

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2015

Ivana Kardošová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví B 5345

Ivana Kardošová

Studijní obor: Zdravotnický záchranář 5345R021

Etické problémy záchranářství a medicíny katastrof

Bakalářská práce

Vedoucí práce: MUDr. Roman Sviták

PLZEŇ 2015

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne

.....

vlastnoruční podpis

Děkuji vedoucímu práce MUDr. Romanu Svitákovi za odborné vedení bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat také zdravotnickým pracovníkům Zdravotnické záchranné služby Plzeňského kraje, kteří mi poskytli potřebná data ke zpracování této práce.

Anotace

Příjmení a jméno: Kardošová Ivana

Katedra: Katedra záchranářství a technických oborů

Název práce: Etické problémy záchranářství a medicíny katastrof

Vedoucí práce: MUDr. Roman Sviták

Počet stran - číslované: 57

Počet stran - nečíslované: 66

Počet příloh: 1

Počet titulů použité literatury: 20

Klíčová slova: Etika, urgentní medicína, komunikace, medicína katastrof

Souhrn:

Bakalářská práce se zabývá problematikou etiky v přednemocniční neodkladné péči a medicíně katastrof. Je rozdělena na část teoretickou a praktickou.

V teoretické části jsou vysvětleny základní etické pojmy. Dále se věnujeme komunikaci s pacientem, jeho okolím a některými zvláštními typy komunikace. V následující části se zaměřujeme na problematiku informovaného souhlasu v přednemocniční neodkladné péči (PNP). Další kapitoly práce jsme soustředovali na kardiopulmonální resuscitaci (KPR), která s sebou přináší etické problémy, například přítomnost rodinných příslušníků při KPR. Zabýváme se také etikou multikulturního ošetřovatelství v prostředí PNP. Do poslední kapitoly teoretické části práce jsme zařadili etické problémy spojené s medicínou katastrof.

Praktická část je zaměřena na zjištění úrovně znalostí členů výjezdových skupin Zdravotnické záchranné služby Plzeňského kraje (ZZS Pk) v oblasti etiky. Dále zkoumá, s jakými etickými problémy se členové posádek setkávají nejčastěji v prostředí PNP a hromadného neštěstí.

Annotation

Surname and name: Kardošová Ivana

Department: Department of Paramedical rescue work and Technical studies

Title of thesis: Ethical conflicts of pre-hospital emergency care and disaster medicine

Number of pages - numbered: 57

Number of pages - unnumbered: 66

Number of appendices: 1

Number of literature items used: 20

Key words: ethics, emergency medicine, communication, disaster medicine

Summary:

This bachelor thesis deals with Ethical conflicts of pre-hospital emergency care and disaster medicine. It is divided into theoretical and practical part.

The theoretical part offers the explanation of basic ethical terms. Next, we attend to the communication with the patient, his surroundings and some of the unusual types of communication. In the following part we focus on the informed agreement conflict in pre-hospital emergency care (PEC). The next chapter is focused more on the cardiopulmonary resuscitation (CPR), which contains some ethical problems, for example dealing with relatives during the CPR. We also employ ourselves in the multicultural nursing conflicts in PEC. The last chapter of theory is about the conflicts in disaster medicine.

Practical part is more focused on establishing the ethical knowledge levels of every ambulance car group member in Emergency medical service of the Pilsen region. It also examines the most common problems which the ambulance car group members must deal with in pre-medical emergency care and disaster medicine.

Obsah

ÚVOD	10
1 ETICKÉ MINIMUM	11
1.1 Etika	11
1.2 Morálka	11
1.3 Morální problém	11
1.4 Morální dilema	12
1.5 Základní etické principy	12
1.6 Vztah etika a právo	13
1.7 Etické kodexy	13
1.8 Etika v přednemocniční neodkladné péči	14
2 KOMUNIKACE V PŘEDNEMOCNIČNÍ PÉČI	15
2.1 Charakteristické rysy pacienta v přednemocniční neodkladné péči	15
2.2 Komunikace mezi členy výjezdových skupin a pacientem	15
2.3 Komunikace s rodinnými příslušníky	16
2.4 Zvláštní typy komunikace	16
2.5 Komunikace s agresivním pacientem	17
2.6 Komunikace s dětským pacientem	17
3 INFORMOVANÝ SOUHLAS	18
3.1 Definice informovaného souhlasu	18
3.2 Informovaný souhlas v podmínkách přednemocniční neodkladné péče ...	19
4 ETICKÉ PROBLÉMY SPOJENÉ S POSKYTOVÁNÍM KARDIOPULMONÁLNÍ RESUSCITACE	20
4.1 Zahájení versus nezahájení kardiopulmonální resuscitace	20
4.2 Přítomnost rodinných příslušníků při provádění kardiopulmonální resuscitace	21

4.3	Přítomnost rodinných příslušníků při provádění kardiopulmonální resuscitace dětí	21
5	ETIKA A MULTIKULTURNÍ PÉČE V PODMÍNKÁCH URGENTNÍ MEDICÍNY	22
5.1	ZÁSADY PÉČE O PACIENTY JINÝCH ETNIK A KULTUR.....	22
5.2	Některá specifika vybraných menšin	23
5.3	Romové	23
5.4	Židé	23
5.5	Ukrajinci	24
5.6	Vietnamci.....	24
5.7	Islámisté	25
6	ETICKÉ PROBLÉMY MEDICÍNY KATASTROF.....	26
6.1	Definice medicíny katastrof.....	26
6.2	Medicína katastrof versus přednemocniční neodkladná péče.....	26
6.3	Etické problémy spojené s tříděním pacientů v prostředí medicíny katastrof	27
6.4	Další etické problémy hromadných neštěstí	27
6.5	Psychosociální intervence	27
7	FORMULACE PROBLÉMU	29
8	CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY	30
8.1	Cíle práce	30
8.2	Hypotézy	30
9	METODIKA VÝZKUMU.....	31
9.1	Metody výzkumu	31
9.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	31
10	VÝSLEDKY VÝZKUMU	32
11	DISKUZE.....	55

ZÁVĚR	57
12 Seznam literatury.....	58
Seznam zkratk	60
Seznam tabulek	61
Seznam příloh	63
13 Přílohy	64

ÚVOD

Téma „Etické problémy záchranářství a medicíny katastrof“ jsem si zvolila pro aktuálnost této problematiky. V současné době se moderní medicína posouvá velmi rychlým tempem vpřed a na zdravotnické pracovníky jsou kladeny stále větší nároky, zejména pak ve snaze o stálé vzdělávání a zvyšování kompetencí zdravotnického personálu. V minulosti se zdravotnické týmy prioritně zaměřovaly na postup správného ošetření nemocných, zatímco dnešní medicína se soustředí na léčbu pacienta, který by měl být vnímán jako bio-psycho-sociální bytost. Na všechny tyto tři základní potřeby pacienta je důležité vždy pamatovat a neopomíjet je. Pouze tak můžeme klientovi poskytnout kompletní odbornou péči, která pomůže překonat nejen fyzické obtíže. Dodržením nejnovějších doporučených postupů jistě přispějeme k lepšímu psychickému stavu postiženého v krizové situaci.

Pro obsáhlost tématu se v teoretické části zabýváme pouze zlomkem etických problémů, které souvisejí s poskytováním přednemocniční neodkladné péče v prostředí Zdravotnické záchranné služby Plzeňského kraje. Zvolili jsme témata, jež v dané problematice považujeme za nejčastější. Věnujeme se otázce informovaného souhlasu, který v současné medicíně hraje jednu z nejdůležitějších rolí v poskytování odborné zdravotnické péče dle lege artis. Dále jsme zařadili téma o komunikaci s pacientem a osobami na místě události při poskytování přednemocniční neodkladné péče. V dalších kapitolách popisujeme etické problémy související s kardiopulmonální resuscitací. Vzhledem ke stále narůstajícímu počtu cizinců žijících v naší zemi jsme zařadili i problematiku multikulturního ošetřovatelství. Poslední teoretickou částí naší bakalářské práce je obsáhlé téma medicíny katastrof, ve kterém se zaměřujeme především na etický problém třídění raněných.

Praktická část je postavena na kvantitativním výzkumu. Výzkumné šetření bylo provedeno formou anonymního dotazníku u lékařských i nelékařských zdravotnických pracovníků Zdravotnické záchranné služby Plzeňského kraje. Výsledky jsou přehledně prezentovány pomocí grafů a tabulek pro lepší přehlednost a doplněny vlastním zamyšlením u každé z dotazníkových otázek.

1 ETICKÉ MINIMUM

Pokud se chceme zabývat tématem etiky, je důležité si v první řadě vymezit některé základní pojmy související s touto problematikou. Proto se v této kapitole budeme věnovat definování pojmů, jako jsou etika, morálka a morální dilema. Osvětlíme si základní etické principy ve zdravotnictví, a protože se poskytování zdravotní péče úzce váže k právnímu odvětví, stanovíme si vztah práva a etiky ve zdravotnictví.

1.1 Etika

Definice pojmu etika se v odborné literatuře uvádějí různé. Podle starořeckého filozofa Aristotela, který ji charakterizoval jako samostatný obor lidského bádání, je etika filozofickou disciplínou, zabývající se dobrými charakterovými vlastnostmi člověka neboli naukou o lidských cnostech, jejímž objektem je morálka. V praxi si tedy můžeme definici etiky vysvětlit jako zkoumání lidského chování, proč se člověk zachoval tak, či tak. (Kutnohorská, 2007 stránky 11-12)

1.2 Morálka

Jak už bylo řečeno, morálka je objektem etiky. Přesněji definováno je to schopnost člověka rozeznávat správné chování od nesprávného a tím usměrňuje chování jedince ve společnosti. To může být žádoucí, nebo nežádoucí. „Je to vlastně schopnost rozeznávat dobré od zlého.“ Díky tomuto rozpoznávání správného a nesprávného chování si jedinec vytváří mravní vztahy, buďto k sobě samému, nebo k ostatním lidem. Jde o velice individuální kategorii, kterou vytváří právě shoda, či neshoda s vlastním svědomím. (Kutnohorská, 2007 str. 12)

1.3 Morální problém

Protože morálku vnímáme jako takzvané psané i nepsané normy, které kladou nároky na chování jedince a jež jsou součástí každé kultury, přináší s sebou i jisté problémy, morální problémy. Takový morální problém může vzniknout tam, kde se střetávají různé názory, například střet dvou odlišných kultur, to co jedna kultura považuje za správné, nemusí tak přijmout za vlastní kultura jiná. Ve zdravotnictví vzniklo mnoho morálních otázek a problémů ve chvíli, kdy se začala rychle rozvíjet věda v souvislosti se zavedením nových léčiv, technologií a léčebných postupů. (Kutnohorská, 2007 stránky 12-13)

1.4 Morální dilema

„Je to situace, kdy člověk čelí alespoň dvěma různým alternativám, přičemž ani jedna z nich se nezdá být optimálním řešením daného problému. V jistém smyslu lze dilema přirovnat ke křižovatce nebo rozcestí, jejichž směry nevedou zcela ke kýženému cíli“. Se zodpovědností činit rozhodnutí, přichází morální konflikty a dilemata, čím hůře se dá odhadnout důsledek počinání, tím větší nastává dilema. Někdy lze najít i kompromis, bohužel ve zdravotnictví užití takovýchto kompromisů není prakticky možné, jedná-li se o rozhodování mezi životem a smrtí. (Kutnohorská, 2007 str. 13)

1.5 Základní etické principy

Dnešní medicína čelí mnoha výzvám, ať už organizačním nebo ekonomickým, i přes tyto výzvy bychom neměli opomíjet blaho pacienta. Jeho prospěch by měl být vždy prioritou. Jednou z možností jak tohoto dosáhnout je navození vztahu důvěry mezi pacientem a zdravotníkem. K tomu nám může pomoci dodržování základních etických principů. Ty vychází ze dvou základních pravidel „Primum non nocere“ Především neškodit a „Salus aegroti suprema lex“ Zdraví pacienta je nejvyšším zákonem. Řadíme k nim principy autonomie, beneficence, důvěryhodnost, spravedlnost a veracita- pravdomlupnost. (Ptáček Radek, 2011 str. 19)

Autonomie je „Etický princip, který poukazuje na to, že každý by měl mít právo určovat své chování a jednání podle svých osobních etických zásad“. Ctít tento etický princip znamená umožnit pacientovi rozhodovat se podle jeho osobních hodnot a přesvědčení.

Beneficence, neboli prospěšnost. Princip, který zdravotnický personál váže k podnikání takových kroků, které pacientovi prospívají a při kterých se personál snaží vyhnout působení škod a újmy.

Důvěryhodností míníme snahu o dodržování závazků a slibů.

Spravedlnost chápeme jako princip, který je založený na totožném zacházení mezi pacienty, kteří se nachází v podobných situacích, a na rozdílném zacházení, jsou-li v situacích odlišných.

Veracita je pojem pro pravdomlupnost. Princip, který váže zdravotnický personál k pravdomlupnosti. (Kutnohorská, 2007 str. 18)

1.6 Vztah etika a právo

Tyto dvě normativní vědy se mohou navzájem doplňovat a posilovat, ale také být v rozporu. Ideální vztah je takový, kdy se tyto dvě normy shodují. Zatímco právní norma nám vymezuje minimální standardy, jejichž nedodržení je trestáno sankcemi, nebo trestem, díky kterým se dá dodržování práva vynutit. Mezitím etika se snaží dosáhnout ideálního stavu, je individuální, z toho vyplývá, že závisí na každém člověku, bude-li se snažit tohoto stavu dosáhnout, či nikoliv. Etická norma není ničím vynutitelná.

„V některých případech zákon zřetelně podporuje mravní hledisko.“ (Munzarová, 2005 str. 97)

Kutnohorská uvádí, že „*Právo je pouze minimum etiky*“, z tohoto tvrzení bychom mohli říct, že etika je něco, co je postaveno nad požadovanou normu. Zákon chrání a zajišťuje práva. Etika žádá jednání podle zásad, které často převyšují povinnosti práva. (Kutnohorská, 2007 stránky 18-19)

1.7 Etické kodexy

Jako jsme se již už zmiňovali, pravidla etiky mohou být jak psaná, tak nepsaná. Mezi psané normy můžeme zařadit etické kodexy, což jsou psané normy, které nám nařizují dodržovat pravidla mezi členy určité komunity (právníci, zdravotníci, policisté apod.).

