

*Katedra antropologie a zdravotní PdF UP v Olomouci*

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI**

**PEDAGOGICKÁ FAKULTA**

**Katedra antropologie a zdravotní**

**Diplomová práce**

Bc. Klára Šušková

Dříve vyslovená přání klientů se závažným onemocněním jako  
etický problém ve zdravotnictví

Olomouc 2019

Vedoucí práce: PaedDr. et Mgr. Marie Chrásková, Ph.D

### **Autorské prohlášení**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci s názvem „Dříve vyslovená přání klientů se závažným onemocněním jako etický problém ve zdravotnictví“ zpracovala samostatně, pod vedením PaedDr. et Mgr. Marie Chráskové, Ph.D. Použila jsem jen uvedenou literaturu a zdroje.

V Havířově dne

Podpis

### **Poděkování**

Ráda bych na tomto místě poděkovala vedoucí práce paní PaedDr. et Mgr. Marii Chráskové, Ph.D., za odborné vedení diplomové práce, za předané informace, rady a za čas, který věnovala našim konzultacím a celkovému vedení práce. Děkuji blízké rodině za projevenou podporu během celého studia.

Bc. Šušková Klára

# OBSAH

Úvod .....	- 8 -
<b>1 Cíle a úkoly práce .....</b>	<b>- 8 -</b>
<b>2 Etika .....</b>	<b>- 9 -</b>
2.1 Současné etické principy ve zdravotnictví .....	- 10 -
2.2 Etické kodexy ve zdravotnictví .....	- 11 -
2.3 Etické komise .....	- 11 -
2.4 Etické aspekty umírání .....	- 12 -
2.4.1 Období pre finem .....	- 12 -
2.4.2 Kvalita života a potřeby umírajících .....	- 13 -
<b>3 Lidská práva a práva pacientů .....</b>	<b>- 15 -</b>
3.1 Právo člověka na život .....	- 15 -
3.2 Právo člověka na nedotknutelnost .....	- 15 -
3.3 Právo člověka na sebeurčení .....	- 15 -
3.4 Právo člověka na důstojnost .....	- 17 -
3.4.1 Charta práv umírajících .....	- 18 -
3.5 Instituty k uplatnění práva na sebeurčení .....	- 19 -
3.5.1 Informovaný souhlas .....	- 19 -
3.5.2 Negativní revers .....	- 19 -
<b>4 Dříve vyslovená přání .....</b>	<b>- 20 -</b>
4.1 Historie a vývoj dříve vyslovených přání .....	- 21 -
4.2 Dříve vyslovená přání ve světě .....	- 21 -
4.2.1 Spojené státy americké .....	- 22 -
4.2.2 Evropa .....	- 24 -
4.3 Dříve vyslovená přání v ČR a jejich právní úprava .....	- 25 -
4.3.1 Úmluva o lidských právech a biomedicíně .....	- 25 -
4.3.2 Zákon o zdravotních službách .....	- 26 -

4.3.3	Zákon č. 89/2012 Sb. Nový Občanský zákoník.....	- 28 -
4.3.4	Doporučení odborných společností .....	- 28 -
4.3.5	Sepsání DVP .....	- 29 -
4.4	Etické aspekty DVP .....	- 31 -
4.4.1	Dříve vyslovená přání a eutanazie .....	- 32 -
4.4.2	Další možné etické problémy institutu DVP .....	- 33 -
4.5	Medicínské a ošetrovatelské situace související s institutem DVP.....	- 34 -
4.5.1	Marná a neúčelná léčba.....	- 35 -
4.5.2	Neresuscitovat – Do Not Resuscitate (DNR) .....	- 36 -
4.6	Role sestry.....	- 37 -
<b>5</b>	<b>Dříve vyslovená přání klientů se závažným onemocněním jako etický problém ve zdravotnictví.....</b>	<b>- 39 -</b>
5.1	Formulace problému .....	- 39 -
5.2	Cíle a výzkumné problémy .....	- 39 -
5.3	Charakteristika souboru .....	- 41 -
5.4	Metoda sběru dat.....	- 41 -
5.5	Organizace výzkumu.....	- 41 -
5.6	Zpracování dat.....	- 42 -
<b>6</b>	<b>Výsledky.....</b>	<b>- 44 -</b>
6.1	Sociodemografická data .....	- 44 -
6.2	Výzkumný problém.....	- 47 -
6.3	Testování hypotéz .....	- 50 -
<b>7</b>	<b>Diskuze.....</b>	<b>- 64 -</b>
	<b>Závěr .....</b>	<b>- 67 -</b>
	<b>Souhrn .....</b>	<b>- 69 -</b>
	<b>Summary .....</b>	<b>- 70 -</b>
	<b>Referenční seznam .....</b>	<b>- 71 -</b>

<b>Seznam tabulek .....</b>	<b>- 76 -</b>
<b>Seznam grafů .....</b>	<b>- 77 -</b>
<b>Seznam zkratek .....</b>	<b>- 78 -</b>
<b>Seznam příloh .....</b>	<b>- 80 -</b>
<b>Anotace práce .....</b>	<b>- 97 -</b>

## Úvod

Každý z nás má určitou představu o tom, jakou péči by chtěl dostávat ke konci svého života a jak poslední chvíle svého života prožít. Model umírání se v posledních letech přesunul z domácího prostředí, kde byl nemocný obklopen rodinou a blízkými, do prostředí nemocničního, kde často umírá osamocen mezi přístroji. Nikdo z nás nechce prožít poslední chvíle svého života na jednotce intenzivní péče nebo zůstat ve vegetativním stavu vyživován sondou. Často posloucháme a čteme z různých zdrojů o potřebách umírajících, jejich právech a důstojné smrti, ale otázkou je, zda je tohle všechno respektováno v našich zdravotnických zařízeních.

Lékaři a sestry jsou jedinou profesí, která stojí u zrodu i u konce života a péče o klienty v závěru jejich života pro ně předkládá řadu specifických a náročných výzev. Proto je velmi důležité, aby si všichni zdravotníci uvědomili svou roli při kontaktu s vážně nemocným a umírajícím člověkem a respektovali jeho práva a přání.

Sama jsem se během své praxe všeobecné sestry často dostala do kontaktu s umírajícím člověkem. Tyto zkušenosti mě přiměly zamyslet se nad otázkou, zda vše, co moderní medicína nemocným nabízí a vykonává, je správné a vůči nevléčitelně nemocným a umírajícím důstojné. Na jedné straně jsme povinni chránit zdraví a život člověka, ale na straně druhé musíme respektovat jeho autonomii. Myslím si, že každá sestra by si měla tyto otázky položit a zamyslet se nad nimi, protože role sestry při kontaktu s umírajícím a nevléčitelně nemocným člověkem má své nezastupitelné místo. Sestra je s nemocným vždy v nejbližším kontaktu. Zná jeho potřeby, přání a starosti, stává se obhájcem, ochráncem a tlumočnickem nemocného. Myslím si, že je velmi důležité, aby sestry byly dostatečně informovány o institutu Dříve vyslovená přání a získaly k němu kladný postoj. Hlavním cílem diplomové práce je tedy zmapovat informovanost a postoje sester k institutu Dříve vyslovená přání, protože tato problematika vyvolává mnoho etických otázek a názorů, které je potřeba respektovat.

Diplomová práce je rozdělena na dvě části, a to na teoretickou a empirickou část. Je rozdělena do jednotlivých kapitol a podkapitol, které na sebe navazují. Diplomová práce předkládá informace k tématice etiky, etických principů ve zdravotnictví, lidských práv a institutu Dříve vyslovená přání u nás i ve světě. Výsledky empirické části

poukazují na rozdílnost postojů a informovanosti sester k problematice institutu Dříve  
vyslovená přání. Získané výsledky můžeme aplikovat ve vzdělávacím procesu  
budoucích všeobecných sester, především v předmětech ošetřovatelská etika a  
ošetřovatelství.



# 1 CÍLE A ÚKOLY PRÁCE

Hlavním cílem práce bylo zjistit postoje a informovanost středních zdravotnických pracovníků k institutu Dříve vyslovená přání jako etickému problému ve zdravotnictví. Pro výzkumné šetření byly vybrány všeobecné a praktické sestry, pracující v nemocnicích na odděleních ARO, JIP, standardních odděleních akutní péče a ambulancích, dále na odděleních onkologických, neurologických, geriatrických, LDN.

Účelem vedlejších cílů diplomové práce bylo zjistit, jestli se liší informovanost středních zdravotnických pracovníků o existenci institutu Dříve vyslovená přání v závislosti na oddělení, na kterém pracují. Dále zjistit, zda se liší jejich postoje k institutu Dříve vyslovená přání v závislosti na oddělení, na kterém pracují a v závislosti na délce jejich zdravotnické praxe. Dále zjistit, zda se liší postoje středních zdravotnických pracovníků k institutu Dříve vyslovená přání v závislosti na jejich zkušenosti s uplatněním institutu v praxi.

V diplomové práci byly stanoveny čtyři věcné hypotézy, jejichž platnost byla ověřována na základě stanovení nulové hypotézy, a to ke každé z věcných hypotéz. První hypotéza předpokládá, že o existenci institutu Dříve vyslovená přání jsou informováni spíše střední zdravotničtí pracovníci, kteří pracují na odděleních onkologických, neurologických, geriatrických, LDN než ti, kteří pracují na odděleních ARO, JIP, standardních, ambulancích. Druhá věcná hypotéza předpokládá, že střední zdravotničtí pracovníci pracující na odděleních onkologických, neurologických, geriatrických, LDN hodnotí institut Dříve vyslovená přání lépe než ti, kteří pracují na odděleních ARO, JIP, standardních, ambulancích. Třetí věcná hypotéza předpokládá, že střední zdravotničtí pracovníci s délkou zdravotnické praxe 10-29 let a 30 a více let hodnotí institut Dříve vyslovená přání lépe než střední zdravotničtí pracovníci s délkou zdravotnické praxe 0-9 let. Čtvrtá věcná hypotéza předpokládá, že střední zdravotničtí pracovníci se zkušeností uplatnění institutu Dříve vyslovená přání v praxi jej hodnotí lépe než střední zdravotničtí pracovníci, kteří zkušenost nemají.

Důležitou úlohu má samozřejmě i teoretická část diplomové práce, která předkládá základní i širší poznatky týkající se problematiky etiky, profesní etiky, etiky umírání, základních lidských práv a práv pacientů, institutu Dříve vyslovená přání u nás i ve světě.

## 2 ETIKA

Etika (z řeckého slova ethos – mrav) je věda o mravnosti, mravním jednání. „*Základem této disciplíny je posuzování dobra a zla, a následně také pravdy a lži, spravedlnosti a nespravedlnosti atd.*” (BUŽGOVÁ, 2008, 9) Vznik etiky se připisuje Sókratovi, ale první psané spisy o etice pocházejí od Aristotela. Etika má za úkol člověku pomoci stanovit co je dobré, a co má pro něj nejvyšší hodnotu. Předmětem etiky je zkoumání mravního chování společnosti i jednotlivců. Má velmi blízký vztah k právnímu systému.

Zdravotnická etika se zabývá problematikou zdravotnických systémů a zdravotnictví. Před 2. světovou válkou vycházela z Hippokratovy přísahy. Jako samostatný obor se tedy začala rozvíjet po 2.světové válce. Obsahuje ošetrovatelskou etiku, která se zabývá etickými problémy v ošetrovatelské péči, tedy etickými problémy veškeré ošetrovatelské aktivity středního a nižšího zdravotnického personálu. K tímto tématem je úzce spjata také etika lékařská, která se zabývá etickými problémy v praktickém výkonu lékařské praxe a ve výzkumu. Lékařská etika se stala v České republice samostatným oborem v roce 1991. V souvislosti s lékařskou a ošetrovatelskou etikou je důležité připomenout pojem lékařská deontologie, která se zabývá povinnostmi lékařů a ošetrovatelská deontologie, která se zabývá povinnostmi zdravotníků formou etických kodexů a etických doporučení.

V souvislosti s etikou jakéhokoli oboru se dále můžeme setkat s pojmem etické dilema nebo etický problém. Etické dilema je situace, kdy se člověk rozhoduje mezi dvěma různými alternativami, přičemž se ani jedna alternativa nezdá být optimálním řešením daného problému.

(Bužgová, 2008; Haškovcová, 2015; Kutnohorská, 2007; Opatrná, 2017)

„*Etický problém znamená nerozřešenou otázku, nesnadný úkol, kdy lze nalézt řešení, které vyhovuje zúčastněným stranám. Přesto máme určitou jistotu, že v budoucnosti nalezneme řešení, které bude zúčastněným stranám alespoň částečně vyhovovat.*” (Bužgová, 2008, 19)

## 2.1 Současné etické principy ve zdravotnictví

Ve zdravotnictví byly vytvořeny principy, které by měly být přijímány a respektovány všemi bez ohledu na náboženství nebo kulturu. Tyto principy jsou označovány jako principy prvního řádu. Radíme mezi ně princip nepoškození neboli nonmaleficence, princip beneficence, princip respektu k autonomii a princip justice. V současné době můžeme mezi etické principy zařadit také princip dvojího efektu. Tyto etické principy jsou východiskem při řešení etických problémů a nejdůležitější je jejich využití v praxi. Principy musí být vysvětlovány, upřesňovány a udržovány v rovnováze. (BANKS, 2001)

Princip první, nonmaleficence neboli princip nepoškození, zakazuje „*ublížit, poškodit nebo dokonce usmrtit jiné.*” (Bužgová, 2008, 31). Hlavní myšlenkou je, aby lékař nebo sestra při plánování diagnostických, léčebných a ošetrovatelských postupů co nejvíce omezili možná rizika. Dalším principem je princip dobřečinění neboli beneficence. Princip beneficence se snaží předcházet poškození nemocného, veškerou činnost vede ve prospěch nemocného a jeho dobro. Jedná se o univerzální princip, který je uznáván snad všemi kulturami na světě. Principem třetím je princip respektu k autonomii, který klade důraz na svobodu člověka. Každý člověk si sám určuje způsob svého jednání a plánuje podle svého vlastního výběru a uvážení. „*Každý člověk je nejlepším soudcem svých vlastních záměrů a zájmů.*” (Bužgová, 2008, 31) Každý člověk si sám stanovuje své etické normy a je za ně sám odpovědný. Dalším principem je princip spravedlnosti neboli justice. Justice se zabývá rozdělováním prostředků a služeb ve světě. Tento princip je v současné době velmi ovlivňován ekonomickou a finanční situací. (Bužgová, 2008; Haškovcová, 2015)

Posledním principem, na který je v posledních letech poukazováno, je princip dvojího efektu. Vztahuje se na situace, kdy může dojít k nezamýšlenému poškození klienta. Situace, kdy z jednoho zákroku plynou dva účinky – dobrý a špatný. Pozitivní efekt zde převažuje nad špatným nebo jsou si rovny. Tento princip však není v rozporu s principem nonmaleficence. K uplatnění tohoto principu dochází především při podávání léku tišících bolest (opiátů) nevléčitelně nemocným nebo nemocným v terminálním stádiu onemocnění. Podávání léků tišících bolest sice klientům přináší značnou úlevu, ale zároveň tlumí dechové centrum, snižují střevní motilitu, snižují krevní tlak a jsou návykové. Pozitivním efektem je tlumení bolest i za cenu negativního účinku opiátu. (Motyčková, 2013)

## 2.2 Etické kodexy ve zdravotnictví

V moderní době neustále dochází ke změnám v systému poskytování zdravotní péče, sestra je pracovník odborný, plně odpovědný za svá rozhodnutí a jednání. Sestry a lékaři musí dodržovat všelidské morální hodnoty, mezi ty nejdůležitější patří úcta k člověku a jeho autonomii. Etické kodexy poskytují sestřím i lékařům rámec, podle kterého by se měli řídit, ale současně činit vlastní etická rozhodování. Vzhledem k tématu diplomové práce je vymezena část z etického kodexu sester. „*Sestra má základní povinnost poskytnout pomoc člověku, který potřebuje její péči. Sestra při poskytování péče jedná s maximální úctou k lidské důstojnosti a plně respektuje pacientovo právo na sebeurčení.*“ (Haškovcová, 2015, 88)

Etických kodexů, které se zavazují k chování lékařů, zdravotních sester a pacientů, existuje celá řada. Mezi nejznámější etický kodex řadíme Hippokratovu přísahu, který se týká především lékařů. Etickými kodexy sester se zabývá ICN (Mezinárodní rada sester), v České republice ČAS (Česká asociace sester) a je platný od 29. března 2009.

## 2.3 Etické komise

Etické komise byly vytvořeny s cílem posuzovat rizika a zvažovat zavádění nových diagnostických nebo terapeutických postupů. Tyto komise vznikly z potřeby řešit sporné situace při zavádění nových postupů v oblasti zdravotní péče a biomedicíny i z etického hlediska. Pracovní náplní etických komisí je vypracovávat odborná stanoviska při řešení etických problémů, které jsou spojeny s poskytováním zdravotní péče a posuzovat medicínsko-etické a právně-etické aspekty těchto problémů.

Etické komise mají význam především v poradenství, nikoli význam rozhodující. Princip jejich práce spočívá v ochraně lidských práv a života, prosazování respektu k lidské důstojnosti a integrity člověka. (Haškovcová, 2015; Laca, 2013)

## 2.4 Etické aspekty umírání

I přes velké úspěchy moderní medicíny jsou nemoc, umírání a smrt nevyhnutelnou a nedílnou součástí lidské existence. Ve společnosti a možná i ve zdravotnictví však vznikl dojem, že medicína je opravdu všemocná a jejím úkolem je bojovat s nemocí a smrtí až do samotného konce. Smrt je však stále jediná věc, která je v životě člověka jistá a je člověku dána už v okamžiku jeho zrození. Otázky související s etikou umírání a smrti patří k těm nejnáročnějším. „Člověku je život dán s podmínkou smrti.“ (Haškovcová, 2015, 203; Marková, 2010; Opatrná, 2017)

Pojem umírání je v lékařské terminologii označován jako terminální stav. Umírání je však celý proces, nemůžeme ho redukovat pouze na terminální stav. Tento proces má tři období: pre finem, in finem a post finem. Práce se věnuje především období období pre finem, tedy období před smrtí.

### 2.4.1 Období pre finem

Období pre finem začíná tehdy, kdy vejde v povědomí člověka, že jeho nemoc je perspektivně neslučitelná se životem a příchod smrti je v určitém i relativně dlouhém časovém období pravděpodobný. Budoucnost, která stojí před umírajícím, výrazně ovlivňuje jeho jednání a myšlení. K nemocným, kteří se nacházejí ve stavu pre finem je důležité respektovat jejich psychickou odezvu na příchod vážné nemoci, usilovat o to, aby nemocný žil co nejkvalitnějším životem. Základní etický problém, který období pre finem pro zdravotníky přináší, je, jak se chovat k lidem s nevléčitelnou nemocí, která spěje k infaustnímu závěru.

Období pre finem a prožívání člověka se věnovala švýcarsko americká psycholožka Elizabeth Kübler-Rossová, která popsala jednotlivé fáze prožívání období pre finem. První fází je fáze negace. Jedná se o fázi, kdy se nemocný dozvídá, že jeho onemocnění je závažné a do budoucna neslučitelné se životem. Nemocný není na tuto situaci připraven a nastává fáze druhá, fáze agrese. Nemocný dostává vztek a hněvá se na všechny a na všechno. Ve třetí fázi nemocný vyjednává, hledá nějakou možnost vyléčení, často se obrací např. k Bohu. Další fází je fáze deprese, nemocný prožívá intenzivní smutek, má strach o svou rodinu, zápasí se smrtí. Poslední fází je fáze smíření, která představuje dobu určité míry klidu, nemocný přijal svou nemoc a její prognózu.

Tyto fáze obvykle přicházejí v uvedeném sledu, avšak mohou se opakovaně vracet a střídát, dvě a více fází se mohou během jednoho dne prolínat. Může se také stát to, že některá z fází nenastane vůbec. Je důležité myslet na to, že těmito fázemi neprochází pouze nemocný, ale také jeho rodina a blízcí.

(Haškovcová, 2015; Opatrná, 2017; Kutnohorská, 2007)

## 2.4.2 Kvalita života a potřeby umírajících

Kvalita života je složitý, těžko uchopitelný a široký pojem. Kvalitu života takto definuje například Bradley (2006, In Gurková, 2011, 48) „*Multidimenzionální konstrukt, který vyjadřuje to, jak pacient vnímá dopad onemocnění a jeho léčby na svůj život. Zahrnuje minimální tělesné, psychické (emocionální a kognitivní) a sociální fungování.*“ Kvalita života se dotýká také smyslu života, pochopení lidské existence, sebe pochopení a samotného bytí. Prožívání kvalitního života se však v průběhu nemoci mění a posouvá.

M. Marková (2010) uvádí, že kvalita života úzce souvisí s uspokojováním lidských potřeb. Lidské potřeby, především potřeby vyšší, mohou být velice individuální, a proto nelze konstatovat, že každému nemocnému k prožívání kvalitního života stačí například nepřítomnost bolesti a utrpení.

I nemocní, kteří trpí závažným, smrtelným onemocněním mají čtyři okruhy potřeb: biologické, psychologické, sociální a spirituální. V době nemoci se priorit jednotlivých okruhů potřeb mění. Jejich pochopení nám pomůže v tom, co pro nemocného můžeme a nemůžeme udělat a také to, co může udělat nemocný sám pro sebe.

Potřeby biologické zahrnují vše, co nemocné tělo potřebuje. Zahrnuje potřebu přijímat potravu, potřebu aktivity, potřebu dýchat, vylučovat zplodiny metabolismu, spánku, tišení bolesti. Potřeby sociální se týkají kontaktu s rodinou a blízkými. Potřeby spirituální se zabývají otázkami po smyslu vlastního života. V souvislosti s tématem práce jsou zdůrazněny potřeby psychologické, které zahrnují především potřebu komunikace a respektu k lidské důstojnosti. Tato potřeba by měla být respektována nezávisle na stavu tělesné schránky nemocného.

Jak uvádí M. Svatošová (1995, 11) „Člověk není pouze množina orgánů v koženém vaku. Je jedinečnou bytostí se svým vlastním a neopakovatelným posláním. A jako takového je nutno ho chápat vždy, tím spíše v období, kdy svůj úkol završuje.“

### **3 LIDSKÁ PRÁVA A PRÁVA PACIENTŮ**

Princip institutu Dříve vyslovená přání vychází ze Základní listiny práv a svobod, která klade důraz na svobodu člověka, život člověka a na zachování lidské důstojnosti a nedotknutelnost lidské osobnosti. Tato práva se v problematice dříve vyslovených přání vzájemně prolínají a střetávají.

