsahoval dvacet uzavřených otázek. Poslední jednadvacátá otázka byla otevřená a žádala jsem v ní dotazované respondenty o zanechání kontaktu pro zpracování kvalitativního výzkumu formou nestrukturovaného rozhvoru. Dotazník byl vyvěšený zpracovaný v programu Microsoft Forms. Vyvěšený dotazník byl dostupný pouze v online formě. Dotazovaní respondenti, které jsem žádala o vyplnění dotazníku, byli zdravotničtí záchranáři pracující v kraji Vysočina.

Za výzkumnou metodu jsem zvolila dotazníkové šetření, protože se hojně vyskytuje a využívá. Umožňuje sběr velkého množství dat, které je možné získat za velmi krátký časový usek. Dotazník patří mezi ekonomicky výhodný sběr dat (Chráška, 2016).

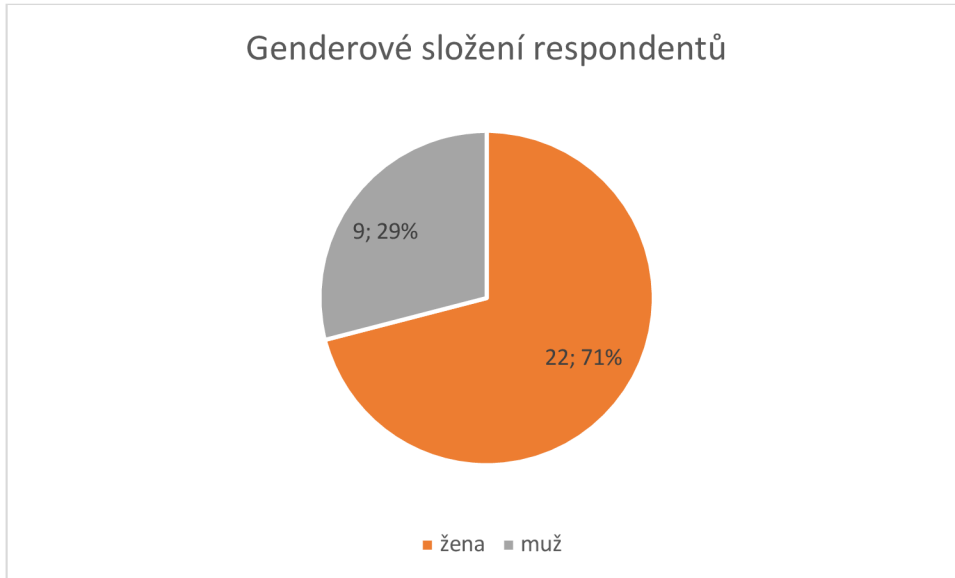
Při kvalitativním sběru dat jsem zvolila formu nestrukturovaného rozhvoru, který obsahoval zhruba deset až čtrnáct otázek, na které respondenti odpovídali podle vlastního uvážení.

Rozhovor umožňuje respondentům více projevit svůj postoj či názor na danou problematiku. Jde o vytvoření blízkého kontaktu mezi tazatelem otázek a respondentem. Důležité je vytvořit příjemnou atmosféru pro sdělování, někdy až osobních, názorů. Při nestrukturovaném dotazníku, jde o lepší navázání kontaktu s respondentem, kdy je získávání informací nejbliže přirozené komunikaci. Umožňuje pokládání otázek tazatelem podle toho, jak uzná za vhodné. Je možné se k otázkám postupně vracet a získat co nejupřímnější a nejpřirozenější odpověď respondenta (Chráška, 2016).

2.5 Zpracování dat kvantitativního výzkumu

Otázka číslo 1:

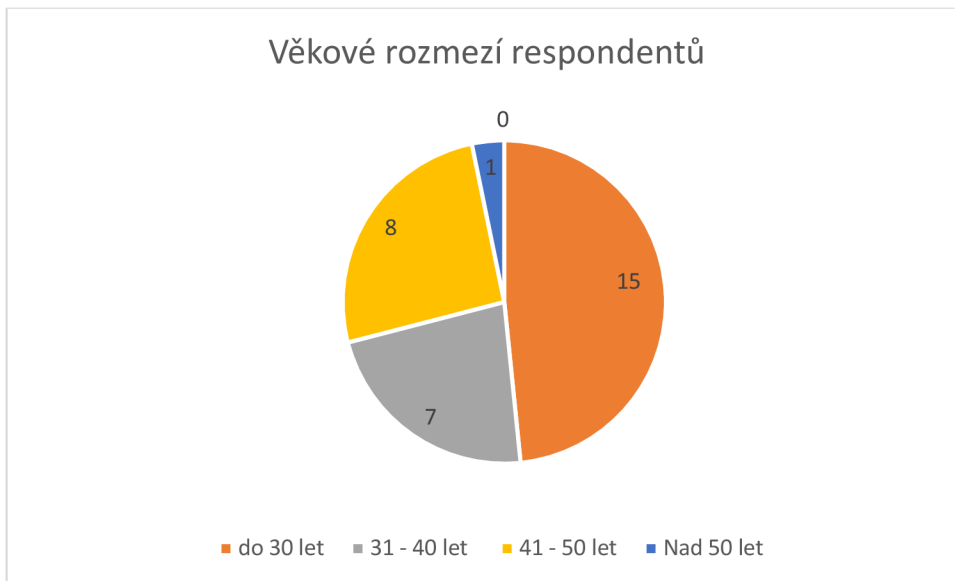
Vaše pohlaví:



První otázka byla směřovaná na pohlaví odpovídajících respondentů. Z 31 dotazovaných respondentů odpovědělo 22 žen (71 %) a 9 mužů (29 %). Žádný z respondentů nezvolil možnost, kde nechce svoje pohlaví uvádět.

Otázka č. 2

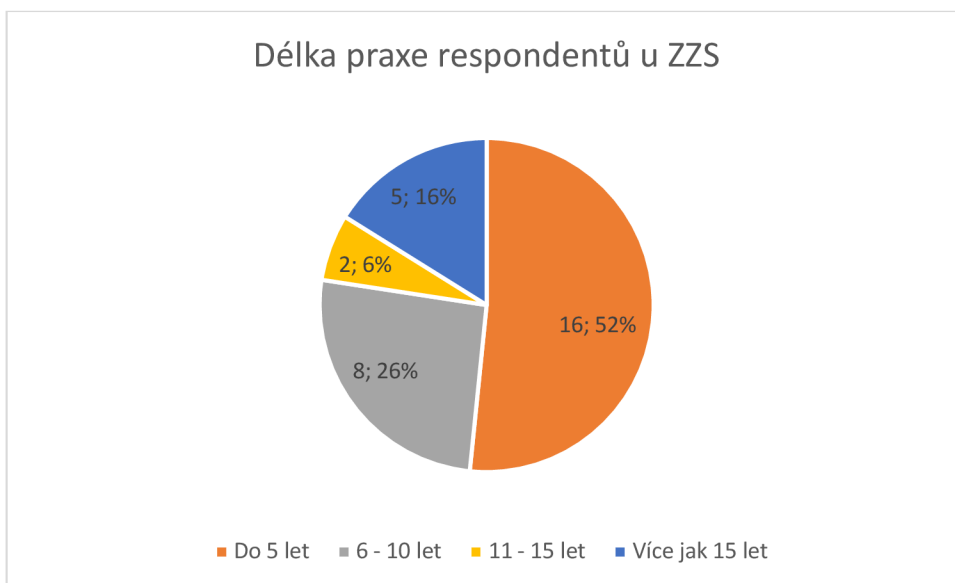
Váš věk:



Z odpovědi je patrné, že největší množství respondentů se pohybuje ve věkovém rozmezí do 30 let – 15 záchranářů. V dalším rozmezí 41–50 se pohybuje 8 záchranářů. Ve věkovém rozmezí 31–40 let se vyskytuje 7 záchranářů. V poslední věkové skupině nad 50 let se pohybuje 1 záchranář z dotazovaných 31 respondentů.

Otázka č. 3

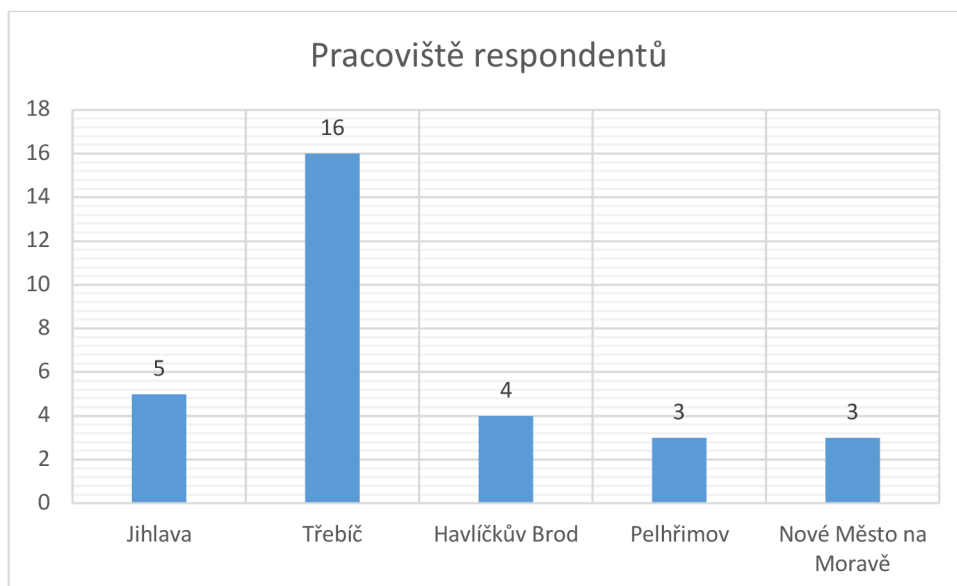
Délka Vaší praxe u ZZS:



Nejvíce respondentů má za sebou praxi do 5 let, jedná se o 16 respondentů (52 %). Absolvovanou praxi 6–10 let má splněnou 8 respondentů (26 %). Praxi 11–15 let absolvovali 2 respondenti (6 %). K praxi více jak 15 let se hlásí 5 respondentů (16 %).