Tyto etické kodexy jsou často přikládány k pracovní smlouvě a za jejich porušení může hrozit ukončení pracovního poměru. Zde uvádíme některé etické kodexy, které jsou pro zdravotnické povolání stěžejní. Mezi ně patří Úmluva na ochranu lidských práv a základních svobod, Všeobecná deklarace lidských práv, Helsinská deklarace, Úmluva o právech dítěte, Práva pacientů, Etický kodex České lékařské komory, Úmluva o lidských právech a biomedicíně Rady Evropy, Dokument rady Evropy k péči o smrtelně nemocné a další. (Kutnohorská, 2007 stránky 22-26)

1.8 Etika v přednemocniční neodkladné péči

Přednemocniční neodkladná péče se zabývá akutními stavy všech oborů medicíny, všemi věkovými skupinami a sociálními vrstvami pacientů. Tuto přednemocniční péči zajišťuje systém zdravotnických záchranných služeb. Posádky vyjíždí k situacím, která byla lidmi vyhodnocena jako kritická, zdravotníci vstupují do sociálních prostorů pacientů a jejich rodiny. Zásahy často probíhají i na veřejnosti za přítomnosti náhodných svědků, proto je dodržování etiky a intimity pacienta velmi důležité. Dodržením těchto zásad pacientovi pomáháme co nejlépe zvládnout stres z náhle vzniklé situace. (Ptáček Radek, 2011 str. 209)

Tento charakteristický obor zahrnuje i své etické problémy, které se nejčastěji týkají aplikace práva pacienta v časové tísní a život ohrožující situace, spolurozhodování a autonomie pacientů. Problémy týkající se resuscitace, zvláště pak otázky spojené s indikacemi a kontraindikacemi, tedy situacemi kdy resuscitaci zahájit, či nezahájit. V některých situacích však nelze vždy dodržet všechny etické principy, jedná se například o stavy, kdy ošetřujeme pacienta v bezvědomí, a nelze získat jeho souhlas k zahájení léčby. V těchto situacích musí převzít zodpovědnost lékař a rozhodovat se tak podle jeho nejlepšího morálního přesvědčení. (Ptáček Radek, 2011 stránky 215-216)

Největším etickým problémem dnešní medicíny však stále zůstává fakt, že se z tohoto oboru stává hospodářské odvětví. Přináší velké finanční obraty a prospěch pacienta ztrácí na významu. (Ptáček Radek, 2014 str. 21)

2 KOMUNIKACE V PŘEDNEMOCNIČNÍ PÉČI

V této kapitole se budeme bavit o komunikaci, jelikož je s etikou ve velmi úzkém spojení. Stejně jako existují určitá etická pravidla, která by měla být dodržována, existují také určité komunikační zásady v takto charakteristickém oboru. Jsou ovlivněny mnoha faktory, například tím, že lékař, či záchranář často vidí pacienta poprvé, nemá dostatek informací a nelze odhadnout prognózu. Právě vhodná komunikace je jedním za základních předpokladů etického chování.

2.1 Charakteristické rysy pacienta v přednemocniční neodkladné péči

Aby byla komunikace s pacientem v přednemocniční péči úspěšná, je třeba si popsat charakteristické rysy takového pacienta. Lidský přístup je při této profesi důležitý neboť záchranář neléčí nemoci a zranění, ale člověka, kterého ona nemoc, či zranění postihla.

Pacient v přednemocniční péči je odlišný od pacienta v běžné péči praktického lékaře, neboť jeho návštěva nemocničního zařízení nebyla plánovaná. Pravděpodobně byl přerušen jeho rutinní den, náhlou příhodou, která vedla k zavolání zdravotnické záchranné služby. Působí na něj stres ze všech stran, například neměl čas si vzít čisté prádlo, nepřípravil si kartičku pojištění, nemohl si vybrat personál, který ho bude ošetřovat. Neví, co s ním bude, kam ho sanitní vůz poveze, kdy se vrátí domů, jak bude zabezpečen chod domácnosti bez jeho přítomnosti. Toto je jen malý příklad psychických stavů, ve kterých se může pacient v přednemocniční péči nacházet.

Právě díky těmto stavům je důležité, aby zasahující tým přistupoval k pacientovi s velkou dávkou empatie s porozuměním a zájmem. (Andršová, 2012 stránky 26-27)

2.2 Komunikace mezi členy výjezdových skupin a pacientem

Podobně jako existují v problematice resuscitace 4 H a 4 T v komunikaci s pacientem platí takzvané pravidlo 4 P, neboli pozdravit, představit se, poprosit, poděkovat. Toto je minimum slušného chování, které by měl lékař či záchranář dodržet. Samozřejmě ne vždy to daná situace dovoluje kompletně aplikovat. Neúčast a lhostejnost bývá vnímána velmi negativně. Proto je důležité projevit zájem, a poskytnout pacientovi pocit, že pro něj uděláme, co bude možné. Navození takového pocitu má vysoce psychoterapeutický charakter.

Shrneme-li zásady správné komunikace s pacientem, jsou to projevení zájmu, empatie, zachování klidu, naslouchat, být zdvořilý a trpělivý. Dodržení těchto zásad nám může pomoci k odebrání anamnézy, která je základem kvalitní léčby. (Andršová, 2012 str. 46)

2.3 Komunikace s rodinnými příslušníky

Přítomnost rodinného příslušníka na místě zásahu, může být pro zasahující zdravotnický personál výhodou, z hlediska získání anamnestických údajů, příčině a mechanismu úrazu, stejně tak může být nevýhodou, zasahování rodinných příslušníků do práce záchranářů, agresivita, emočně vypjatá atmosféra. Nemoc či úraz našich nejbližších působí velice traumaticky a stresově, nejhůře jsou však vnímány situace při náhlé zástavě krevního oběhu, bezvědomí a jiné život ohrožující stavy. Při těchto událostech prožívají členové rodiny silnou psychickou bolest, bezmoc a strach. (Andršová, 2012 str. 48)

„Jejich reakce mohou být velmi různé: hysterické s velmi dramatickým emocionálním projevem, odmítají a negují každou zprávu, která hovoří o závažnosti, o přitěžujících okolnostech.“ (Urgentní medicína z pohledu medicíny a práva, 2009 str. 5)

Měli bychom komunikaci směřovat na aktuální stav pacienta, empaticky vysvětlit členům rodiny jak na tom jejich blízký je, do jaké nemocnice bude pacient směřován a jaký bude další postup. (Andršová, 2012 str. 48)

2.4 Zvláštní typy komunikace

Co se komunikace týče, je snem každého záchranáře takový pacient, který je komunikativní akorát, je orientován místem, časem i osobou, je strážlivý, slušný, nelže, děkuje, personálu rozumí a poslouchá všech pokynů zdravotníků. Realita je ale často jiná. Pacienti jsou různých věkových skupin, pohlaví, socioekonomických sfér, národností, kultur, mají rozdílné osobní hodnoty a jiné komunikační zkušenosti. Komunikace s nimi se tak stává náročná. Proto si níže uvedeme některé typické skupiny pacientů a jak s nimi komunikovat. (Andršová, 2012 str. 51)

2.5 Komunikace s agresivním pacientem

S agresivním pacientem už se ve své praxi někdy setkal téměř každý záchranář. Ne vždy se musí jednat o agresora hrozícího fyzickým napadením, ale k agresivnímu chování řadíme i projevy verbální agrese. Bohužel situací kdy je zdravotnický pracovník napaden pacientem v České republice rapidně vzrůstá, proto je třeba si osvojit některá pravidla správné komunikace s takovýmto pacientem, či rodinným příslušníkem.

Největší chyby, kterých se zdravotnický personál dopouští, jsou reakce protiútokem, potřeba dominovat a zvládnout vše sám. Jedním z nejdůležitějších kroků je zhodnotit situaci a možnou míru ohrožení. Měli bychom po celou dobu sledovat verbální i neverbální projevy. Dalším velmi důležitým pravidlem je nenechat se vyprovokovat, vždy je prvotní si zachovat chladnou hlavu a přemýšlet o tom, co chceme říci a jak. Řeč by měla být středně rychlá, bez emocí, srozumitelná, stručná a nedirektivní. Co se týče neverbální komunikace, úroveň očí by měla být ve stejné výšce, pokud bychom byli výš než pacient, mohl by mít pocit dominance zdravotníka. (Andršová, 2012 stránky 52-53)

2.6 Komunikace s dětským pacientem

Dětský pacient je ve zdravotnictví jeden z nejobávanějších. Je nutné dbát zvýšené pozornosti a volby přístupu a komunikace jak k dětskému pacientovi, tak k rodičům dítěte, či osobě doprovázející. Doporučuje se, aby rodič byl přítomen u dítěte během převozu sanitkou, nebo při hospitalizaci v nemocničním zařízení. Protože rodič je pro dítě základním zdrojem bezpečí. Pro dětského pacienta je odloučení od rodiny a svých blízkých často větším stresem než vzniklý úraz či nemoc. (Sedlářová, 2008 str. 139)

Pokud je zdravotník volán k případu s dětským pacientem, měl by věnovat zvýšenou pozornost problematice týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (CAN).

V první řadě je důležité zaujmout pozornost dítěte nějakou hračkou, knížkou, obrázkem. Proto byl v České republice zahájen projekt „Kryštůfek záchranář dětem“, jeho úkolem je zmírnit strach dětských pacientů, kteří se ocitli ve voze záchranné služby. Jedná se o plyšovou hračku mající podobu malého záchranáře. Pokud je to jen trochu možné je správné dítěti vysvětlit další postup, tak aby jej pochopilo. Přítomnosti rodičů lze také využít. Poněvadž jsou v dané situaci vystaveni velkému stresu, je vhodné je zaúkolovat, například „Tatínku připravte kartičku pojišťovny, nějakou hračku, a tak dále.“ (Andršová, 2012 stránky 53-54)

3 INFORMOVANÝ SOUHLAS

Informovaný souhlas má více než stoleté kořeny. Tento institut upravuje Úmluva o biomedicině. (Císařová Dagmar, 2004 str. 66)

Na základě obav z rapidního pokroku v lékařských vědách a biologii a zejména z využití zjištěných výsledků výzkumů proti lidem, kteří byli testováni, vznikla právě již výše zmiňovaná Úmluva, jejíž součástí je i již uváděný informovaný souhlas. (Ptáček Radek, 2013 str. 172)

Prvním soudním rozhodnutím, který o již zmíněném informovaném souhlasu pojednává je rozsudek Říšského soudu z roku 1894. Jedná se o případ sedmileté dívky, u které diagnostikovali pokročilou tuberózní osteomyelitis kotníku. Tehdejší názor pro léčbu tohoto onemocnění vyžadoval amputaci kotníku. Tento vitálně indikovaný zákrok byl proveden bezchybně. Byl však v rozporu s vyjádřeným nesouhlasem otce dívky. Ten zastával názory přírodní medicíny a nesouhlasil s chirurgickými zákroky. Na základě této události soud rozhodl, že každé porušení tělesné integrity je protiprávní, pokud nebyl pacientem, nebo jeho zákonným zástupcem udělen souhlas. Od té doby byl informovaný souhlas rozpracováván do detailů až do podoby, kterou má dnes. (Císařová Dagmar, 2004 str. 66)

3.1 Definice informovaného souhlasu

„Souhlas pacienta se zákrokem je právní úkon“ (§ 34 obč. zák.). Forma informovaného souhlasu není v Úmluvě o biomedicině nařízena, proto může být souhlas vyjádřen ústně, písemně či pouhým gestem. Například nastavení paže ke změření tlaku, otevření úst k vyšetření dutiny ústní. U zákroků které jsou komplikovanější, je vhodné mít písemný zápis pro pozdější důkazní důvody. Tento zápis by měl obsahovat záznam o provedení poučení a podpis pacienta.

„Souhlas musí být učiněn svobodně a vážně, určitě a srozumitelně“ (§ 37 obč. zák.). Pokud je vůle pacienta ovlivněna, tento souhlas není platný. Ovlivněním můžeme chápat například nátlak rodiny, nátlak ze strany zdravotnického personálu, či působení léčiv, které ovlivňují klientovo vůli. Aby informovaný souhlas nabyl platnosti, musí být učiněn způsobilou osobou. (Císařová Dagmar, 2004 str. 67)

Je samozřejmostí, že souhlas pacienta může být kdykoliv anulován. (Kuře, 2012 str. 22)

3.2 Informovaný souhlas v podmínkách přednemocniční neodkladné péče

Dnešní medicína se snaží držet partnerského přístupu pacienta k léčbě, po náležitém poskytnutí informací tak přenáší určitý díl rozhodování na klienta. Tento přístup je zakořeněn ve zdravotnické legislativě (zákon č. 372/2011 Sb. O zdravotních službách). Jak bylo již výše zmíněno, nejvyšší normou, která se zabývá právy pacientů, je Úmluva č. 96/2001 Sb.m.s na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny.

Přednemocniční neodkladná péče má svá specifika. Situace, ve kterých pacient může a má být seznámen s děním při akutním zásahu. Zda má možnost volby či nikoliv. V této oblasti však nastávají i situace, kdy je rozhodnutí zcela na zasahujícím personálu, který musí konat vždy v zájmu dobra pacienta. Jsou to život zachraňující úkony, či stavy které neumožňují pacientovi udělit souhlas s provedením ošetření (poruchy vědomí, bezvědomí, ohrožení životně důležitých funkcí).

Článek 8 Úmluvy stanovuje výjimku, kdy zprošťuje zdravotnický personál od povinnosti získání informovaného souhlasu. Jedná se o stavy nouze vyžadující neodkladné řešení. Takovým stavem nouze rozumíme okamžitou hrozbu vedoucí k vážné újmě na zdraví pacienta, hrozící smrt, nebo i zhoršení stavu klienta. Etický problém může nastat ve chvíli, kdy záchrannou službu volala třetí strana a pacient odmítá léčbu nebo transport do zdravotnického zařízení, přesto že si tyto úkony jeho stav žádá. V takové chvíli připadá rozhodnutí na lékaře výjezdové skupiny. Musí rozhodnout, zda je pacient způsobilý po podání informací udělit souhlas nebo nesouhlas s léčbou či transportem. Rozhodovací schopnost pacienta při zranění či nemoci může být výrazně ovlivněna různými faktory, jako jsou poruchy vědomí, kraniotrauma, hypoxie, hladina krevního cukru, různé metabolické poruchy a další. V těchto případech je velmi obtížné posoudit rozhodovací schopnost pacienta. (Šeblová Jana, 2013 stránky 21-22)

4 ETICKÉ PROBLÉMY SPOJENÉ S POSKYTOVÁNÍM KARDIOPULMONÁLNÍ RESUSCITACE

Cílem této kapitoly je přiblížit si etické problémy související s poskytováním neodkladné resuscitace. Tyto etické problémy jsou stále aktuálnější, neboť počet pacientů se srdečním a cévním onemocněním se neustále zvyšuje a zachází do stále mladších věkových kategorií. Příčinou tohoto faktu je stále zrychlující se životní tempo obyvatel, s tím spojený zvyšující se stres a stoupající počet kuřáků. Nelze opomenout i narůstající počet obézního obyvatelstva. Stále více se rozšiřují civilizační choroby jako hypertenze, osoby s vysokou hladinou cholesterolu, diabetem, nebo aterosklerózou. Právě tyto choroby mají za následek smutné prvenství v nejčastějších příčinách náhlého úmrtí mimo nemocniční zařízení.