#### **3.1 Právo člověka na život**

Listina základních práv a svobod České republiky v článku 6 uvádí: „*Každý má právo na život. Lidský život je hoden ochrany již před narozením. Nikdo nesmí být zbaven života. Trest smrti se nepřipouští. Porušením tohoto článku není, jestliže byl někdo zbaven života v souvislosti s jednáním, které podle zákona není trestné.*“ (Listina základních práv a svobod, 1998, čl.6) Poskytování zdravotní péče tedy úzce souvisí s právem každého člověka na život. Právo na život zahrnuje právo na ochranu, záchranu či uchování života, součástí tohoto práva je také právo na ochranu zdraví.

(Těšinová, 2012)

#### **3.2 Právo člověka na nedotknutelnost**

Právo na nedotknutelnost zahrnuje vše, co se k člověku vztahuje, to, za co se člověk považuje a na základě čeho jedná. Jde o vlastní sebeporozumění a sebepochopení. (Dostálová, 2014)

#### **3.3 Právo člověka na sebeurčení**

D. Marx (2010, 18) zdůrazňuje, že „*Medicínská etika má v posledních letech stále více tendencí posouvat vztah lékaře a pacienta směrem k liberálnímu přístupu lékaře k pacientovi. Lékař pacienta ctí a podporuje, lékař uznává, že pacient má právo být sám sebou, je jedinečný a autonomní, tj. jedná na základě svých vlastních rozhodnutí, která vycházejí z jeho vlastních hodnot.*” Vztah mezi lékařem a nemocným se vyvíjí od nepaměti. V původním paternalistickém vztahu, vystupoval lékař ve vztahu k nemocnému jako odborník, rádce a chápaný přítel, nemocný přijímal všechna jeho



rozhodnutí a pokyny. Lékař měl nad nemocným úplnou moc a klient byl vnímán spíše jako pasivní příjemce zdravotní péče. Tento vztah byl po celá staletí plně funkční.

Původní paternalistický vztah mezi lékařem a nemocným však v posledních letech prodělává dramatickou změnu. V současné době se tato moc lékaře nad nemocným mění v partnerský vztah lékaře a nemocného, kdy lékař respektuje vůli a autonomii nemocného, kdy nemocný vystupuje jako osoba samostatně rozhodující o své léčbě. Nemocný má právo odmítnout navrhovanou léčbu, a to i v situacích, kdy se tím vystavuje ohrožení zdraví nebo života. Z toho vyplývá, že primát ochrany života a zdraví byl nahrazen primátem vůle nemocného a jeho důstojností. V České republice je však od paternalistického přístupu upouštěno jen velmi pomalu, a poslední slova rozhodování v oblasti poskytování zdravotní péče nemocnému stále náleží spíše lékařům. (Macková, 2013; Beširevi, 2010)

Právo na sebeurčení vychází z Úmluvy o lidských právech a biomedicíně. Klient má právo být informován o svém zdravotním stavu, poskytované zdravotní péči, o každém terapeutickém a diagnostickém výkonu a také o možných komplikacích, které navrhovaný terapeutický nebo diagnostický výkon s sebou přináší. Na základě těchto informací má klient právo se svobodně rozhodnout, protože život a zdraví nejsou hodnotami, s nimiž by mohl nakládat stát nebo jiný člověk, ale jsou to hodnoty, které náleží dotyčnému člověku a je pouze na něm, jak s nimi naloží. Německý filozof Immanuel Kant považuje autonomii člověka, tedy schopnost každého člověka jednat vlastním rozumem a rozhodnout se, co je pro něj správné a nesprávné, za základ lidské důstojnosti. Autonomie člověka je předpoklad svobody jednání člověka. Člověk volí a jedná podle svých osobních hodnot a přesvědčení. Autonomie člověka významně ovlivňuje kvalitu jeho života ve zdraví i nemoci a spolu s lidskou důstojností a právem na sebeurčení patří mezi základní lidská práva. (Kutnohorská, 2011; Bláhová, 2016)

Hlavním východiskem dříve vyslovených přání je právě právo člověka na sebeurčení, jehož nedílnou součástí je zachování jeho autonomie. Respektování autonomie klientů a jejich osobnosti je základním aspektem a úmyslem institutu. (Matějek, 2011; Bláhová, 2016; Kocichová, 2014; Těšinová, 2012)

### 3.4 Právo člověka na důstojnost

Listina základních práv a svobod České republiky v článku 10 uvádí, že každý člověk má právo na to, aby byla zachována jeho lidská důstojnost. Pojem důstojnost je v etice velmi často používán, avšak není přesně vymezen. Pojem důstojnost pochází z latiny (dignus, dignita) a znamená povinnost určitého respektu, úcty. Význam pojmu tedy spočívá v tom, že člověk by měl jednat ve vztahu k druhému člověku s úctou a respektem.

Lidská důstojnost musí být zachována, jak během života člověka, tak během umírání. Medicína a výzkum prodělávají neuvěřitelný rozvoj a pokrok, ale i ošetrovatelská péče využívá v současné době aktuálních poznatků, sestry využívají modely ošetrovatelské péče, ošetrovatelskou dokumentaci, provádějí vlastní výzkumy. I přesto, ale nesmíme opomíjet fakt, že objektem naší péče je nemocný člověk, lidská bytost, která je mnohem více než jen souhrn orgánů, fyziologických funkcí a objekt naší péče. Je potřeba si uvědomit, že jde o bytost, která má vlastní představu o náplni své existence, vlastní názor na smysl života.

V souvislosti s tímto právem, je důležité zmínit pojem důstojné umírání. O důstojném umírání je třeba uvažovat v situacích, kdy je smrt nevyhnutelná a terapeutické zásahy klientovi nepřinášejí žádný prospěch, pouze prodlužují jeho utrpení. Pod tímto pojmem si lze obecně představit smrt v kruhu blízkých osob, při dostatečném tišení bolesti, zachování hygieny a při respektu k jedinečnosti umírajícího člověka. Důstojné umírání je ve smyslu ukončení života nevléčitelně nemocného a trpícího člověka často používán zastánci eutanazie. Ponechání nemocného zemřít dle jeho dříve vysloveného přání bez zatěžujících zákroků a terapie je v současném zdravotnictví stále eticky nevyjasněným problémem.

Důstojné umírání vymezuje také Doporučení rady Evropy 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících“ známé také jako „Charta práv umírajících“. Tento dokument také obsahuje zmínku týkající se dříve vyslovených přání. (Listina základních práv a svobod, 1998; Heřmanová, 2012; Kocichová, 2014, Dostálová, 2014; Šimek, 2016; Uherek, 2013)

### 3.4.1 Charta práv umírajících

V roce 1999 byla parlamentem rady Evropy schválena Charta umírajících (Práva umírajících), která je důležitým dokumentem pro ochranu práv a důstojnosti umírajících, práv na informace, seburčení. Dále zdůrazňuje právo na ochranu a podporu při umírání, ale také právo na léčení a právo na život.

V souvislosti s tématem práce je zmíněna část B Charty umírajících, která obsahuje tento text: „*Uplatňovat pravidlo, že musejí být respektovány přesné instrukce a deklaráce (typu «living will»), odmítající některé léky nebo praktiky lékařské péče podávané či prováděné u nevléčitelně nemocných, či u umírajících, kteří nejsou schopní už vyjádřit svou vůli. To sleduje (mimo jiné) ochranu oněch relativních kritérií, která jsou přinášena «instrukcemi pro budoucnost», stejně jako soustředěním pozornosti na nominaci a oprávnění (vyjádřené plnou mocí) právních zástupců jako reprezentantů těchto zájmů nevléčitelně nemocných a umírajících. Tyto právní zástupce je nutno především náležitě definovat. Je nutné ve stejné míře zajistit, aby právní zástupce nepřevzal, místo zabezpečení zájmů, rozhodnutí založená na předběžné deklaraci nevléčitelně nemocných a umírajících, pokud tito se jednoznačně nevyjádří svou vůli týkající se okolností jejich onemocnění, nebo pokud nemají schopnost a vůli ji jednoznačně formulovat. V tomto kontextu je nutné stále mít jasně formulovanou plnou moc (zprávu) s vyhlášením osoby, které se to týká před okamžikem, kdy má být rozhodnuto, nebo přesněji, dokud nevléčitelně nemocný či umírající je schopen ji učinit v podmínkách takřkajíc bez nátlaku nebo mentálního deficitu. Jeví se naprosto nutné opačné prohlášení ignorovat, stejně tak vyloučit všechna rozhodnutí vyjadřující k posouzení obecné hodnoty s ohledem na společnost a je nutné ztotožnit se, v případě pochybností, s cílem dát přednost rozhodnutí zachování života a jeho prodloužení.*” (Haškovcová, 2015, 221)

Charta umírajících však také zmiňuje faktory, které základní práva umírajících v současné době ohrožují. V souvislosti s tématem diplomové práce je zdůrazněn především faktor, který uvádí M. Opatrná (2017, 27) „*[.....]umělým prodlužováním procesu umírání buď nepřiměřeným používáním medicínských postupů, nebo pokračováním v léčbě bez souhlasu nemocného.*“

### **3.5 Instituty k uplatnění práva na seburčení**

Mezi dokumenty, jimiž lze uplatnit právo klienta o sobě rozhodovat, řadíme informovaný souhlas, negativní revers a nyní i dříve vyslovená přání.

#### **3.5.1 Informovaný souhlas**

*„Základní myšlenkou informovaného souhlasu je právo každá dospělé bytosti, která není zbavena svéprávnosti, rozhodovat o tom, jak bude s jejím tělem nakládáno.“*  
(Pafko, Mach, 2013, 459)

Poskytovat zdravotní péči na základě informovaného souhlasu je základní povinností lékařů a zdravotnických pracovníků. Proto, aby poskytnutí zdravotní péče nebylo protiprávním úkonem, musí dát klient informovaný souhlas.

Prostřednictvím tohoto dokumentu vyjadřuje klient souhlas s hospitalizací ve zdravotnickém zařízení, souhlas s terapeutickými a diagnostickými výkony, a to v případě, že je schopen se samostatně rozhodovat, je při plném vědomí, nejedná v duševní poruše a je schopen posoudit následky svého jednání. Informovaný souhlas by měl také klientovi poskytnout dostatek adekvátních informací o výkonu nebo terapii. V případě výkonů by měl nemocného dostatečně informovat o možných negativních důsledcích a komplikacích výkonu. Klient může v souhlasu také uvést osobu či osoby, které mohou být informovány o jeho zdravotním stavu a případně mohou vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytováním zdravotních služeb. Tyto osoby však nemohou rozhodovat v situacích ohrožujících život nebo zdraví nemocného. Prostřednictvím souhlasu tedy klient svobodně a bez nátlaku prokazuje svou vůli. Musí být realizován ústně, nebo písemně.

#### **3.5.2 Negativní revers**

Klient má, v rámci práva na seburčení, také právo odmítnout terapeutické nebo diagnostické výkony formou negativního reversu. V tomto případě však musí být lékařem srozumitelně poučen o možných následcích odmítnutí léčby nebo diagnostického výkonu. Negativní revers musí být realizován písemně za přítomnosti svědka. (Bláhová, 2016; Haškovcová, 2007; Těšinová, 2012)

## 4 DŘÍVE VYSLOVENÁ PŘÁNÍ

V otázce závěru života je důležité se zeptat jakou péči si budeme přát, až nebudeme moci sami za sebe rozhodovat. Rozhodování na konci života představuje jedno z nejsložitějších aktuálních témat současné medicíny, které vyvolává vlnu diskuzí a kritiky. Aby naše přání mohlo být splněno a mělo právní váhu, můžeme využít medicínsko-právní a etický institut Dříve vyslovená přání (dále jen DVP).

Dříve vyslovená přání (dále jen DVP) definuje H. Haškovcová (2007, 43) jako *„[...] pojem označující celý soubor různých forem dříve vyslovených přání osob, které vyjadřují svou vůli pro případ, že se ocitnou v takové zdravotní situaci, že se k ní nebudou moci vyjádřit. Záleží jim na tom, aby byl respektován jejich názor (vůle), a to zejména v souvislosti s případným nezahájením nebo odmítnutím léčby, která by podle jejich názoru byla už marná a vedla jen k prodlužování utrpení.“*

Podle D. Císařové (2010, 15) *„[...]se v reálu nejedná ani tak o volbu mezi různými možnostmi léčby, jako spíše o to, za jakých podmínek již v léčbě či život udržující činnosti nepokračovat. Rozhodnutí se tedy netýká ani tak toho, co dělat, jako spíše co nedělat.“*

Tento fenomén se stává etickým problémem, protože hlavním úkolem každého zdravotníka je chránit život a zdraví klienta, ale na druhou stranu je dnes kladen velký důraz na svobodnou vůli klienta. Navíc v médiích je tato problematika často přirovnávána k eutanázii. Z těchto důvodů s sebou DVP nesou řadu etických otázek, rozdílných názorů a přesvědčení, která je třeba respektovat.

Institut DVP se také stává nástrojem komunikace mezi nemocným a zdravotnickými pracovníky. Můžeme ho považovat i za určitý způsob edukace nemocného, kdy se sám za pomoci lékaře orientuje v oblasti své nemoci, zdraví a smrti předem. Institut však slouží nejen k rozhodování v otázkách konce vlastního života, ale může také sloužit k rozhodování například v oblasti darování orgánů, průběhu porodu apod. (Furberg, 2012)

## 4.1 Historie a vývoj dříve vyslovených přání

Historie a základ institutu DVP má počátky v USA. Mezi první dokumenty se řadí dokument s názvem living will, který byl poprvé sepsán v roce 1969 americkým právníkem Luisem Kutnerem. Původně měl dokument living will řešit situace, které byly v té době aktuální. Jednalo se především zajistit nemocným právo zemřít legální cestou, vyjádřit svá přání pro situaci, kdy nebudou schopni poskytnout souhlas a zajistit uspokojení bio-psycho-socio-spirituálních potřeb. Díky dokumentu living will se začalo více hovořit o otázkách, které se týkaly umírání a smrti a lidé začali více přemýšlet o svých přáních, hodnotách a postojích. První stát, který přijal tento dokument, byla Kalifornie a v roce 1976 byl přijat dokument Natural Death Act, tedy Zákon o přirozené smrti, který podpořil možnost ukončení nebo nezačínání život prodlužující léčby. Podobné zákony byly postupně vytvářeny a přijímány i v dalších státech USA a v roce 1990 byl používán v 38 státech.

V prosinci roku 1991 vzešel v USA v platnost zákon Patient Self-Determination Act, který měl zásadní význam v problematice rozhodování o zdravotní péči na konci života. Podle tohoto dokumentu mají všechny zdravotnické instituce povinnost informovat klienty o jejich právu na souhlas s léčbou nebo na její odmítnutí, na sepsání dokumentu living will. Dále mají povinnost zkoumat, zda má klient living will sepsáno. Této problematice v současnosti je věnována kapitola Dříve vyslovené přání v zahraničních zemích.

V Evropě se podobné dokumenty začaly používat nejprve ve Spojeném Království. V roce 2009 bylo právně upraveno používání těchto dokumentů v 11 evropských zemích. Šíření a přijetí této myšlenky a dokumentů v Evropě je připisováno mezinárodně přijatému dokumentu – Úmluvě na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny (zkráceně Úmluva o lidských právech a biomedicíně). Tento dokument byl v Evropě přijat v roce 1997, v České republice v roce 2001. (Heřmanová, 2012)

## 4.2 Dříve vyslovená přání ve světě

M. Vácha (2010, 11) uvádí „*Zatímco ve Spojených státech jsou „ předem vyslovená přání ” (advanced directives) již běžnou praxí, v naší republice se teprve*

*v současnosti a pomalu dostávají do povědomí lékařů, pacientů a jejich rodinných příslušníků. ” Jejich podoba, právní úprava a terminologie se v jednotlivých zemích liší. V současné době je institut DVP platný v celé řadě států Evropy, USA a Kanady. (Motyčková, 2013; Beširevi, 2010)*

#### **4.2.1 Spojené státy americké**

Ve Spojených státech amerických jsou DVP běžnou praxí. Za průkopníka je považován Luis Kutner, který termíny advance directives a living will použil již v 50. letech minulého století. V USA od roku 1990 platí zákon, který nařizuje všem zdravotnickým zařízením financovaným ze státních peněz, aby při každé hospitalizaci informovaly klienta o možnosti dříve vysloveného přání. Klient však může dříve vyslovené přání sepsat pouze tehdy, je-li dostatečně informován o svém stavu, a to po stránce medicínské i právní. Níže jsou uvedeny a popsány základní dokumenty dříve vyslovených přání, které jsou platné v USA.

Advance directives jsou všechny dokumenty, které umožňují klientům vyjádřit svou vůli ohledně poskytnutí nebo neposkytnutí zdravotní péče v době, kdy už nebudou schopni svou vůli vyjádřit. V USA existují dva základní typy advance directives, a to living wills a durable power of attorney. Pojem living will vyjadřuje přání klienta ohledně léčby, kterou si v určitých situacích přeje. V tomto případě se jedná spíše o vůli klienta důstojně zemřít než o vůli k životu. Prostřednictvím durable power of attorney nebo také health care proxy (můžeme najít i pod názvem substitute decision making), klient určí osobu, která za něj bude rozhodovat v případě, kdy on sám nebude schopen. (Heřmanová, Šimek, 2009)

Advance directives neumožňují veškerému zdravotnickému personálu provést ty léčebné výkony, které klient prostřednictvím sepsání advance directives odmítl. Toto odmítnutí léčebných výkonů však není bez výjimky. Existuje zde tzv. námitka z důvodu svědomí, která opravňuje zdravotnický personál v určitých případech klientovo přání nerespektovat. K takovému postupu však musí vést závažné důvody a jsou zpětně přezkoumány. (Haškovcová, 2007; Matochová, 2009; Peterková, 2010)

Největší přínos advance directives vidí USA v tom, že lidé začali více přemýšlet o vlastních přáních, postojích a pocitech, o důstojném umírání a smrti.

Dokument Five wishes je zvláštním typem advance directives, který je platný v USA od roku 1997 a představila ho organizace Aging with Dignity (Důstojné stárnutí). Na rozdíl od advance directives pohlíží na otázky a přání v závěru života ze stránky medicínské, personální, spirituální a emocionální. Tento dokument obsahuje seznam položek, kde klient označí vybrané možnosti nebo doplní vlastním přáním. Smyslem tohoto dokumentu je snad nastínit laické veřejnosti situace a stavy, které mohou každého člověka postihnout. (Heřmanová, Šimek, 2009)

Dokument Values history je nejméně užívaný. Od již zmíněných dokumentů se odlišuje tím, že v něm klient vyjadřuje vlastní hodnoty, jeho autentický životní plán a projektuje v něm svou budoucnost. Toto vyjádření má v budoucnosti pomoci osobě, která je pověřena zástupným souhlasem, rozhodovat v souladu s životním projektem klienta. (Doležal, 2018)

Vznik advance directives v USA ovlivnily dvě kauzy, případ Karen Ann Quinlan a případ Nancy Cruzan. Obě ženy jsou označovány jako důležité postavy v hnutí práva na důstojnou smrt, proto je níže popsán případ Karen Ann Quinlan.

Kauza Karen Ann Quinlan (1954-1985)

*„Jednadvacitiletá dívka Karen upadla do bezvědomí v dubnu 1975 po studentské party , ve které zkombinovala účinky alkoholu s množstvím drog tak nešťastně, že přestala dýchat minimálně na dvě období, každé v délce patnácti minut. Lékaři jí sice zachránili života, ale Karen upadla díky poškození mozku do perzistentního vegetativního stavu s vyhlídkou, že již nikdy nebude schopna jakékoli kognitivní funkce. Lékaři sice konstatovali, že šance na probuzení z bezvědomí je nulová, ale neodpojili Karen od respirátoru, neboť pacientka nesplňovala kritéria mozkové smrti a byla tedy naživu. Rodina (matka Julia a její manžel Joe) započala právní bitvu o to, aby Karen mohla být odpojena od respirátoru. Situace byla zvláštní tím, že Karen i její rodiče byli hluboce věřící katolíci, a proto se v kauze objevuje důraz na náboženské principy.*

*Rozhodnutí nižšího soudu nevyhovělo přání rodičů Karen od respirátoru odpojit. Ovšem Nejvyšší soud v New Persey v roce 1976 zvrátil toto rozhodnutí v precedentním rozsudku. Soud konstatoval, že rodiče mají na mysli zájmy své dcery a že jakožto rodiče mají jistě znalost životních hodnot a postojů své dcery. Bylo to první soudní rozhodnutí, které ošetřilo možnost případného odnětí přístrojů uchovávajících při životě. Soud konstatoval, že „kdyby se Karen zázračně mohla na chvíli probrat ze*



*svého stavu a rozvážit svou situaci, jistě by souhlasila se svým odpojením od přístrojů i v případě, že vy následkem byla přirozená smrt.” Rodina uspěla a Karen byla odstavena od respirátoru. Začala však dýchat sama. Zůstává v komatu dalších deset let až do června 185, kdy umírá na zápal plic. Antibiotika jí nebyla podána. ”*

(Vácha, 2010, 12)

## **4.2.2 Evropa**

V evropských zemích jsou již DVP také běžnou praxí. Zdůrazněno je především Německo, protože jeho právní i etickou diskuzi lze srovnat s diskuzí v České republice.

### **4.2.2.1 Německo**

Problematiku DVP v Německu zpracoval dokument „*Zwischenbericht*“. Tento dokument rozlišuje mezi právní a etickou problematikou a definuje jednotlivé dokumenty zabývající se problematikou.

Obsahem dokumentu *Patientenverfügung* je přání klienta s infaustní diagnózou, aby lékař a zdravotnický personál nezačal život prodlužující léčbu a neprováděl invazivní zákroky s léčebným záměrem. Na rozdíl od České republiky, v Německu není nutné nerespektovat to, co je opatřeno úředně ověřeným podpisem. Podle německých pravidel se na úředně ověřeném podpisu netrvá.