Otázka č. 4

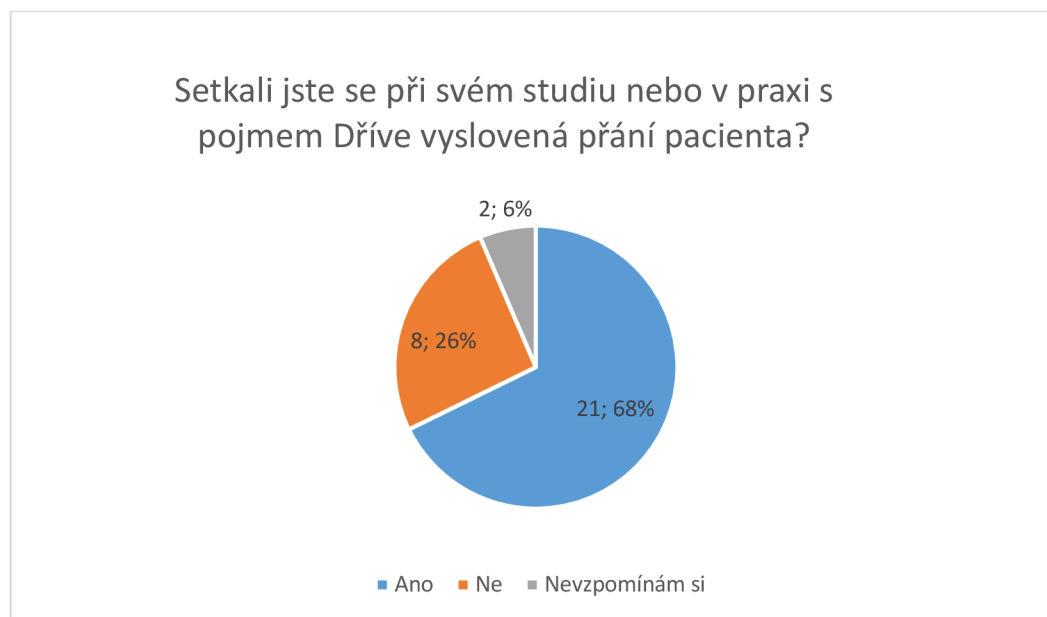
Oblastní středisko, kde v současnosti pracujete u ZZS:



Dotazovaní respondenti byli vybráni z Kraje Vysočina. V Kraji Vysočina se nachází pět oblastních středisek. Nejvíce respondentů odpovědělo z oblastního střediska Třebíč, tedy 16 respondentů. Z jihlavského oblastního střediska odpovědělo 5 respondentů. Z oblastního střediska z Havlíčkova Brodu odpověděli 4 respondenti. Z oblastního střediska z Pelhřimova a Nového Města na Moravě odpověděli z každého oblastního střediska 3 respondenti.

Otázka č. 5

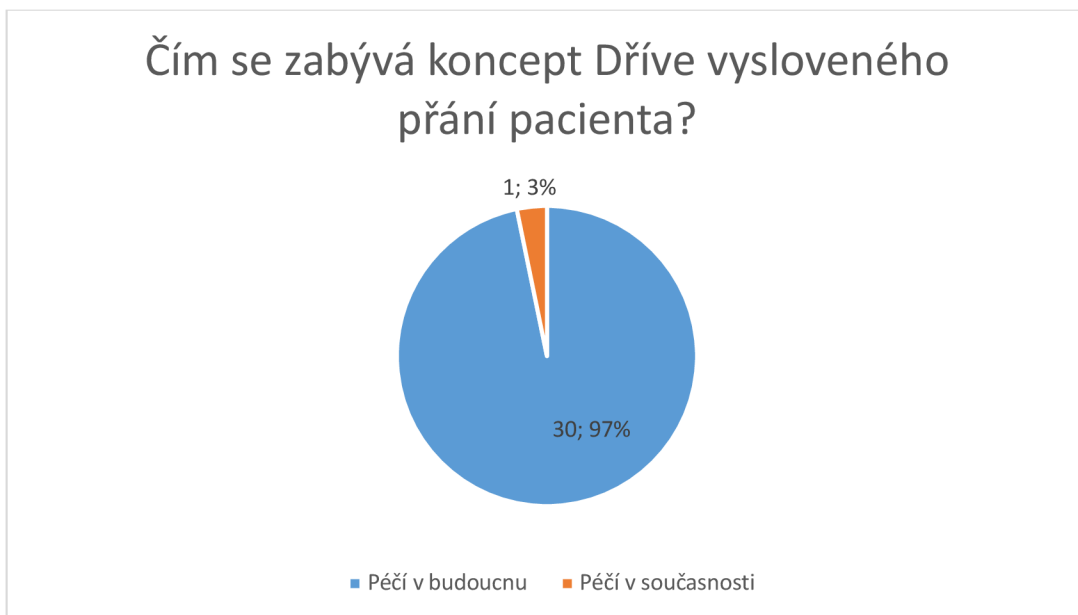
Setkali jste se při svém studiu nebo v praxi s pojmem Dříve vyslovená přání pacienta?



Z dotazovaných jednatřiceti respondentů se 21 (68 %) setkala ve své praxi nebo v rámci studia s konceptem Dříve vysloveného přání. S problematikou Dříve vysloveného přání se neseťkalo 8 (26 %) respondentů a zbylí 2 (6 %) respondenti si nejsou vědomi, zda se s danou problematikou někde setkali.

Otázka č. 6

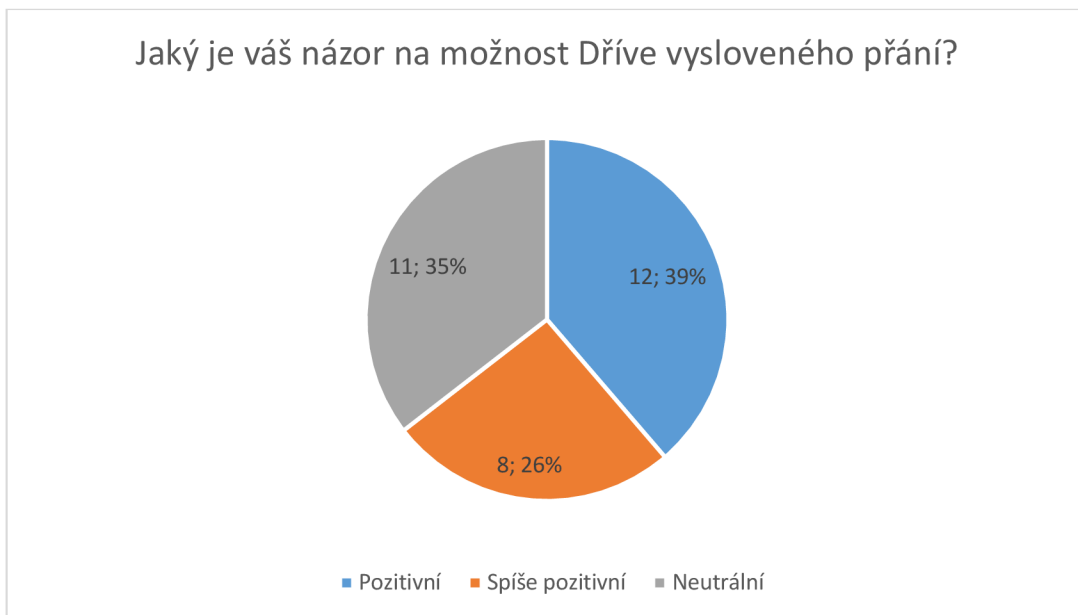
Čím se zabývá koncept Dříve vysloveného přání pacienta?



U otázky číslo šest byla odpověď zcela jednoznačná. 30 respondentů (97 %) zvolilo správnou odpověď, že koncept Dříve vysloveného přání se zabývá souhlasem či nesouhlasem s poskytovanou péčí v budoucnosti pacientova života. Pouze 1 respondent (3 %) zvolil nesprávnou odpověď.

Otázka č.7

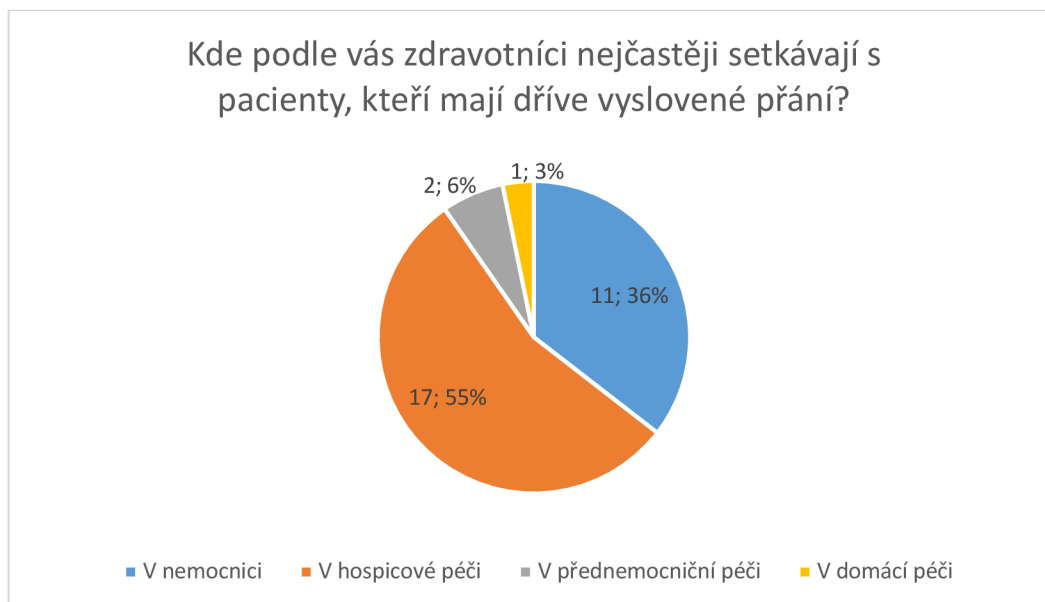
Jaký je váš názor na možnost Dříve vysloveného přání?



Převládá kladný názor respondentů na koncept Dříve vysloveného přání. Z 31 respondentů mělo 20 respondentů kladný postoj: 12 (39 %) odpovědí je pozitivních a 8 (26 %) spíše pozitivních. Pouze 11 (35 %) respondentů má neutrální názor. Nečetkala jsem se s negativní odpovědí.

Otázka č. 8

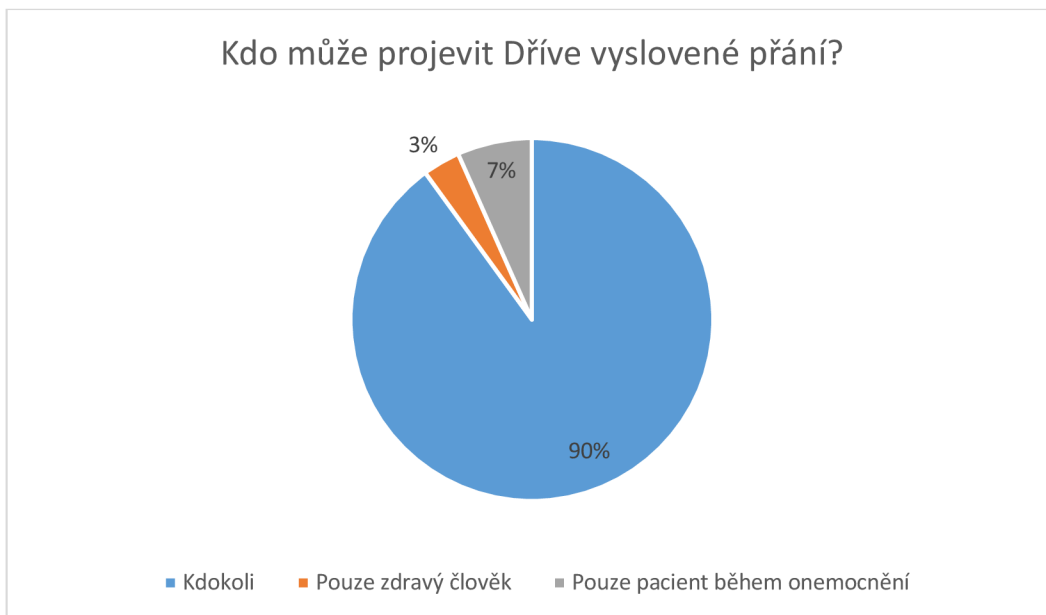
Kde se podle vás zdravotníci nejčastěji setkávají s pacienty, kteří mají *Dříve vyslovené přání*?