4.1 Zahájení versus nezahájení kardiopulmonální resuscitace

V této problematice jsou jasně daná pravidla, kdy resuscitaci členové výjezdové skupiny musí a nemusí zahajovat. Tato stanovená pravidla uvedla v platnost Evropská resuscitační rada v Guidelines 2010. Ty každých pět let prochází procesem obnovy. I přes tento fakt však vznikají etická dilemata, poněvadž nikdy nemůžeme s jistotou určit, jak se bude poresuscitační stav nemocného vyvíjet a jaké následky bude mít. Zda zhorší kvalitu jeho života, či nikoliv. (Šeblová Jana, 2013 str. 115)

S každou náhlou srdeční zástavou jsou na zdravotnického pracovníka kladeny dvě hlavní otázky. V jakém případě resuscitaci začít a kdy resuscitaci ukončit? Tato rozhodnutí jsou založena na rovnováze mezi přínosy a riziky pro pacienta. KPR by neměla být z etického hlediska zahajována, jestliže jsou jasné důkazy, že léčba bude marná, nebo vyjádřil-li pacient předem vyslovené přání, že nechce být resuscitován. Jedná se především o pacienty s terminální fází nevyléčitelné nemoci. Zjednodušit rozhodování by výjezdovým posádkám mohlo sestavení jednoduchých algoritmů. Které by omezili častost výskytu marné léčby nebo následující zbytečné nákladné péče. (Nolan, 2010 stránky 1445-1451)

4.2 Přítomnost rodinných příslušníků při provádění kardiopulmonální resuscitace

Touto podkapitolou se dostáváme k dalšímu etickému dilematu. Tou je přítomnost rodiny během probíhající kardiopulmonální resuscitace. „V multicentrické studii z roku 2013 byl potvrzen pozitivní vliv přítomností během KPR bez zvýšení napětí v resuscitačním týmu nebo vznikem mezikolegiálního konfliktu.“

Každý člověk vnímá tuto stresovou situaci individuálně, ale podle veřejného výzkumu se většina rodinných příslušníků vyrovnává se smrtí blízkého lépe, pokud je během neodkladné resuscitace na místě zásahu přítomna. Mají větší důvěru a porozumění. Jejich přítomnost můžeme dovolit, pokud nedochází ke konfliktům mezi rodinou a zdravotnickým týmem. Pokud ke konfliktům dochází, je vhodné umístit členy rodiny mimo místo zásahu a vyhradit pro ně jednoho člena zdravotnického týmu, který se psychologickou cestou postará o řešení konfliktů. Bohužel toto řešení není vždy úplně prakticky možné, neboť počet členů zasahujícího týmu není dostatečný. (Klementa Bronislav, 2014 str. 255)

4.3 Přítomnost rodinných příslušníků při provádění kardiopulmonální resuscitace dětí

Pokud jsou rodiče přítomni při resuscitaci jejich dítěte, obecně bývají méně úzkostní. Nabývají pocitu, že pro jejich dítě bylo vykonáno maximum a to se odvíjí i v jejich konstruktivnějším přístupu. Bohužel pro zasahující zdravotníky bývá přítomnost rodičů rušivá a stresující. Je zdravotníky vnímán vyšší tlak, jejich práce je sledována a to ve stresové situaci může působit negativně. V tomto případě by měl být další postup při této komplikaci stejný, jako při provádění KPR dospělých. (Klementa Bronislav, 2014 str. 255)

5 ETIKA A MULTIKULTURNÍ PÉČE V PODMÍNKÁCH URGENTNÍ MEDICÍNY

Multikulturní péče je velmi obsáhlé téma. Pokud bychom se bavili o multikulturním ošetřovatelství na úrovni nemocničního zařízení, bylo by třeba uvést zde co nejvíce odlišností v různých kulturách. Naše téma se zabývá především tématem přednemocniční neodkladné péče, proto se zaměříme zejména na komunikaci s pacienty jiných etnik a základní odlišnosti v jejich chápání zdraví a nemoci. Jednou z nařízených povinností zdravotnického pracovníka je poskytnutí zdravotních služeb každému. V nezávislosti na pohlaví, věku, barvě kůže, víře, rase, politickém přesvědčení a tak dále. (Dominik Brůha, 2011 str. 61)

Vzhledem ke stále zvyšujícímu se počtu imigrantů v České republice považujeme za nezbytné, aby si zdravotnický personál osvojil tyto znalosti v oboru multikulturní péče, jelikož nepochopení jiných kulturních hodnot má za následek nedostatky v poskytování pomoci. (Baštecká, 2005 str. 32)

5.1 ZÁSADY PÉČE O PACIENTY JINÝCH ETNIK A KULTUR

V této podkapitole si uvedeme několik základních rad pro obor multikulturní péče. Jak už jsme zmiňovali výše, je naprosto stěžejní najít přiměřený a hodící se styl komunikace mezi členem výjezdové skupiny a pacientem. Měli bychom pamatovat, že komunikace probíhá na úrovni verbální i neverbální a pacient oba tyto způsoby vnímá. K překonání verbálních bariér souvisejících s rozdílnou řečí mohou pomáhat zdravotnickému personálu slovníky a komunikační karty.

I přesto, že pacienta a ošetřujícího dělí jiná kultura, nebo jazyk měl by klient nabývat pocitu, že si ho personál váží a je respektován. Toto je jeden ze způsobů, který členům výjezdových skupin pomáhá překonávat komunikační hranice.

Dalším důležitým bodem, který nám může pomoci lépe porozumět pacientovo potřebám a problémům je umění se vcítit. (Ivanová Kateřina, 2005 stránky 162-163)

5.2 Některá specifika vybraných menšin

Osvojením znalostí jiných kultur, etnik a náboženství můžeme předejít určitým etickým problémům. Ty mohou nastat právě při střetu dvou rozdílných kultur. Mějme na paměti, že co pro jednu kulturu je správné a etické, nemusí být totéž pro kulturu jinou. Proto bychom měli mít alespoň základní povědomí o tomto tématu, znát charakteristická specifika minimálně menšin v České Republice nejčastěji žijících a tyto kultury respektovat. Největším problémem však stále zůstává nedostatečná komunikace mezi klientem a ošetřujícím z důvodu jazykových bariér.

5.3 Romové

Komunikace obyvatel střední Evropy se naprosto liší od komunikace romské menšiny. Romové jsou velmi senzitivní. Důsledkem toho zpracovávají více než 95% informací neverbálních. Proto je velmi důležité při komunikaci s touto minoritou kontrolovat naše neverbální projevy, postoje, gesta, grimasy a další. Při komunikaci s jinými lidmi mají Romové daleko větší talent pro empatii než lidé našich kultur a v projevu převládá podíl emocí. V romské kultuře je rodina druhou největší hodnotou, proto pro její dobro udělá maximum. Z toho důvodu bychom měli brát zvýšených ohledů i při komunikaci s rodinnými příslušníky. (Ivanová Kateřina, 2005 stránky 183-184)

5.4 Židé

Zákony Židů si žádají, aby se podrobovali kvalitní zdravotnické péči. Je dovoleno užívání léků, přijímání krevních derivátů a vakcín. Ze zákonů je Bohem dáno, aby po smrti bylo jejich tělo vráceno do země, proto je dárcovství orgánů nepřípustné. Při amputačních poranění musí člen výjezdové skupiny zabezpečit přepravu amputované části spolu s pacientem a zdravotnické zařízení se dále stará o odevzdání amputátu rodině k důstojnému pohřbení. Díky židovským zákonům si příslušníci této minority velmi cení zdraví a to se odvíjí i v chování vůči zdravotnickému personálu. Téměř vždy vyhoví výzvě zdravotníka bez problémů. „Pouze při Šabatě a v době hlavních židovských svátků mohou odmítnout hospitalizaci, nebo lékařské zákroky pokud nejsou nezbytné pro záchranu života. (Ivanová Kateřina, 2005 stránky 185-186)

5.5 Ukrajinci

Další minoritou žijící v České Republice jsou Ukrajinci. Velký příliv Ukrajinců přišel po roce 1989, přicházeli do České Republiky, aby zlepšili finanční situaci svých rodin. Velkým problémem je jejich neznalost českého jazyka, ale i neznalost jiných západních jazyků. Tento fakt stěžuje kvalitní komunikaci mezi ošetřujícím a pacientem. Vznikají tak nedorozumění a mohou vyvstat i etické problémy v důsledku nekvalitní komunikace. Co se týče ukrajinských příslušníků jako pacientů, jsou velmi ukáznění vzhledem k úrovni zdravotnictví na Ukrajině, která je krajně nedostačující. Z toho důvodu jsou velmi vděční, nemají žádné zvláštní potřeby a citově se příliš neprojeví. Komunikace s rodinnými příslušníky většinou odpadá, poněvadž ostatní členové rodiny žijí mimo naši republiku. (Ivanová Kateřina, 2005 stránky 187-188)

5.6 Vietnamci

„Snad nejvýraznějším rysem vietnamské komunity u nás je její uzavřenost. Vietnamci, kteří k nám přijíždějí, zažívají kulturní šok, pramenící z velké odlišnosti kultur.“ Vietnamci jsou vychováváni, aby nezatěžovali rodinu svými stížnostmi a problémy, takové chování je bráno jako neslušné. Jako nevhodné také považují mužovo dotýkání se cizí ženy. Jako zajímavost bychom rádi uvedli, že pokud příslušníci vietnamské minority něčemu nerozumějí nebo si nejsou jisti, maskují to úsměvem, nebo hlasitým smíchem. Tohoto poznatku bychom mohli využít při poskytování informací pacientovi. Jestliže nastane taková situace, mohli bychom se domnívat, že nám klient nerozumí. Proto je vhodné požadovat zpětnou vazbu. Pokud ošetřovanému chceme dát najevo naši dobrou vůli, je na místě mu podat naši pravici a lehce ji stisknout levou rukou, ve vietnamské kultuře je toto gesto považováno za projev přátelství.

Stejně jako ukrajinští pacienti patří Vietnamci do skupiny ukázněnějších pacientů, kteří většinou splní pokyny zdravotníků. Vzhledem k jejich uctívání rodinného kruhu bychom neměli bránit přítomnosti rodinných příslušníků na místě události. I podávání informací o zdravotním stavu bychom měli konzultovat s rodinou, poněvadž nepříznivými zprávami neradi stresují nemocného. Dalším důležitým faktem o této národnosti, který bychom měli brát v potaz je, že Vietnamci bývají velmi stydliví a to zvláště vietnamské ženy. Proto je vhodné dbát na zvýšenou intimitu při vyšetřování a ošetřování a volit vhodně otázky při odebírání anamnézy. (Ivanová Kateřina, 2005 stránky 194-195)

5.7 Islámisté

Poslední menšinou, které budeme v této kapitole věnovat pozornost, jsou islámisté. Tato skupina obyvatel má vytyčená pravidla a tabu, které je důležité mít v povědomí. Prvním a takřka nejdůležitějším pravidlem je ošetřování muslimských žen. Každý zdravotník by měl vědět, že pokud bude volán k zásahu u muslimské pacientky, je nejvhodnější aby odběr anamnézy a ošetřování prováděla žena – lékařka, záchranářka.

Odběrem anamnézy se budeme hlouběji zabývat. Pokud chceme odebrat anamnézu bez etických a komunikačních problémů musíme vědět, na co je vhodné se ptát a jakým způsobem. Pokud se budeme dožadovat informací o fyziologických funkcích jako vyprazdňování, výtok, zvracení a podobně je na místě přistupovat k těmto otázkám velmi opatrně, jelikož islámským vyznáním jsou tabuizovány stejně jako otázky týkající se rodinného stavu. „Muslimům jsou tyto otázky nepříjemné, protože nebýt v manželském svazku je islámskou kulturou považováno za poskvrnu.“ (Ivanová Kateřina, 2005 str. 222)

6 ETICKÉ PROBLÉMY MEDICÍNY KATASTROF

V této kapitole naší bakalářské práce se budeme věnovat etice a problémům v oblasti medicíny katastrof. Definujeme si pojem medicína katastrof. A protože medicína hromadných neštěstí se od urgentní medicíny liší, uvedeme si tyto rozdíly. Z těchto odlišností plyne i pestré spektrum etických problémů a dilemat. Kterým se tato práce věnuje.

6.1 Definice medicíny katastrof

Medicína katastrof a hromadných neštěstí je obor medicíny, který je označován jako interdisciplinární. Pro tyto události je charakteristickým rysem většinou nedostatek času, sil a prostředků. (Štětina, 2014 str. 42)

Jsou to události, při kterých došlo k hromadnému poškození osob, které si žádá speciální postupy. Ty zajistí zvládnutí těchto událostí. Patří mezi ně například zajištění dostatečné kapacity zdravotnických zařízení pro poskytnutí zdravotnické péče. (Masár, 2010 str. 6)

6.2 Medicína katastrof versus přednemocniční neodkladná péče

Mezitím co se urgentní medicína zaměřuje na jedince, či několik postižených osob, medicína katastrof se soustřeďuje na velký počet poraněných osob. Hlavním úkolem urgentní medicíny je zajistit přežití všech poraněných osob. Cílem medicíny katastrof je zajistit přežití co největšímu počtu zraněných. Pomoc laiků je v přednemocniční péči vzácná, zatímco při mimořádných událostech je pomoc laiků velmi častá, vzhledem k nepochopitelnosti mezi zachránci a postiženými. Dalším důležitým rozdílem je využití třídění, které je v urgentní medicíně výrazně omezeno na rozdíl od medicíny katastrof, kde je využíváno běžně. Poslední jmenovaný rozdíl je příčinou jednoho z hlavních etických problémů při hromadných neštěstích. (Štětina, 2014 stránky 63-64)

6.3 Etické problémy spojené s tříděním pacientů v prostředí medicíny katastrof

Při hromadném neštěstí využíváme předem daných a stanovených postupů, mezi ně patří i třídění raněných. V našich podmínkách se používají dva způsoby třídění. Jsou to třídění metodou START a lékařské třídění pomocí třídících identifikačních karet. Pokud to situace umožňuje, dáváme přednost lékařskému třídění před tříděním metodou START. (Štětina, 2014 str. 228)

Rozdíl mezi těmito způsoby třídění je, že výše uvedenou metodu START mohou využívat příslušníci jiných složek integrovaného záchranného systému, například policie, nebo hasičský záchranný sbor. Způsob druhý, lékařské třídění zajišťují posádky rychlé lékařské pomoci. V souvislosti s tímto postupem vzniká závažný etický problém. V zájmu záchrany co nejvyššího počtu raněných je nutné porušit jeden ze základních etických principů ve zdravotnictví. Jedná se o princip beneficence, do praxe převedeno na rovnocenné poskytování zdravotnické péče. Tento benefit v podmínkách medicíny katastrof ustupuje. Laicky můžeme říct, že přežijí jen nejsilnější. Zdravotnický personál poskytuje péči jen pacientům s nejvyšší šancí na přežití. (Šeblová Jana, 2013 str. 22)

6.4 Další etické problémy hromadných neštěstí

Mezi další etické problémy bychom mohli zařadit velmi malou informovanost společnosti o tomto tématu. Z nedostatku informací pramení neochota a snížená míra spolupráce obyvatel s integrovaným záchranným systémem. Bohužel pomoc občanů je v těchto krizových situacích nezbytná. Jako další problémy bychom chtěli vyzdvihnout nedostatečné materiální a personální zabezpečení při těchto událostech. (Šeblová Jana, 2013 str. 22)

6.5 Psychosociální intervence

Je důležité si uvědomit, že ačkoliv zdravotnický personál je na tyto události cvičen a připravován při simulovaných situacích, nikdy není možné se připravit sto procentně. V reálné situaci dodržování stanovených postupů může být velmi náročné jak odborně tak psychicky. Proto je vhodné, aby zdravotnickému personálu bylo umožněno využívání systému psychosociální intervenční služby. (Šeblová Jana, 2013 str. 22)

Náplní psychosociální intervence je emocionální opora, usnadnění komunikace, realizace plánu pomoci, identifikace klíčového problému a jeho řešení, poskytnutí bezpečí a další. (Špatenková, 2011 str. 16)

„Cílem psychosociální intervenční služby je podpora a péče o zaměstnance a důsledkem toho také komfortnější péče o pacienty. Je vhodná v případech, kdy hrozí, že budou záchranáři zasaženi psychicky zatěžující situací, či v případech kdy si potřebují prostě jenom s někým promluvit a nemají s kým“ (Andršová, 2012 stránky 99-100)

7 FORMULACE PROBLÉMU

Problematika etiky je velmi rozsáhlé téma, je důležité si stanovit, jak termín etika chápeme. V PNP je to jakýsi uvědomělý přístup zdravotnického pracovníka k naplňování jeho poslání při péči o pacienty (Pokorný, 2004 str. 11). Pokud se zde chceme zabývat etickými problémy hlouběji, je vhodné si položit otázku, zda jsou pracovníci záchranných služeb v tomto ohledu školeni již v zárodcích jejich zdravotnického povolání. Tím míníme, jestli je kladen důraz na problematiku etiky v urgentní medicíně již při studiu na vysokých či vyšších odborných školách. Učíme se ošetrovatelským postupům, resuscitaci, farmakoterapii a jiným, ale jsme dostatečně připraveni i na situace kdy vznikne etický problém či etické dilema?