Přání v dokumentu *Vorsorgevollmacht* se vztahují i na opatrovníky či zmocněnce klienta. Tento dokument ustanovuje zmocněnce klienta a dává mu plnou moc v oblasti zdravotní péče, která je klientovi poskytována v závěru jeho života.

Dokument *Betreuungsverfügung* ustanovuje opatrovníka klienta. Opatrovník rozhoduje ve zdravotních záležitostech klienta. Zvláštní je v Německu to, že pokud si klient neurčí opatrovníka nebo zástupce, který za něj bude v oblastech zdravotní péče rozhodovat a následně není schopen sám o sobě rozhodovat, bude mu opatrovník nebo zástupce určen soudem.

#### **4.2.2.2 Velká Británie**

V Anglii se DVP terminologicky o koncepcně odlišují od formy v USA a jsou zde uzákoněna od roku 2005. Existují zde formy advance decision – předem učiněné rozhodnutí a lasting power of attorney - osoba si určí zástupce, který za ni rozhoduje v otázkách lékařské péče. Advance decision se od advance directives odlišují v tom, že jsou zde přesně předem stanoveny podmínky, které musí být osobou v advance decision anticipovány, tedy předvídané.

#### **4.2.2.3 Španělsko**

Ve Španělsku nesou dříve vyslovená přání název Instrucciones previas a jsou uzákoněna od roku 2002. Jejich úprava je na rozdíl od ostatních zemí zajímavá. Klient může předem odmítnout či odsouhlasit určitou léčbu, ale toto odmítnutí nebude respektováno, pokud je v rozporu s klinickým úsudkem ošetřujícího lékaře nebo pokud poskytovatel zdravotní péče není schopen tuto léčbu personálně nebo finančně zajistit. Občané Španělska totiž mají právo na ochranu zdraví, ale na zdravotní péči nikoliv. Zdravotníci tedy nemusí Instrucciones previas respektovat, v tomto případě však musí svůj postup zaznamenat do dokumentace včetně vysvětlení, proč tak učinili a nerespektovali. (Peterková, 2010; Matějek, 2010)

### **4.3 Dříve vyslovená přání v ČR a jejich právní úprava**

V České republice jsou DVP upravena Úmluvou o lidských právech a biomedicíně, Zákonem o zdravotních službách a Novým Občanským zákoníkem. Problematikou DVP se zabývají také odborné zdravotnické společnosti.

#### **4.3.1 Úmluva o lidských právech a biomedicíně**

Vznik tohoto mezinárodně přijatého dokumentu byl podmíněn obavami, že pokrok v biomedicíně může vést k ohrožení jedince a snahou bylo zajistit, aby výsledky vědeckých výzkumů nemohly být proti člověku zneužity. Úmluva stojí na principu „*non salus, sed voluntas aegroti suprema lex*“ – v překladu „*nikoli prospěch, ale vůle nemocného je nejvyšším příkazem.*“ (Ptáček, Bartůněk, 2011)

V souvislosti s tématem práce je v tomto dokumentu věnována značná pozornost respektu k autonomii člověka, tedy respektu a právu na svobodný a informovaný souhlas s veškerým děním, poskytováním zdravotní péče nevyjímaje. Toto právo je zakotveno v čl. 9 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně publikované pod č. 96/2004 Sb. „*který upravuje dříve vyslovená přání a uvádí, že bude brán zřetel na dříve vyslovená přání ohledně lékařského zákroku. Jedná se o vyjádření vůle, jak si pacient přeje, aby lékaři nakládali s jeho životem v situaci, kdy již nebude mít možnost zasáhnout do léčby sám.*” (Matochová, 2009, 90)

### **4.3.2 Zákon o zdravotních službách**

V současné době upravuje DVP zákon č. 372/2011 ustanovení § 36, který nabyl účinnosti dne 1.4.2012. Jedná se o Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Úmluva o lidských právech a biomedicíně a Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování tedy zakotvili povinnost respektovat právo člověka na sebeurčení, a to i v situacích, kdy jej takové rozhodnutí ohrožuje na životě. Avšak i přes právní úpravu zde přetrvává mnoho etických otázek a rozporů, a to především v situacích život ohrožujících stavů bez možnosti aktuálně projevenou vůli klienta ověřit.

Tato právní úprava zní:

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

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

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

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

Zákon také určuje mantinely, kdy DVP nelze nebo není třeba respektovat.

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

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

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

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

*(6) Dříve vyslovené přání nelze uplatnit, jde-li o nezletilé pacienty nebo pacienty s omezenou svéprávností. (Zákon č. 372/2011 Sb., 4752)*

V roce 2003 však Světová lékařská asociace na valném shromáždění v Helsinkách prohlásila, že DVP klienta, které bylo uskutečněno se všemi náležitostmi, by mělo být vždy respektováno. V případě, že si lékař není jistý, měl by se obrátit na etickou komisi. (Munzarová, 2005)

V Zákoně o zdravotních službách je také zakotveno právo udělit tzv. zástupný souhlas. Klient má právo si určit osobu, která za něj bude rozhodovat v případě, kdy mu jeho zdravotní stav nedovolí vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytováním zdravotní péče. Touto osobou se může stát například manžel, rodič, partner, nebo jiná osoba blízká. Pro osobu, kterou si klient zvolí jako svého zástupce v případě, že sám nebude

schopen artikulace svých přání, je však tato odpovědnost velkým břemenem. Tato osoba musí klienta velmi dobře znát, musí si s klientem promluvit o citlivých tématech, která se týkají jeho onemocnění a také o jeho budoucnosti. Tato osoba musí břímě unést jak psychicky, tak fyzicky a oddělit své vlastní názory od názorů klienta. (Bláhová, 2016)

### **4.3.3 Zákon č. 89/2012 Sb. Nový Občanský zákoník**

DVP jsou v zákoníku zmíněna v ustanovení § 98 odst. 2 „*při zákroku i při udělení souhlasu se vezme zřetel na dříve vyslovená známá přání člověka, do jehož integrity má být zasaženo*“. Dále popisuje opatření v případě, kdy u zletilé osoby dojde k narušení schopnosti právně jednat v ustanovení § 38 „*V očekávání vlastní nezpůsobilosti právně jednat může člověk projevit vůli, aby byly jeho záležitosti spravovány určitým způsobem, nebo aby je spravovala určitá osoba, nebo aby se určitá osoba stala jeho opatrovníkem.*“ (Zákon č. 89/2012 Sb.)

### **4.3.4 Doporučení odborných společností**

V České republice existují doporučení odborných společností k poskytování zdravotní péče. Problematika institutu DVP je svým způsobem upravena také v Doporučení představenstva ČLK (České lékařské komory) č.1/2010, k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u klientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli, které nabylo účinnosti dne 4.března 2010.

#### **4.3.4.1 Doporučení představenstva ČLK č.1/2010**

Vybrané citace z doporučení ČLK lze chápat jako určité vyjádření společnosti k problematice DVP. V článku 2 písmene c stojí: „*Zdůraznit etické aspekty poskytování intenzivní péče, zejména respektování předchozího názoru pacienta (pokud je dostupný), uchování lidské důstojnosti a zajištění maximálně možného komfortu nemocných.*“ Písmeno d uvádí, že: „*Omezit poskytování marné a neúčelné léčby v situacích, v nichž se lze na základě odborného medicínského posouzení odůvodněně domnívat, že přínos zahájení nebo pokračování v dané léčebné metodě s ohledem na zdravotní stav nemocného nepřevažuje nad rizikem komplikací, bolesti, dyskomfortu a*

*strádání pro pacienta a nedává možnost příznivého ovlivnění zdravotního stavu nebo záchrany jeho života. ”*

V článku 4 písmene d a jeho poslední části je uvedeno, že *„musí bezvýhradně respektovat základní etické principy medicíny, především lidský život jako nejvyšší hodnotu a právo na sebeurčení nemocných a uchování jejich lidské důstojnosti”* a poslední část písmene e uvádí *„vždy je nutné brát zřetel na předchozí názor pacienta, pokud je dostupný a je nepochybné, že jde o dříve vyslovené přání příslušného pacienta.”* (Doporučení představenstva ČLK 1/2010, 1,2)

### **4.3.5 Sepsání DVP**

Konečné rozhodnutí ohledně budoucí léčby je v rukou klienta. Klient má právo se ke své budoucí léčbě vyslovit. K tomuto vyslovení si sepíše dokument DVP. Jedná se o velmi důležitý dokument, který umožňuje zdravotníkům, i samotnému klientovi, orientovat se v budoucím poskytování zdravotní péče.

DVP musí být předem sepsáno na základě poučení nemocného v písemné formě. Nedílnou součástí je poučení nemocného lékařem o jeho zdravotním stavu. Nemocný musí být dokonale informován o svém zdravotním stavu, o možnostech léčby a o jejím vlivu na další vývoj zdravotního stavu. Klient musí mít jasno v tom, co mu přinese odmítnutí léčebného opatření a musí být s těmito následky smířen. Jen tak bude schopen učinit správná rozhodnutí ohledně svého dříve vysloveného přání. J. Matějka (2016) doporučuje, aby si klient před sepsáním dokumentu dostatečně promyslel, co by ve jistých situacích přál nebo nepřál, co on sám považuje za nepřirozené nebo přirozené, co je pro něj přijatelné a nepřijatelné. Tato písemná forma DVP je platná pouze s úředně ověřeným podpisem nemocného.

Problémem při sepisování dříve vysloveného přání je jeho přesný obsah. Musí být přesně vymezeny situace, na které se vztahuje a klient musí rozumět svému zdravotnímu stavu natolik, aby byl schopen učinit ta nejlepší rozhodnutí. Klient musí tedy co nejpresněji popsat situaci, na kterou se jeho vůle vztahuje, aby zdravotník věděl, že konkrétní situace již nastala.

J. Matějka (2016) uvádí orientační výčet témat, ke kterým by se měl klient ve svém dokumentu DVP vyjádřit:

- Tíšení obtíží, bolesti, dušnosti, nevolnosti, neklidu strachu (i kdyby měly vést ke zkrácení života)
- Postoj k umělému podávání výživy a tekutin
- Postoj k resuscitaci a dechové přístrojové podpoře
- Postoj k paliativní sedaci, dialýze
- Podávání antibiotik
- Jak postupovat vzhledem k eventuálnímu vypnutí kardiostimulátoru, kardioverteru
- Preference hospitalizace nebo domácí péče

Problém může nastat například v případě, kdy bylo toto přání vyjádřeno v dávné době a nemocný mohl za tu dobu svůj názor změnit nebo mohlo dojít k objevu nových metod a léčby, které pak předem vyslovené přání může změnit.

V některých zdravotnických zařízeních České republiky mohou klienti sepsat DVP za hospitalizace v daném zdravotnickém zařízení. Tato přání jsou zaznamenána v dokumentaci klienta. Záznam je podepsán klientem, zdravotnickým pracovníkem a svědkem. Poskytovatel zdravotních služeb je povinen přání klienta respektovat, ale pouze v situacích, k nimž se přání přímo vztahuje. Je také nezbytné, aby byl tento dokument vždy přítomen ve zdravotnické dokumentaci klienta a aby všichni zdravotníci, kteří o klienta pečují, přesně věděli, kde tento dokument hledat a co je jeho obsahem.

Právní úprava se problematikou sepsání dokumentu příliš nezabývá, zákon ČR přesně nestanovuje jeho přesnou podobu, není dokonce ani stanoveno, jak přesně mají být formulována, ale na internetových stránkách Ministerstva zdravotnictví České republiky je uveřejněn příklad formy této listiny. Tato forma však není závazná, takže každý může své DVP formulovat podle svého vlastního uvážení.

Platnost dokumentu byla v České republice omezena na 5 let od jeho sepsání. S účinností od 10.12. 2012 bylo toto omezení zrušeno, platnost dokumentu je nyní neomezena.

(Bužgová, 2013; Matějek, 2011, 2015; Opatrná, 2017; Bláhová, 2016; Dostálová, 2014)

V České republice probíhal od roku 2015 do roku 2016 projekt Dříve vyslovená přání, který realizovalo Ministerstvo práce a sociálních věcí spolu s mobilním hospicem Cesta domů. Hlavním úkolem a cílem tohoto projektu bylo informovat odbornou i laickou veřejnost o této problematice. Byly pořádány kurzy a konference, vydán manuál pro pacienty a pro lékaře ve formě informační letáků a Sborník Dříve vyslovené přání.

#### **4.4 Etické aspekty DVP**

Hierarchie hodnot v poskytování zdravotní péče se v posledních desetiletích posunula od prosazování ochrany života a zdraví k respektování vůle a důstojnosti nemocného. V současném pojetí zdravotní péče je klient chápán jako svébytná osobnost, která je schopna podílet se na rozhodování o zdravotní péči, která mu bude nebo nebude poskytována a řídit tak svou vlastní budoucnost. Klient má právo na to, aby jej lékař nechal v určitých případech zemřít. Toto právo si zajistí prostřednictvím DVP, protože mezi hlavní principy institutu patří ochrana lidské důstojnosti, svobodné jednání, právo na sebeurčení a nedotknutelnost člověka.

(Bláhová, 2016; Klusáková, 2015; Těšinová, 2012)

Jak již bylo zmíněno výše, tato přání se většinou týkají předpokládaného a komplikovaného závěru života. Etické otázky konce života jsou většinou spojovány s eutanázií. M. Vácha (2010, 11) tvrdí, že *„Zatímco je pozornost veřejnosti upnuta k mediálně vděčné problematice eutanázie, v pozadí zůstává problematika čtenější, palčivější a v lecčems mnohem nejasnější: problematika kvality života umírajících pacientů, otázky kdy a za jakých podmínek pokračovat v léčbě, zda má pacient právo předem stanovit co se s ním má dělat až nebude schopen svá stanoviska artikulovat (tzv. living will), zda může rozhodování závazně svěřit blízké osobě (DPA, durable power of attorney, health care desicion maker, health care proxy), která v případě neschopnosti pacienta artikulovat své požadavky rozhodne co se má respektive nemá dále dělat.“*



#### 4.4.1 Dříve vyslovená přání a eutanazie

Pojem Euthanatos neboli dobrá smrt pochází od myslitelů ze starověkého Řecka. Co si však lze představit pod pojmem dobrá smrt? Existuje zde mnoho teorií, které se na tuto otázku dívají z pohledu hodnot, které mohou lidské postoje výrazně ovlivnit. Pro někoho může dobrá smrt znamenat konec života bez bolesti a utrpení, pro druhého znamená mít splněná přání, která se týkají péče na konci života. Z těchto důvodů je důležité přehodnotit otázky konce života a zamyslet se nad tím, zda všechny diagnostické, léčebné a ošetrovatelské postupy přispívají k mírnění utrpení anebo proces umírání pouze samoúčelně prodlužují. Může být tedy chápána jako cesta k osvobození nevléčitelně nemocných od nechtěné nebo nepřijatelné špatné kvality života a lidské důstojnosti. (Sandman, 2004; Sláma, 2014)

Z medicínského hlediska je pojmem eutanazie je myšleno úmyslné způsobení smrti nebo umožnění smrti nemocného na jeho vlastní žádost. Nejčastěji je eutanazie dělena na aktivní a pasivní. Aktivní eutanazií je myšlena situace, kdy jednání osoby, většinou lékaře, vede k aktivnímu způsobení smrti. Zde se však nabízí otázka, co je myšleno aktivním způsobením smrti. Pojem aktivní způsobení smrti není nikde přesně specifikován. Lze považovat za způsobení smrti například nenapojení klienta na ventilátor nebo nepodání život zachraňujícího léku, v případě, že takovou vůli klient vyjádřil ve svém dříve vysloveném přání?

Pasivní eutanazií je myšlena situace, kdy lékař nemocnému umožní zemřít například tím, že mu odepře život udržující léčbu. Nejsou tedy prováděny další léčebné zásahy, které by přicházející smrt příliš neoddlily. V současné medicíně se můžeme setkat i s pojmem tzv. měkká eutanazie, kterým je myšleno např. odnětí umělé výživy. V souvislosti s problematikou eutanazie zde existuje také pojem, postup tzv. letting die (ponechat zemřít), kdy je úmyslem zbavit nemocného zbytečného utrpení, které je spojeno s neúspěšnou léčbou. (Doležal, 2017)

Ve spojitosti s jednáním lékaře, vedoucím ke smrti nemocného, tedy ukončení léčby na základě jeho DVP, nelze podle evropské judikatury považovat za aktivní eutanázii, ale je nutné jej postavit na úroveň nezahájení léčby. Také doporučení představenstva ČLK v článku 2 písmene f formuluje svůj postoj k eutanázii: *„Formulovat pro odbornou a laickou veřejnost stanovisko: odborně podložené a náležitě zdokumentované nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby je v souladu s etickými principy medicíny a platnými právními předpisy, nezahájení nebo*

*nepokračování marné a neúčelné léčby nesmí být zaměňováno za eutanázii.”*

(Doporučení představenstva ČLK 1/2010, 2)

Pojem eutanazie je i přesto tyto argumenty z etického hlediska velmi problematický a diskutabilní, proto jsou v kapitole 4.5 objasněny medicínské a ošetrovatelské situace, které jsou často s pojmy eutanazie a letting die spojovány.

(Doležal, 2017; Haškovcová, 2007; Matochová, 2009; Pafko, Mach, 2013)

#### **4.4.2 Další možné etické problémy institutu DVP**

První nevýhodou se může zdát znění, které je uvedeno v ustanovení §36 odst. 2, kde stojí, že *„poskytovatel bude brát zřetel na dříve vyslovené přání, má-li ho k dispozici.“* Co se ale stane v případě, kdy lékař nemá DVP nemocného aktuálně k dispozici nebo není součástí dokumentace nemocného? Je jeho povinností lékaře nebo sestry zjišťovat, zda nemocný nemá tento dokument sepsán? Tento problém nastane většinou v případě, kdy dojde k sepsání dokumentu ještě před hospitalizací a může se nacházet například u praktického lékaře nemocného. Může však také nastat v situaci, kdy dojde k zástavě životních funkcí nemocného na ulici nebo mimo domov a je zahájena kardiopulmonální resuscitace. Tato problematika však není nikde zmíněna ani upravena. Jak tedy postupovat v těchto situacích, aby byla respektována autonomie klienta? Jediným východiskem se zdá být zavedení registru DVP. K tomuto kroku však máme, z důvodu nedostatečné praxe s institutem a nedostatečného povědomí laické veřejnosti a snad i zdravotnických pracovníků o institutu, daleko.

Někteří autoři, kteří se zabývají etickými problémy týkající se konce života vidí problém v tom, že předem vyslovené přání nemá takovou morální hodnotu jako aktuální vyjádření nemocného, který je při vědomí. Morální síla by mohla být narušena z důvodu chybějících informací a možného pokroku v léčbě a medicíně. Tyto informace a pokroky by mohly změnit aktuální rozhodnutí nemocného.

Problém může nastat i v oblasti DVP u seniorské populace. Jak již bylo výše zmíněno, institut se většinou vztahuje k nemocným v terminálním stádiu. V seniorském věku lze jen těžko určit okamžik blížící se smrti, a tak může dojít k situaci, kdy DVP nebude respektováno, a to i přes to, že jej má sepsáno a je k dispozici v dokumentaci. Jeho stav však nemusí být považován za terminální stadium. Na druhou stranu může dojít k situaci, kdy je senior považován za klienta v terminálním stádiu a přání je

uplatněno, přestože ve skutečnosti se o terminální stav nejedná. Jako příklad můžeme uvést seniora trpícího demencí. (Macková, 2013; Furberg, 2012)

V souvislosti s demencí poukazuje na možné úskalí A. Doležal (2017) a označuje je jako Problém personální identity. Zpochybňuje zde etickou využitelnost DVP v případě, kdy došlo k významné psychologické proměně seniora nebo nemocného s demencí. Nemocný má většinou nízkou psychologickou návaznost na svou původní osobu a může se tedy jednat o dvě osoby. Původní osoba tedy nemá morální právo rozhodovat o osobě nynější, vůle nemůže být uplatněna.

A. Doležal (2017) také uvádí možný spor mezi DVP a současným přáním nemocného, který sice již není kompetentní, ale je určitým způsobem schopen vyjadřovat své zájmy. Současné zájmy nemocného jsou však v rozporu s jeho DVP.

Jako další nevýhoda uplatnění institutu v České republice se může zdát situace, kdy si nemocný sice sepíše dříve vyslovené přání, ale neseznámí se svým rozhodnutím svou rodinu. Rodina se může cítit zaskočena a podvedena, protože v České republice je zakořeněný zvyk respektovat přání rodiny nemocného. Z tohoto důvodu by měl nemocný seznámit se svým rozhodnutím především rodinu. (Macková, 2013; Furberg, 2012)

## **4.5 Medicínské a ošetrovatelské situace související s institutem DVP**

Od sester často slycháváme, že jsou nemocní v některých případech léčeni zbytečně a je tak prodlužováno jejich utrpení a v některých případech by, na rozdíl od lékařů, dali nemocným ještě šanci.

V medicínské a ošetrovatelské praxi tedy přibývá situací, které nemají z medicínského, právního ani etického hlediska jednoznačné řešení. Jedná se především o situace, kdy by docházelo k tzv. marné a neúčelné léčbě a kdy má lékař u pokročilých nevléčitelných onemocnění a stavů rozhodnout, zda nezahajovat, nepokračovat nebo ukončit život prodlužující léčbu. Za život prodlužující léčbu je nejčastěji považována mechanická plicní ventilace, hemodialýza, farmakologická podpora oběhového systému, uměle podávaná výživa a tekutiny nebo transfuze krve. Často diskutovaným je

v těchto situacích je, zda se v těchto případech jedná o zabití nebo umožnění zemřít. Níže je objasněno, co je marnou a neúčelnou léčbou myšleno.

(Beuchamp, Childress, 2009)

#### **4.5.1 Marná a neúčelná léčba**

Marná léčba představuje bezúčelnou léčbu. Je to ta léčba, která pouze udržuje, ale neléčí. V souvislosti s marnou léčbou jsou vymezeny také pojmy withholding a withdrawing medical treatment. V případě withholding se jedná o nezahájení léčby, která by klienta udržela při životě. Tento postup se vztahuje k situacím, kdy je další léčebná péče marná. Withdrawing popisuje situaci, kdy se nadále nepokračuje v léčbě, která klienta udržuje při životě. Jako lege artis je tento postup vnímán v případě, kdy je pokračování v léčbě klienta marné.