Nejméně se člověk setká s konceptem Dříve vysloveného přání v přednemocniční péči a v domácí péči. Nejvíce se s touto problematikou setkáváme v hospicové péči a také v nemocničním zařízení.

Otázka č. 9

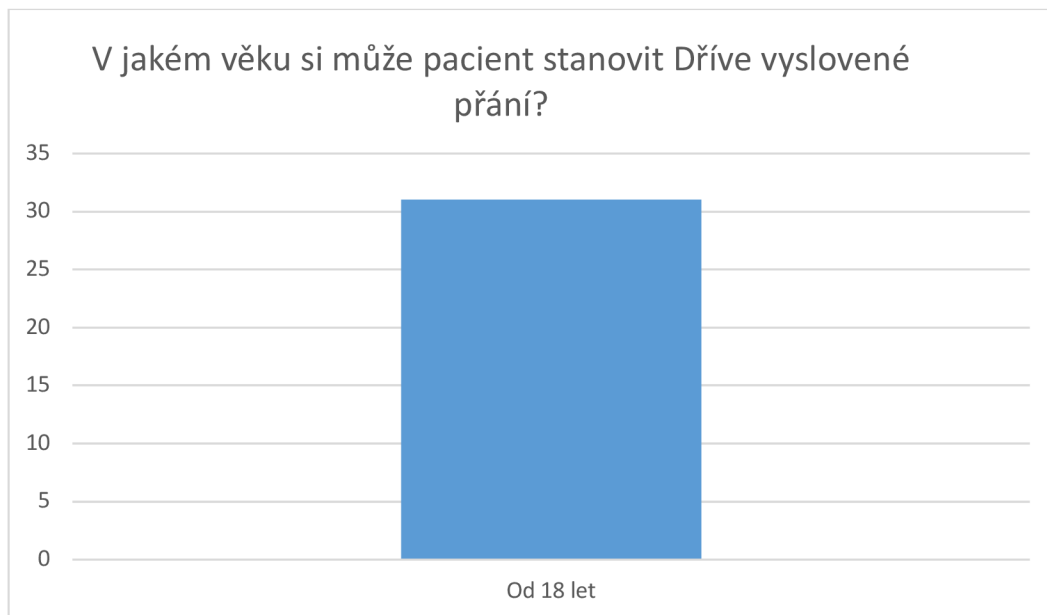
Kdo může projevít *Dříve vyslovené přání*?



Většina respondentů, tedy konkrétně 27 (90 %), zvolila správnou možnost, že *Dříve vyslovené přání* si může sepsat kdokoli.

Otázka č. 10

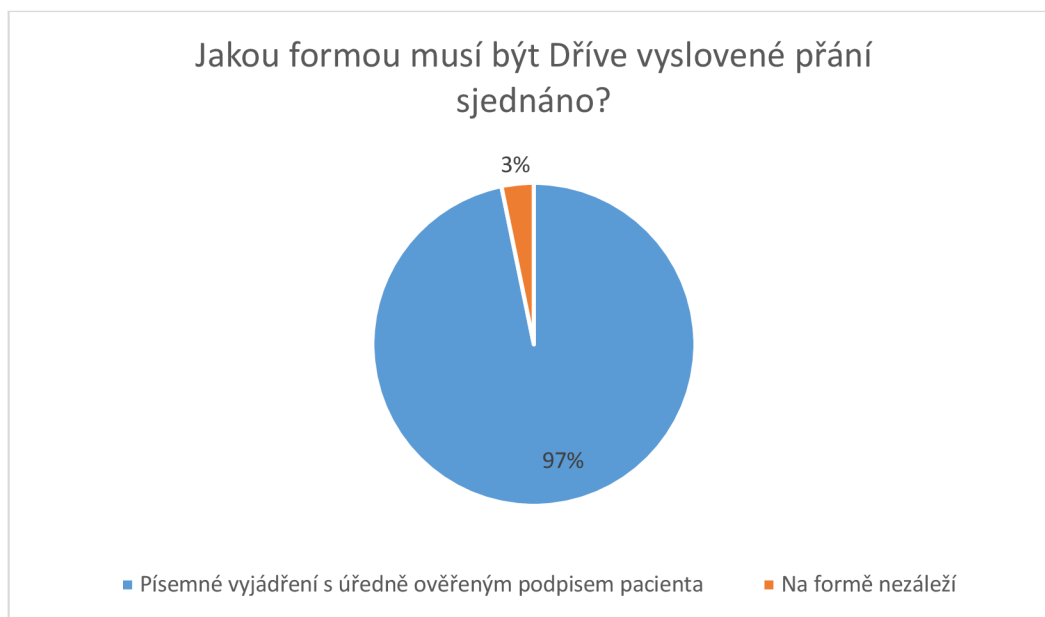
V jakém věku si může pacient stanovit *Dříve vyslovené přání*?



U otázky číslo deset byla odpověď jednoznačná. Všichni dotazovaní zvolili stejnou možnost. Dříve vyslovené přání si může sepsat člověk, který dovršil věku 18 let.

Otázka č. 11

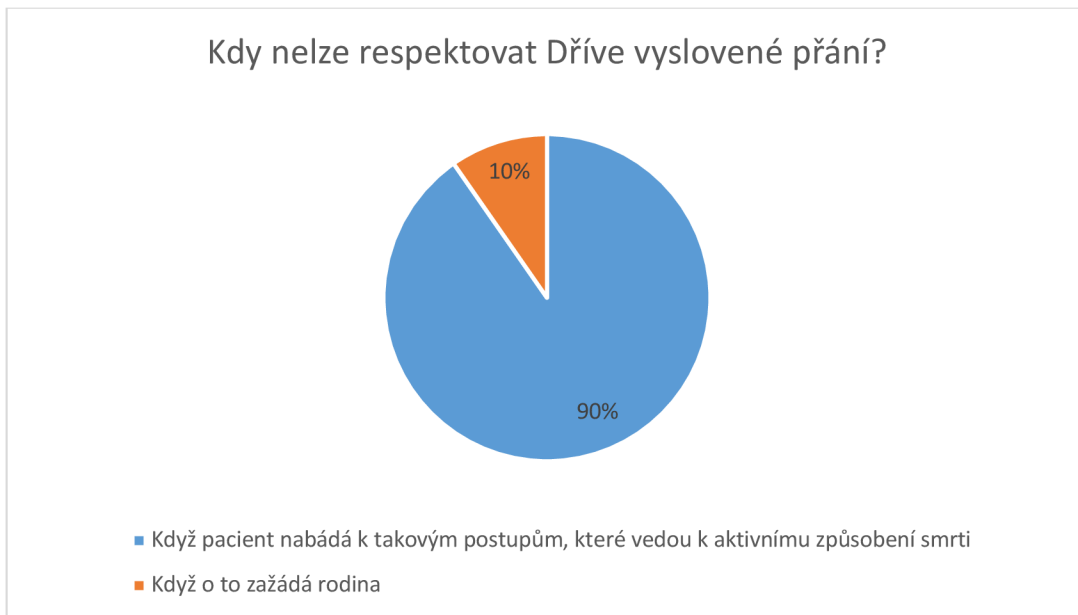
Jakou formou musí být *Dříve vyslovené přání* sjednáno?



Velké množství respondentů 30 (97 %) má povědomí, že aby bylo *Dříve vyslovené přání* platné, musí být sjednáno písemně s úředně ověřeným podpisem.

Otázka č. 12

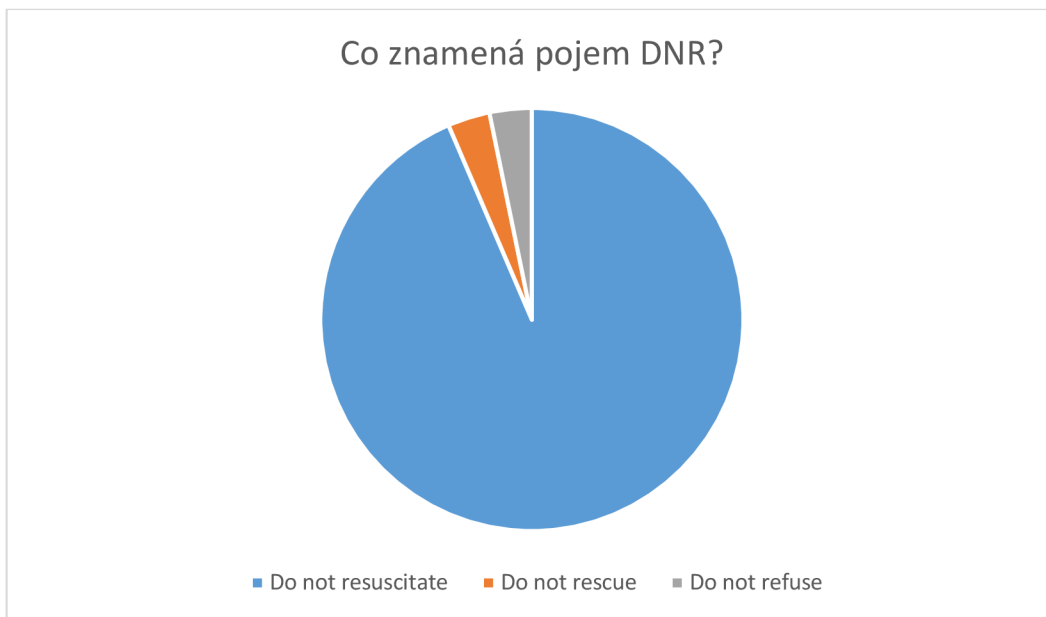
Kdy nelze respektovat *Dříve vyslovené přání*?



Pouze 3 respondenti (10 %) si myslí, že *Dříve vyslovené přání* nelze respektovat, pokud o to žádá rodina. Tato odpověď nemůže být brána jako správná. Správnou odpovědí je, když pacient nabádá k takovým postupům, které vedou k aktivnímu způsobení smrti. Tuto odpověď zvolilo 28 respondentů (90 %).