Mezi velmi diskutované etické problémy rozhodně patří problematika informovaného souhlasu, resuscitace, zvláště pak její zahajování a ukončování. Dále bychom do této problematiky mohli zařadit přístup zdravotnických pracovníků k ošetřování pacientů jiných náboženských či rasových kultur. V oblasti medicíny katastrof se na úrovni etických problémů lze zabývat hlavně problematikou postupu třídění raněných, který vážně porušuje jeden z hlavních etických principů, princip beneficence.

8 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

8.1 Cíle práce

C1: Zjistit úroveň teoretických znalostí zdravotnických pracovníků ZZS Pk v problematice etiky.

C2: Zjistit s jakými etickými problémy se členové posádek ZZS Pk setkávají nejčastěji v podmínkách přednemocniční neodkladné péče.

C3: Zjistit co považují členové posádek ZZS Pk za nejzávažnější etický problém v podmínkách medicíny katastrof.

8.2 Hypotézy

V naší bakalářské práci se zabýváme třemi hypotézami.

Hypotéza číslo 1: Předpokládáme, že teoretické znalosti členů zdravotnických záchranných týmů ZZS Pk budou ve více než 40 % chybné.

Hypotéza číslo 2: Domníváme se, že členové zdravotnických záchranných týmů ZZS Pk se nejčastěji setkávají s etickými problémy vázanými na problematiku multikulturního ošetřovatelství v podmínkách přednemocniční neodkladné péče.

Hypotéza číslo 3: Domníváme se, že členové zdravotnických záchranných týmů ZZS Pk považují za největší etický problém třídění raněných v podmínkách medicíny katastrof.

9 METODIKA VÝZKUMU

9.1 Metody výzkumu

Pro výzkumnou část naší práce jsme volili metodu kvantitativního výzkumu formou anonymního dotazníku. Výzkumné šetření probíhalo v době odborné a individuální odborné praxe v termínech od 21.7-15.8.2014 do 1.12-12.12.2014 na výjezdových stanovištích ZZS Pk. Sběr dat probíhal se souhlasem ředitele ZZS Pk. Lékařským a nelékařským zdravotnickým pracovníkům bylo elektronickou formou rozesláno 200 dotazníků a vyplněných se jich vrátilo 122. Procentuální návratnost je tedy 61 %. Dotazník je sestaven z jedenácti uzavřených otázek a vždy je možná pouze jedna odpověď. Otázky v anonymním dotazníku jsou zaměřeny zejména na zkušenosti členů výjezdových skupin s etickými problémy v podmínkách PNP a medicíny katastrof. Pod každou otázkou jsme umístili tabulku a graf pro lepší orientaci a grafickou přehlednost.

9.2 Charakteristika výzkumného souboru

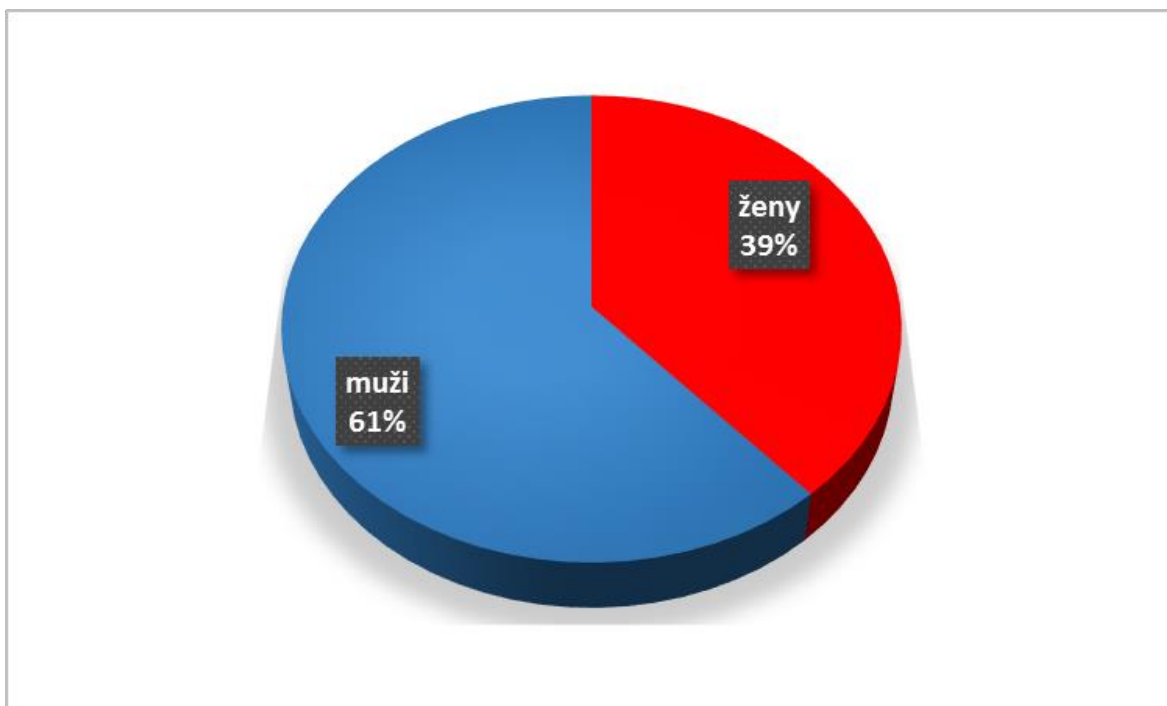
Vzorkem respondentů pro náš výzkum byli členové výjezdových týmů ZZS Pk. Do výzkumu byli zahrnuti lékařští i nelékařští zdravotničtí pracovníci a to z důvodu, že etické problémy se týkají každého člena zasahujícího týmu.

Diskuse je uvedena za prezentací získaných údajů.

10 VÝSLEDKY VÝZKUMU

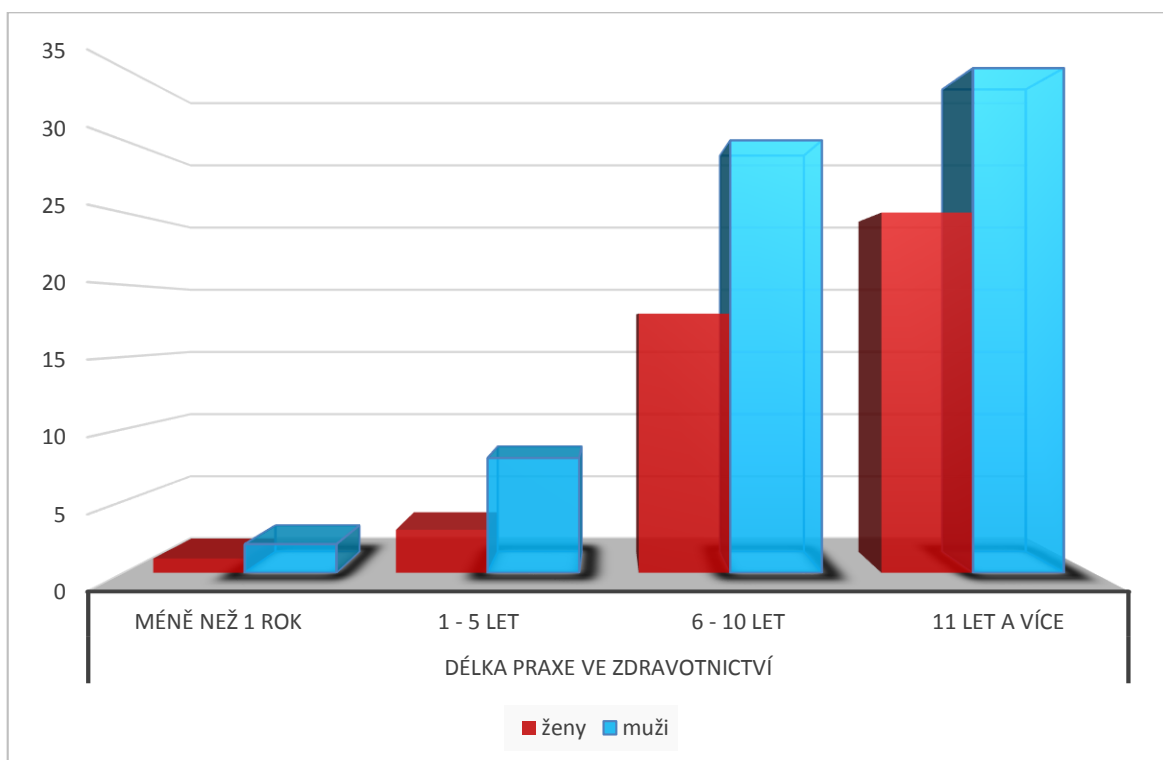
Kvantitativním výzkumem formou anonymního dotazníku jsme zjišťovali obecné informace o respondentech pracujících na výjezdových stanovištích ZZS PK, jejich zkušenosti s problematikou etiky v přednemocniční neodkladné péči a medicíně katastrof.

Položka 1 Pohlaví



Výzkumu se zúčastnilo celkem 122 respondentů. 47 žen a 75 mužů.

Položka 2 Délka praxe ve zdravotnictví



Výzkumu se zúčastnilo 47 žen, z nichž 1 má praxi ve zdravotnictví méně než 1 rok. 3 ženy mají praxi 1 – 5 let. 18 žen 6 – 10 let a 25 žen s praxí 11 let a více.

Výzkumu se zúčastnilo celkem 75 mužů, z nichž 2 mají praxi ve zdravotnictví méně než 1 rok. 8 mužů má praxi 1 – 5 let. 30 mužů 6 – 10 let a 35 mužů 11 let a více.

Položka 3 Etika

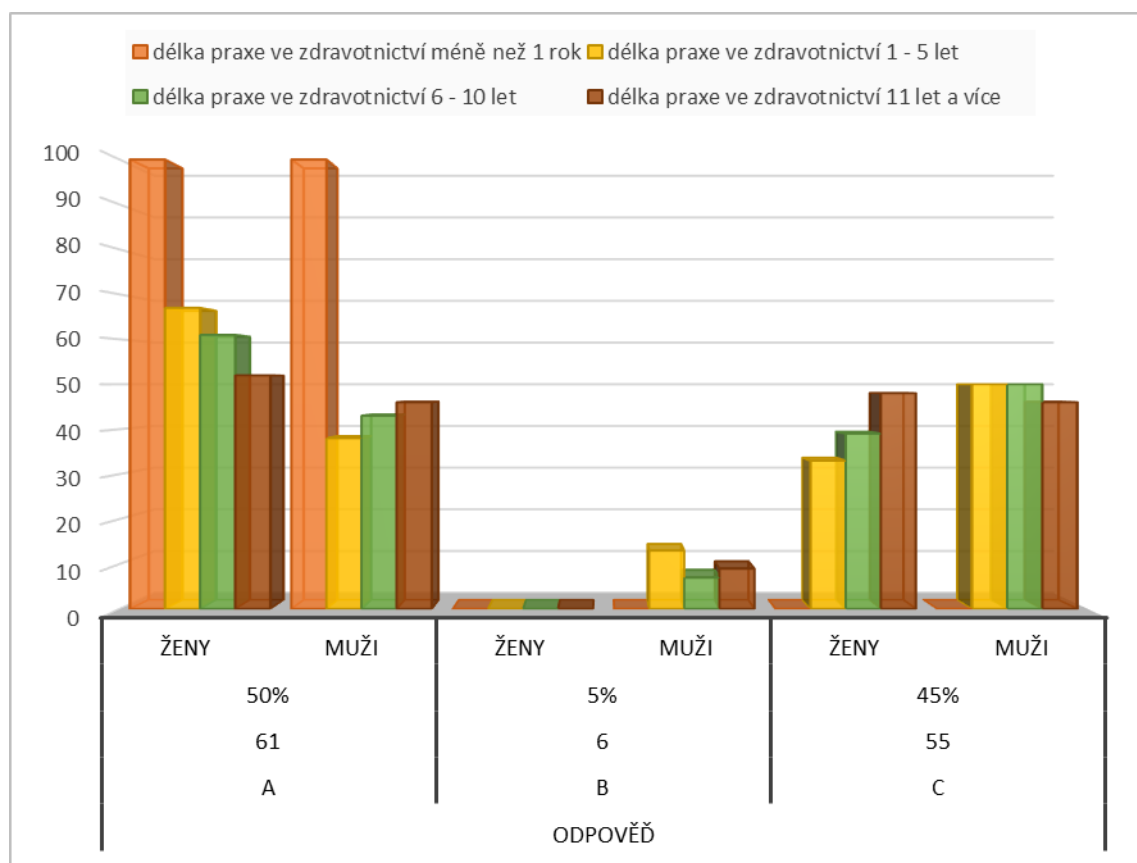
Etika: *

- A) zkoumá lidské chování.
- B) se zabývá společenským vystupováním.
- C) je schopnost rozeznávat správné od špatného.