Zahájení nebo pokračování v marné léčbě tedy nevede k uchování a udržení zdraví, ani ke zlepšení kvality života nemocného. Často je spojováno se stavy tzv. dystanazie, čímž je myšleno zadržování smrti, kdy přístroje a medikamenty nedovolí člověku, který by již bez těchto zásahů v klidu odešel, zemřít. Tato léčba není v zájmu nemocného a zbytečně ho zatěžuje strádáním a rizikem vzniku komplikací. Ze strany lékařů se může jednat o léčbu v dobrém úmyslu, ale nemocnému přináší více utrpení, než prospěchu. Proto je důležité stanovit si určitá kritéria, dle kterých lze marnou a bezúčelnou léčbu nezahájit nebo ukončit. Je také nutné si uvědomit, že i přesto, že medicína prodělala v posledních letech obrovský rozvoj, je lidský život stále limitován v čase. (Formáčková, 2014; Marková, 2010 )

Zvláštním a velmi diskutabilním tématem v souvislosti s nepokračováním v léčbě je podávání výživy a tekutin u klientů v permanentním vegetativním stavu (dále jen PMVS) a stavu minimálního vědomí.

##### **4.5.1.1 Withdrawing u klientů PMVS a stavu minimálního vědomí**

PMVS je ireverzibilní poškození mozku, které trvá déle než 12 měsíců. Tito klienti mají cyklus spánku a bdění, avšak jejich pohybové, sluchové a zrakové funkce jsou pouze reflexivní. Klienti ve stavu minimálního vědomí minimálně vykazují známky cílevědomého chování.

Mnoho těchto klientů je udržováno při životě výhradně podáváním výživy a tekutin žaludeční sondou. Existuje zde mnoho argumentů pro neukončení a ukončení podávání umělé výživy a tekutin. Potrava a tekutiny jsou běžnou složkou lidské péče a jejich vysazení vede k jisté smrti. Není možné nechat nemocného zemřít hladem a žízní, někteří by vysazení mohli považovat za formu výše zmiňované pasivní eutanázie. Na druhou stranu je podávání výživy a tekutin žaludeční sondou považováno za léčbu, která často prodlužuje bolestný proces umírání. Jak se tedy rozhodnout v případě, kdy nemocný předem odmítl pokračování v život prodlužující léčbě formou dříve vysloveného přání a je potřeba jeho vůli respektovat. (Heřmanová, 2012)

#### **4.5.2 Neresuscitovat – Do Not Resuscitate (DNR)**

Kardiopulmonální resuscitace je základním nástrojem pro obnovu životních funkcí, ať už je profesionální nebo laická. Má potenciál zachránit lidský život. Otázka, zda resuscitovat nebo neresuscitovat je otázkou života a smrti. V praxi však nastávají situace, kdy zdravotníci resuscitaci nezaahájí.

*„Pokyny Do Not Resuscitate mají svůj původ v přání některých umírajících pacientů, aby jejich život nebyl prodlužován za každou cenu a při zástavě srdečního oběhu již nebyly obnovovány životní funkce.“* (Peterková, 2010, 44)

D. Marx (2010, 18) poukazuje také na souvislost s ekonomickými aspekty „*Významným faktorem pro Do Not Resuscitate, na nějž není poukazováno příliš otevřeně, je ekonomická náročnost potřebné zdravotní péče v terminální fázi pacientova onemocnění. Ekonomický tlak, kterému bohužel čelí primář každého anesteziologického a resuscitačního oddělení nebo jednotky intenzivní péče, může deformovat ryze odborné rozhodování lékaře o marnosti další léčby, o omezení péče, o poskytování paliativní péče či péče bazální péče. Výsledek rozvahy pak odráží přítomnost eticko – ekonomického dilematu, tj. zdravotní péče je v systému s omezenými finančními zdroji přidělován těm pacientům, kteří se z hlediska nákladové efektivity jeví lépe.*”

Pokud je klient při vědomí, tak by rozhodnutí o Neresuscitovat mělo být přijato na základě rozhovoru s klientem. U klientů v bezvědomí se v případě Neresuscitovat většinou jedná o rozhodnutí celého zdravotnického týmu, ošetřujícím lékaři, DVP zde zatím bohužel příliš dobře nefungují. Na rozhodování Neresuscitovat se v České republice podílejí etické komise zdravotnických zařízení. Etické komise se při

rozhodování řídí výsledky vědeckých studií, klinických výzkumů. Dále se lékaři řídí doporučenými postupy ČLS JEP (Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně) a České lékařské komory. (Marx, 2010; Klusáková, 2015)

Zvláštní situace nastává v případě DNR u klientů s kardioverterem-defibrilátorem. Snaha tohoto přístroje o zachování srdeční činnosti může klientům způsobit bolestivé a prodlužované umírání. Nabízí se tedy zde otázka, za jakých okolností přístroj deaktivovat. Klienti s defibrilátorem by si tedy měli sepsat DVP s přesným vymezením situací, kdy přístroj deaktivovat a neprodužovat tak jejich umírání ve chvíli, kdy by deaktivace defibrilátoru pro ně představovala „lepší způsob smrti“. (Ptáček, Bartůněk, 2016)

Jak již bylo zmíněno, tyto postupy vyvolávají mnoho etických otázek a jsou některými autory stále považovány za formu pasivní eutanazie. Tato problematika vyžaduje, aby zdravotníci a nemocní byli ochotni spolu vést otevřený rozhovor na téma nevyléčitelných stavů, bolesti, umírání a smrti. Je obecně známo, že těmto tématům se zdravotníci i laici vyhýbají. Institut DVP tak zdravotníkům umožňuje zahájit dialog s nemocným o tom, co znamená nezahájení nebo ukončení marné léčby, jaké hodnoty jsou pro nemocného důležité a jak podpořit autonomii nemocného. (Demertzi, 2011; Heřmanová, 2012)

## **4.6 Role sestry**

Blaho nemocných a jejich léčba závisí do určité míry na morálce, na etickém a právním vědomí zdravotníků, kteří nemocným poskytují péči. Zdravotníci musí respektovat všelidské morální hodnoty a projevovat úctu k člověku. Nejen lékař, ale i sestra musí klienta chápat jako plně kompetentního jedince. Z celého multidisciplinárního týmu péče o klienta s ním bezpochyby tráví nejvíce času právě sestra. Mají tedy možnost klienta poznat a vést s ním včasný rozhovor o jeho vůli a přáních, která se týkají závěru jeho života.

Sestra má ve vztahu k nemocnému, klientovi, mnoho rolí. V souvislosti s tématem této práce jsou zdůrazněny role sestry – obhájce nemocného, ochránce nemocného. Sestra je chápána jako obhájce (advokát) práv nemocného, jeho přání a zájmů. K tomu je důležité, aby každá sestra uměla svým klientům dokonale naslouchat, znala jeho zdravotní stav a rozpoznala projevy fyzického a psychického utrpení klienta.

Tato role sestry je v souvislosti s institutem DVP nemocných nejvýznamnější, protože tlumočí a obhajuje klientova přání a vůli, a to nejen lékaři, ale také jeho rodině a blízkým. Z toho vyplývá, že sestry významně zvyšují šance klienta k tomu, aby byla jeho vůle a přání respektována a naplněna a mělo by jim být umožněno zapojit se do procesů rozhodování o rozsahu a povaze poskytování lékařské péče na konci života. (Heřmanová, 2012; Silva, 2014)

## **5 DŘÍVE VYSLOVENÁ PŘÁNÍ KLIENTŮ SE ZÁVAŽNÝM ONEMOCNĚNÍM JAKO ETICKÝ PROBLÉM VE ZDRAVOTNICTVÍ**

### **5.1 Formulace problému**

Diplomová práce se zaměřuje na zjištění postojů a informovanosti SZP o institutu DVP. Téma diplomové práce bylo zvoleno z důvodu, že problematika institutu DVP je v zahraničí již několik let běžnou praxí, a naopak v České republice relativně novým fenoménem. Problematika institutu DVP, která se týká především péče na konci života, vyvolává mnoho etických otázek, různých názorů a přesvědčení.

Sestra má nezastupitelnou roli v péči o nevyлéčitelně nemocného a umírajícího klienta. Sestra má na jedné straně chránit život klienta a na straně druhé respektovat jeho autonomii. Sestry (společně s lékaři) mají zásadní úlohu při předběžném plánování rozhodnutí na konci života a musí klienta vnímat jako bio-psycho-socio-spirituálního a kompetentního jedince. Z těchto důvodů je důležité, aby k této problematice zaujímaly kladné postoje.

### **5.2 Cíle a výzkumné problémy**

#### **Hlavní cíl práce:**

- Zjistit postoje a informovanost středních zdravotnických pracovníků (dále jen SZP) k institutu dříve vyslovená přání (dále jen DVP) jako etickému problému ve zdravotnictví.

#### **Dílčí cíle práce:**

- Zjistit, zda má vliv typ oddělení v nemocnici na informovanost SZP o existenci institutu DVP
- Zjistit, zda má vliv typ oddělení v nemocnici na postoje SZP k institutu DVP
- Zjistit, zda se podílí délka praxe SZP na postoji k institutu DVP
- Zjistit, zda má vliv zkušenost s uplatněním DVP v praxi na postoje SZP k institutu DVP



Vyhodnocením výzkumných problémů bychom měli získat odpovědi na následující výzkumné otázky:

- Jsou SZP informováni o existenci institutu DVP?
- Jaké postoje zastávají SZP k institutu DVP?
- Liší se informovanost SZP o existenci institutu DVP v závislosti na typu oddělení, na kterém pracují?
- Liší se postoje SZP k institutu DVP v závislosti na typu oddělení, na kterém pracují?
- Liší se postoje SZP k institutu DVP v závislosti na délce jejich zdravotnické praxe?
- Liší se postoje SZP k institutu DVP v závislosti na zkušenosti s uplatněním DVP v praxi?

### **Výzkumné hypotézy:**

- **H1:** O existenci institutu DVP jsou informováni spíše SZP, kteří pracují na odděleních onkologických, neurologických, geriatrických, LDN než SZP pracující na odděleních ARO, JIP, standardních, ambulancích
- **H2:** SZP pracující na odděleních onkologických, neurologických, geriatrických, LDN hodnotí institut DVP lépe než SZP pracující na odděleních ARO, JIP, standardních, ambulancích
- **H3:** SZP s délkou zdravotnické praxe 10-29 let a 30 a více let hodnotí institut DVP lépe než SZP s délkou zdravotnické praxe 0–9 let
- **H4:** SZP se zkušeností uplatnění institutu DVP v praxi hodnotí institut lépe než SZP, kteří zkušenost nemají

### **5.3 Charakteristika souboru**

Výzkumný soubor byl sestaven z 358 respondentů. Respondenty byli střední zdravotničtí pracovníci (všeobecné sestry, praktické sestry). Celkem bylo osloveno 7 nemocnic Moravskoslezského kraje, z toho se do výzkumného šetření zapojily 4 nemocnice (NsP Havířov, p.o., NsP Karviná-Ráj, p.o., FN Ostrava, Slezská nemocnice Opava, p.o.). Ostatní nemocnice nechtěly být součástí výzkumu (velké množství probíhajících výzkumných šetření, výzkumy umožňují pouze studentům z Ostravské univerzity nebo nebyl důvod neúčasti sdělen).

### **5.4 Metoda sběru dat**

Pro výzkumné šetření byl vytvořen nestandardizovaný dotazník se souborem 21 otázek, které byly zaměřeny na zjištění informovanosti a postojů SZP k institutu DVP. Dotazník je pak součástí přílohy č. 1. Otázky číslo 1, 2, 3 jsou zaměřeny na zjištění základních informací o respondentovi. Tyto získané informace byly využity k rozřídění respondentů do jednotlivých skupin, které byly následně analyzovány pro dosažení stanovených cílů práce. Otázky číslo 4, 5, 6, 7 jsou zaměřeny na informovanost o existenci institutu DVP. Otázky číslo 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 zjišťují postoje SZP k institutu DVP. Otázka číslo 21 je otevřená a zjišťuje, v čem respondenti vidí největší úskalí této problematiky.

V otázkách zaměřených na postoje k institutu DVP mohli respondenti označit vždy jen jednu z nabízených odpovědí kromě otázky číslo 21, která je otevřená.

Záhlaví dotazníku předkládalo respondentům žádost o vyplnění dotazníku, základní informace o tematickém zaměření a ujištění o anonymitě. Respondenti byli také informováni o způsobu vyplnění dotazníku.

### **5.5 Organizace výzkumu**

Veškerá data byla sbírána ve 4 nemocnicích v Moravskoslezském kraji. Šetření probíhalo od ledna 2019 do dubna 2019, a to po předchozím schválení odpovědných pracovníků vedení nemocnic. Dotazníky byly částečně předány v elektronické formě a částečně v tištěné formě. Sběr dat probíhal anonymní formou. Elektronické dotazníky

byly vyplňovány prostřednictvím portálu společnosti Survio. Celkem bylo vyplněno 367 dotazníků, 9 z nich však bylo vyřazeno. Respondenti v nich například nedodrželi pokyny a označili více odpovědí nebo neoznačili odpověď žádnou. Vyřazených 9 dotazníků bylo z tištěné formy, jelikož elektronická forma respondentům neumožňovala označit více odpovědí nebo odpověď neoznačit. Celkový počet zpracovávaných dotazníků tak byl 358.

## 5.6 Zpracování dat

Získané vyplněné dotazníky byly kódovány (každá odpověď měla přiřazenou číselnou hodnotu), viz příloha číslo 2. Kódované odpovědi byly zpracovány do hodnotících tabulek v programu MS Excel. Jak již bylo zmíněno, dotazník byl pomyslně rozdělen na část zabývající se informovaností o existenci institutu DVP (otázky 4–7) a postoji k institutu DVP (otázky 8–21). Součet minimálně přidělených hodnot otázek, které se týkaly informovanosti byl 4 body, součet maximálních hodnot byl 12 bodů. V otázkách, které byly zaměřeny na postoje, byl součet minimálních hodnot 13 bodů a maximálních hodnot 63 bodů. Hladina signifikace (alfa pravděpodobnost) byla stanovena na 0,05.

Data byla interpretována popisnou statistikou - počet, průměr, směrodatná odchylka, tabulky a grafy. Pro testování hypotéz bylo využito nejdříve chí-kvadrát testu nezávislosti, poté dvouvýběrového testu (t-testu) a testu ANOVA (Analysis of Variance).

Princip t-testu spočívá v tom, že se data rozdělí na 2 části podle kategorické veličiny a v těchto částech se počítají průměry a směrodatné odchylky, které slouží vypočtení testovacích statistik. Cílem je zjistit, zda je „posun“ mezi průměry dané veličiny ve 2 skupinách podstatný, i s ohledem na velikost rozptýlení dat. Pokud posun není značný, nulovou hypotézu o „shodě středních hodnot veličiny ve skupinách“ nezamítáme. V opačném případě je posun tak velký, že předpokládáme i rozdíl v obecném souboru této veličiny.

Test ANOVA zjišťuje rozdíl mezi 2 a více skupinami. Mechanismus testu je založen na rozptylu dat. Celkový rozptyl dat dané veličiny se rozloží na část, která je způsobená skutečnou růzností dat uvnitř skupin a poté na část, která zbude po odečtení vnitřní (skupinové) variability - meziskupinová variabilita. Poté se porovnává vnitřní a

meziskupinová variabilita, tedy zda jsou zhruba stejné nebo zda je meziskupinová variabilita výrazně větší.

## 6 VÝSLEDKY

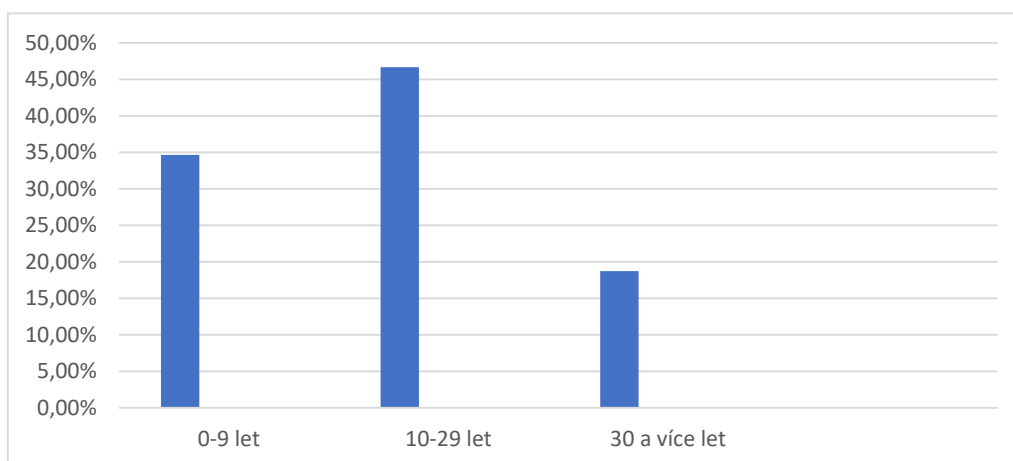
Výsledky jsou předkládány ve třech částech. První část se věnuje všeobecným sociodemografickým datům. Ve druhé části jsou předkládány výsledky výzkumného problému. Poslední, třetí, část se zabývá testováním stanovených hypotéz.

### 6.1 Sociodemografická data

Níže předkládám výsledky odpovědí na všeobecné otázky číslo 1–3, které odpovídají tabulkám a grafům 1–3. Ukazují nám délku zdravotnické praxe respondentů, typ oddělení, na kterém respondenti pracují (nebo na něm mají nejdelší praxi), zda mají zkušenost s uplatněním institutu DVP v praxi.

**Tabulka 1. Četnost délky zdravotnické praxe respondentů**

Délka zdravotnické praxe	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
0-9 let	124	34,64 %
10-29 let	167	46,65 %
30 a více let	67	18,72 %
Celkem	358	100 %

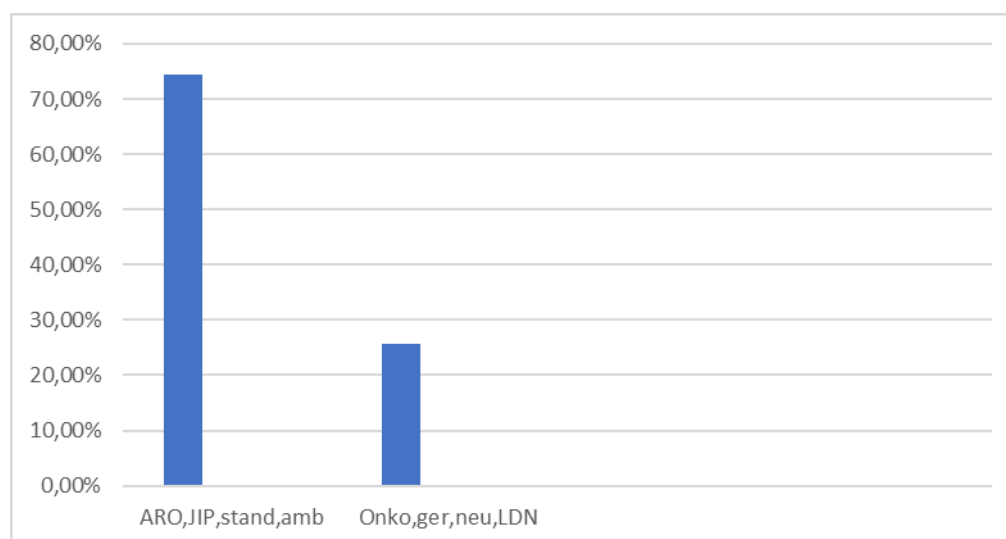


**Graf 1. Četnost délky zdravotnické praxe respondentů**

Z tabulky a grafu 1 můžeme vyčíst, že z celkového počtu 358 respondentů převažovala délka zdravotnické praxe 10-29 let. Délka praxe 0-9 let představovala 34,64 % a délka zdravotnické praxe 30 a více let 18,72 %.

**Tabulka 2. Četnost typu oddělení, na kterém respondenti pracují**

Typ oddělení	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ARO, JIP, standardní oddělení akutní péče, ambulance	266	74,30 %
Onkologické, geriatrické, neurologické oddělení, LDN	92	25,70 %
Celkem	358	100 %

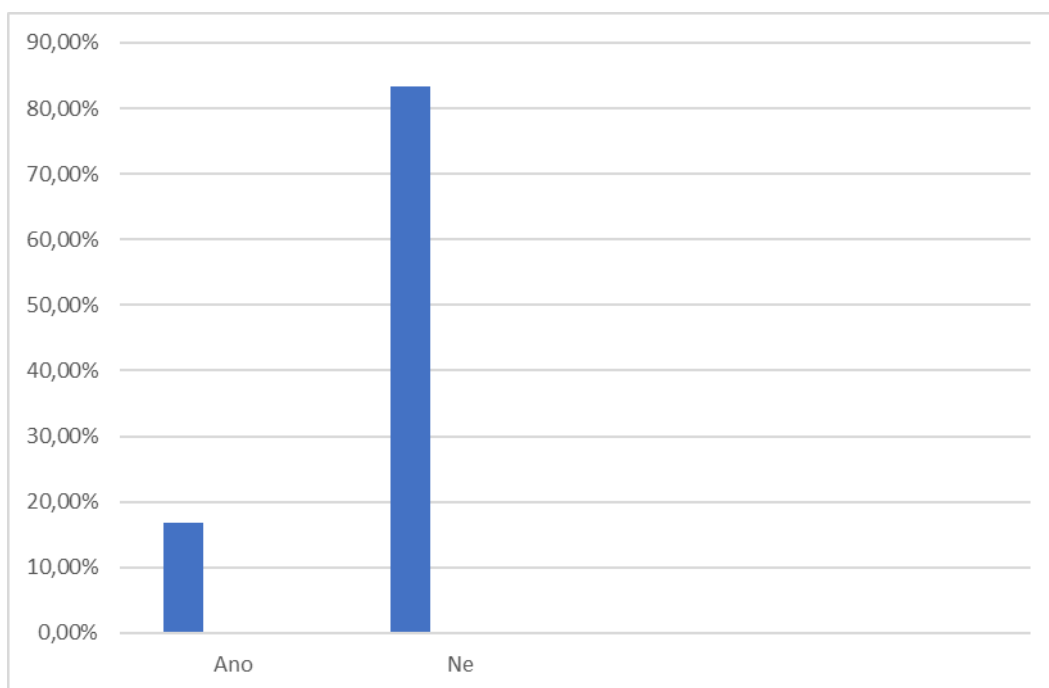


**Graf 2. Četnost typu oddělení, na kterém respondenti pracují (nebo mají nejdelší zdravotnickou praxi)**

Z tabulky a grafu 2 můžeme vyčíst, že z celkového počtu 358 respondentů převažovali respondenti z oddělení ARO, JIP, standardní akutní péče, ambulance, což odpovídá 74,30 %. Respondentů z oddělení onkologických, geriatrických, neurologických a LDN bylo 25,70 %

**Tabulka 3. Četnost zkušenosti s uplatněním DVP klienta v praxi**

<b>Zkušenost</b>	<b>Absolutní četnost (n)</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
Ano	60	16,76 %
Ne	298	83,24 %
Celkem	358	100 %



**Graf 3. Četnost zkušenosti s uplatněním DVP klienta v praxi**

Z tabulky a grafu 3 zjišťujeme, že z celkového výzkumného vzorku převládali respondenti bez zkušenosti s uplatněním DVP v praxi, což odpovídá 83,24 %. Respondentů se zkušeností s uplatněním DVP v praxi bylo 16,76 %.