Otázka č. 13

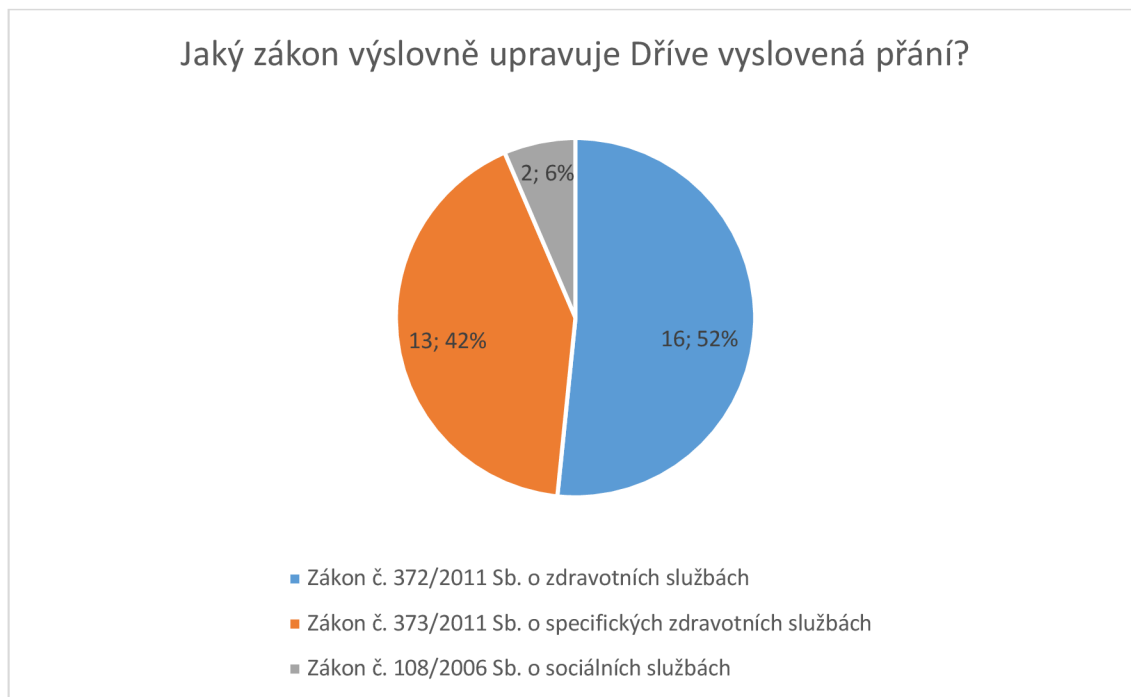
Co znamená pojem DNR?



Pojem DNR znamená do not resuscitate, danou možnost zvolilo 29 respondentů (94 %).

Otázka č. 14

Jaký zákon výslovně upravuje *Dříve vyslovená přání*?



Odpovědi respondentů se u otázky číslo čtrnáct rozchází. Zákon, který se zabývá problematikou Dříve vysloveného přání, je zákon 372/2011 Sb. o zdravotních službách. Danou odpověď zvolilo 16 respondentů (52 %).

Otázka č. 15

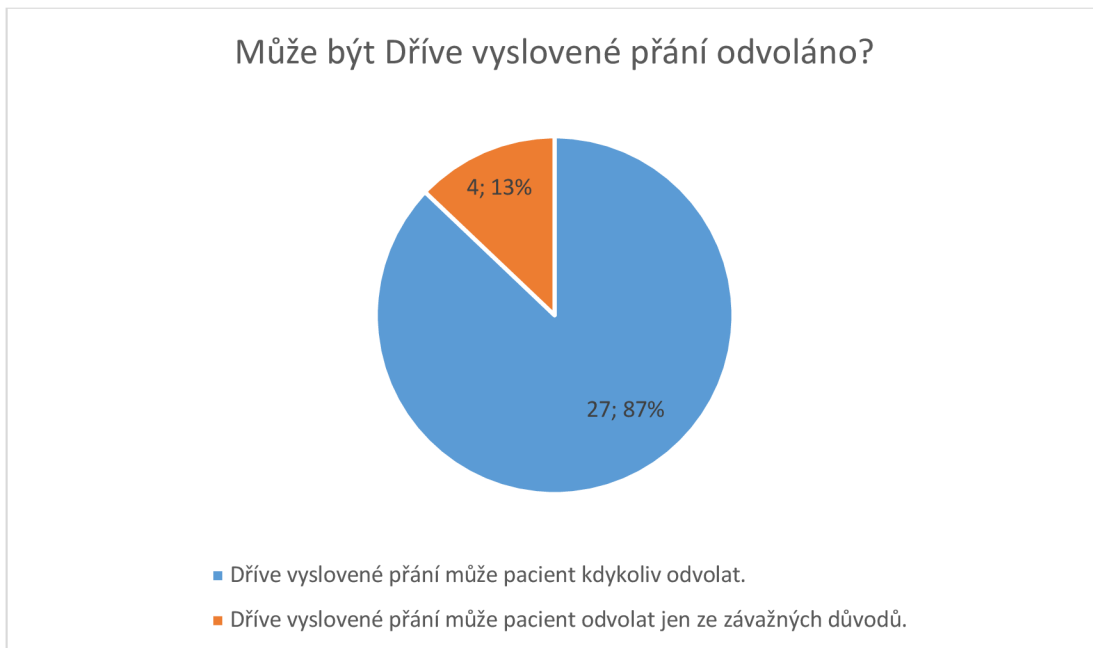
Jak je *Dříve vyslovené přání* závazné?



Převládá správně zvolená odpověď u 22 dotazovaných (71 %), kdy *Dříve vyslovené přání* má být respektováno, pakliže neexistují vážné důvody pro jeho nerespektování.

Otázka č. 16

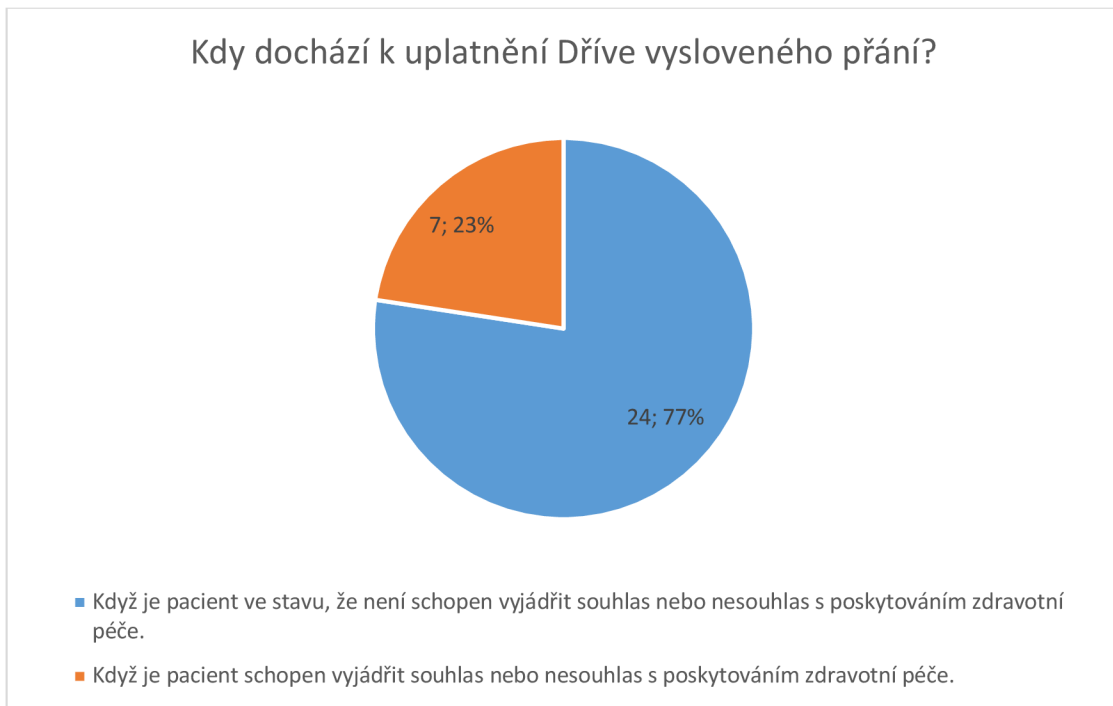
Může být *Dříve vyslovené přání* odvoláno?



Na otázku, zda může být *Dříve vyslovené přání* odvoláno, pouze 4 dotazovaní (13 %) nezvolili správnou odpověď. *Dříve vyslovené přání* může pacient kdykoliv odvolat a nemusí uvádět jakékoliv důvody. Tuto odpověď zvolilo 27 respondentů (87 %).

Otázka č. 17

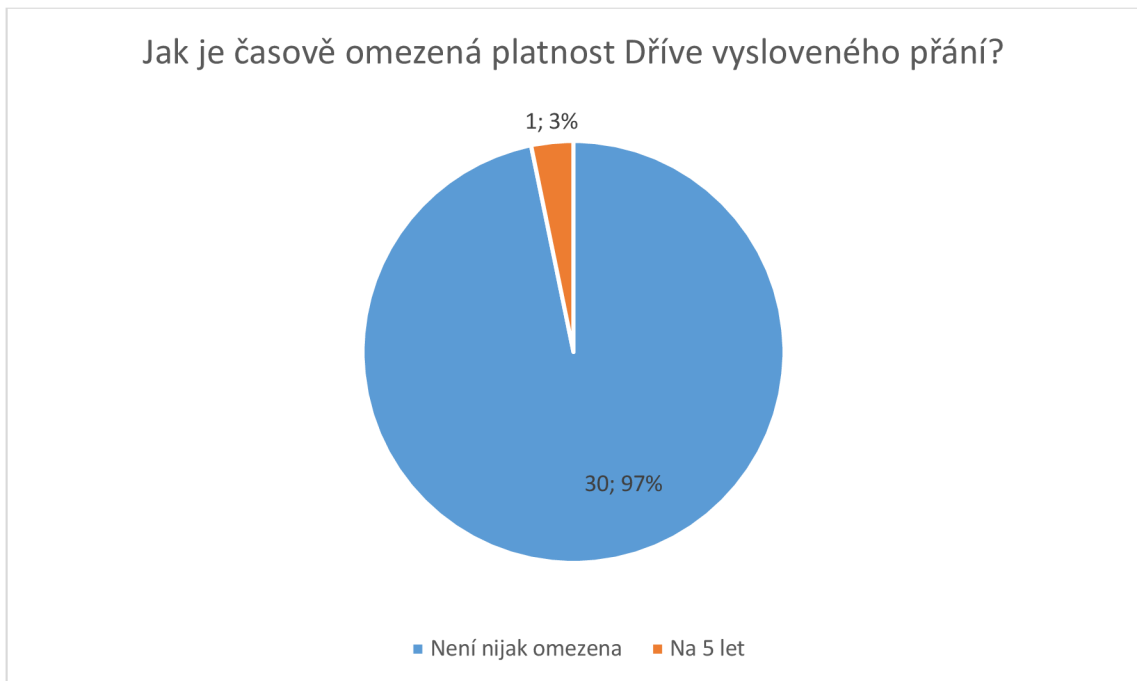
Kdy dochází k uplatnění *Dříve vysloveného přání*?