Tabulka 3 Etika

VÝSLEDKY			Odpověď					
			A		B		C	
Souhrnné výsledky	počet		61		6		55	
	%		50%		5%		45%	
Výsledky dle praxe a pohlaví			ženy	muži	ženy	muži	ženy	muži
délka praxe ve zdravotnictví	méně než 1 rok	počet	1	2	0	0	0	0
		%	100	100	0	0	0	0
	1 - 5 let	počet	2	3	0	1	1	4
		%	67	38	0	13	33	50
	6 - 10 let	počet	11	13	0	2	7	15
		%	61	43	0	7	39	50
	11 let a více	počet	13	16	0	3	12	16
		%	52	46	0	9	48	46

Graf 3 Etika



Správnou odpověď A ve třetí otázce uvedlo 100 % žen s praxí ve zdravotnictví méně než rok. Dále 67 % žen s praxí mezi 1 – 5 lety. Tuto správnou odpověď také označilo 61 % žen s praxí 6 – 10 let a 52 % žen s praxí 11 let a více.

U mužů s praxí méně než jeden rok uvedlo správnou odpověď 100 %. V rozmezí 1 – 5 let praxe zaškrtno možnost A 38 % mužů. S délkou praxe 6 – 10 let volilo 43 % a 11 let a více praxe označilo 46% mužů jako správnou odpověď.

Odpověď B jako správnou nezvolila žádná žena.

U mužů s praxí méně než rok tuto možnost nevolil nikdo. S délkou praxe 1-5 let označilo možnost B 13 %. Mužských respondentů s délkou praxe 6 – 10 let volilo variantu B 7 % a respondentů s praxí 11 let a více 9 %.

Odpověď C nevolilo ani jedno pohlaví s délkou praxe méně než rok.

U žen s praxí 1 – 5 let volilo variantu C 33 %. S praxí 6 – 10 let 39 % a délkou praxe 11 let a více označilo tuto možnost 48 %.

U mužů pak vzestupně s délkou praxe vybralo možnost C 50 %, 50 % a 46 %.

Položka 4 Beneficence

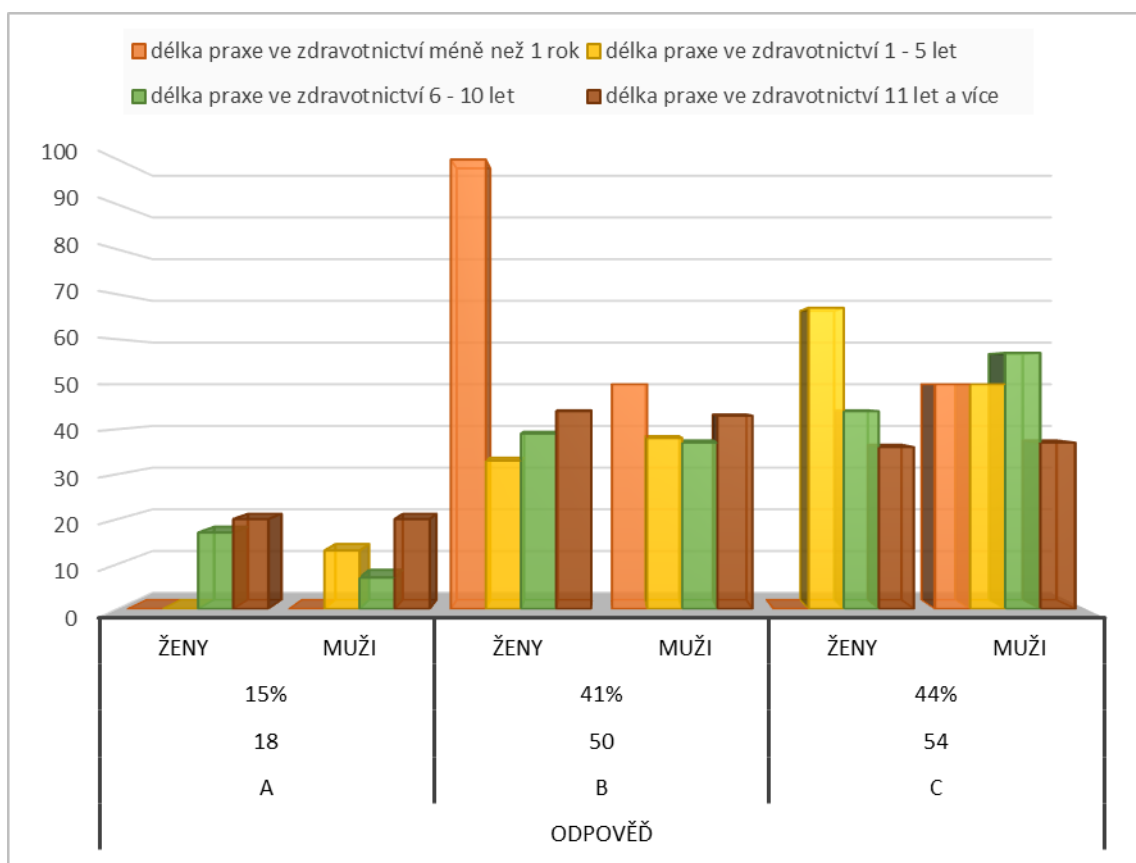
Princip beneficence: *

- A) znamená umožnit pacientovi rozhodovat se podle jeho osobních hodnot.
- B) je princip prospěšnosti pro zdravotnický personál.
- C) patří společně s veracitou a autonomií k základním etickým principům.

Tabulka 4 Beneficence

VÝSLEDKY			Odpověď					
			A		B		C	
Souhrnné výsledky	počet		18		50		54	
	%		15%		41%		44%	
Výsledky dle praxe a pohlaví			ženy	muži	ženy	muži	ženy	muži
délka praxe ve zdravotnictví	méně než 1 rok	počet	0	0	1	1	0	1
		%	0	0	100	50	0	50
	1 - 5 let	počet	0	1	1	3	2	4
		%	0	13	33	38	67	50
	6 - 10 let	počet	3	2	7	11	8	17
		%	17	7	39	37	44	57
	11 let a více	počet	5	7	11	15	9	13
		%	20	20	44	43	36	37

Graf 4



4 položka dotazníku zjišťovala teoretickou znalost etických principů ve zdravotnictví. Možnost A nevolilo ani jedno pohlaví ze skupiny respondentů s délkou praxe méně než jeden rok stejně jako u žen s praxí 1 – 5 let. Možnost A označilo pak 17 % respondentek ze skupiny praxe 6 – 10 let a 20 % respondentek skupiny praxe 11 let a více.

Odpověď A označilo jako správnou 13 % mužů s praxí 1 – 5 let, 7 % mužů s praxí 6 – 10 let a 20 % respondentů s praxí 11 let a více.

Variantu B zvolilo 100 % žen s praxí méně než 1 rok. 33 % žen s praxí 1 – 5 let, 39 % žen ze skupiny praxe 6 – 10 let a 44 % žen s délkou praxe 11 a více let.

Tuto variantu volilo 50 % mužů s praxí méně než 1 rok. 38 % s praxí 1 – 5 let, 37 % s praxí 6 – 10 let a 43 % s praxí 11 let a více.

Variantu C označilo 67 % žen s délkou praxe 1 – 5 let, 44 % s délkou praxe 6 – 10 let a 36 % žen s praxí 11 a více let.

Mužů volilo možnost C 50 % s délkou praxe méně než 1 rok. 50 % s praxí 1 – 5 let, 57 % s praxí 6 – 10 let a 37 % mužů s délkou praxe 11 let a více.

Položka 5 Vzdělávání

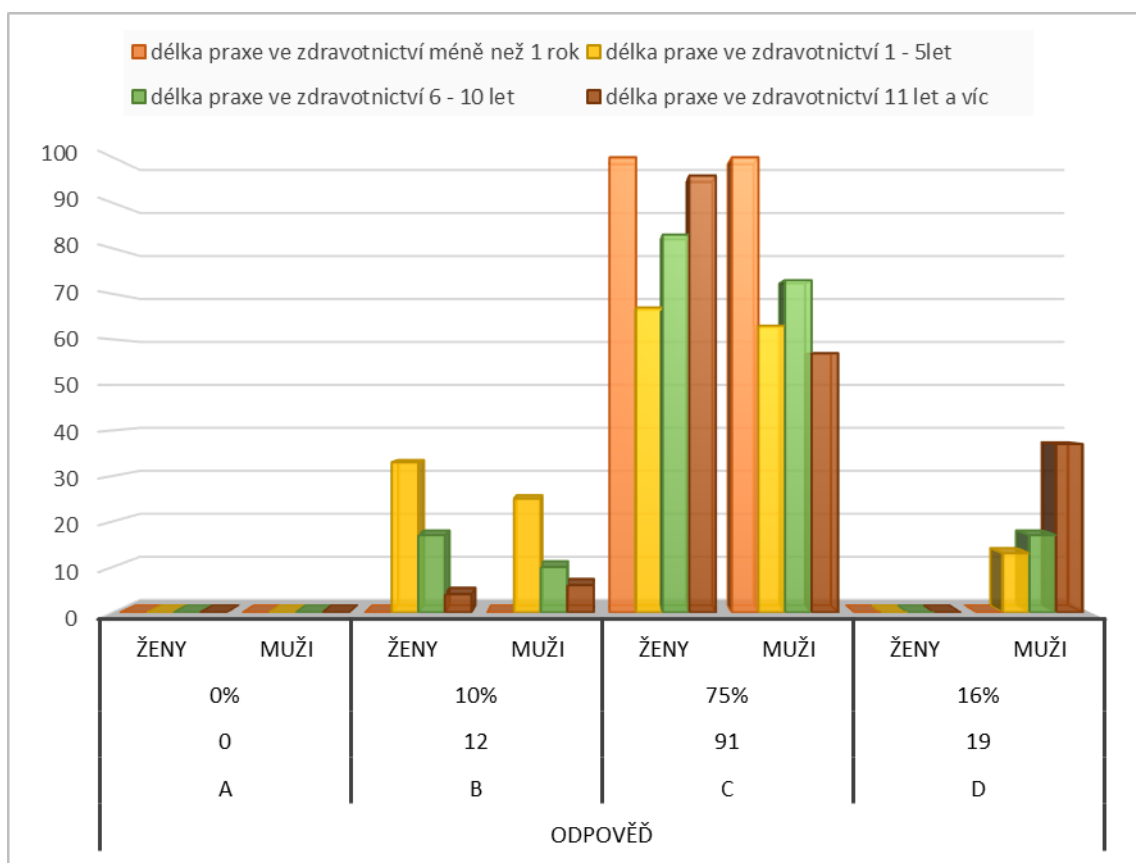
Věnujete se problematice etických problémů v souvislosti s Vaším zaměstnáním? *

- A) Ano, jsme pravidelně proškolení.
- B) Ano, samostudiem.
- C) Ne, ale rád/a bych získal/a nové znalosti.
- D) Ne, nepotřebuji to k výkonu povolání.

Tabulka 5 Vzdělávání

VÝSLEDKY			Odpověď							
			A		B		C		D	
Souhrnné výsledky	počet		0		12		91		19	
	%		0%		10%		75%		16%	
Výsledky dle praxe a pohlaví			ženy	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy	muži
délka praxe ve zdravotnictví	méně než 1 rok	počet	0	0	0	0	1	2	0	0
		%	0	0	0	0	100	100	0	0
	1 - 5let	počet	0	0	1	2	2	5	0	1
		%	0	0	33	25	67	63	0	13
	6 - 10 let	počet	0	0	3	3	15	22	0	5
		%	0	0	17	10	83	73	0	17
	11 let a víc	počet	0	0	1	2	24	20	0	13
		%	0	0	4	6	96	57	0	37

Graf 5 Vzdělávání



Pátá dotazníková položka zjišťovala školení v oblasti etiky. Variantu A neoznačil ani jeden respondent obojího pohlaví ze všech skupin.

Možnost B označilo 33 % žen s délkou praxe 1 – 5 let. 17 % žen s praxí 6 – 10 let a 4 % respondentek s praxí 11 a více let.

Tuto variantu zvolilo 25 % mužů ze skupiny 1 – 5 let praxe, 10 % ze skupiny 6 – 10 let praxe a 6 % ze skupiny 11 a více let praxe.

Odpověď C zvolilo 100 % žen s praxí méně než 1 rok, 67 % s praxí 1 – 5 let, 83 % s délkou praxe 6 – 10 let a 96 % ze skupiny 11 let a více.

U mužů volilo ze skupiny praxe méně než 1 rok 100% odpověď C. 63 % jich pak volilo možnost C ze skupiny 1 – 5 let, 73 % 6 – 10 let a 57 % s praxí 11 let a více.

Pro možnost D nehlasovala ani jedna žena z žádné skupiny.

A u mužů pro možnost D hlasovalo 13 % ze skupiny 1 – 5 let, 17 % ze skupiny 6 – 10 let a 37 % ze skupiny 11 let a více.

Položka 6 Nejčastější etický problém

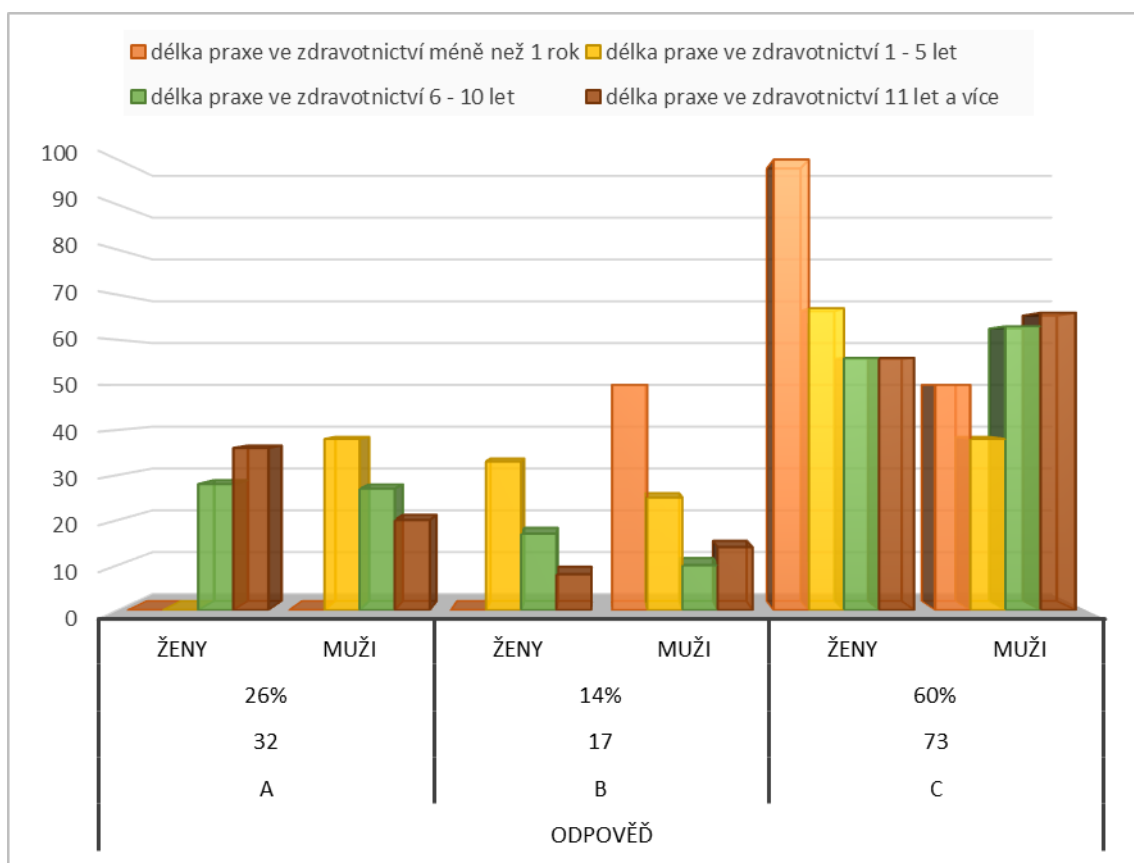
V jaké oblasti přednemocniční neodkladné péče se nejvíce setkáváte s etickými problémy? *

- A) Při ošetřování pacientů jiné rasy.
- B) Při resuscitaci dětí.
- C) Při resuscitaci polymorbidních geriatrických pacientů.