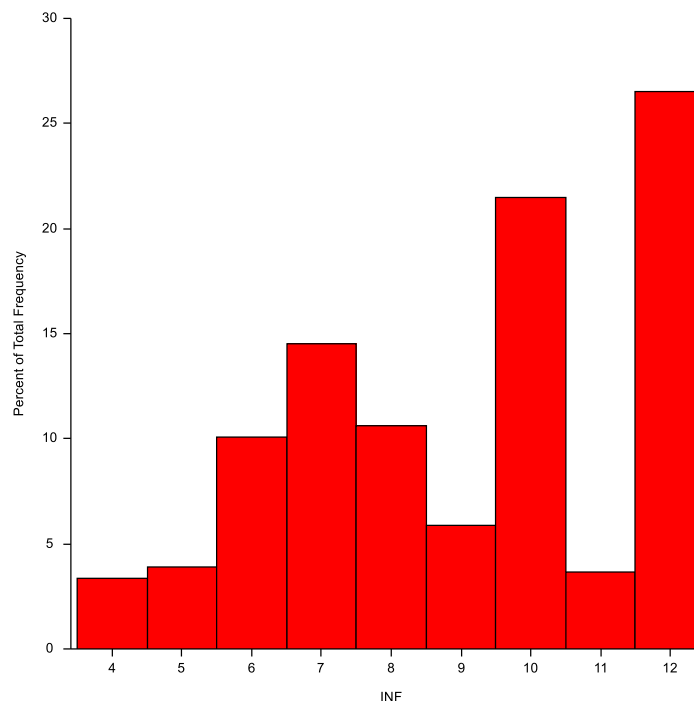
## 6.2 Výzkumný problém

Ke zjištění informovanosti středních zdravotnických pracovníků o institutu DVP byly zaměřeny otázky číslo 4-7, jejich odpovědi představovaly přidělenou hodnotu. V součtu přidělených hodnot mohli respondenti dosáhnout minimálně 4 body a maximálně 12 bodů. Teoretický průměr byl stanoven na 8.

**Tabulka 4. Informovanost SZP o existenci institutu DVP**

<b>Průměr</b>	<b>Medián</b>	<b>STD</b>
9,1	10	2,41

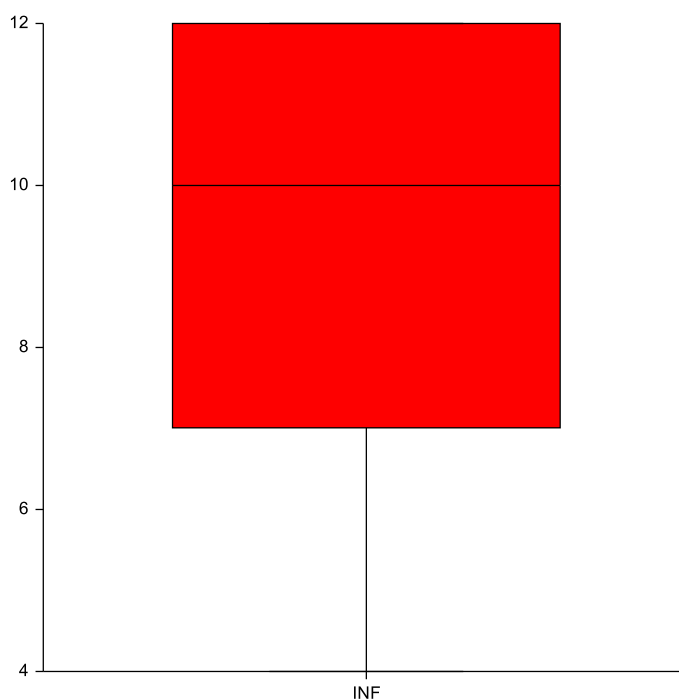
Z tabulky 4 můžeme vyčíst, že medián (středová hodnota) v datech seříděných od 358 respondentů je 10, průměrná informovanost činí 9,1, což je lehce nad teoretickým průměrem. Můžeme tedy konstatovat, že informovanost SZP o existenci institutu DVP je spíše vyšší. Pro lepší názornost je níže graf 4 – histogram rozdělení oné informovanosti mezi respondenty.



**Graf 4. Rozdělení informovanosti SZP o existenci institutu DVP**



Směrodatná odchylka, která činí 2,41, ukazuje větší míru rozptýlenosti informovanosti mezi respondenty. Ačkoli je tato odchylka pro informovanost více než o polovinu menší než pro následující postoj, vzhledem k větším naměřeným hodnotám postoje se informovanost mezi pracovníky více liší, což ukazuje krabicový graf 5, který má krabici vyšší.



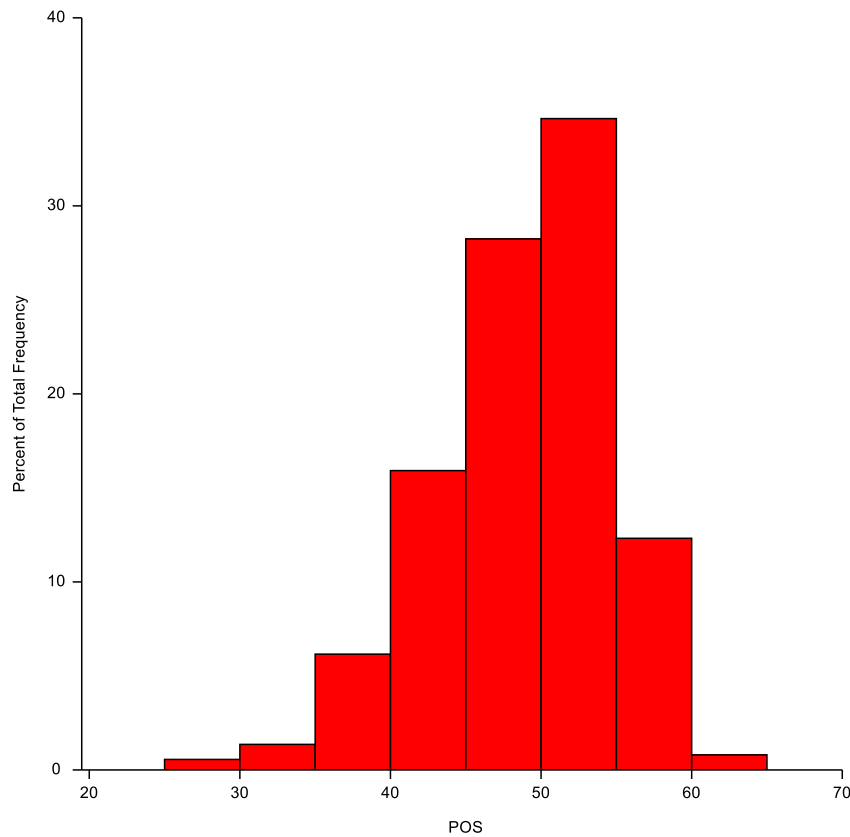
**Graf 5. Informovanost SZP o institutu DVP**

Ke zjištění postojů SZP k institutu DVP, byly zaměřeny otázky číslo 8-20. Jejich odpovědi představovaly přidělenou hodnotu. V součtu přidělených hodnot mohli respondenti dosáhnout maximálně 63 bodů a minimálně 13 bodů. Pomyslný teoretický průměr byl stanoven na 38.

**Tabulka 5. Postoje SZP k institutu DVP**

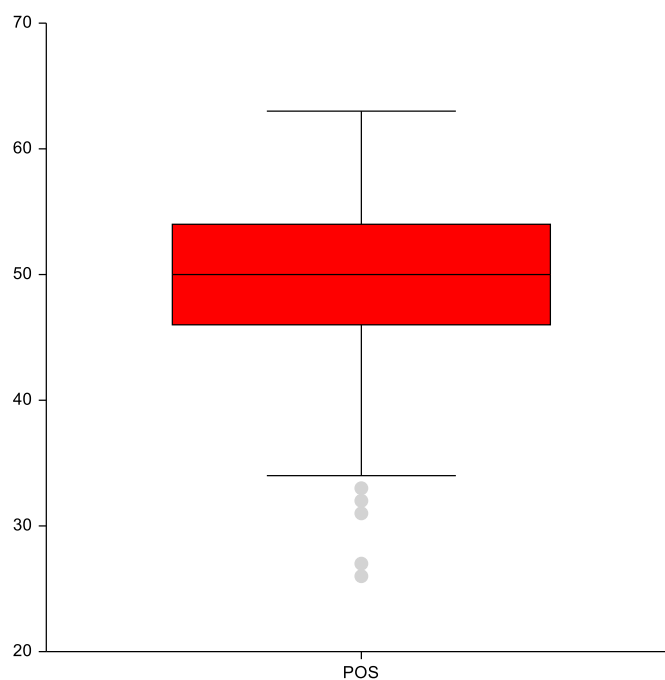
<b>Průměr</b>	<b>Medián</b>	<b>STD</b>
49,4	50	6,05

Z tabulky 5 můžeme vyčíst, že postoje SZP k institutu DVP jsou pozitivní. Skutečný průměr je 49,4, což je poměrně rozdílný výsledek od průměru teoretického, naznačuje tedy kladný postoj SZP k institutu DVP. Pro lepší názornost je níže graf 6 – histogram rozdělení onoho postoje mezi respondenty.



**Graf 6. Rozdělení postojů SZP k institutu DVP**

Směrodatná odchylka zde činí 6,05 a ukazuje tak menší míru rozptýlenosti postojů mezi respondenty. Postoje se tedy mezi jednotlivými respondenty liší méně, což nám ukazuje krabicový graf 7, který je významně nižší, než krabicový graf pro informovanost.



**Graf 7. Postoje SZP k institutu DVP**

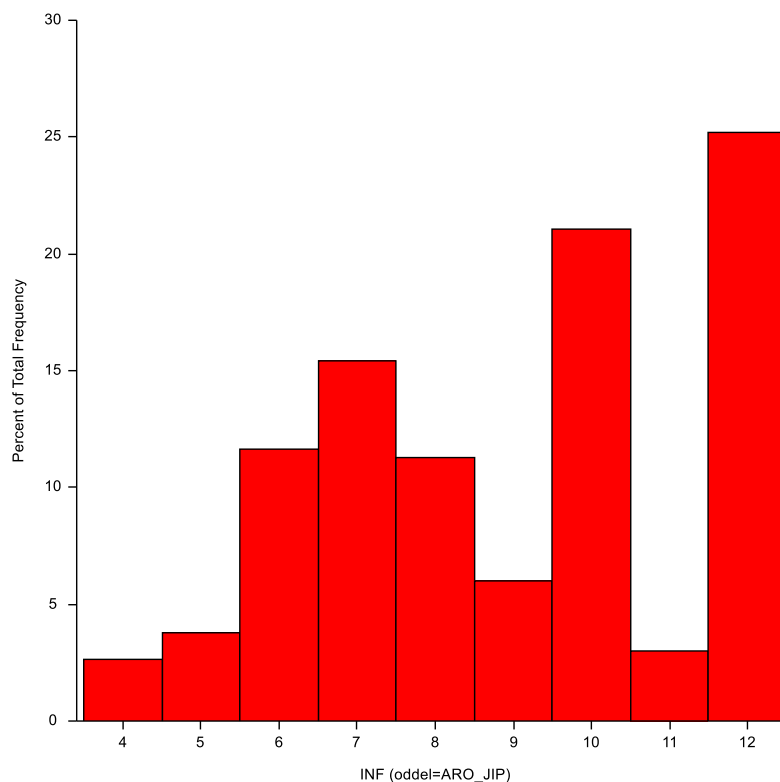
### 6.3 Testování hypotéz

**H1: O existenci institutu DVP jsou informováni spíše SZP, kteří pracují na oddělení onkologických, neurologických, geriatrických, LDN než SZP pracující na oddělení ARO, JIP, standardních, ambulancích.**

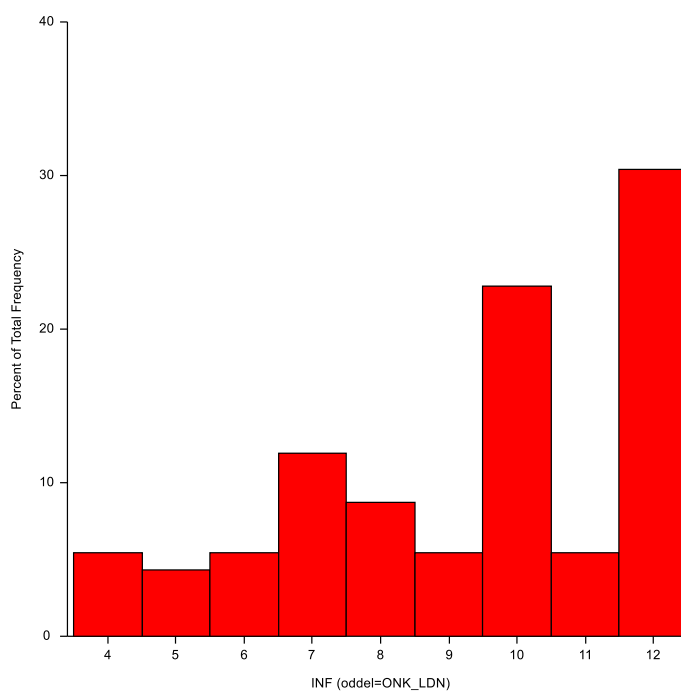
H<sub>0</sub>1: Není rozdíl v informovanosti o institutu DVP u SZP pracujících na odděleních onkologie, neurologie, geriatric, LDN a oddělení ARO, JIP, standardních, ambulancích.

**Tabulka 6. Hypotéza 1**

Oddělení	Počet	Průměr	Medián	STD
ARO, JIP, standardní oddělení, ambulance	266	8,973684	9	2,378215
Onkologické, geriatrické, neurologické oddělení, LDN	92	9,315217	10	2,502435
<b>P-hodnota: 0,24222</b>				



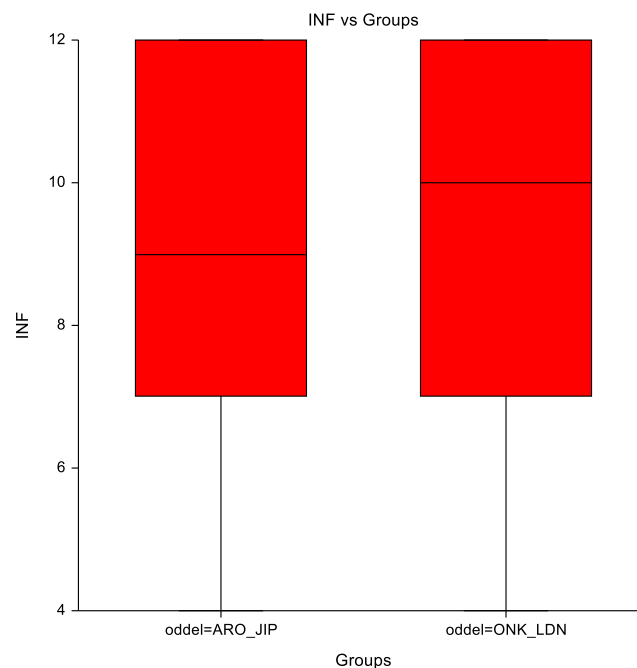
**Graf 8. Informovanost SZP o existenci institutu DVP pracujících na oddělení ARO, JIP, standardních, ambulancích**



**Graf 9. Informovanost SZP o existenci institutu DVP pracujících na oddělení onkologie, neurologie, geriatric, LDN**

Pro testování nulové hypotézy bylo využito dvouvýběrového testu, který měl nulovou hypotézu. Z tabulky 6 a grafů 8, 9 a 10 vyplývá, že informovanost o existenci institutu DVP se mezi odděleními neliší. Dokazují nám to minimální rozdíly mezi hodnotami průměru SZP pracujících na oddělení ARO, JIP, standardních, ambulancích (8,973684) a SZP pracujících na oddělení onkologických, neurologických, geriatrických (9,315217) a také mezi hodnotami mediánu SZP pracujících na oddělení ARO, JIP, standardních, ambulancích (9) a SZP pracujících na oddělení onkologických, neurologických, geriatrických (10). Za verdiktem minimálního rozdílu v informovanosti stojí P-hodnota (0,24222), která je větší než hladina významnosti testu (0,05). Proto nezamítáme nulovou hypotézu a můžeme říci, že hypotézu, která se týká vyšší informovanosti SZP o existenci institutu DVP pracujících na oddělení onkologie, neurologie, geriatric, LDN, nepřijímáme.

Grafy 8 a 9 nám znázorňují rozložení informovanosti SZP o institutu DVP dle typu oddělení. Krabicový graf 10 nám pro lepší vizuální přehlednost znázorňuje grafické zpracování výsledků závislosti informovanosti SZP o institutu DVP a typu oddělení.



**Graf 10. Informovanost SZP o institutu DVP pracujících na oddělení ARO, JIP, standardních, ambulancích a SZP pracujících na oddělení onkologických, neurologických, geriatrických**

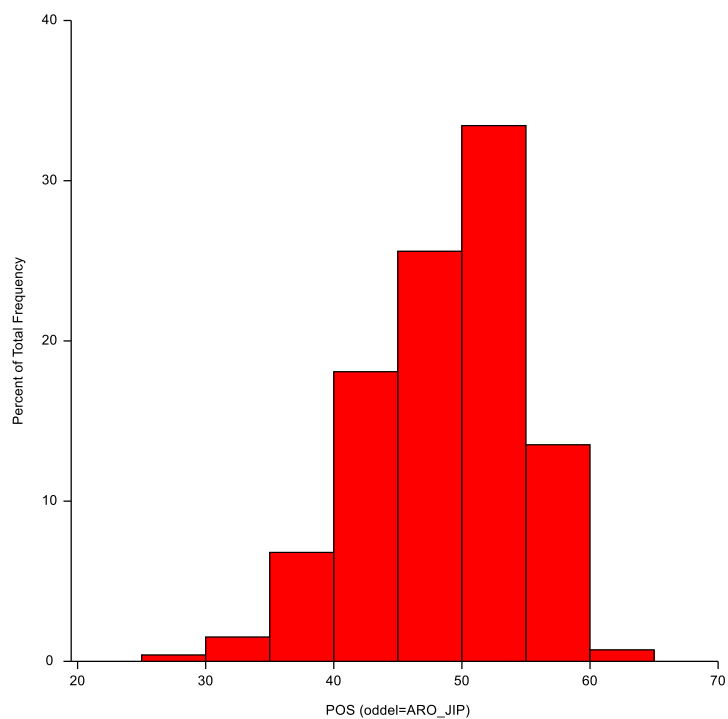
Na krabicovém grafu 10 je patrné, že horní i dolní kvartily informovanosti jsou na stejné hladině u obou skupin oddělení, stejně tak jejich mediány. Můžeme tedy jen potvrdit, že typ oddělení, na kterém SZP pracují, vliv na informovanost SZP o institutu DVP, nemá.