Dříve vyslovené přání můžeme uplatnit pouze tehdy, pokud se pacient dostává do stavu, kdy není schopen vyjádřit souhlas nebo nesouhlas s poskytováním zdravotní péče. Správnou možnost zvolilo 24 respondentů (77 %).

Otázka č. 18

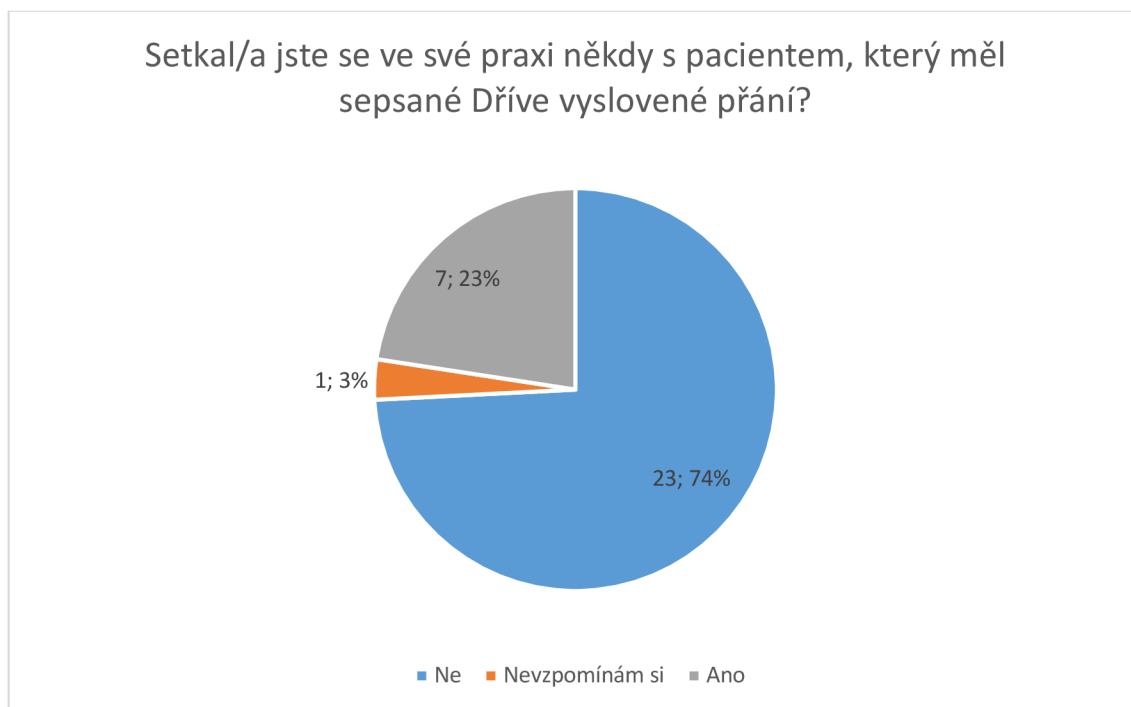
Jak je časově omezená platnost *Dříve vysloveného přání*?



Původně bylo *Dříve vyslovené přání* platné pouze 5 let, pak jeho platnost vypršela. Tuto možnost zvolil 1 respondent (3 %). Dnes není platnost žádným způsobem časově omezená. Odpověď zvolilo 30 respondentů (97 %).

Otázka č. 19

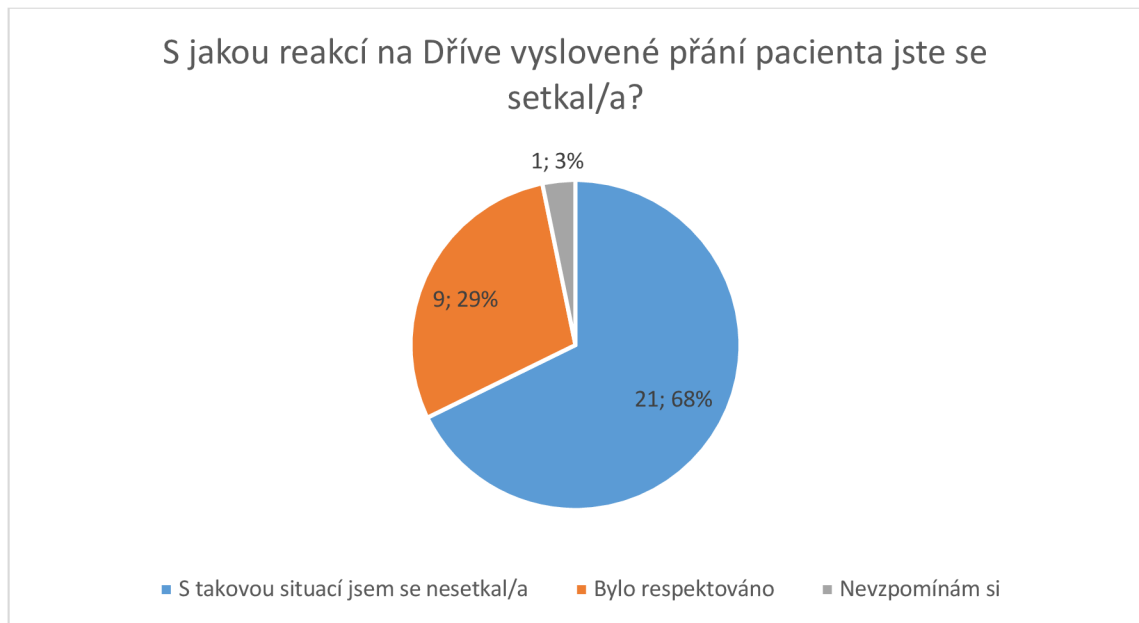
Setkal/a jste se ve své praxi někdy s pacientem, který měl sepsané *Dříve vyslovené přání*?



Většina respondentů, tj. 23 (74 %), se ve své praxi s *Dříve vysloveným přáním* nesešla. Pouze 7 respondentů (23 %) se ve své praxi s takovým pacientem setkala.

Otázka č. 20

S jakou reakcí na *Dříve vyslovené přání* jste se setkal/a?



V návaznosti na předchozí otázku se s reakcí na situaci nesetkalo 21 respondentů (68 %). Dříve vyslovené přání bylo respektováno u 9 respondentů (29 %).

Otázka č. 21

Poslední otázka, byla jako jediná otázka otevřená. Žádala jsem respondenty, zda by byli ochotni na sebe nechat kontakt. Ráda bych s nimi vedla rozhovor na téma Dříve vyslovené přání pacienta. Chtěla bych blíže probrat zkušenosti a názory respondentů na Dříve vyslovená přání, ale i na širší kontext poskytování zdravotní péče v závěru života.

2.6 Kvalitativní výzkum

Data ke zpracování kvalitativního výzkumu jsem získala od ochotných respondentů, kteří mi v poslední otázce mého dotazníku zanechali na sebe kontakt. Chtěla jsem získat více autentické názory na problematiku Dříve vysloveného přání. Rozhovor obsahoval deset nestrukturovaných otázek. Podařilo se mi shromáždit rozhovory od deseti respondentů.

2.6.1 Respondenti

Záchranář č. 1

Jedná se o ženu ve věku 54 let. U zdravotnické záchranné služby pracuje 18 let. Etický pohled na problematiku Dříve vysloveného přání nahlíží pozitivně. Zdravotnická záchranářka ji vnímá jako možnost pacienta určit si postup léčby a vývoj nemoci.

Záchranář č. 2

Jedná se o muže ve věku 35 let. Délka praxe je 12 let. Při rozhovoru byl vidět velký přehled o dané problematice. Má velice pozitivní pohled na koncept Dříve vysloveného přání. Zdravotnický záchranář má i osobní zkušenost s pacientkou, která měla Dříve vyslovené přání sepsané. Jednalo se o onkologicky nemocnou pacientku v pokročilém stádiu nemoci. Nebylo však nutné přání respektovat. Jednalo se pouze o převoz pacientky do nemocničního zařízení.

Záchranář č. 3

Jedná se o ženu ve věku 30 let s délkou praxe 9 let. Zdravotnická záchranářka má dosažené magisterské studium a postgraduální vzdělání v rámci své profese. Získala specializaci v urgentní medicíně a stala se super záchranářem. Na dané téma jsme vedly velice zajímavou konverzaci. Jedna z mála respondentů udává neutrální postoj k dané problematice. Má pocit nepřesného ukotvení problematiky v zákoně. Pokud by však došlo k správnému ošetření problematiky, velice by to uvítala.

Záchranář č. 4

Jedná se o muže ve věku 53 let s délkou praxe 26 let. V rámci své profese vyučuje na zdravotnické škole, takže má veliké povědomí a spoustu informací o problematice Dříve vysloveného přání. Bylo velice zajímavé poslouchat příběh, kdy se setkal s Dříve vysloveným přáním u pacientky v terminálním stádiu onkologického onemocnění. U

pacientky nastala zástava oběhu. Při kontrole Dříve vysloveného přání byla zjištěna chyba, kdy nebylo úředně ověřené.

Přání pacientky nebylo možné respektovat, proto zahájili neodkladnou kardiopulmonální resuscitaci.

Záchranář č. 5

Jedná se o ženu ve věku 55 let s délkou praxe 20 let. Když jsem se ptala na názor na dané téma, dostalo se mi neutrální odpovědi: „*Je to každého věc.*“ Zdravotnická záchranářka dříve pracovala na anesteziologicko-resuscitačním oddělení a nevidí velký přínos v resuscitaci polymorbidních, onkologicky nemocných a přestárých pacientů. Při práci v nemocnici viděla takto spoustu lidí skončit na oddělení následné intenzivní péče, kdy bylo zřejmé, že nedojde ke zlepšení pacientova stavu. Většinou skončili ve vigilním kómatu.

Záchranář č. 6

Jedná se o muže ve věku 30 let s délkou praxe 3 roky. Překvapil mě velmi pozitivní pohled na Dříve vyslovené přání. Netajil se ani poznámkou, že je příznivcem eutanázie. Sám se při rozhovoru svěřil, že si nepřeje, aby mu v případě nějaké nehody nebo zhoršení zdravotního stavu byla zavedená tracheostomie a zavedený permanentní močový katetr. Sám uvažuje o sepsání Dříve vysloveného přání.

Záchranář č. 7

Jedná se o muže ve věku 32 let s délkou praxe 10 let. Na problematiku uvedl neutrální názor. Je potřeba ukotvit problematiku více legislativně a určit striktní podmínky. V rámci své praxe se s dokumentem setkal u pacienta, který si nepřál být resuscitován v rámci svého onkologického onemocnění. Jako důvod k vyjetí sanitního vozu byla uvedena bolest břicha, takže Dříve vyslovené přání nebylo využito. Bylo však přiloženo k dokumentaci a následně i s pacientem předáno v nemocnici.