Tabulka 6 Nejčastější etický problém

VÝSLEDKY			Odpověď					
			A		B		C	
Souhrnné výsledky	počet		32		17		73	
	%		26%		14%		60%	
Výsledky dle praxe a pohlaví			ženy	muži	ženy	muži	ženy	muži
délka praxe ve zdravotnictví	méně než 1 rok	počet	0	0	0	1	1	1
		%	0	0	0	50	100	50
	1 - 5 let	počet	0	3	1	2	2	3
		%	0	38	33	25	67	38
	6 - 10 let	počet	5	8	3	3	10	19
		%	28	27	17	10	56	63
	11 let a více	počet	9	7	2	5	14	23
		%	36	20	8	14	56	66

Graf 6 Nejčastější etický problém



Dotazníková položka 6 zjišťovala nejčastější etický problém v PNP. Pro možnost A hlasovalo 28 % žen s délkou praxe 6 – 10 let a 36 % žen s délkou praxe 11 let a více.

U mužů se k této variantě přiklonilo 38 % ze skupiny praxe 1 – 5 let, 27 % ze skupiny 6 – 10 let praxe a 20 % ze skupiny 11 let a více praxe.

Možnost B označilo 33 % žen ze skupiny 1 – 5 let praxe. 17 % žen s praxí 6- 10 let a 8 % žen s délkou praxe 11 let a více.

Mužů uvedlo možnost B v 50 % s délkou praxe méně než 1 rok. 25 % s délkou praxe 1 – 5 let, 10 % s délkou praxe 6 – 10 let a 14 % s praxí 11 let a více.

K možnosti C se přiklonilo 100 % žen s praxí méně než 1 rok. 67 % ze skupiny 1 -5 let praxe, 56 % s délkou praxe 6 – 10 let a 11 let a více.

Muži s délkou praxe méně než 1 rok volili tuto možnost v 50 %. Déle ze skupiny 1 -5 let praxe 38 %, 63 % s praxí 6 – 10 let a 66 % ze skupiny 11 let praxe a více.

Položka 7 Ošetřování menšin

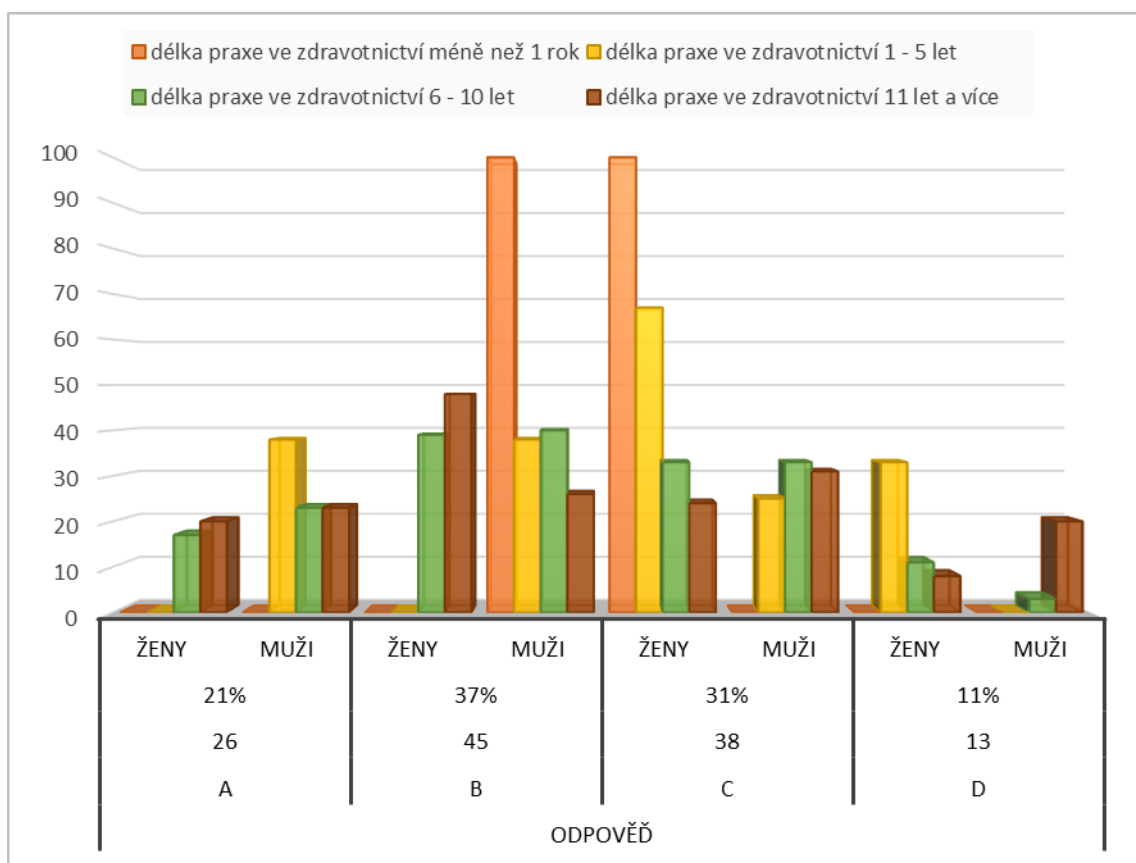
Za jak složitý etický problém považujete ošetřování menšin? *

- A) Velmi složitý etický problém.
- B) Více složitý etický problém.
- C) Středně složitý etický problém.
- D) Méně složitý etický problém.

Tabulka 7 Ošetřování menšin

VÝSLEDKY			Odpověď							
			A		B		C		D	
Souhrnné výsledky	počet		26		45		38		13	
	%		21%		37%		31%		11%	
Výsledky dle praxe a pohlaví			ženy	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy	muži
délka praxe ve zdravotnictví	méně než 1 rok	počet	0	0	0	2	1	0	0	0
		%	0	0	0	100	100	0	0	0
	1 - 5 let	počet	0	3	0	3	2	2	1	0
		%	0	38	0	38	67	25	33	0
	6 - 10 let	počet	3	7	7	12	6	10	2	1
		%	17	23	39	40	33	33	11	3
	11 let a více	počet	5	8	12	9	6	11	2	7
		%	20	23	48	26	24	31	8	20

Graf 7 Ošetřování menšín



Odpověď A velmi složitý etický problém uvedlo žen 17 % ze skupiny 6 – 10 let praxe a 20 % s praxí 11 let a více.

Mužů 38 % s délkou praxe 1 – 5 let, 23 % ze skupiny 6 – 10 let, 23 s praxí 11 let a více.

Odpověď B více složitý etický problém uvedlo žen 39 % s praxí 6 – 10 let a 48 % s praxí 11 let a více.

Mužů 100 % s délkou praxe méně než 1 rok, 38 % ze skupiny 1 – 5 let, 40 % s praxí 6 – 10 let, 26 % s praxí 11 a více let.

Odpověď C středně složitý etický problém uvedlo žen 100 % s praxí méně než 1 rok, 67 % s délkou praxe 1 – 5 let, 33 % s délkou praxe 6 – 10 let a 24 % s délkou praxe 11 let a více.

Mužů 25 % s délkou praxe 1 – 5 let, 33 % s délkou praxe 6 – 10 let, 31 % s délkou praxe 11 let a více.

Odpověď D méně složitý etický problém uvedlo žen 33 % s délkou praxe 1 – 5 let, 11 % s délkou praxe 6 – 10 let, 8 % s délkou praxe 11 let a více.

A mužů 3 % s praxí 6 – 10 let, 20 % s praxí 11 a více let.

Položka 8 Ošetřování dětí

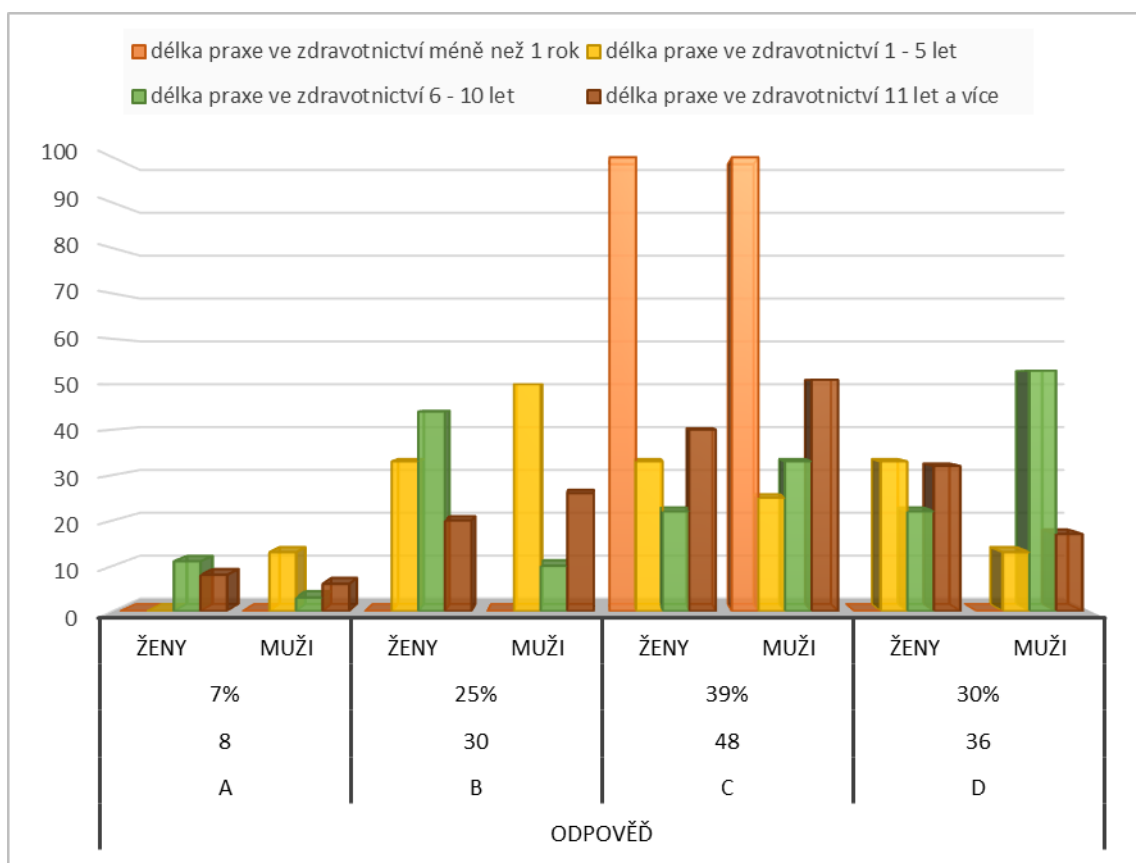
Za jak složitý etický problém považujete ošetřování dětí? *

- A) Velmi složitý etický problém.
- B) Více složitý etický problém.
- C) Středně složitý etický problém.
- D) Méně složitý etický problém.

Tabulka 8 Ošetřování dětí

VÝSLEDKY			Odpověď							
			A		B		C		D	
Souhrnné výsledky	počet		8		30		48		36	
	%		7%		25%		39%		30%	
Výsledky dle praxe a pohlaví			ženy	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy	muži
délka praxe ve zdravotnictví	méně než 1 rok	počet	0	0	0	0	1	2	0	0
		%	0	0	0	0	100	100	0	0
	1 - 5 let	počet	0	1	1	4	1	2	1	1
		%	0	13	33	50	33	25	33	13
	6 - 10 let	počet	2	1	8	3	4	10	4	16
		%	11	3	44	10	22	33	22	53
	11 let a více	počet	2	2	5	9	10	18	8	6
		%	8	6	20	26	40	51	32	17

Graf 8 Ošetřování dětí



Odpověď A velmi složitý etický problém uvedlo žen 11 % ze skupiny 6 – 10 let praxe a 8 % s praxí 11 let a více.

Mužů 13 % s délkou praxe 1 – 5 let, 3 % ze skupiny 6 – 10 let, 6 % s praxí 11 let a více.

Odpověď B více složitý etický problém uvedlo žen 33 % s délkou praxe 1 – 5 let, 44 % s praxí 6 – 10 let a 20 % s praxí 11 let a více.

Mužů 50 % ze skupiny 1 – 5 let, 10 % s praxí 6 – 10 let, 26 % s praxí 11 a více let.

Odpověď C středně složitý etický problém uvedlo žen 100 % s délkou praxe méně než 1 rok, 33 % s délkou praxe 1 – 5 let, 22 % s délkou praxe 6 – 10 let a 40 % s délkou praxe 11 let a více.

Mužů 100 % s délkou praxe méně než 1 rok, 25 % s délkou praxe 1 – 5 let, 33 % s délkou praxe 6 – 10 let, 51 % s délkou praxe 11 let a více.

Odpověď D méně složitý etický problém uvedlo žen 33 % s délkou praxe 1 – 5 let, 22 % s délkou praxe 6 – 10 let, 32 % s délkou praxe 11 let a více. A mužů 13 % 1 -5 let, 53 % 6 – 10 let, 17 % 11 a více let.