**H2: SZP pracující na odděleních onkologických, neurologických, geriatrických, LDN hodnotí institut DVP lépe než SZP pracující na odděleních ARO, JIP, standardních, ambulancích**

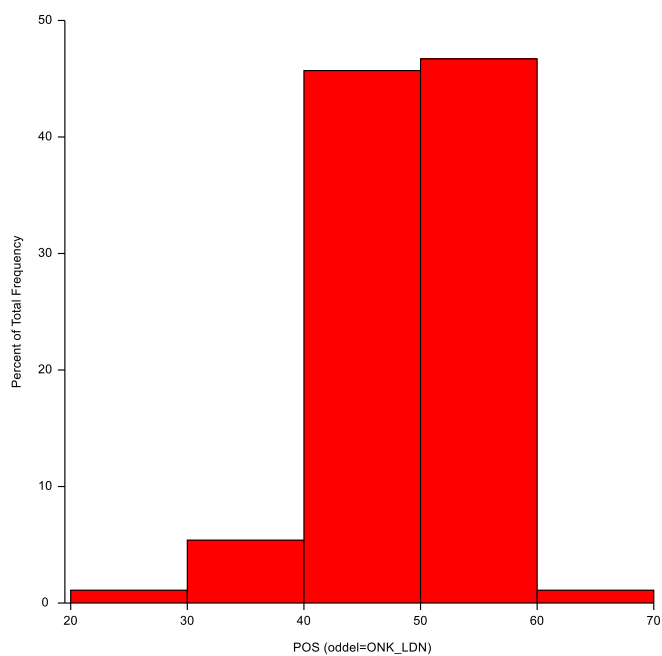
H<sub>0</sub>2: Není rozdíl v postojích k institutu DVP SZP z oddělení onkologických, neurologických, geriatrických a LDN a ARO, JIP, standardních, ambulancích

**Tabulka 7. Hypotéza 2**

<b>Oddělení</b>	<b>Počet</b>	<b>Průměr</b>	<b>Medián</b>	<b>STD</b>
ARO, JIP, standardní oddělení, ambulance	266	49,27068	50	6,144951
Onkologické, geriatrické, neurologické oddělení, LDN	92	49,81522	50	5,78541
<b>P-hodnota: 0,45765</b>				



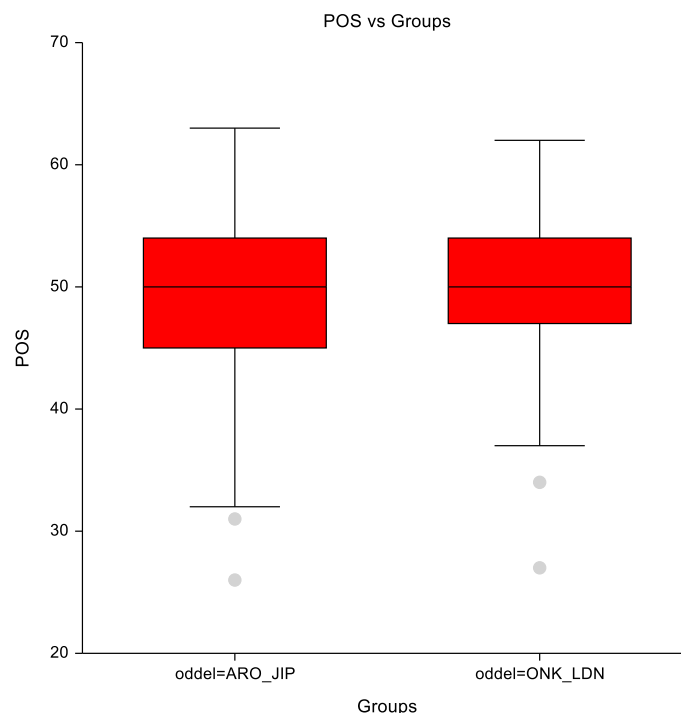
**Graf 11. Postoje SZP k institutu DVP pracujících na oddělení ARO, JIP, standardních, ambulancích**



**Graf 12. Postoje SZP k institutu DVP pracujících na oddělení onkologie, neurologie, geriatric, LDN**

Při testování nulové hypotézy bylo opět využito dvouvýběrového testu. Z tabulky 7 a grafů 11, 12, 13 vyplývá, že postoje k institutu DVP se mezi odděleními neliší. To, že není významný rozdíl v postojích SZP na různých odděleních, nám dokazují minimální rozdíly hodnot průměru mezi SZP pracujícími na oddělení ARO, JIP, standardních, ambulancích (49,27068) a SZP pracujícími na oddělení onkologických, neurologických, geriatrických (49,81522). Ukazují nám to také hodnoty mediánů, které jsou pro obě oddělení stejné (50). Za verdiktem minimálního rozdílu v postojích stojí P-hodnota (0,45765), která je větší než hladina významnosti testu (0,05). Proto nezamítáme nulovou hypotézu a můžeme říci, že hypotézu, která se týká lepšího a pozitivnějšího postoje SZP k institutu DVP pracujících na oddělení onkologie, neurologie, geriatrice, LDN oproti SZP pracujícím na ARO, JIP, standardním oddělení, ambulancích, nepřijímáme.

Grafy 11, 12 nám znázorňují rozložení postojů SZP k institutu DVP dle typu oddělení. Krabicový graf 13 nám pro lepší vizuální přehlednost znázorňuje grafické zpracování výsledků závislosti postojů SZP k institutu DVP a typu oddělení.



**Graf 13. Postoje SZP k institutu DVP pracujících na oddělení ARO, JIP, standardních, ambulancích a SZP pracujících na oddělení onkologických, neurologických, geriatrických**



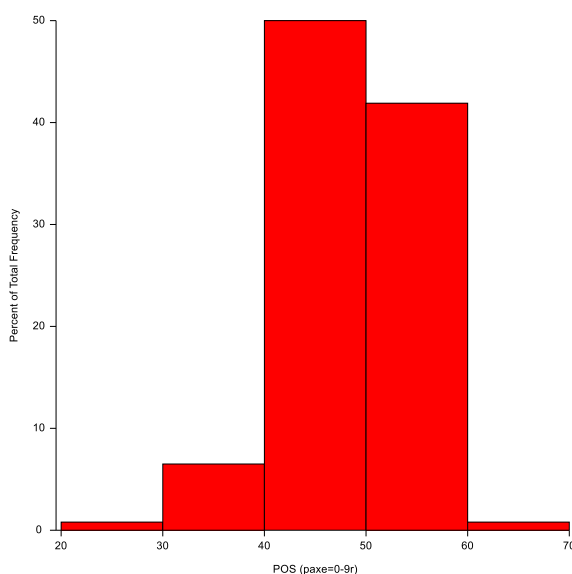
Na krabicovém grafu 13 je patrné, že horní kvartily postojů jsou na stejné hladině u obou skupin oddělení, dolní kvartily jsou na zhruba stejné hladině. Na stejné hladině jsou také mediány krabicového grafu. Můžeme tedy jen potvrdit, že typ oddělení, na kterém SZP pracují, vliv na postoje SZP k institutu DVP, nemá.

**H3: SZP s délkou zdravotnické praxe 10-29 let a 30 a více let hodnotí institut DVP lépe než SZP s délkou zdravotnické praxe 0–9 let.**

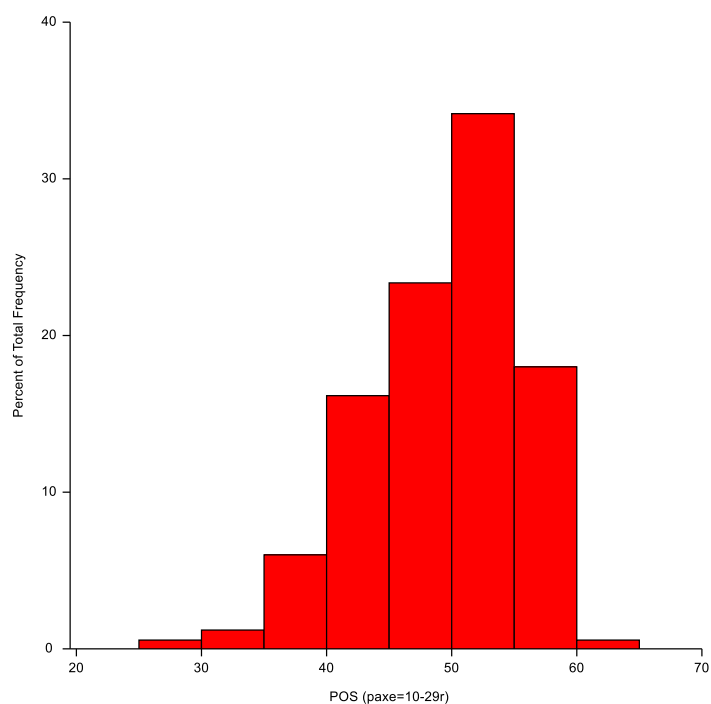
H<sub>03</sub>: Není rozdíl v postojích k institutu DVP u SZP s délkou zdravotnické praxe 10-29 let a 30 a více let a 0–9 let.

**Tabulka 8. Hypotéza 3**

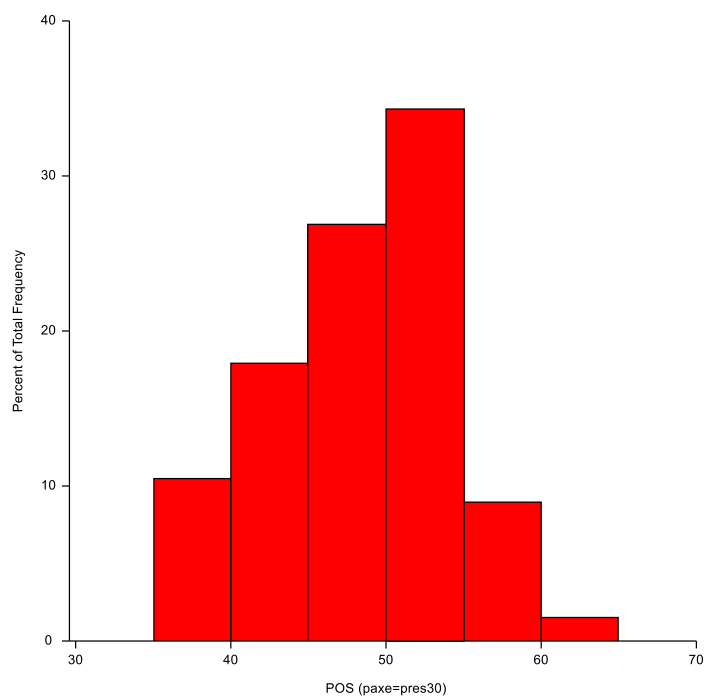
Délka zdravotnické praxe	Počet	Průměr	Medián	STD
0-9 let	124	48,74194	49,5	5,665286
10-29 let	167	49,8982	51	6,33943
30 a více let	67	49,43283	50	5,977797
P-hodnota: 0,13410				



**Graf 14. Postoje SZP k institutu DVP s délkou zdravotnické praxe 0-9 let**



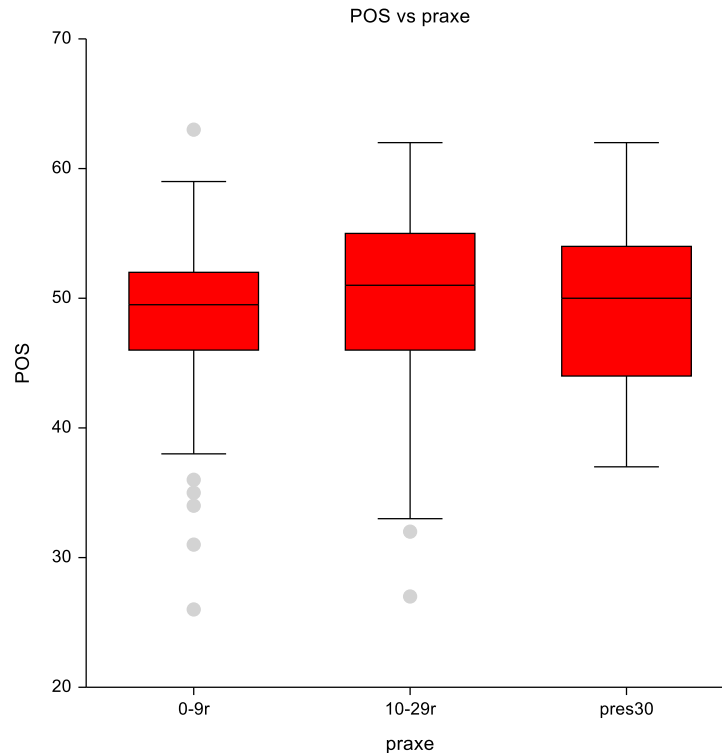
**Graf 15. Postoje SZP k institutu DVP s délkou zdravotnické praxe 10-29 let**



**Graf 16. Postoje SZP k institutu DVP s délkou zdravotnické praxe 30 a více let**

Při testování nulové hypotézy bylo využito testu ANOVA. Z tabulky 8 a grafů 14, 15, 16 a 17 vyplývá, že postoje SZP k institutu DVP nejsou ovlivněny délkou jejich zdravotnické praxe. Fakt, že není významný rozdíl v postojích SZP k institutu DVP v závislosti na délce jejich zdravotnické praxe, nám dokazují minimální rozdíly hodnot průměru mezi SZP s délkou zdravotnické praxe 0-9 let (48,74194), 10-29 let (49,8982) a 30 a více let (49,43283) a minimální rozdíly hodnot mediánů mezi SZP s délkou zdravotnické praxe 0-9 let (49,5), 10-29 let (51) a 30 a více let (50). Za verdiktem minimálního rozdílu v postojích z hlediska délky zdravotnické praxe stojí P-hodnota (0,13410), která je větší než hladina významnosti testu (0,05). Proto nezamítáme nulovou hypotézu a můžeme říci, že hypotézu, která se týká lepšího a pozitivnějšího postoje SZP k institutu DVP s délkou praxe 10-29 let a 30 a více let než SZP s délkou praxe 0-9 let, nepřijímáme.

Grafy 14, 15, 16 nám znázorňují rozložení postojů SZP k institutu DVP dle délky jejich zdravotnické praxe. Následující krabicový graf 17 nám pro lepší vizuální přehlednost znázorňuje grafické zpracování výsledků závislosti postojů SZP k institutu DVP a délky zdravotnické praxe.



**Graf 17. Postoje SZP k institutu DVP s délkou zdravotnické praxe 0-9 let, 10-29 let a 30 a více let**

Na krabicovém grafu 17 vidíme, že horní kvartily postojů jsou na stejné hladině u všech třech skupin délky zdravotnické praxe, dolní kvartily jsou opět na zhruba stejné hladině. Na skoro stejné hladině jsou také mediány krabicového grafu. Můžeme tedy jen potvrdit, že délka zdravotnické praxe, kterou SZP disponují, vliv na jejich postoje k institutu DVP, nemá.

Významnou statistickou odchylku, výjimku, však z hlediska postoje a délky zdravotnické praxe SZP, představovala otázka č. 14 *Už jste přemýšlel/a o tom, že byste si sepsal/a svá přání ohledně léčby a péče v případě závažného úrazu/ onemocnění?*

**Tabulka 9. Už jste přemýšlel/a o tom, že byste si sepsal/a svá přání ohledně léčby a péče v případě závažného úrazu/ onemocnění?**

Už jste přemýšlel/a o tom, že byste si sepsal/a svá přání ohledně léčby a péče v případě závažného úrazu/ onemocnění?	0-9 let	10-29 let	30 a více let
Ano přemýšlel/a, je to pro mě důležité	-1,3181	0,4783	1,0381
Ano, ale jsem ještě mladý/á a zdravý/á	2,4415	-0,1724	-3,0494
Ne, nepřipouštím si, že by mě v životě mohlo něco takového potkat	-0,6384	-0,5257	1,6985
Ne, nevěděl/a jsem, že tato možnost existuje	-0,8495	0,1999	0,8400
Celkem	0,0000	0,0000	0,0000
P-hodnota: 0,00068			

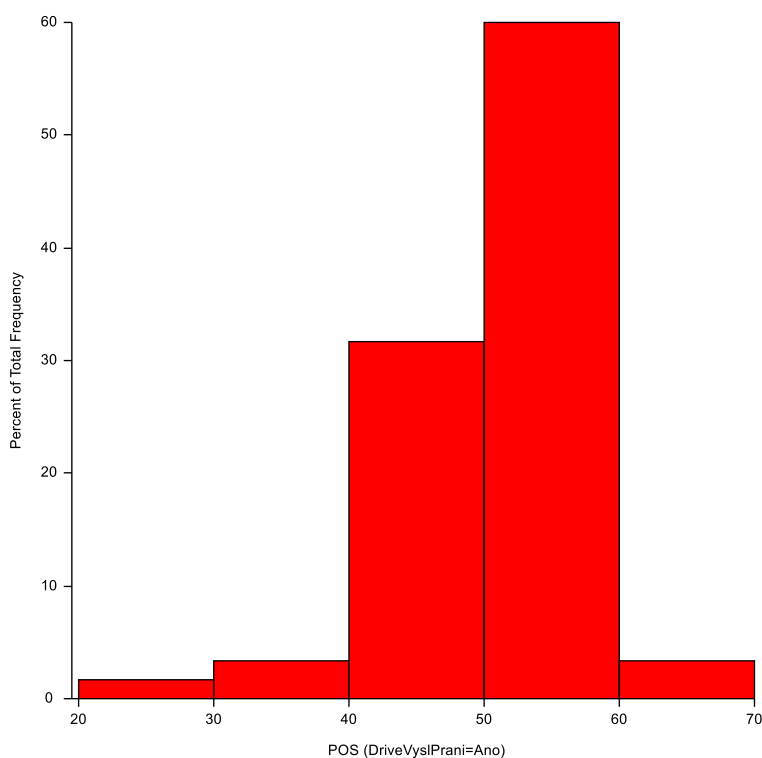
V tabulce 9 (residuí, standardizace 1,96 nebo -1,96) můžeme nalézt dvě významné odchylky. Je mnoho zaměstnanců s praxí do 9 let, kteří nad DVP neuvažovali, neboť se cítí zdraví. A naopak je málo zaměstnanců s praxí 30 let a více, kteří by DVP neměli proto, že se cítí zdraví. Tento rozdíl nám potvrzuje P-hodnota (0,00068), která je menší než hladina významnosti testu (0,05).

**H4: SZP se zkušeností uplatnění institutu DVP v praxi hodnotí institut lépe než SZP, kteří zkušenost nemají.**

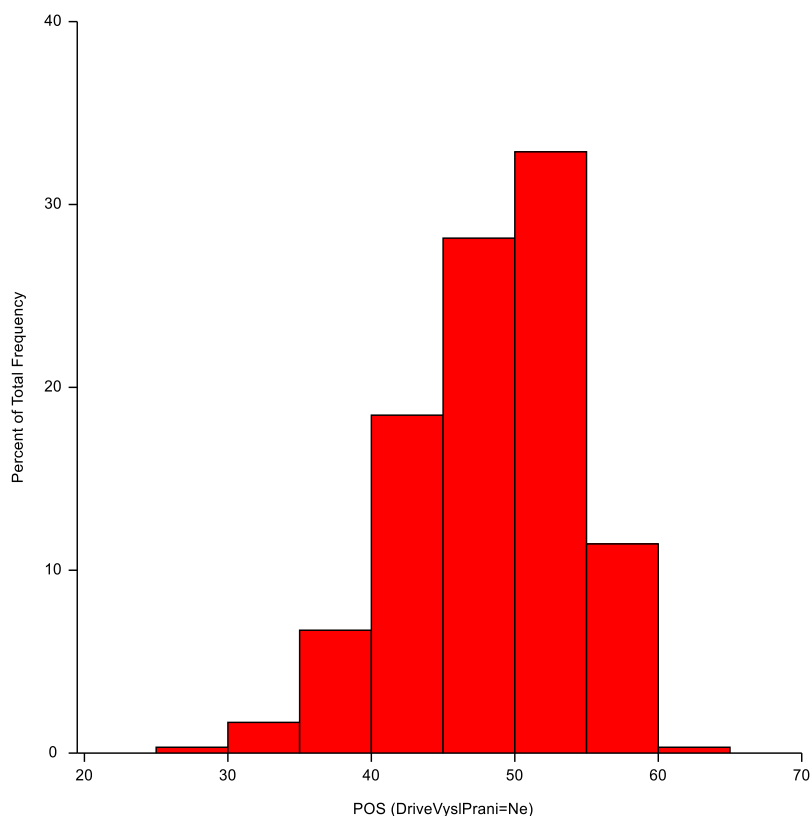
H<sub>0</sub>4: Není rozdíl v postojích k institutu DVP mezi SZP se zkušeností uplatnění v praxi a SZP bez zkušenosti uplatnění v praxi.

**Tabulka 10. Hypotéza 4**

Zkušenost s uplatněním DVP v praxi	Počet	Průměr	Medián	STD
Ano	60	51,43333	51	6,04886
Ne	298	49,00336	50	5,979481
P-hodnota: 0,00440				



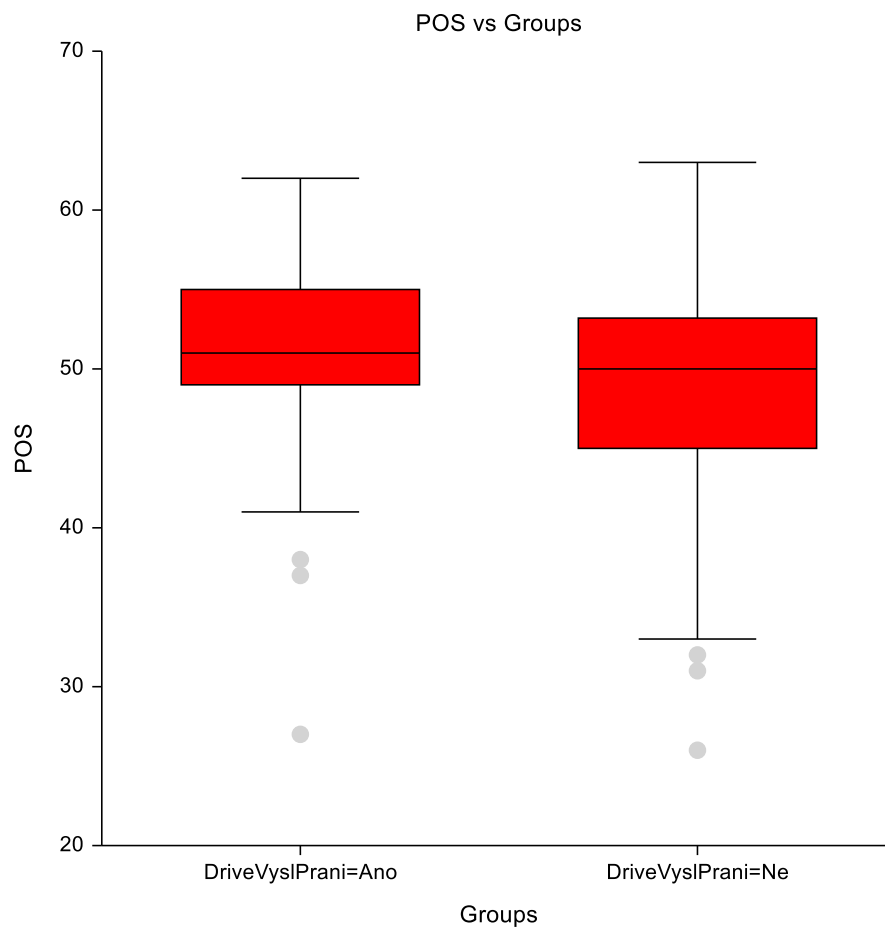
**Graf 18. Postoje SZP k institutu DVP se zkušeností uplatnění DVP v praxi**



**Graf 19. Postoje SZP k institutu DVP bez zkušenosti s uplatněním DVP v praxi**

Pro testování nulové hypotézy bylo využito dvouvýběrového testu, který měl nulovou hypotézu. Z tabulky 10 a grafů 18, 19 a 20 vyplývá, že SZP se zkušeností s uplatněním institutu DVP v praxi, jej hodnotí lépe. Dokazuje nám to rozdíl mezi hodnotami skóre průměru SZP se zkušeností (51,43333) a SZP bez zkušenosti (49,00336). Hodnoty mediánů SZP se zkušeností (51) a SZP bez zkušenosti (50) se sice příliš neliší, avšak za verdiktem statisticky významného rozdílu stojí P-hodnota (0,00440), která je menší než hladina významnosti testu (0,05). Proto nulovou hypotézu zamítáme a hypotézu, která se týká lepšího postoje SZP k institutu DVP se zkušeností s uplatněním v praxi oproti SZP, kteří tuto zkušenost nemají, přijímáme.