Záchranář č. 8

Jedná se o mladou ženu, ve věku 25 let s délkou praxe 2 roky. S danou problematikou se setkala pouze v rámci studia, ale v rámci své profese nikoliv. Má pozitivní etický pohled,

kdy vidí v problematice určité pozitivum. Má pocit, že mnohdy rodina není smířená s osudem pacienta. Pacienta nutí podstupovat mnoho nepříjemných procedur, které nemají velký význam. Pacient by měl mít možnost určit si postup léčby pro případ, že se dostane do stavu, kdy nebude schopen sám rozhodnout. Je to velice těžké období pro rodinu, ale někdy je pro pacienta lepší důstojně dožít v pohodlí domova obklopen nejbližšími.

Záchranář č. 9

Jedná se o ženu, ve věku 50 let s délkou praxe 20 let. Za svou letitou praxi nemá žádnou osobní zkušenost s konceptem Dříve vysloveného přání. Pokud by se s ním však v budoucnu setkala, bude jej respektovat. Musí být však notářsky ověřené a vše dobře zapsané.

Záchranář č. 10

Jedná se o ženu ve věku 64 let s délkou praxe přes 30 let. Zdravotnická záchranářka má také bohaté zkušenosti s prací na zdravotnickém operačním středisku. Etický pohled na problematiku vnímá velice pozitivně. Při rozhovoru si záchranářka vybavuje spoustu případů, kdy by bylo Dříve vyslovené přání pro pacienta prospěšné. I při své práci na zdravotnickém operačním středisku se nesečkala, že by příbuzní zmínili zmínku o Dříve vysloveném přání pacienta.

2.6.2 Ukázka rozhovoru s respondentem č.3

Otázka č. 1: Víte, co je pojem Dříve vyslovené přání? Dokázali byste jej nějak definovat?

Dříve vyslovené přání bych si charakterizoval tak, že je to přání pacienta, který si dopředu s právníkem sepíše ohledně svého zdravotního stavu, jak si přeje být ošetřován ve smyslu spíš nebyť ošetřován. Musí být ověřeno notářem a musí být spravované v době, kdy je pacient při mentálních smyslech a je schopen rozhodovat o svém budoucím zdraví. Podle mě se to týká závažných diagnóz, kdy pacient očekává zhoršení jeho stavu. Následně už by neměl ten správný náhled na situaci. Nechce být například resuscitován nebo nechce, aby mu byla podávána některá léčiva a tak dále.

Otázka č. 2: Jaký je váš názor na Dříve vyslovené přání?

Určitě pozitivní, jsem i příznivcem eutanazie. Pokud je vše správně uchopené, což je trošku problém si myslím. Každý pacient má mít nárok si rozhodnout o svém zdravotním stavu. Je samozřejmě potřeba to nějak právně uchopit, tak aby to nebylo zneužitelné, ale pokud se rozhodne, že chce odmítnout péči nebo si chce vytyčit body, ve kterých nechce, aby mu byla poskytována péče, tak si myslím, že je to úplně v pořádku.

Otázka č. 3: Kterí pacienti se uchylují k sepsání Dříve vysloveného přání?

Tak asi se k tomu uchylují pacienti, kteří mají dlouhodobé onemocnění onkologické. Mají nějaké bolesti a vyčerpali veškeré dostupné klinické metody. Jsou v podstatě unaveni touto nemocí a samozřejmě trpí nějakou bolestí.

Otázka č. 4: Víte, co vše spadá do Dříve vysloveného přání?

Jednak, že nechce být resuscitován. Samozřejmě může odmítnout nějakou péči nebo postup, který mu je nabídnut. Nemusí třeba chtít transfuze a další věci. Co se týká nás, tak se hlavně jedná o resuscitaci, zda zahájit nebo ne.

Otázka č. 5: Setkali jste se v přednemocniční péči s problematikou Dříve vysloveného přání? Máte s Dříve vysloveným přáním nějaké zkušenosti?

Ano setkal. Pacient to měl sepsané, ale neměl tam razítko, takže to nebylo právnicky správně, takže jsme KPR museli zahájit. Nebylo to notářsky ověřené.

Otázka č. 6: Máte v přednemocniční péči možnost nabídnout pacientovi sepsat Dříve vyslovené přání?

Ano, jedná se o dokument, který vozíme v autě. Pacient už třeba nějakou dobu ví, že by si nepřál některé úkony, tak bychom mu měli říct, že máme takový dokument, který ale my mu necháme v situaci, ve které nejde o život ohrožující stav a musí si ho s nějakým právníkem právě nechat potvrdit. Vymezit si věci, které on nechce, ale ten formulář na to máme a jsme schopni ho nabídnout. Pak už záleží na pacientovi, jak se k tomu postaví.

Otázka č. 7: Myslíte, že by se Dříve vyslovené přání mohlo stát prospěšné?

Já si o tom osobně myslím, že u většiny fatálních stavů není úplně etické takového člověka resuscitovat. Eventuelně mu poskytovat nějakou podporu, která nevede k uzdravení, že ten člověk ví, v jakém je stavu. Rozhodne se sám, a pokud taková možnost existuje, tak jde o to, aby byl informovaný a zároveň my abychom se dozvěděli o tom, že přání má sepsané. Musí být právně podpořené, a tím pádem ho určitě budeme respektovat. Nepovažuji úplně za vhodné resuscitovat devadesátileté lidi s metastazujícím onemocněním. To prostě podle mě není dobře. Bylo by prospěšné, kdyby lidi a rodiny chápali váhu diagnózy. To znamená, že rodina bude uvědomělá a bude se někdo věnovat i tomu, aby byla i smířená, aby mohl pacient důstojně dožít po boku rodiny. Aby rodina chápala, že je lepší se sejít a zapálit hromničku a nezahajovat resuscitaci. Mají to dobře podchycené u hospicových pacientů. Takhle to funguje v domácí hospicové péči.

Otázka č. 8: Proč myslíte, že Dříve vyslovené přání není využívané?

Jeden důvod je, že se o tady takové možnosti vůbec neví, že existuje. Myslím si, že druhým důvodem je takové to vytěsnění smrti. Další důvod je, že mají strach, že jejich rozhodnutí není profesionální a tolik nerozumí zdravotnímu stavu pacienta. Nedokážou odhadnout, zda by ten zdravotní stav ještě nešel zvrátit a jestli by se nenašlo ještě nějaké řešení. Mají strach, že by pak nemohli své rozhodnutí vzít zpět.

Otázka č. 9: Měli jste někdy pocit, že zásah urgentní medicíny byl pro pacienta neprospěšný?

*Vybavuji si 10 000 případů. Pacienti, kteří trpí rakovinou, by neměli být resuscitováni. Samozřejmě musí být v terminálním stádiu. Setkala jsem se pouze jednou s tím, kdy doktor řekl, že nebude resuscitaci zahajovat. Jinak pokaždé resuscitaci zahájili. **Myslíte si, že je to kvůli tomu, že by ho rodina mohla žalovat?** Ano, hlavně na místě je ta situace s rodinou tak vyhrocená, že si lékař nedovolí nezahájit. Rodina si není schopna připustit, že jejich nejbližších umře. Oni to vědí a očekávají, ale smíření s tím nejsou a chtějí to odvrátit. Vybavuji si pouze čtyři resuscitace, které měly smysl, jinak je to někde na hraně alibismu.*

Otázka č. 10: Napadá vás způsob, jak Dříve vyslovené přání přiblížit lidem?

Nějaká medializace ve smyslu, jak teď běží Smysl pro tumor. Kdyby existovala nějaká podobná varianta seriálová nebo filmové zpracování, které by více přiblížily Dříve vyslovené přání lidem. Byla by zmíněná pro a proti a jaké jsou právní podmínky. Víc lidí by se o tom dozvědělo. To si myslím, že by samozřejmě zvýšilo využívání.

2.6.3 Charakteristika

Všech deset respondentů bylo schopno svými slovy popsat definici Dříve vysloveného přání. Dříve vyslovené přání si většina záchranářů charakterizuje jako psaný dokument, který si pacient sepíše pro případ, že se dostane do stavu, kdy nebude schopen rozhodnout o svém postupu léčby. Dříve vyslovené přání musí mít písemnou formu a musí být sepsáno v době, kdy je pacient ještě schopen za sebe rozhodovat sám. Celý dokument musí být notářsky ověřený, aby se stal platným. Jeho platnost není nijak omezena jako v dřívějších letech. Dříve byla platnost omezena na dobu 5 let. Pacient může své přání kdykoliv odvolat. Velice si mi líbila charakteristika záchranáře č. 6: *„Jedná se o úřední dokument, který by měl přinést právní ochranu pacientovi v případě, že nebyl schopen vyslovit souhlas či nesouhlas s poskytnutím zdravotní péče. Když by se dostal do stavu ošetření, kde by nebyl schopen vyslovit souhlas nebo nesouhlas.“*

2.6.4 Názor na Dříve vyslovené přání

Každý respondent projevil lehce odlišný názor na Dříve vyslovené přání. Převládá postoj velice pozitivní. Setkala jsem se i s neutrálním postojem u dvou respondentů, ale nikdo z respondentů neprojevil negativní názor. Při neutrálním postoji měli obavy o legislativní ukotvení. Nepřijde jim správně právně ošetřené. Jak zmiňoval záchranář č. 2: *„Určitě pozitivní, jsem i příznivcem eutanázie, pokud je správně uchopená, což je trošku podobné, si myslím, takže si myslím, že každý pacient má mít nárok si rozhodnout o svém zdravotním stavu. Je samozřejmě potřeba to nějak právně uchopit, tak aby nedocházelo ke zneužívání, ale pokud se rozhodne, že chce odmítnout péči nebo si chce vytyčit body, ve kterých nechce, aby mu byla poskytnutá péče, tak si myslím, že je to úplně v pořádku.“* Zajímavé odpovědi se mi dostalo od záchranářky č. 5: *„Jednotný názor na Dříve vyslovené přání nemůžu říct. Je to každého věc. Dívám se na to tak, že každý rozhoduje sám za sebe. Pokud je člověk svéprávný, může si dělat, co chce, je to každého věc a já to respektuji.“*

2.6.5 Zkušenost

V rámci přednemocniční péče jsem zaznamenala od respondentů velice malou hojnost výskytu Dříve vysloveného přání. Pouze tři z deseti respondentů se v rámci výkonu svého povolání setkali s konceptem Dříve vysloveného přání. Dva respondenti se setkali s přáním v momentě, kdy nebylo nutné jej respektovat. Jednalo se o jiný problém, než byl uvedený v sepsaném Dříve vysloveném přání. Přání tedy pouze přiložili k dokumentaci

a následně předali i s pacientem v nemocničním zařízení. S nerespektováním Dříve vysloveného přání se setkal záchranář č. 4: *„Vybavuji si jeden případ. Byli jsme u pacientky v bezvědomí s následnou zástavou oběhu. Pacientka si přála, že nechce být resuscitovaná, protože trpěla onkologickým onemocněním. Dříve vyslovené přání však nebylo notářsky ověřené, tak jsme přání nemohli respektovat a museli jsme zahájit kardiopulmonální resuscitaci.*