Položka 9 Resuscitace za přítomnosti rodinných příslušníků

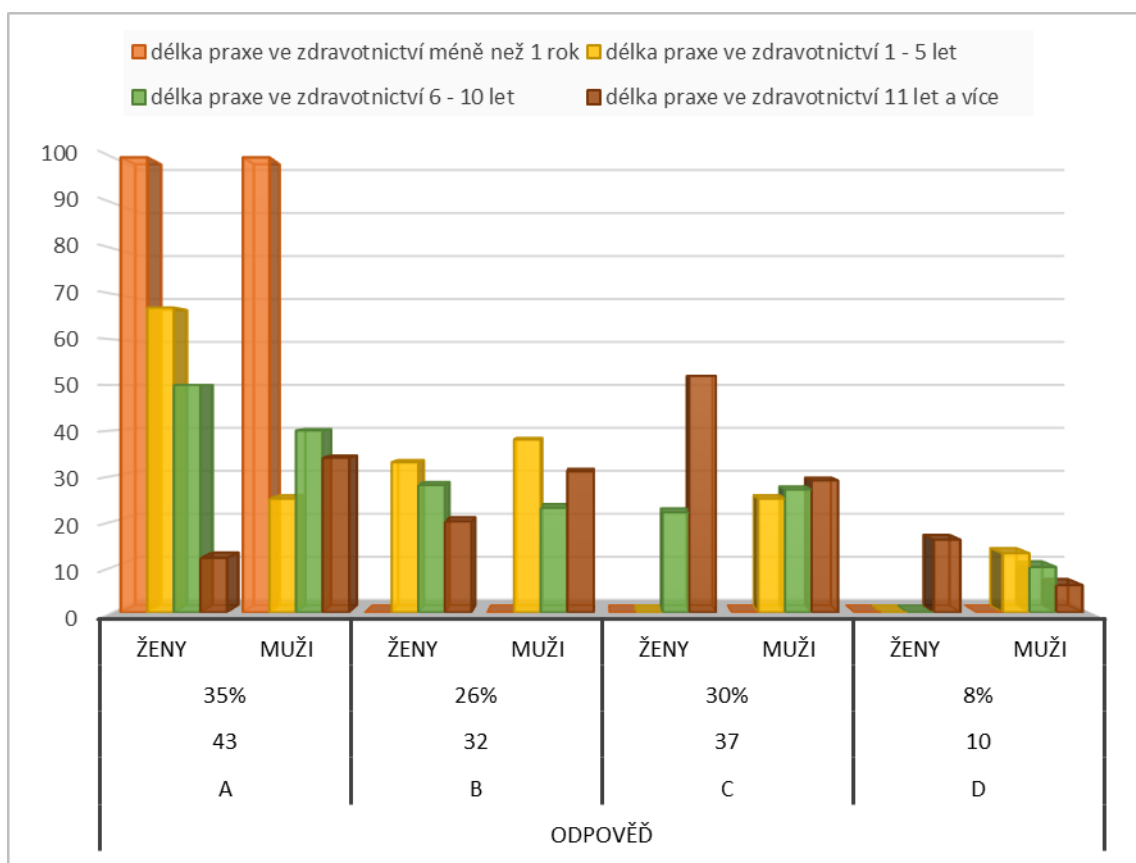
Za jak složitý etický problém považujete resuscitaci za přítomnosti rodinných příslušníků? *

- A) Velmi složitý etický problém.
- B) Více složitý etický problém.
- C) Středně složitý etický problém.
- D) Méně složitý etický problém.

Tabulka 9 Resuscitace za přítomnosti rodinných příslušníků

VÝSLEDKY			Odpověď							
			A		B		C		D	
Souhrnné výsledky	počet		43		32		37		10	
	%		35%		26%		30%		8%	
Výsledky dle praxe a pohlaví			ženy	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy	muži
délka praxe ve zdravotnictví	méně než 1 rok	počet	1	2	0	0	0	0	0	0
		%	100	100	0	0	0	0	0	0
	1 - 5 let	počet	2	2	1	3	0	2	0	1
		%	67	25	33	38	0	25	0	13
	6 - 10 let	počet	9	12	5	7	4	8	0	3
		%	50	40	28	23	22	27	0	10
	11 let a více	počet	3	12	5	11	13	10	4	2
		%	12	34	20	31	52	29	16	6

Graf 9 Resuscitace za přítomnosti rodinných příslušníků



Odpověď A velmi složitý etický problém uvedlo žen 100 % ze skupiny s délkou praxe méně než 1 rok, 67 % s praxí 1 – 5 let, 50 % ze skupiny 6 – 10 let praxe a 34 % s praxí 11 let a více.

Mužů 100 % ze skupiny s délkou praxe méně než 1 rok, 25 % s délkou praxe 1 – 5 let, 40 % ze skupiny 6 – 10 let, 34 % s praxí 11 let a více.

Odpověď B více složitý etický problém uvedlo žen 33 % s délkou praxe 1 – 5 let, 28 % s praxí 6 – 10 let a 20 % s praxí 11 let a více.

Mužů 38 % ze skupiny 1 – 5 let, 23 % s praxí 6 – 10 let, 31 % s praxí 11 a více let.

Odpověď C středně složitý etický problém uvedlo žen 22 % s délkou praxe 6 – 10 let a 52 % s délkou praxe 11 let a více.

Mužů 25 % s délkou praxe 1 – 5 let, 27 % s délkou praxe 6 – 10 let, 29 % s délkou praxe 11 let a více.

Odpověď D méně složitý etický problém uvedlo žen 16 % s délkou praxe 11 let a více. A mužů 13 % 1 -5 let, 10 % 6 – 10 let, 6 % 11 a více let.

Položka 10 Největší etický problém v medicíně katastrof

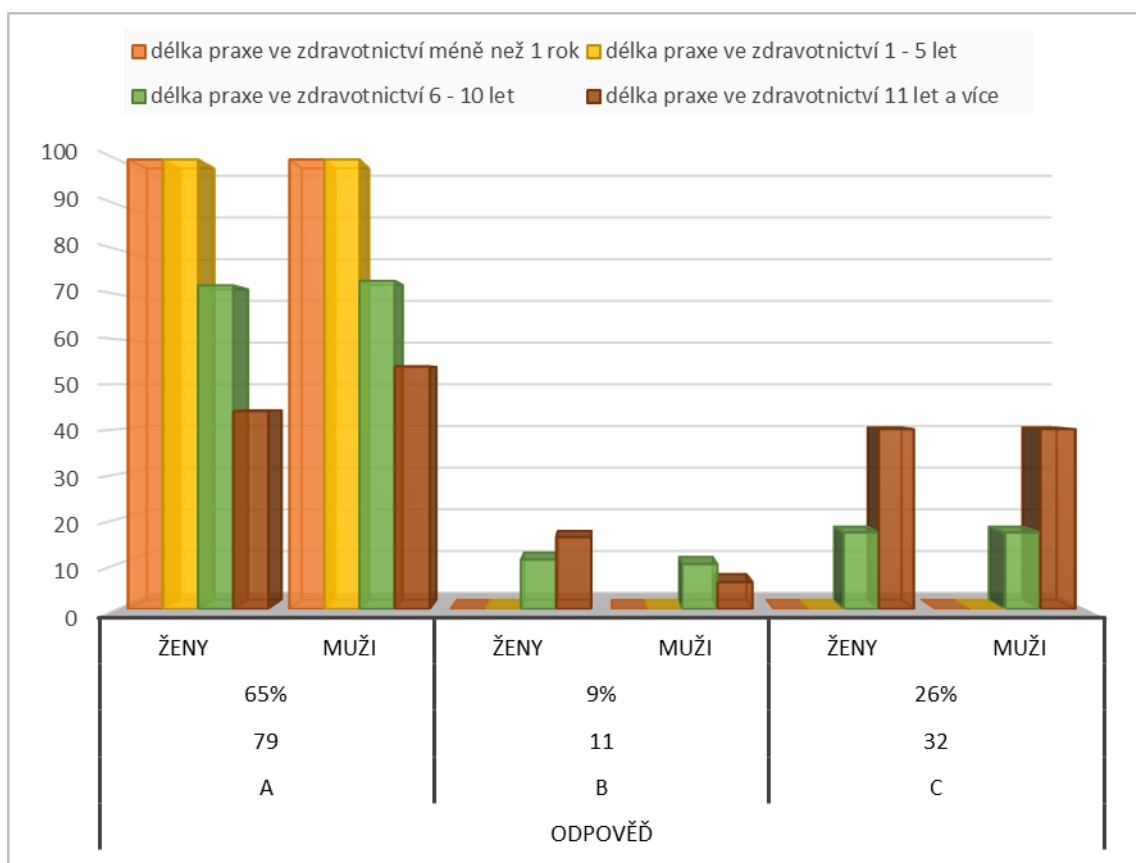
Za nejzávažnější etický problém v medicíně katastrof považují: *

- A) třídění raněných při hromadném neštěstí.
- B) ponechání zemřelých osob na třídícím stanovišti společně s příživšími
- C) neochotu spolupráce lehce raněných při poskytování první pomoci ostatním.

Tabulka 10 Největší etický problém v medicíně katastrof

VÝSLEDKY			Odpověď					
			A		B		C	
Souhrnné výsledky	počet		79		11		32	
	%		65%		9%		26%	
Výsledky dle praxe a pohlaví			ženy	muži	ženy	muži	ženy	muži
délka praxe ve zdravotnictví	méně než 1 rok	počet	1	2	0	0	0	0
		%	100	100	0	0	0	0
	1 - 5 let	počet	3	8	0	0	0	0
		%	100	100	0	0	0	0
	6 - 10 let	počet	13	22	2	3	3	5
		%	72	73	11	10	17	17
	11 let a více	počet	11	19	4	2	10	14
		%	44	54	16	6	40	40

Graf 10 Největší etický problém v medicíně katastrof



Položka 10 zjišťovala, co považují respondenti za největší etický problém v medicíně katastrof. Variantu A označilo 100 % žen i mužů s praxí méně než 1 rok a s praxí 1 -5 let. Dále možnost A volilo 72 % žen ze skupiny 6 – 10 let praxe a 44 % žen ze skupiny 11 a více let praxe.

Mužů ze skupiny 6 – 10 let volilo 73 % a ze skupiny 11 let a více 54 %.

Možnost B označilo 11 % žen ze skupiny 6 – 10 let praxe a 16 % ze skupiny praxe 11 let a více.

Pro tuto variantu dále hlasovalo 10 % mužů ze skupiny 6 – 10 let praxe a 6 % mužů s praxí 11 let a více.

K možnosti C se přiklonilo 17 % žen ze skupiny 6 – 10 let a 40 % ze skupiny 11 let a více.

U mužů pro variantu C hlasovalo stejně jako u žen 17 % s praxí 6 – 10 let a 40 % s praxí delší než 11 let

Položka 11 Upřednostnění při třídění raněných

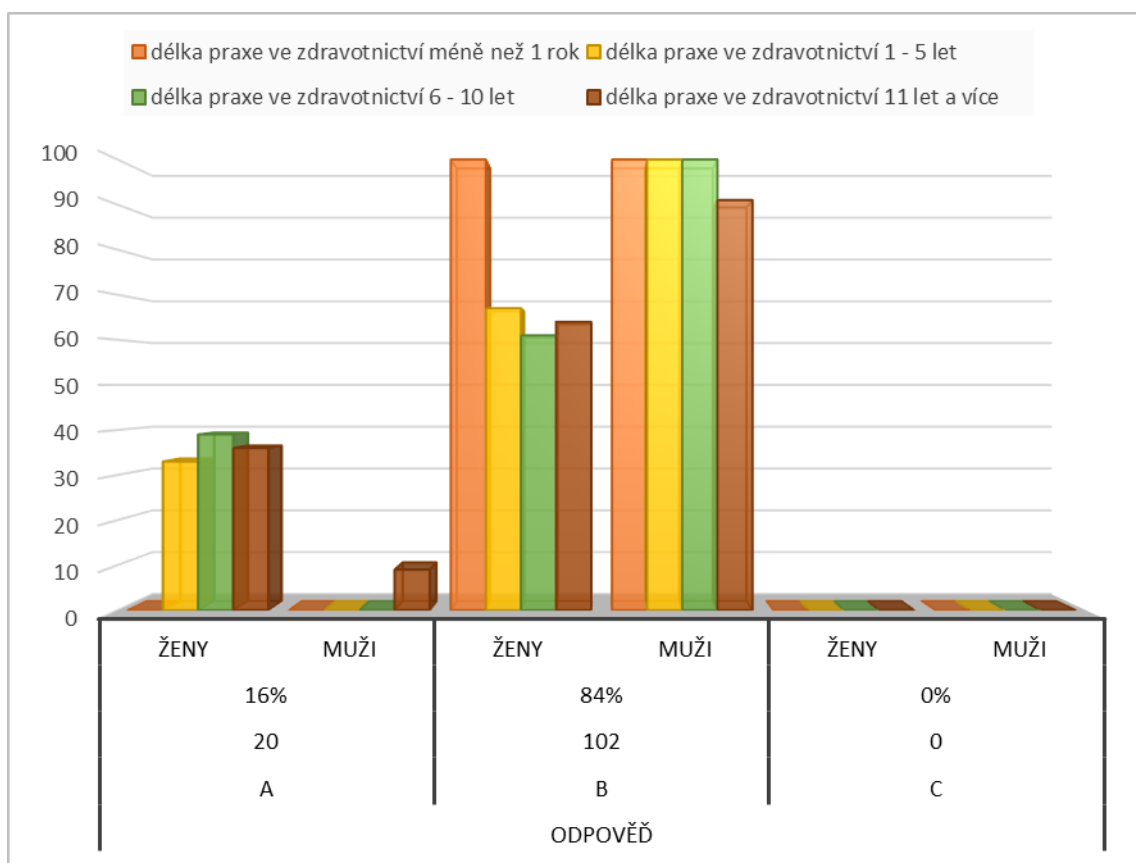
Při třídění raněných během mimořádné události *

- A) upřednostňuji ošetření dětských pacientů.
- B) se držím striktně stanovených postupů.
- C) upřednostňuji ošetření žen.

Tabulka 11 Upřednostnění při třídění raněných

VÝSLEDKY			Odpověď					
			A		B		C	
Souhrnné výsledky	počet		20		102		0	
	%		16%		84%		0%	
Výsledky dle praxe a pohlaví			ženy	muži	ženy	muži	ženy	muži
délka praxe ve zdravotnictví	méně než 1 rok	počet	0	0	1	2	0	0
		%	0	0	100	100	0	0
	1 - 5 let	počet	1	0	2	8	0	0
		%	33	0	67	100	0	0
	6 - 10 let	počet	7	0	11	30	0	0
		%	39	0	61	100	0	0
	11 let a více	počet	9	3	16	32	0	0
		%	36	9	64	91	0	0

Graf 11 Upřednostnění při třídění raněných



Z grafu vyplývá, že respondenti obou pohlaví s délkou praxe méně než jeden rok by nedali přednost ošetření dětského pacienta při hromadném neštěstí. Tuto možnost, tedy možnost A zvolilo 33 % žen s délkou praxe 1 – 5 let. Déle 39 % žen s délkou praxe 6 – 10 let a 36 % žen s délkou praxe 11 let a více.

U mužů možnost A zvolilo pouhých 9 % ze skupiny respondentů s délkou praxe 11 let a více.

Možnost B označilo 100 % mužů i žen s délkou praxe méně než 1 rok. Dále 67 % žen s praxí 1 – 5 let, 61 % s délkou praxe 6 – 10 let a 64 % žen s praxí 11 let a více.

Muži ve skupinách s délkou praxe 1 – 5 let a 6 – 10 let zvolili variantu B v obou skupinách ve 100 %. Mužů s praxí 11 let a více volilo možnost B v 91 %.

Variantu C nevolil ani jeden respondent obojího pohlaví.

11 DISKUZE

V bakalářské práci jsme se zabývali problematikou etických problémů v záchranářství a medicíně katastrof. Pro náš výzkum jsme zvolili metodu kvantitativní formou anonymního dotazníku. Dotazníky byly určeny pro lékařský a nelékařský zdravotnický personál. Dotazníky byly rozeslány elektronickou formou na výjezdová stanoviště ZZS Pk. Výzkum probíhal od 21.7-15.8.2014 do 1.12-12.12.2014 se svolením ředitele ZZS Pk MUDr. Romana Svitáka.