Grafy 18, 19 nám znázorňují rozložení postojů SZP k institutu DVP dle zkušenosti s uplatněním DVP v praxi. Krabicový graf 20 nám pro lepší vizuální přehlednost znázorňuje grafické zpracování výsledků závislosti postojů SZP k institutu DVP a zkušenosti s uplatněním DVP v praxi.



**Graf 20. Postoje SZP k institutu DVP se zkušeností s uplatněním v praxi a bez zkušenosti s uplatněním v praxi**

Krabicový graf 20 nám ukazuje, že spodní kvartil SZP se zkušeností uplatnění institutu DVP v praxi je ve stejné hladině jako středová hodnota SZP bez zkušenosti s uplatněním Institutu DVP v praxi a spodní kvartil u SZP bez zkušenosti je poměrně vzdálen od mediánu u SZP se zkušeností. Můžeme tedy potvrdit, že zkušenost SZP s uplatněním institutu DVP v praxi, má vliv na postoje SZP k tomuto institutu.

**Na otevřenou otázku č. 21 V čem vidíte největší úskalí institutu Dříve vyslovená  
přání? Respondenti nejčastěji odpovídali:**

- Zneužitelnost
- Neznalost, neinformovanost zdravotnických pracovníků nebo rodiny, o tom, že klient má DVP sepsáno
- Nesouhlas rodiny s DVP klienta
- Od sepsání DVP došlo ke změně názoru, hodnot klienta
- DVP klienta nebude respektováno
- Strach a alibismus ze strany lékařů
- Nedostatečná právní úprava institutu DVP
- Neustálé pokroky v medicíně



## 7 DISKUZE

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit postoje a informovanost středních zdravotnických pracovníků k institutu Dříve vyslovená přání jako etickému problému ve zdravotnictví, což se podařilo díky vyhodnocení získaných informací prostřednictvím dotazníkového šetření. Můžeme tedy konstatovat, že střední zdravotničtí pracovníci všeobecně disponují vyšší informovaností o institutu DVP a zastávají spíše pozitivní postoj k institutu DVP.

Ve vedlejších cílech byla porovnávána informovanost SZP o existenci institutu DVP v závislosti na typu oddělení, na kterém SZP pracují. Postoje SZP k institutu DVP byly porovnávány v závislosti na typu oddělení, na kterém SZP pracují, v závislosti na délce zdravotnické praxe, kterou SZP disponují a v závislosti na zkušenosti SZP s uplatněním institutu DVP v praxi či nikoli. Dospěli jsme k výsledkům, které ukazují, že informovanost SZP o existenci institutu DVP není ovlivněna typem oddělení, na kterém SZP pracují. Postoje SZP k institutu DVP nejsou ovlivněny typem oddělení, na kterém pracují a ani délkou zdravotnické praxe, kterou SZP disponují. Postoje SZP k institutu DVP jsou však ovlivněny zkušeností SZP s uplatněním institutu v praxi, přičemž SZP se zkušeností v praxi zastávají lepší a pozitivnější postoje k institutu než SZP, kteří tuto zkušenost nemají.

Výsledky výzkumu R.T. Flores (2013), který proběhl ve Španělsku a byl zaměřen na informovanost a postoje sester i lékařů, předkládají informace, že sestry i lékaři zastávají příznivý postoj k institutu DVP, ale mají výrazné nedostatky v informovanosti o tomto institutu. Celkem 29,7 % respondentů vůbec nevědělo, že jsou v jejich státě dříve vyslovená přání právně upravena. Dostatečná informovanost byla pouze u 10,8 % respondentů. Našich 45,25 % respondentů také nevědělo, že jsou DVP v ČR právně upravena (otázka č. 7), ale 4,19 % vědělo, že v zahraničí právně upravena jsou. Uspokojivou informací však je, že 85,47 % našich respondentů ví, že tato možnost předem se předem vyjádřit souhlas či nesouhlas s lékařskou péčí, existuje (otázka č. 4). Všeobecně si zahraniční respondenti myslí, že existence institutu DVP by u každého klienta výrazně usnadnila jejich rozhodování v klinické praxi, tudíž je pro klienty i zdravotníky prospěšná a hraje důležitou roli v respektování důstojnosti klientů. V tomto výsledku se shodujeme, našich 50,84 % respondentů si také rozhodně myslí a 36,87 % si spíše myslí, že je tato možnost pro klienty prospěšná (otázka č. 9).

Z výzkumu E. Silva (2014), který tvořilo 139 respondentů, vyplývá, že SZP mají pozitivní postoje k institutu DVP a jsou připraveni respektovat vůli klientů. Z výzkumu je také patrné, že postoje SZP nejsou ovlivněny délkou zdravotnické praxe a zde se opět shodujeme s našim výzkumem. Výzkum ukázal, že 51,6 % SZP rozhodně nepovažuje institut DVP za legální formu eutanazie. Naopak pouze 18,44 % našich respondentů institut rozhodně nepovažuje za legální formu eutanazie a 32,40 % by ji k legální formě přirovnalo (otázka č. 12), což představuje velký rozdíl v tomto postoji. Respondent č. 44 uvádí jako největší nevýhodu institutu: „*Tváří v tvář smrti může pacient změnit názor, ale v případě, že nemůže komunikovat, může to pak být vražda?*.“ a respondent č. 10 uvádí: „*Akutní stavy klientů, kdy jsou klienti napojeni na přístrojovou techniku a při pozdějším nalezení DVP by pak znamenalo odpojení, by prakticky znamenalo ukončení života rukou lékaře, tedy eutanázií.*“

Jako největší nevýhodu zde 45,3 % SZP uvádí, že DVP může selhat v praxi, protože osobní hodnoty klienta se mohou, po jeho sepsání, vyjádření, změnit. Také náš respondent č. 126 na otevřenou otázku č. 21 - V čem vidíte největší úskalí institutu DVP – odpovídá: „*Pokud je DVP sepsané příliš brzo, pacient si nemusí vše uvědomovat, dokud se nedostane do oné situace.*“ Respondent č. 56 na stejnou otázku odpovídá: „*Možná změna klientova názoru ve chvíli, kdy se má rozhodovat.*“

Z výzkumu Aguilar-Sánchez (2018), který byl zaměřen na postoje a znalosti zdravotnických pracovníků o institutu DVP, vyplývá, že postoje zdravotnických pracovníků jsou obecně velmi pozitivní, pracovníci preferují respekt k autonomii klientů. Informovanost je však stále nedostatečná. Jedinou proměnnou v postojích zdravotnických pracovníků zde byla vlastní zkušenost s uplatněním institutu DVP a účast na školení o tomto institutu, kdy tato proměnná způsobuje pozitivnější postoj k DVP. V tomto výsledku se shodujeme s našim výzkumem, kdy lepší postoj zastávají SZP, kteří mají zkušenost s uplatněním institutu v praxi. Tento výzkum v jeho závěru také upozorňuje na potřebu realizovat programy, školení na téma dříve projevených přání a integrovat je do vysokoškolského vzdělávání pro zdravotnické pracovníky. Na potřebu školení už upozorňoval výzkum Silva (2014), kde jako hlavní důvod uvádí to, že zdravotničtí pracovníci si zatím neuvědomují možné etické důsledky institutu. Stejně tak i já upozorňuji na potřebu zařadit tuto problematiku nejen do vysokoškolského, ale také do středoškolského vzdělávání zdravotnických pracovníků a pořádat školení na téma institutu DVP. Tímto můžeme docílit dostatečné informovanosti zdravotnických

pracovníků, jejich připravenosti k uplatnění institutu v praxi a pozitivních postojů k této problematice, přičemž je uspokojivé, že už nyní jsou jejich postoje pozitivní.

## Závěr

Institut DVP je v České republice relativně nový fenomén, ale v zahraničí již běžná praxe. Tato problematika, která se týká rozhodování na konci života, vyvolává řadu etických otázek, diskuzí a názorů. A právě všeobecná a praktická sestra, je ta, která má v této problematice nezastupitelnou roli. Roli obhájce, advokáta nemocného, který tlumočí a obhajuje klientova přání a vůli. Ta, která vnímá nemocného jako bio-psycho-socio-spirituální a kompetentní bytost.

Výzkumné šetření bylo zaměřeno na střední zdravotnické pracovníky Moravskoslezského kraje. Bylo osloveno 7 nemocnic, do výzkumu se zapojily 4 nemocnice, díky kterým byl vytvořen výzkumný vzorek o 358 respondentech. Pro tyto účely byl vytvořen nestandardizovaný dotazník, který obsahoval 21 otázek, z nichž 20 bylo uzavřených a jedna otevřená. Otázky byly zaměřeny na zjištění informovanosti a postojů respondentů k institutu DVP. Šetření probíhalo od ledna 2019 do dubna 2019, a to vždy po předchozím schválení odpovědných pracovníků vedení nemocnic. Dotazníky byly předány jak ve formě elektronické, tak v tištěné. Získané informace byly kódovány do tabulek v programu MS Excel.

Diplomová práce má edukativní charakter. Zpracovaná teoretická část nám přináší základní i širší poznatky týkající se etiky, profesní etiky, etiky umírání, základních lidských práv a práv pacientů, institutu DVP u nás i ve světě.

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit informovanost a postoje středních zdravotnických pracovníků k institutu DVP jako etickému problému ve zdravotnictví. Hlavní cíl práce byl splněn díky statistickému zpracování výsledků a vyhodnocení výzkumných problémů. Díky těmto výsledkům můžeme říci, že informovanost středních zdravotnických pracovníků o existenci institutu DVP je spíše vyšší a jejich postoje k tomuto institutu jsou pozitivní.

Pomocí vyhodnocení vedlejších cílů práce můžeme konstatovat, že informovanost středních zdravotnických pracovníků je na jednotlivých typech oddělení stejná, jejich postoje nejsou ovlivněny typem oddělení, na kterém pracují a ani délkou zdravotnické praxe, kterou disponují. Lepší postoje k institutu však zauímají ti střední zdravotničtí pracovníci, kteří mají vlastní zkušenost s uplatněním institutu v praxi.

V diplomové práci se objevily čtyři věcné hypotézy: O existenci institutu DVP jsou informováni spíše střední zdravotničtí pracovníci, kteří pracují na odděleních

onkologických, neurologických, geriatrických, LDN než ti, kteří pracují na odděleních ARO, JIP, standardních, ambulancích. Střední zdravotničtí pracovníci pracující na odděleních onkologických, neurologických, geriatrických, LDN hodnotí institut DVP lépe než ti, kteří pracují na odděleních ARO, JIP, standardních, ambulancích. Střední zdravotničtí pracovníci s délkou zdravotnické praxe 10-29 let a 30 a více let hodnotí institut DVP lépe než střední zdravotničtí pracovníci s délkou zdravotnické praxe 0–9 let. Střední zdravotničtí pracovníci se zkušeností uplatnění institutu DVP v praxi hodnotí institut lépe než střední zdravotničtí pracovníci, kteří zkušenost nemají.

Výsledky, které byly předloženy výzkumným šetřením, je možno využít ve vzdělávacím procesu praktických a všeobecných sester. Učitel se podílí na utváření postojů a názorů žáků a studentů v oblastech etiky v ošetrovatelství. Formuje a směřuje jejich chování a jednání k respektu k lidské důstojnosti a autonomii. Diplomová práce by mohla být využita jako materiál, který pomůže zařadit problematiku institutu DVP do vzdělávání zdravotnických pracovníků.

## **Souhrn**

Diplomová práce se věnuje problematice etiky, etiky umírání, základních lidských práv a práv pacientů a institutu Dříve vyslovená přání u nás i ve světě. Soustřeďuje se na informovanost a postoje k institutu Dříve vyslovená přání. Problematika je sledována mezi středními zdravotnickými pracovníky, od kterých byly prostřednictvím dotazníkového šetření získány důležité informace. Vyplněním dotazníku totiž vyjádřili míru své informovanosti o existenci institutu a svůj postoj. Díky těmto výsledkům můžeme konstatovat, že informovanost středních zdravotnických pracovníků je vyšší a postoje pozitivní. Jediná proměnná, která způsobuje lepší postoj středních zdravotnických pracovníků, je jejich vlastní zkušenost s uplatněním institutu v praxi.

## **Summary**

This thesis deals with issue of ethics, ethics of dying, basic human rights and patient's rights, and an Advance directives institute in our country and abroad. It focuses on awareness and attitudes towards Advance directives institute. The issue is monitored among middle health workers, from whom important information was obtained through a questionnaire survey. By filling in the questionnaire, they expressed their awareness of the existence of the institute and its position. Thanks to these results, we can state that the awareness of middle health workers is higher and the attitudes positive. The only variable that causes a better attitude of middle health workers is their own experience of applying the institute in practice.

## Referenční seznam

1. AGUILAR-SÁNCHEZ, J. M., ET AL. *Knowledge and attitudes of health professionals towards advance directives. Atención Primaria* [online]. 2018, 32 (4) [cit. 2019-05-02], 343-344. Dostupné z: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29110888?fbclid=iwar0gh2di6a\\_nadsmjq p4zaznylgh45kxyhaz77kqj4ryn2i1widkfh7fl90](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29110888?fbclid=iwar0gh2di6a_nadsmjq p4zaznylgh45kxyhaz77kqj4ryn2i1widkfh7fl90)
2. BANKS, S. *Ethics and values in social work*. 2. vyd. New York: Palgrave, 2001. 217 s. ISBN 0-333-94798-3.
3. BEŠIREVI, V. End-of-life care in the 21st century: advance directives in universal rights diskurse [online]. In: *Bioethics*, vol. 24, 2010, no. 3, pp. 105-112 [cit. 2017-09-01]. Dostupné z: <http://katalog.svkos.cz:2101/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=760b25df-14dd-4fd6-9c35-5105b66ec96c%40sessionmgr102>
4. BEUCHAMP, T.L., CHILDRESS, J.F. *Principles of Biomedical Ethics*. 6th edition. Oxford: Oxford university press, 2009. 418 s. ISBN 978-0-19-533570-5.
5. BLÁHOVÁ, H. *Dříve vyslovená přání – jako (možný) nástroj rozhodování o zdravotní péči na konci života. Medicína pro praxi* [online]. 2016, 13(4) [cit. 2016-06-15] 202. ISSN 1214-8687. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2016/04/12.pdf>
6. BLÁHOVÁ, H. *Institut dříve vyslovených přání a praxe českého zdravotnictví. Geriatrie a gerontologie*. 2016, 5(3), 145-147. ISSN 1805-4684.
7. BUŽGOVÁ, R. *Etika ve zdravotnictví*. Ostravská univerzita v Ostravě, 2008. ISBN 978-80-7368-501-0.
8. BUŽGOVÁ, R. *Etika ve zdravotnictví*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2013. 81 s. ISBN 978-80-7464-409-2.
9. CÍSAŘOVÁ, D. a kol. *Dříve vyslovená přání a pokyny Do Not Resuscitate v teorii a praxi*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, 2010. 97 s. ISBN 978-80-87146-31-6.
10. ČESKO. Ústavní zákon č. 2/1993 Sb. ve znění ústavního zákona č. 162/1998 Sb. Listina základních práv a svobod ze dne 12. června 1998. In: *Sbírka zákonů České republiky*, 1998, částka 56, s. 6754. Dostupný také z: <https://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?cz=162&r=1998>



11. ČESKO. Zákon č. 372/2011 Sb. Ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 131, s. 4752. Dostupný také z: <https://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=75500&nr=372~2F2011&rpp=15#local-content>
12. ČESKO. Zákon č. 89/2012 Sb. Ze dne 3. února 2012 občanský zákoník. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 1. Dostupný také z : <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-89#cast1>
13. DEMERTZI, A. et al. *Attitudes towards End-of-life Issues in Disorders of Consciousness: A European survey*, *Journal of Neurology*, 2011. 258 s., 1058-1065.
14. DOLEŽAL, A. *Eutanazie a rozhodnutí na konci života: právní aspekty*. Praha: Academia, 2017. 284 s. ISBN 978-200-2687-3.
15. DOLEŽAL, A. *Dříve vyslovená přání (Advance directives). Právní a etické úvahy*. Časopis zdravotnického práva a bioetiky. 2017, 7 (2). 1-15. ISSN 1804-8137. Dostupné také z: <http://medlawjournal.ilaw.cas.cz/index.php/medlawjournal/article/view/141/126>
16. Doporučení představenstva ČLK č.1/2010, k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli [online]. 2010 [cit. 2017-10-09] Dostupné z : <http://www.csarim.cz/storage/app/media/Doporucene%20postupy%20a%20stanoviska%20CSARIM/dop-CLK-2010-31.pdf>
17. DOSTÁLOVÁ, Vladimíra. *Dříve vyslovená přání v teoretické reflexi*. *Sestra*. 2014, 24(3), 22-23. ISSN 1210-0404.
18. FLORES, R.T. *Knowledge and attitudes about advance directives on physicians and nurses*. *Atención Primaria* [online]. 2013, 45 (8) [cit. 2019-05-01], 406-408. Dostupné z: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23827795?fbclid=IwAR0gH2DI6a\\_NAdSMJqp4zAZnYLGh45kXYHAz77kqj4rYn2I1wIDKfH7FL90](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23827795?fbclid=IwAR0gH2DI6a_NAdSMJqp4zAZnYLGh45kXYHAz77kqj4rYn2I1wIDKfH7FL90)

19. FORMÁČKOVÁ, J. *Marná léčba v intenzivní péči*. Praha, 2014. Diplomová práce. Univerzita Karlova, 1. Lékařská fakulta. Vedoucí práce Mgr. et Mgr. Eva Prošková.
20. FURBERG, E. Advance Directives and Personal Identity: What Is the Problem? [online]. In: *Journal of Medicine & Philosophy*. 37, 1, 60-73, Jan. 2012 [cit. 2017-09-01]. ISSN: 03605310. Dostupné z: <http://katalog.svkos.cz:2101/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=760b25df-14dd-4fd6-9c35-5105b66ec96c%40sessionmgr102>
21. GURKOVÁ, E. *Hodnocení kvality života pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. 224 s. ISBN 978-80-247-3625-9.
22. HAŠKOVCOVÁ, H. *Informovaný souhlas: Proč a jak*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-497-3.
23. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 4.vydání. Praha: Galén, 2015. ISBN 978-80-7492-204-6.
24. HEŘMANOVÁ, J. et al. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2012. 200 s. ISBN 978-80-247-3469-9
25. HEŘMANOVÁ, J., ŠIMEK, J. *Dříve vyslovená přání (advanced directives) v USA. Praktický lékař: časopis lékařů českých*. 2009, 89(10), 552-555. ISSN 0032-6739.
26. KLUSÁKOVÁ, P. *Vztah ke smrti a umírání vypovídá o kultuře společnosti. Zdravotnictví a medicína* [online]. 2015, 2015(3) [cit. 2018-11-03], 1-3. ISSN 2336-2987. Dostupné z: [http://zdravi.euro.cz/clanek/vztah-ke-smrti-a-umirani-vypovida-o-kulture-spolecnosti-478351?seo\\_name=mlada-fronta-noviny-zdravi-euro-cz](http://zdravi.euro.cz/clanek/vztah-ke-smrti-a-umirani-vypovida-o-kulture-spolecnosti-478351?seo_name=mlada-fronta-noviny-zdravi-euro-cz)
27. KOCICHOVÁ, O. *Dříve vyslovené přání v legislativě České republiky v komparaci s australskou právní úpravou*. Praha, 2014. Diplomová práce. Univerzita Karlova, Fakulta právnická. Vedoucí práce Judr. Petr Šustek, Ph.D.
28. KUTNOHORSKÁ, J. et al. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing ,a.s., 2011. 189 s. ISBN 978-80-247-3843-7.
29. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. 1.vydání. Praha: Grada Publishing, a.s. 2007. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.

30. LACA, P. et LACA, S. *Etika v kontexte sociálních věd*. Brno: Institut mezioborových studií, 2013. 205 s. ISBN 978-80-87182-33-8. 20
31. MACKOVÁ, Marie. Dříve vyslovená přání a možná rizika u seniorské populace. *Ošetrovatelská péče*. 2013, 2013(4), 6-7. ISSN 2336-1603.
32. MARKOVÁ, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.
33. MARX, D. *Dříve vyslovená přání in Dříve vyslovená přání a pokyny do not resuscitace v teorii a praxi*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2010. 97 s. ISBN 978-80-87146-31-6.
34. MATĚJEK, J. *Dříve projevená přání pacientů*. 1. vydání. Praha: Galén, 2011. 190 s. ISBN 978-80-7262-850-6.
35. MATĚJEK, J. *Dříve projevená přání pacientů a recepce tohoto problému v České republice a v Německu. Praktický lékař: časopis lékařů českých*. 2010, 90 (11), 666-668. ISSN 0032-6739
36. MATĚJEK, J. *Jak naplnit zákonnou povinnost poučit pacienta sestavujícího si své dříve vyslovené přání? Praktický lékař: časopis lékařů českých*. 2015, 95 (6), 264-266. ISSN 0032-6739
37. MATĚJEK, J. *Dříve vyslovené přání*. Praha: Cesta domů. *Sborník z odborné konference* [online]. 2016, Dostupné z: <https://www.cestadomu.cz/aktuality/uzavreni-projektu-na-tema-drive-vyslovene-prani>
38. MATOCHOVÁ, S. *Etika a právo v kontextu lékařské etiky*. Brno: Masarykova univerzita, 2009. ISBN 978-80-210-4757-0.
39. MOTYČKOVÁ, R. *Informovanost a postoje sester k problematice dříve vyslovených přání*. Praha, 2013. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, Fakulta lékařská, Ústav ošetrovatelství. Vedoucí práce Mgr. Jana Heřmanová
40. MUNZAROVÁ, M. *Respekt k dříve vysloveným přáním nemocných. Praktický lékař: časopis lékařů českých*. 2005, 85(7), 411-412. ISSN 0032-6739.
41. OPATRNÁ, M. *Etické problémy v onkologii*. 2. vydání. Praha: Mladá fronta a.s., 2017. 118 s. ISBN 978-80-204-4522-3.