2.6.6 Prospěšnost Dříve vysloveného přání

Většina respondentů, kteří projevili pozitivní etický postoj k problematice Dříve vysloveného přání, souhlasí s jeho přínosem pro pacienta. Od záchranáře č. 8 jsem se setkala s názorem: *„Myslím, že by se mohlo stát přínosem u pacientů v terminálním stadiu, kteří nemají vidinu vyléčení. Předešlo by se umělému prodlužování života a snížilo by se utrpení pacienta, podle mého názoru.“* Méně konkrétní názor, který se dívá na problematiku z druhé stany, jsem dostala od záchranářky č. 3: *„Spíš by bylo prospěšné, kdyby lidi a ty rodiny chápali váhu diagnózy. To znamená, že rodina bude uvědomělá a bude se někdo věnovat i tomu, aby rodina byla smířená, aby pacient důstojně dožíval po boku rodiny a rodina chápala, že je lepší se sejít a zapálit hromničku, a ne zahajovat resuscitaci. Mají to dobře podchycené v domácí hospicové péči.“*

2.6.7 Neprospěšný zásah urgentní medicíny pro pacienta

Každý z respondentů si vybavil situace nebo pacienta, kdy považoval zásah urgentní medicíny za neprospěšný. Zajímavé byly odpovědi od respondentů, kteří kromě práce na zdravotnické záchranné službě mají pracovní působiště v jiných zařízeních. Záchranářka č. 5, která má zkušenost s prací na anesteziologicko-resuscitačním oddělení, odpověděla: *„Myslím, že staletí lidé by neměli být resuscitováni, aby jim byl uměle prodlužovaný život na oddělení ARO nebo na LDN (léčebna dlouhodobě nemocných). Spoustu lidí, kteří ve vysokém věku přežili resuscitaci, končí jako apalici někde na NIPU (následná intenzivní péče). Neměly by být prováděny výkony některým pacientům, kteří mají onemocnění v terminálním stadiu. Takovým pacientům by měla být nabídnutá paliativní péče, a ne být uměle prodlužován život.“* Se zajímavým pohledem jsem se setkala u záchranářky, která zároveň pracuje na zdravotnickém operačním středisku. Jedná se o záchranářku č. 10, která odpověděla: *„Vybavuji si X případů. Pacienti, kteří trpí rakovinou v terminálním stadiu s metastázemi, by neměli být resuscitováni. Setkala jsem se pouze jednou, kdy doktor řekl, že nebude zahajovat resuscitaci. Jinak pokaždé zahájil, protože na místě*

události je situace tak vyhrocená, že si lékař nedovolí nezačít. Rodina si není schopna připustit, že jejich nejbližší umře. Oni to vědí a očekávají to, ale smíření s tím nejsou a chtějí pacientův stav odvrátit.“ Ostatní záchranáři většinou totožně odpovídali, že nesouhlasí s resuscitací starých a polymorbidních pacientů, kdy jim přijde neetické resuscitovat šestadevadesátiletou pacientku, která je 5 let upoutaná na lůžku.

2.6.8 Souhrn dat

Záchranáři	Z1	Z2	Z3	Z4	Z5
Definice	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano
Postoj	Pozitivní	Pozitivní	Neutrální	Pozitivní	Neutrální
Zkušenost	Ne	Ano	Ne	Ano	Ne
Prospěšnost pro pacienta	Ano	Ano	Neutrální	Ano	Ano
Neprospěch urgentní medicíny	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano

Záchranáři	Z6	Z7	Z8	Z9	Z10
Definice	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano
Postoj	Pozitivní	Pozitivní	Pozitivní	Pozitivní	Pozitivní
Zkušenost	Ne	Ano	Ne	Ne	Ne
Prospěšnost pro pacienta	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano
Neprospěch urgentní medicíny	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano

3 Diskuse

Zpracovaná bakalářská práce nese název Dříve vyslovená přání pacienta z pohledu přednemocniční péče.

Ke zpracování tématu, byly stanovené tři cíle bakalářské práce. Prvním cílem bylo zjistit, jaká je informovanost zdravotnických záchranářů o problematice Dříve vyslovených přání. Cílem číslo dvě bylo zjistit, jaký je etický pohled zdravotnického záchranáře na problematiku Dříve vysloveného přání. Třetím posledním cílem bylo zmapovat množství případů, kdy se zdravotnický záchranář setká s pacientem, který má sepsané Dříve vyslovené přání.

K výše uvedeným výzkumným cílům byly zvoleny tři výzkumné otázky. První výzkumná otázka se zaměřuje na hloubku informovanosti zdravotnického záchranáře o problematice Dříve vysloveného přání. Druhá výzkumná otázka zaznamenává, jaký má zdravotnický záchranář etický pohled na problematiku. Jedná-li se o pohled spíše kladný nebo záporný. Poslední, třetí výzkumná otázka zjišťuje množství výskytu pacientů v přednemocniční péči. Zda-li se s takovým pacientem setkáme spíše v nemocniční péči nebo přednemocniční péči.

Pro kvantitativní část výzkumu jsem si zvolila dvě hypotézy. První hypotéza zjišťuje, zda zdravotničtí záchranáři, kteří mají praktickou zkušenost s Dříve vysloveným přáním pacienta, hodnotí tento nástroj pozitivněji než zdravotničtí záchranáři bez praktických zkušeností. Druhá hypotéza zjišťuje, zda zdravotničtí záchranáři s delší praxí projevují větší ochotu respektovat Dříve vyslovené přání pacienta než zdravotničtí záchranáři s kratší praxí.

Data k dosažení stanovených cílů byla získána formou kvantitativního a kvalitativního výzkumu. Při získávání formou kvantitativního výzkumu byl zvolen dotazník. U kvalitativního výzkumu byla data získána pomocí rozhovoru.

U dotazníkového šetření byly první čtyři otázky koncipovány k získání osobních informací. Bylo zjištěno pohlaví respondentů, věk, délka praxe u zdravotnické záchranné služby a oblastní středisko. Zbytek otázek se dotýkal Dříve vysloveného přání a pojmů s ním spojených. Poslední otázka byla otevřená a respondenty jsem v ní žádala o zanechání svého kontaktu, pokud projeví ochotu uskutečnit rozhovor na dané téma.

V dotazníkovém šetření mi odpovědělo 31 respondentů. Ochotu uskutečnit rozhovor projevilo 10 respondentů.

Rozhovory jsem prováděla se záchranáři z Kraje Vysočina. Devět rozhovorů z deseti bylo uskutečněno se záchranáři z oblastního střediska z Třebíče. Jeden rozhovor byl uskutečněn se zdravotnickým záchranářem z oblastního střediska z Jihlavy. Rozhovor obsahoval deset otázek. Odpovědi jsem získala nestrukturovanou formou rozhovoru, kdy se mi podařilo navázat bližší kontakt s respondentem a získat detailnější a upřímnější odpovědi na položené otázky. Rozhovor trval okolo deseti minut.

Prvním cílem práce bylo zjistit informovanost zdravotnického záchranáře o problematice Dříve vyslovených přání. Při zpracování dat jsem byla velice překvapená mírou informovanosti o dané problematice. Považovala jsem dané téma za neznámé z pohledu přednemocniční péče. Přednemocniční péči má mnoho lidí spojenou pouze s urgentní medicínou a nenapadne je spojení s hospicovou péčí. Přes velice nízký výskyt v přednemocniční péči je informovanost a znalost záchranářů v souvislosti s Dříve vysloveným přáním výborná. Každý z respondentů byl schopen svými slovy popsat definici problematiky a témata spojená s konceptem Dříve vysloveného přání.

Druhým cílem bylo zjistit etický pohled zdravotnického záchranáře na problematiku Dříve vysloveného přání. Byla jsem překvapena, že jsem se nesetkala s negativním názorem. Myslela jsem si, že zdravotníci záchranáři nebudou velkými příznivci etické problematiky. Jak při zpracování dat z dotazníku, tak při provádění rozhovorů jsem se setkala pouze s pozitivními reakcemi nebo s neutrálním postojem. Každý má právo a možnost volby, jak si přeje být či nebýt ošetřován.

Třetím a posledním cílem bylo zjistit, zda se setkáváme s pacienty, kteří mají sepsané Dříve vyslovené přání, spíše v přednemocniční péči než v nemocničním zařízení. Před zpracováním bakalářské práce na dané téma jsem byla toho názoru, že výskyt Dříve vysloveného přání v přednemocniční péči je spíše raritní. Z mého výzkumu posléze vyplynulo, že více se s nástrojem Dříve vyslovených přání setkáme v nemocničním zařízení. Nejvíce se danou problematikou zabývá péče hospicová. V přednemocniční péči je výskyt velice ojedinělý, ale je možné, že postupem času se situace změní. Moje prvotní domněnka byla správná.

Hypotéza číslo jedna řeší, zda zdravotničtí záchranáři, kteří mají praktickou zkušenost s Dříve vysloveným přáním, hodnotí tento nástroj pozitivněji než zdravotničtí záchranáři bez praktické zkušenosti. Zdravotničtí záchranáři, kteří se s problematikou setkali, hodnotí její výskyt pozitivně, ale stejně ji hodnotí i ti, kteří se s ní nesetkali. Jedná se o velice malé procento zdravotnických záchranářů, kteří mají zkušenost s nástrojem Dříve vyslovených přání. Dříve vyslovené přání se ve větším počtu vyskytuje v nemocniční péči a zvláště v hospicové péči, kdy již u pacientů převládá paliativní péče.

Hypotéza číslo dvě řeší, zda zdravotničtí záchranáři s delší praxí projevují větší ochotu respektovat Dříve vyslovené přání než zdravotničtí záchranáři s kratší praxí. Během získávání informací od zdravotnických záchranářů je obtížné na danou hypotézu odpovědět. Velice málo zdravotnických záchranářů se s danou problematikou setkalo. Avšak na otázku, jak by se zachovali, pokud by se s ní v budoucnu setkali, odpověděli obsahově totožně. Každý z nich odpověděl, že by přání pacienta respektoval. Samozřejmě by záleželo, zda by bylo přání notářsky ověřené a nebyly by ještě započaty život zachraňující úkony. Pokud by některý z výše uvedených bodů nebyl udělán správně, Dříve vyslovené přání by nemohlo být respektováno a musely by být zahájeny život zachraňující úkony.