První dvě otázky v dotazníku byly zaměřeny na identifikační údaje o respondentech. Zjistili jsme, že výzkumu se zúčastnilo 47 žen a 75 mužů. Z celkového počtu žen se výzkumu zúčastnila 1 žena s délkou praxe ve zdravotnictví méně než jeden rok. Dále 3 ženy s délkou praxe 1 – 5 let. 18 žen s délkou praxe 6 – 10 let a 25 žen s délkou praxe 11 let a více. Muži s délkou praxe méně než jeden rok se zúčastnili 2. Ze skupiny 1 – 5 let praxe 8 respondentů. 30 mužů s délkou praxe 6 – 10 let a 35 mužů s délkou praxe 11 let a více.

Naším prvním cílem bylo: *„Zjistit úroveň teoretických znalostí zdravotnických pracovníků ZZS Pk v problematice etiky.“* K prvnímu cíli se vztahují položky č. 3 a 4. Z grafu č. 3 a 4 je patrné, že teoretické znalosti zdravotnických pracovníků v oblasti etiky jsou průměrné až méně průměrné. Na otázku č. 3 odpovědělo správně 50 % respondentů a na otázku č. 4 jich odpovědělo správně 44 %. V grafu č. 4 však můžeme vidět, že zdravotnický personál nezná dostatečně obsah základních etických principů ve zdravotnictví. Domnívám se, že důvodem těchto výsledků je nedostatečné proškolení personálu v oblasti etiky.

Toto tvrzení se nám potvrdilo hned v následující otázce č. 5, kde se respondentů dotazujeme, zda jsou vzdělávání, nebo se vzdělávají v problematice etiky. Z grafu č. 5 můžeme zjistit ani jeden dotazovaný respondent neodpověděl, že je v této problematice pravidelně proškolen, pouhých 10 % dotazovaných uvedlo, že se problematice věnují samostudiem a 75 % respondentů uvedlo, že se v problematice nevzdělávají, ale rádi by získali nové znalosti. Dále mě velmi překvapila odpověď 16 % dotazovaných, že se v problematice nijak nevzdělávají a k výkonu svého povolání toto nepotřebují.

Druhým cílem naší bakalářské práce bylo: *„Zjistit s jakými etickými problémy se členové posádek ZZS Pk setkávají nejčastěji v podmínkách přednemocniční neodkladné péče.“* Pro splnění tohoto cíle jsme zařadili do dotazníku otázku č. 6, kde se respondentů dotazujeme, s jakými etickými problémy se setkávají v podmínkách přednemocniční péče

nejčastěji. K tomuto cíli se vztahuje hypotéza 2, v níž předpokládáme že, se členové zdravotnických záchranných týmů ZZS Pk budou nejčastěji setkávat s etickými problémy vázanými na problematiku multikulturního ošetřovatelství v podmínkách přednemocniční neodkladné péče. Tato hypotéza se nám nepotvrdila. Etické problémy v oblasti multikulturního ošetřovatelství volilo pouhých 26 % respondentů. Nejčastější etický problém v podmínkách přednemocniční neodkladné péče, s kterým se členové výjezdových skupin ZZS Pk setkávají nejčastěji je resuscitace polymorbidních geriatrických pacientů. Tuto možnost zvolilo 60 % dotazovaných. Domnívám se, že důvodem tohoto výsledku je stále zvyšující se snaha o prodlužování života.

Na grafech č. 7, 8, 9 můžeme vidět, za jak závažné považují jednotlivé etické problémy v přednemocniční neodkladné péči. 21 % respondentů uvedlo ošetřování menšin jako velmi závažný etický problém, dále 7 % označilo ošetřování dětských pacientů jako velmi závažný etický problém. Nejvyšší počet 35 % jako velmi závažný etický problém provádění resuscitace za přítomnosti rodinných příslušníků.

Třetím cílem naší bakalářské práce bylo: „Zjistit co považují členové posádek ZZS Pk za nejzávažnější etický problém v podmínkách medicíny katastrof.“ K tomuto cíli jsme stanovili hypotézu že, členové zdravotnických záchranných týmů ZZS Pk považují za největší etický problém třídění raněných v podmínkách medicíny katastrof. Tato hypotéza se nám potvrdila. 65 % dotazovaných označilo jako největší etický problém v medicíně katastrof třídění raněných. Jako druhý největší etický problém v podmínkách medicíny katastrof považují zdravotničtí pracovníci neochotu spolupráce lehce raněných při první pomoci ostatním. Tuto možnost označilo 26 %. Z poslední otázky v našem dotazníkovém šetření jsme zjistili, že 84 % zdravotnických pracovníků se při třídění raněných striktně drží stanovených postupů. Pokud se podíváme na graf č. 11, zjistíme, že 16 % by upřednostnilo spíše dětské pacienty. Vzhledem k tomu že tuto možnost volily především ženy, myslím si, že důvodem toho jsou především mateřské pudy.

Myslím si, že toto téma je často opomíjené, byť jeho aktuálnost velmi stoupá, vzhledem k rychlému vývoji moderní medicíny. Shledávám, že je dobré pro každého lékařského i nelékařského zdravotnického pracovníka mít ukotvené základy týkající se problematiky etiky a jejích problémů. Údaje získané z dotazníku nám mohou dát přehled o současné situaci etiky v přednemocniční neodkladné péči a medicíně katastrof a mohou sloužit jako námět pro vytvoření studijního materiálu nejen pro členy výjezdových skupin ZZS Pk, ale i pro studenty zdravotnických škol.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se věnuje problematice etických problémů v záchranářství a medicíně katastrof. Byly stanoveny tři cíle. První cíl se zaměřuje na úroveň znalostí členů výjezdových skupin ZZS Pk v oblasti etiky ve zdravotnictví. Druhý cíl jsme zaměřili na zjištění nejčastěji vyskytujícího se etického problému v přednemocniční neodkladné péči. Třetí cíl zkoumá, jaký je největší etický problém v prostředí medicíny katastrof. Výzkum proběhl kvantitativní metodou formou anonymního dotazníku.

V prvním cíli jsme zjišťovali úroveň znalostí zdravotnických pracovníků ZZS Pk. Z grafu č. 3, 4 je patrné, že úroveň znalostí členů výjezdových skupin ZZS Pk je průměrná až méně průměrná, čímž se nám hypotéza 1 potvrdila.

Druhý cíl se zaměřoval na nejčastěji vyskytující se etický problém v přednemocniční neodkladné péči. K druhému cíli se váže hypotéza, v níž předpokládáme že, se členové zdravotnických záchranných týmů ZZS Pk budou nejčastěji setkávat s etickými problémy vázanými na problematiku multikulturního ošetřovatelství v podmínkách přednemocniční neodkladné péče. Tato hypotéza se nám nepotvrdila, neboť členové výjezdových skupin ZZS Pk v 60 % uvedli, že se nejčastěji setkávají s resuscitací polymorbidních geriatrických pacientů. Etické problémy spojené s multikulturním ošetřovatelstvím uvedlo pouhých 26 %.

Třetí cíl byl zaměřen na zjištění největšího etického problému v prostředí medicíny katastrof. Předpokládali jsme hypotézu že, členové zdravotnických záchranných týmů ZZS Pk považují za největší etický problém třídění raněných v podmínkách medicíny katastrof. Tato hypotéza se nám potvrdila a označilo jako největší etický problém třídění raněných 65 % respondentů.

Cíle této bakalářské práce byly splněny, hypotézy H1 a H3 byly potvrzeny. Hypotéza H2 se nepotvrdila. Na všechny stanovené výzkumné otázky bylo odpovězeno.

Závěrem pro praxi bychom mohli tuto bakalářskou práci použít jako zdroj informací pro zdravotnické pracovníky a jako studijní materiál pro studenty zdravotnických borů.

12 Seznam literatury

Andršová, Alena. 2012. *Psychologie a komunikace pro záchranáře v praxi*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2012. 978-80-247-4119-2.

Baštecká, Bohumila a kolektiv. 2005. *Terénní krizová práce psychosociální intervenční týmy*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2005. 80-247-0708-X.

Císařová Dagmar, Sovová Olga a kolektiv. 2004. *Trestní právo a zdravotnictví*. Praha : Nakladatelství Orac, s.r.o., 2004. 80-86199-75-4.

Dominik Brůha, Eva Prošková. 2011. *Zdravotnická povolání*. Praha : Wolters Kluwer, 2011. 978-80-7357-661-5.

Ivanová Kateřina, Špirudová Lenka, Kutnohorská Jana. 2005. *Multikulturní ošetrovatelství I*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2005. 80-247-1212-1.

Klementa Bronislav, Klementová Olga, Marcián Pavel. 2014. *Resuscitace, 2. rozšířené vydání*. Olomouc : EPAVA Olomouc, a.s., 2014. 978-80-86297-47-7.

Kuře, Josef a kolektiv. 2012. *Kapitoly z lékařské etiky*. Brno : Masarykova univerzita, 2012. 978-80-210-5951-1.

Kutnohorská, Jana. 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha : Grada, 2007. 8024720698.

Masár, Oto a kolektiv. 2010. *Úvod do medicíny katastrof pro záchranáře*. Praha : Vysoká škola zdravotnická, 2010. 978-80-902876-3-1.

Munzarová, Marta. 2005. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2005. 80-247-1024-2.

Pokorný, Jiří a kolektiv. 2004. *Urgentní medicína*. Praha : Galén, 2004. 80-7262-259-5.

Ptáček Radek, Bartůněk Petr a kolektiv. 2014. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2014. 978-80-247-5471-0.

— . **2011.** *Etika a komunikace v medicíně*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2011. 978-80-247-3976-2.

Ptáček Radek, Bartůněk Petr, Mach Jan a kolektiv. 2013. *Lege artis v medicíně*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2013. 978-80-247-5126-9.

Sedlářová, Petra a kolektiv. 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2008. 978-80-247-1613-8.

Šeblová Jana, Knor Jiří a kolektiv. 2013. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře.* Praha : Grada Publishing, a.s., 2013. 978-80-247-4434-6.

Špatenková, Naděžda. 2011. *Krizová intervence pro praxi.* Praha : Grada Publishing, a.s., 2011. 978-80-247-2624-3.

Štětina, Jiří a kolektiv. 2014. *Zdravotnictví a integrovaný záchranný systém při hromadných neštěstích a katastrofách.* Praha : Grada Publishing, a.s., 2014. 978-80-247-4578-7.

Urgentní medicína z pohledu medicíny a práva. **Kolektiv. 2009.** Liberec : Ústav zdravotnických studií, Technická univerzita v Liberci, 2009. 978-80-7372-462-7.

NOLAN, Jerry P., Jasmeet SOAR, David A. ZIDEMAN, Dominique BIARENT, Leo L. BOSSAERT, Charles DEAKIN, Rudolph W. KOSTER, Jonathan WYLLIE a Bernd BÖTTIGER. *European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 1. Executive summary.* Elsevier Ireland Ltd., 2010. ISSN 1219–1276. Dostupné z:<http://www.cprguidelines.eu/2010/guidelines.php>

Seznam zkratk

PNP	přednemocniční neodkladná péče
KPR	kardiopulmonální resuscitace
ZZS Pk	Zdravotnická záchranná služba Plzeňského kraje
CAN	syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte

Seznam tabulek

Tabulka 1	Etika
Tabulka 2	Beneficence
Tabulka 3	Vzdělávání
Tabulka 4	Nejčastější etický problém
Tabulka 5	Ošetřování menšin
Tabulka 6	Ošetřování dětí
Tabulka 7	Resuscitace za přítomnosti rodinných příslušníků
Tabulka 8	Největší etický problém v medicíně katastrof
Tabulka 9	Upřednostnění při třídění raněných

Seznam grafů

Graf 1	Pohlaví
Graf 2	Délka praxe
Graf 3	Etika
Graf 4	Beneficence
Graf 5	Vzdělávání
Graf 6	Nejčastější etický problém
Graf 7	Ošetřování menšin
Graf 8	Ošetřování dětí
Graf 9	Resuscitace za přítomnosti rodinných příslušníků
Graf 10	Největší etický problém v medicíně katastrof
Graf 11	Upřednostnění při třídění raněných

Seznam příloh

Příloha 1 Dotazník pro členy výjezdových posádek ZZS Pk

13 Přílohy

Příloha 1 Dotazník pro členy výjezdových posádek ZZS Pk

Etické problémy záchranářství a medicíny katastrof

Vážení respondenti,

jmenuji se Ivana Kardošová a jsem studentkou 3. ročníku Fakulty zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni, obor Zdravotnický záchranář. Tématem mé bakalářské práce je "Etické problémy záchranářství a medicíny katastrof" v návaznosti na toto téma zjišťuji znalosti a zkušenosti členů výjezdových skupin ZZS Pk v oblasti etiky. Všechna data jsou anonymní a budou použita pouze pro zpracování bakalářské práce.

Děkuji za Váš čas a vyplnění dotazníku

Ivana Kardošová

Pohlaví *

- A) Muž
- B) Žena

Jaká je délka Vaší praxe ve zdravotnictví? *

- A) Méně než 1 rok
- B) 1 - 5 let
- C) 6 - 10 let
- D) 11 let a více

Etika: *

- A) zkoumá lidské chování.
- B) se zabývá společenským vystupováním.
- C) je schopnost rozeznávat správné od špatného.

Princip beneficence: *

- A) znamená umožnit pacientovi rozhodovat se podle jeho osobních hodnot.
- B) je princip prospěšnosti pro zdravotnický personál.
- C) patří společně s veracitou a autonomií k základním etickým principům.

Věnujete se problematice etických problémů v souvislosti s Vaším zaměstnáním? *

- A) Ano, jsme pravidelně proškolení.
- B) Ano, samostudiem.
- C) Ne, ale rád/a bych získal/a nové znalosti.
- D) Ne, nepotřebuji to k výkonu povolání.

V jaké oblasti přednemocniční neodkladné péče se nejvíce setkáváte s etickými problémy? *

- A) Při ošetřování pacientů jiné rasy.
- B) Při resuscitaci dětí.
- C) Při resuscitaci polymorbidních geriatrických pacientů.

Za jak složitý etický problém považujete ošetřování menšin? *

- A) Velmi složitý etický problém.
- B) Více složitý etický problém.
- C) Středně složitý etický problém.
- D) Méně složitý etický problém.

Za jak složitý etický problém považujete ošetřování dětí? *

- A) Velmi složitý etický problém.
- B) Více složitý etický problém.
- C) Středně složitý etický problém.
- D) Méně složitý etický problém.

Za jak složitý etický problém považujete resuscitaci za přítomnosti rodinných příslušníků? *

- A) Velmi složitý etický problém.
- B) Více složitý etický problém.
- C) Středně složitý etický problém.
- D) Méně složitý etický problém.

Za nejzávažnější etický problém v medicíně katastrof považují: *

- A) třídění raněných při hromadném neštěstí.
- B) ponechání zemřelých osob na třídícím stanovišti společně s příživšími
- C) neochotu spolupráce lehce raněných při poskytování první pomoci ostatním.

Při třídění raněných během mimořádné události *

- A) upřednostňuji ošetření dětských pacientů.
- B) se držím striktně stanovených postupů.
- C) upřednostňuji ošetření žen.