Byla jsem mile překvapená, jaké odpovědi a informace se mi od respondentů podařilo získat. Před sepsáním bakalářské práce jsem si myslela, že odpovědi na dotazník nebudou pozitivního rázu. Dříve vyslovené přání není v přednemocniční péči často objevující se problematikou. Jedná se o zcela raritní záležitost. Ze získaných dat vyplývá z mého pohledu velmi dobrá znalost a informovanost zdravotnických záchranářů. Při provádění rozhovoru byla vidět jistá míra nervozity ze strany respondentů. Měli obavy, zda budou na položené otázky znát správné odpovědi. Po rozhovorech se mi svěřili, že měli obavu absolvovat rozhovor, protože považují Dříve vyslovené přání za ne moc známé a velmi složité téma. V samotném závěru rozhovoru bylo možné pozorovat, jak nachází ve Dříve vysloveném přání pozitivní znaky a vnímají v jistých situacích zásah urgentní medicíny pro pacienta jako zcela neprospěšný. V tom mě daná odpověď překvapila.

4 Závěr

Bakalářská práce byla zpracovávána na téma Dříve vyslovené přání pacienta z pohledu přednemocniční péče.

K získání informací o dané problematice byly zvoleny tři cíle práce. Prvním cílem bylo zjistit informovanost zdravotnických záchranářů o problematice Dříve vyslovených přání. Druhým cílem bylo zjistit etický pohled zdravotnického záchranáře na problematiku Dříve vysloveného přání. Posledním cílem bylo zmapovat množství případů, kdy se zdravotnický pacient setká s pacientem, který má sepsané Dříve vyslovené přání.

Na základě určených cílů byly stanoveny tři výzkumné otázky. První otázka je zaměřená na hloubku informovanosti zdravotnického záchranáře o problematice Dříve vysloveného přání. Druhá otázka zaznamenává etický pohled zdravotnického záchranáře na problematiku. Zdali se jedná o pohled kladný, nebo spíše záporný. Poslední výzkumná otázka zjišťuje hojnost výskytu pacientů v přednemocniční péči – zda se s takovým pacientem setkáme spíše v nemocniční nebo přednemocniční péči.

Pro získání informací jsem zvolila výzkum formou kvalitativního a kvantitativního výzkumu. Výzkum byl prováděn v Kraji Vysočina. Kvantitativní forma výzkumu byla tvořena pomocí online dotazníku. Prostřednictvím dotazníku se mi podařilo získat 31 odpovědí. Kvalitativní forma výzkumu byla prováděna prostřednictvím rozhovoru. Pro provádění rozhovorů se mi podařilo získat deset respondentů.

Ze získaných informací vyplývá závěr, že informovanost zdravotnických záchranářů o dané problematice je na dobré úrovni. U většiny respondentů jsem se setkala s pozitivním etickým pohledem. Avšak hojnost případů v přednemocniční péči je minimální.

Věřím, že vyplňování dotazníku a absolvování rozhovoru bylo pro zdravotnické záchranáře přínosem. Bakalářská práce může sloužit k nahlédnutí a získání většího povědomí o méně známe problematice Dříve vysloveného přání.

5 Literatura

1. ANDRŠOVÁ, A., 2012. *Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi*. 1. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4119-2.
2. BEAUCHAMP, T.L., CHILDRESS, J.F., 2001. *Principles of Biomedical ethnics* [online]. 5. Oxford University Press [cit. 2023-11-18]. ISBN 9780195143317. Dostupné z: https://books.google.cz/books?hl=cs&lr=&id=_14H7MOw1o4C&oi=fnd&pg=PR9&ots=1yRf-GFrSr&sig=H9qMicry-BJ0DBFnZy-stAWb5xo&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
3. BEDNAŘÍK, A., ANDRÁŠIOVÁ, M., 2020. *Komunikace s nemocným: sdělování nepříznivých informací*. 1. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2288-2.
4. BOGUSKÁ, D. et al., 2023. *Záchranářské techniky a postupy*. 1. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-3388-8.
5. BYDŽOVSKÝ, J., 2010. *Tabulky pro medicínu prvního kontaktu: záchranná služba, praktický lékař, lékařská služba první pomoci, urgentní příjem*. 1. Praha: Triton. Lékařské repetitorium. ISBN 978-80-7387-351-6.
6. *Cesta domů*, 2001. [online]. Cesta domů. [cit. 2023-12-29]. Dostupné z: <https://elearning.cestadomu.cz/elearning/pro-psychosocialni-pracovniky/drive-vyslovene-prani/>
7. ČESKO, 2004. *Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)*. In: Dostupné také z: <https://mzd.gov.cz>
8. ČESKO, 2011. *Zákon č. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)*. In: Dostupné také z: <https://mzd.gov.cz>
9. DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, M., VRABELOVÁ, L., LIDICKÁ, L., 2018. *Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských postupů pro zdravotnické záchranáře*. 1. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0717-9.
10. DOLEŽAL, T., 2020. Právní aspekty rozhodování o zdravotní péči v závěru života člověka. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky* [online]. 10(2), 105–127

- [cit. 2023-12-2]. Dostupné z:
<https://medlawjournal.ilaw.cas.cz/index.php/medlawjournal>
11. *Dřív vyslovené přání*, 2004. [online]. Umírání.cz. [cit. 2024-4-24]. Dostupné z:
<https://www.umirani.cz/rady-a-informace/drive-vyslovene-prani>
 12. ENTWISTLE, V.A., CARTER, S.M., CRIBB, A., MCCAFFERY, K., 2010. Supporting Patient Autonomy: The Importance of Clinician-patient Relationships. *Journal of General Internal Medicine* [online]. 25(3), 741-745 [cit. 2023-11-16]. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/jme.23.4.221>. Dostupné z:
<https://link.springer.com/article/10.1007/s11606-010-1292-2#citeas>
 13. GREAVES, I., PORTER, K., 2021. *Oxford Handbook of Pre-hospital Care*. 2. Oxford university press. ISBN 9780198734949.
 14. HOUSKA, A., LOUČKA, M., 2019. Patients' Autonomy at the End of Life: A Critical Review. *Journal of Pain and Symptom Management* [online]. 57(4), 835–845 [cit. 2023-11-21]. DOI: doi.org/10.1016. Dostupné z:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392418314878>
 15. CHRÁSKA, M., 2016. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5326-3.
 16. JONSEN, A.R., SIEGLER, M., WINSLADE, W.J., c2010. *Clinical ethics: a practical approach to ethical decisions in clinical medicine*. 7th ed. New York: McGraw-Hill. ISBN 978-0071634144.
 17. KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E., 2014. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty - 4. ročník*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5203-7.
 18. KONEČNÁ, J., 2015. Informovaný nesouhlas „negativní revers“. *Kontakt* [online]. 17(3), 7 [cit. 2023-11-26]. DOI: 10.1016/j.kontakt.2015.08.007. Dostupné z:
<https://kont.zsf.jcu.cz/pdfs/knt/2015/03/05.pdf>
 19. KOŘENEK, J., 2002. *Lékařská etika*. Praha: Triton. ISBN 80-725-4235-4.
 20. KUŘE, J., 2020. Etika rozhodování o zdravotní péči v závěru života. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky* [online]. 10(2), 84–104 [cit. 2023-12-2]. Dostupné z: <https://medlawjournal.ilaw.cas.cz/index.php/medlawjournal>

21. Living Wills: Past, Present and Future, 1990. *The journal of clinical ethics*. 1(1), 9–19.
22. MAČÁK, J., MAČÁKOVÁ, J., 2022. *Patologie*. 3., doplněné a přepracované vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-3507-3.
23. MÁLEK, J., KNOR, J., 2019. *Lékařská první pomoc v urgentních stavech*. 1. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0590-8.
24. MATĚJEK, J., 2011. *Dříve projevená přání pacientů: výhody a rizika*. 1. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-850-6.
25. MUNZAROVÁ, M., 2005. *Lékařský výzkum a etika*. 1. Praha: Grada. ISBN 80-247-0924-4.
26. *Národní soustava povolání*, 2017, [online]. [cit. 2023-12-5]. Dostupné z: <https://www.nsp.cz/jednotka-prace/zdravotnicky-zachranar-bac5>
27. PAYNE, J., 2019. *Informovaný konsenzus: poučená dohoda*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2424-4.
28. PEŘAN, D., 2020. Odmítnutí převzetí pacienta z přednemocniční péče cílovým poskytovatelem akutní lůžkové péče. *Anesteziologie a intenzivní medicína* [online]. 31(5), 233–237 [cit. 2023-12-4]. DOI: 10.36290/aim.2020.043. Dostupné z: <https://www.aimjournal.cz/>
29. PLEVOVÁ, I., SLOWIK, R., 2010. *Komunikace s dětským pacientem*. 1. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4729-688.
30. *Práva pacientů v ČR*, 1992. [online]. Ministerstvo práce a sociálních věcí. [cit. 2024-4-24]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/prava-pacientu-cr>
31. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. 1. Praha: Grada. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2.
32. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., 2014. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-5471-0.
33. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., MACH, J., 2017. *Informovaný souhlas: etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. 1. Praha: Galén. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-7492-334-0.
34. REMEŠ, R., TRNOVSKÁ, S., 2013. *Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny*. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4530-5.

35. SHIVAIROVÁ, O., URBANOVÁ, V., ZÁŠKODNÁ, H., 2021. *Základy psychologie*. 1. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. ISBN 978-80-7394-850-4.
36. SOLHEIM, J., 2016. *Emergency nursing: the Profession, the Pathway, and the Practice*. 1. Sigma Theta Tau International. ISBN 978-1940446462.
37. STŘÍTESKÝ, J., 2001. *Patologie*. 1. EPAVA. ISBN 978-80-86297-06-4.
38. ŠEBLOVÁ, J., KNOR, J., 2018. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. 2., doplněné a aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0596-0.
39. ŠEBLOVÁ, J., MATĚJEK, J., 2023. *Etika urgentní medicíny z pohledu každodenní praxe*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-3007-8.
40. ŠIMEK, J., 2015. *Lékařská etika*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5306-5.
41. ŠÍN, R., ŠTOURAC, P., VIDUNOVÁ, J., 2019. *Lékařská první pomoc*. 1. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-433-0.
42. ŠPATENKOVÁ, N., 2017. *Krize a krizová intervence*. 1. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5327-0.
43. VÁCHA, M.O., KÖNIGOVÁ, R., MAUER, M., 2012. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-780-0.
44. *Věstník 7/2004* [online], 2004. 2004. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [cit. 2024-4-24]. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz>
45. VEVERKOVÁ, E., KOZÁKOVÁ, E., MATEK, J., ZACHOVÁ, V., SVOBODA, P., 2019. *Ošetrovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře II*. 1. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2099-4.
46. VYMAZAL, T., MICHÁLEK, P., KLEMENTOVÁ, O., 2023. *Anesteziologie (nejen) k atestaci*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-3898-2.
47. WOODRUFF, D.W., 2020. *Critical care nursing made Incredibly easy*. 5. Wolters Kluwer. ISBN 1975144309.