42. PAFKO, P., MACH, J. *Informovaný souhlas. Rozhledy v chirurgii: Měsíčník Československé chirurgické společnosti pro tvorbu domácí a rozhledy po chirurgii zahraniční*. 2013. roč. 92, 459-463. ISSN 0035-9351-1805-4579.
43. PETERKOVÁ, H. *Mezinárodní komparatistika a úvahy de Lege Ferenda in Dříve vyslovená přání a pokyny do not resuscitace v teorii a praxi*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2010. 97 s. ISBN 978-80-87146-31-6.
44. PTÁČEK, R. et BARTŮŇEK, P. *Kontroverze současné medicíny*. 1.vydání. Praha: Mladá fronta, 2016. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. 325 s. ISBN 978-80-204-4360-1.
45. PTÁČEK, R. et BARTŮŇEK, P. et al. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
46. SANDMAN, L. *A good death: On the value of death and dying*. Buckingham: Open university press, 2004. 184 s. ISBN 978-0335-214112.
47. SILVA, E., SILVA D. *Nurses perceptions of advance directives. Atención primaria* [online]. 2014, 46 (1) [cit.2019-05-02]. 145-149. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25476052>
48. SLÁMA, O. Paliativní medicína a dobrá smrt. *Vnitřní lékařství*. 2014, 60 (10), 75-79. ISSN 0042-773.
49. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet: Ecce Homo*, 1995. ISBN 80-902049-0-2.
50. ŠIMEK, J. *Nesouhlas etické komise ministerstva zdravotnictví se zněním návrhu zákona o důstojné smrti* [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2016. [cit.2017-09-28]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/dokumenty/nesouhlas-ek-mz-se-znenim-zakona-o-dustojne-smrti\\_13842\\_3359\\_1.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/nesouhlas-ek-mz-se-znenim-zakona-o-dustojne-smrti_13842_3359_1.html)
51. TĚŠINOVÁ, Jolana. Právní a etické aspekty rozhodování lékaře v mezních životních situacích pro pacienta. *Postgraduální medicína*. 2012, 14(6), 680-684. ISSN 1212-4184.
52. UHEREK, Pavel. Vzájemný konflikt lidských práv v kontextu některých případů vznikajících při poskytování zdravotní péče. *Zdravotnické fórum*. 2013, 2013(1), 9-16. ISSN 1804-9664.
53. VÁCHA, M. *Dříve vyslovená přání in Dříve vyslovená přání a pokyny do not resuscitace v teorii a praxi*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2010. 97 s. ISBN 978-80-87146-31-6.

## **Seznam tabulek**

Tabulka 1. Četnost délky zdravotnické praxe respondentů

Tabulka 2. Četnost typu oddělení, na kterém respondenti pracují (nebo mají nejdelší zdravotnickou praxi)

Tabulka 3. Četnost zkušenosti s uplatněním DVP klienta v praxi

Tabulka 4. Informovanost SZP o institutu DVP

Tabulka 5. Postoje SZP k institutu DVP

Tabulka 6. Hypotéza 1

Tabulka 7. Hypotéza 2

Tabulka 8. Hypotéza 3

Tabulka 9. Už jste přemýšlel/a o tom, že byste si sepsal/a svá přání ohledně léčby a péče v případě závažného úrazu/ onemocnění?

Tabulka 10. Hypotéza 4

## Seznam grafů

Graf 1. Četnost délky zdravotnické praxe respondentů

Graf 2. Četnost typu oddělení, na kterém respondenti pracují (nebo mají nejdelší zdravotnickou praxi)

Graf 3. Četnost zkušenosti s uplatněním DVP v praxi

Graf 4. Rozdělení informovanosti SZP o institutu DVP

Graf 5. Informovanost SZP o institutu DVP

Graf 6. Rozdělení postojů SZP k institutu DVP

Graf 7. Postoje SZP k institutu DVP

Graf 8. Informovanost SZP o institutu DVP pracujících na oddělení ARO, JIP, standardních, ambulancích

Graf 9. Informovanost SZP o institutu DVP pracujících na oddělení onkologie, neurologie, geriatric, LDN

Graf 10. Informovanost SZP o institutu DVP pracujících na oddělení ARO, JIP, standardních, ambulancích a SZP pracujících na oddělení onkologických, neurologických, geriatrických

Graf 11. Postoje SZP k institutu DVP pracujících na oddělení ARO, JIP, standardních, ambulancích

Graf 12. Graf 9. Postoje SZP k institutu DVP pracujících na oddělení onkologie, neurologie, geriatric, LDN

Graf 13. Postoje SZP k institutu DVP pracujících na oddělení ARO, JIP, standardních, ambulancích a SZP pracujících na oddělení onkologických, neurologických, geriatrických

Graf 14. Postoje SZP k institutu DVP s délkou zdravotnické praxe 0-9 let

Graf 15. Postoje SZP k institutu DVP s délkou zdravotnické praxe 10-29 let

Graf 16. Postoje SZP k institutu DVP s délkou zdravotnické praxe 30 a více let

Graf 17. Postoje SZP k institutu DVP s délkou zdravotnické praxe 0-9 let, 10-29 let a 30 a více let

Graf 18. Postoje SZP k institutu DVP se zkušeností uplatnění DVP v praxi

Graf 19. Postoje SZP k institutu DVP bez zkušenosti s uplatněním DVP v praxi

Graf 20. Postoje SZP k institutu DVP se zkušeností s uplatněním v praxi a bez zkušenosti s uplatněním v praxi

## **Seznam zkratek**

ČLK – Česká lékařská komora

ČLS JEP – Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně

DNR – Do Not Resuscitate (Neresuscitovat)

DVP – Dříve vyslovená přání

PMVS – permanentní vegetativní stav

SZP – střední zdravotnický pracovník



## **Seznam příloh**

Příloha 1. Dotazník

Příloha 2. Kódování dotazníku

Příloha 3. Návrh formy sepsání dokumentu „dříve vyslovené přání“ (MZČR)

Příloha 4. Charta práv umírajících

## Příloha 1. Dotazník

Dobrý den milé kolegyně, kolegové,

ráda bych Vás poprosila o vyplnění dotazníku, který je součástí mé diplomové práce na téma „Dříve vyslovená přání klientů se závažným onemocněním jako etický problém ve zdravotnictví“ (dále jen DVP). Získaná data budou statisticky zpracována ve výzkumné části diplomové práce. Dotazník je anonymní. Budu ráda za přesné vyplnění každé otázky. Děkuji Vám za čas, který dotazníku věnujete.

Bc. Šušková Klára

(pozn. DVP – předem vyjádřená vůle, přání klientů v oblastech poskytování zdravotní péče pro případ, že se ocitnou v takové zdravotní situaci, že se k ní nebudou moci vyjádřit)

***Křížkem označte jednu odpověď:***

1. Délka Vaší praxe ve zdravotnictví
  - 0-9 let
  - 10–29 let
  - 30 a více let
  
2. Oddělení, na kterém nyní pracujete (nebo oddělení Vaší nejdelší zdravotnické praxe)
  - ARO, JIP, Standardní oddělení akutní péče (chirurgie, gynekologie ...), ambulance
  - Onkologické oddělení, LDN, Geriatrické oddělení, Neurologické oddělení
  
3. Setkal/a jste se někdy s uplatněním dříve vysloveného přání klienta v praxi?
  - Ano, mám zkušenost
  - Ne

***Křížkem označte jednu odpověď, která nejvíce odpovídá Vašemu mínění:***

4. Víte o tom, že v ČR existuje možnost předem vyslovit souhlas či nesouhlas s poskytnutím lékařské péče?
  - Ano
  - Ne
  - Ne, ale vím, že v jiných zemích tato možnost existuje

5. Setkal/a jste se někdy s pojmem dříve vyslovená přání?
- Ano, ale neznám význam
  - Ano a znám význam pojmu
  - Ne, nikdy jsem tento pojem neslyšel/a
6. Byl/a jste někdy informován/a o existenci Institutu Dříve vyslovená přání v České republice?
- Ano
  - Ne
  - Ne, ale vím, že v zahraničí něco podobného existuje
7. Víte, že dříve vyslovená přání jsou v České republice právně upravena?
- Ano
  - Ne
  - Ne, v zahraničí ano
8. Je podle Vás správné, aby měl člověk /nemocný možnost předem se plně rozhodovat v oblasti jemu poskytované zdravotní péče, a to i v případě, že by jeho rozhodnutí mohlo mít za následek jeho smrt?
- Rozhodně ANO
  - Spíše ANO
  - Nevím
  - Spíše NE
  - Absolutně NE
9. Je podle Vás tato možnost pro nemocné prospěšná?
- Rozhodně ANO
  - Spíše ANO
  - Nevím
  - Spíše NE
  - Absolutně NE
10. Měl by mít nemocný možnost předem závazně svěřit rozhodování v oblastech jemu poskytované zdravotní péče blízké osobě?
- Rozhodně ANO
  - Spíše ANO
  - Nevím
  - Spíše NE
  - Absolutně NE

11. Je podle Vás diskuze o rozhodnutích o nepokračování v neúčelné léčbě, neprodlužování života se závažně nemocnými a umírajícími pacienty eticky přijatelná?
- Rozhodně ANO
  - Spíše ANO
  - Nevím
  - Spíše NE
  - Absolutně NE
12. Přirovnal/a byste nezačínání nebo ukončení život prodlužující léčby na základě DVP nemocného k legální formě eutanázie?
- Rozhodně ANO
  - Spíše ANO
  - Nevím
  - Spíše NE
  - Absolutně NE
13. Má podle Vás dokument DVP a aktuální informovaný souhlas (negativní revers) stejnou morální hodnotu?
- Rozhodně ANO
  - Spíše ANO
  - Nevím
  - Spíše NE
  - Absolutně NE
14. Už jste přemýšlel/a o tom, že byste si sepsal/a svá přání ohledně léčby a péče v případě závažného úrazu/ onemocnění?
- Ano přemýšlel/a, je to pro mě důležité
  - Ano, ale jsem ještě mladý/á a zdravý/á
  - Ne, nepřipouštím si, že by mě v životě mohlo něco takového potkat
  - Ne, nevěděl/a jsem, že tato možnost existuje
15. Z uvedených možností vyberte jednu, která by pro Vás v případě vážného onemocnění měla nejvyšší hodnotu:
- Nejdelší možná délka života
  - Nepřítomnost bolesti a utrpení
  - Možnost vlastní volby
  - Nejlepší možná kvalita života

16. Představte si, že jste dlouhodobě ve stavu bezvědomí, nemůžete komunikovat, Vaše životní funkce jsou závislé na přístrojové podpoře, Vaše prognóza není příznivá. Jaká by byla Vaše preference?
- DVP (i kdyby rozhodnutí mohlo mít za následek mou smrt)
  - Intenzivní léčba
  - Život udržující léčba
  - Rozhodnutí lékařů
  - Nedokážu posoudit
17. Kdyby se v této situaci ocitl Váš blízký?
- Respektovat jeho DVP
  - Intenzivní léčba
  - Život udržující léčba
  - Rozhodnutí lékařů
  - Nedokážu posoudit
18. V případě, že byste se ocitl/a v terminálním stádiu nevléčitelného onemocnění, přál/a byste si zahájení život udržující léčby?
- Rozhodně ANO
  - Spíše ANO
  - Nevím
  - Spíše NE
  - Absolutně NE
19. Klient se závažným onemocněním má sepsáno DVP, ve kterém odmítá být uměle vyživován. Dostane se do stavu, kdy není schopen o sobě rozhodovat, jeho přežití je na umělém vyživování závislé. Vykazuje však známky vůle žít. Respektovali byste jeho DVP?
- Rozhodně ANO
  - Spíše ANO
  - Nevím
  - Spíše NE
  - Absolutně NE
20. Klient se závažným onemocněním byl v terénu resuscitován, po převozu do zdravotnického zařízení napojen na přístrojovou podporu (odpojení by mohlo vést ke smrti). Následně bylo zjištěno, že má sepsáno DVP, ve kterém přístrojovou podporu odmítá. Respektovali byste jeho DVP?
- Rozhodně ANO
  - Spíše ANO
  - Nevím
  - Spíše NE
  - Absolutně NE

21. V čem vidíte největší úskali institutu DVP? napište

.....  
.....  
.....

## Příloha 2. Kódování dotazníku

***Křížkem označte jednu odpověď:***

1. Délka Vaší praxe ve zdravotnictví
  - 0-9 let
  - 10–29 let
  - 30 a více let
  
2. Oddělení, na kterém nyní pracujete (nebo oddělení Vaší nejdelší zdravotnické praxe)
  - ARO, JIP, Standardní oddělení akutní péče (chirurgie, gynekologie ...), ambulance
  - Onkologické oddělení, LDN, Geriatrické oddělení, Neurologické oddělení
  
3. Setkal/a jste se někdy s uplatněním dříve vysloveného přání pacienta v praxi?
  - Ano, mám zkušenost
  - Ne

***Křížkem označte jednu odpověď, která nejvíce odpovídá vašemu mínění:***

4. Víte o tom, že v ČR existuje možnost předem vyslovit souhlas či nesouhlas s poskytnutím lékařské péče?
  - Ano (3)
  - Ne (1)
  - Ne, ale vím, že v jiných zemích tato možnost existuje (2)
  
5. Setkal/a jste se někdy s pojmem dříve vyslovená přání?
  - Ano, ale neznám význam (2)
  - Ano a znám význam pojmu (3)
  - Ne, nikdy jsem tento pojem neslyšel/a (1)
  
6. Byl/a jste někdy informován/a o existenci Institutu Dříve vyslovená přání v České republice?
  - Ano (3)
  - Ne (1)
  - Ne, ale vím, že v zahraničí něco podobného existuje (2)
  
7. Víte, že dříve vyslovená přání jsou v České republice právně upravena?
  - Ano (3)
  - Ne (1)
  - Ne, v zahraničí ano (2)

8. Je podle Vás správné, aby měl člověk /nemocný možnost předem se plně rozhodovat v oblasti jemu poskytované zdravotní péče, a to i v případě, že by jeho rozhodnutí mohlo mít za následek jeho smrt?

- Rozhodně ANO (5)
- Spíše ANO (4)
- Nevím (3)
- Spíše NE (2)
- Absolutně NE (1)

9. Je podle Vás tato možnost pro nemocné prospěšná?

- Rozhodně ANO (5)
- Spíše ANO (4)
- Nevím (3)
- Spíše NE (2)
- Absolutně NE (1)

10. Měl by mít nemocný možnost předem závazně svěřit rozhodování v oblastech jemu poskytované zdravotní péče blízké osobě?

- Rozhodně ANO (5)
- Spíše ANO (4)
- Nevím (3)
- Spíše NE (2)
- Absolutně NE (1)

11. Je podle Vás diskuze o rozhodnutích o nepokračování v neúčelné léčbě, neprodlužování života se závazně nemocnými a umírajícími pacienty eticky přijatelná?

- Rozhodně ANO (5)
- Spíše ANO (4)
- Nevím (3)
- Spíše NE (2)
- Absolutně NE (1)

12. Přirovnal/a byste nezačínání nebo ukončení život prodlužující léčby na základě DVP nemocného k legální formě eutanázie?

- Rozhodně ANO (1)
- Spíše ANO (2)
- Nevím (3)
- Spíše NE (4)
- Absolutně NE (5)



13. Má podle Vás dokument DVP a aktuální informovaný souhlas (negativní revers) stejnou morální hodnotu?

- Rozhodně ANO (5)
- Spíše ANO (4)
- Nevím (3)
- Spíše NE (2)
- Absolutně NE (1)

14. Už jste přemýšlel/a o tom, že byste si sepsal/a svá přání ohledně léčby a péče v případě závažného úrazu/ onemocnění?

- Ano přemýšlel/a, je to pro mě důležité (4)
- Ano, ale jsem ještě mladý/á a zdravý/á (3)
- Ne, nepřipouštím si, že by mě v životě mohlo něco takového potkat (1)
- Ne, nevěděl/a jsem, že tato možnost existuje (2)

15. Z uvedených možností vyberte jednu, která by pro Vás v případě vážného onemocnění měla nejvyšší hodnotu:

- Nejdelší možná délka života (1)
- Nepřítomnost bolesti a utrpení (2)
- Možnost vlastní volby (4)
- Nejlepší možná kvalita života (3)

16. Představte si, že jste dlouhodobě ve stavu bezvědomí, nemůžete komunikovat, Vaše životní funkce jsou závislé na přístrojové podpoře, Vaše prognóza není příznivá. Jaká by byla Vaše preference?

- DVP (i kdyby rozhodnutí mohlo mít za následek mou smrt) (5)
- Intenzivní léčba (2)
- Život udržující léčba (1)
- Rozhodnutí lékařů (4)
- Nedokážu posoudit (3)

17. Kdyby se v této situaci ocitl Váš blízký?

- Respektovat jeho DVP (5)
- Intenzivní léčba (2)
- Život udržující léčba (1)
- Rozhodnutí lékařů (4)
- Nedokážu posoudit (3)

18. V případě, že byste se ocitl/a v terminálním stádiu nevléčitelného onemocnění, přál/a byste si zahájení život udržující léčby?

- Rozhodně ANO (1)
- Spíše ANO (2)
- Nevím (3)
- Spíše NE (4)
- Absolutně NE (5)

19. Klient se závažným onemocněním má sepsáno DVP, ve kterém odmítá být uměle vyživován. Dostane se do stavu, kdy není schopen o sobě rozhodovat, jeho přežití je na umělém vyživování závislé. Vykazuje však známky vůle žít. Respektovali byste jeho DVP?

- Rozhodně ANO (5)
- Spíše ANO (4)
- Nevím (3)
- Spíše NE (2)
- Absolutně NE (1)

20. Klient se závažným onemocněním byl v terénu resuscitován, po převozu do zdravotnického zařízení napojen na přístrojovou podporu (odpojení by mohlo vést ke smrti). Následně bylo zjištěno, že má sepsáno DVP, ve kterém přístrojovou podporu odmítá. Respektovali byste jeho DVP?

- Rozhodně ANO (5)
- Spíše ANO (4)
- Nevím (3)
- Spíše NE (2)
- Absolutně NE (1)

21. V čem vidíte největší úskalí institutu DVP? napište

.....  
.....  
.....

### **Příloha 3. Návrh formy sepsání dokumentu „dříve vyslovené přání“ (MZČR)**

**„Návrh formy „dříve vyslovené přání“ podle § 36 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, (zákon o zdravotních službách)“**

Já (jméno, příjmení, rodné číslo nebo jiný identifikační údaj, adresa) vyslovuji pro případ, že bych se dostal(a) do takového zdravotního stavu, ve kterém nebudu schopen (schopna) vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb a způsobem jejich poskytnutí, následující **dříve vyslovené přání** :

**1. Žádám,**

**a) aby v rámci poskytování zdravotních služeb mé osobě,**

**pokud u mne nastane tento zdravotní stav .....**

**nebyly zahajovány následující zdravotní výkony .....**

.....  
.....  
.....

**b) pokud se dostanu do stádia.....své nemoci.....**

**nebyly zahajovány tyto zdravotní výkony.....**

.....  
.....  
.....\*)

\*) Podle účelu a obsahu „dříve vysloveného přání“ se vyplní písmeno a) nebo b).

**2. Poučení lékaře o důsledcích rozhodnutí o nezahájení zdravotních výkonů**

**podle bodu 1.**

.....  
.....  
.....

.....\*)

\*) Poučení lékaře lze rozvést na samostatném listu, který se k „dříve vyslovenému přání“ přiloží.

Z přiloženého poučení musí být zřejmé, kterému pacientovi bylo podáno a ke kterým skutečnostem,

kteřé jsou předmětem dříve vysloveného přání se vztahuje, dále datum, kdy bylo provedeno a který

lékař jej provedl.

**3. Toto dříve vyslovené přání platí od... (datum podpisu) do...**

**4. Jsem si vědom(a) toho, že „dříve vyslovené přání“ není třeba při poskytování zdravotních služeb mé osobě respektovat, pokud od doby jeho vyslovení došlo v poskytování zdravotních služeb, k nimž se toto přání vztahuje, k takovému vývoji, že lze důvodně předpokládat, že bych nyní již vyslovil(a) souhlas s jejich poskytnutím.**

**5. Jsem si vědom(a), že lékař nesmí respektovat mé přání pokud:**

**a) nabádá k takovým postupům, jejichž výsledkem je aktivní způsobení smrti (nelze požadovat takový postup při poskytování zdravotních služeb, který by vedl aktivnímu ukončení života zdravotnickým pracovníkem)**

**b) by jeho splnění mohlo ohrozit jiné osoby (předmětem dříve vysloveného přání nemůže být např. zákaz léčení infekčního onemocnění)**

**c) byly v době, kdy poskytovatel neměl k dispozici mé dříve vyslovené přání, započaty takové zdravotní výkony, jejichž přerušeni by vedlo k aktivnímu způsobení smrti.**

**d) jsem v době jeho vyhotovení nebyl(a) zletilý (zletilá).**

**datum**

.....

.....

**poučení**

**podpis lékaře, který provedl**

.....

**zdravotních služeb**

**identifikační údaje poskytovatele**

**datum**

.....

.....

**vyslovené přání“**

**podpis osoby, která vyslovila „dříve**

**(včetně úředního ověření)**

## Příloha 4. Charta práv umírajících

*Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících.“*

1. Posláním Rady Evropy je chránit důstojnost všech lidí a práva, která z ní lze odvodit.
2. Pokrok medicíny umožňuje v současné době léčit mnohé dosud neléčitelné nebo smrtelné choroby, zlepšení lékařských metod a rozvoj resuscitačních technik dovolují prodlužování života lidského jedince a odsouvání okamžiku jeho smrti. V důsledku toho se však často nebere ohled na kvalitu života umírajícího člověka a na osamělost a utrpení jak pacienta, tak jeho blízkých a těch, kdo o něj pečují.
3. V roce 1976 v rezoluci č. 613 deklarovalo Parlamentní shromáždění, „že umírající nemocný si nejvíce ze všeho přeje zemřít v klidu a důstojně, pokud možno v komfortu a za podpory jeho rodiny a přátel.“ V Doporučení číslo 779 z roku 1976 k tomu dodalo, že „prodloužení života by nemělo být jediným cílem medicínské praxe, která se musí současně zabývat i úlevou od utrpení.“
4. Konvence o ochraně lidských práv a lidské důstojnosti s ohledem na aplikaci biologie a medicíny od té doby vyjádřila důležité zásady a připravila cestu, aniž se explicitně věnovala specifickým potřebám nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí.
5. Povinnost respektovat a chránit důstojnost všech nevléčitelně nemocných a umírajících osob je odvozena z nedotknutelnosti lidské důstojnosti ve všech obdobích života. Respekt a ochrana nacházejí svůj výraz v poskytnutí přiměřeného prostředí, umožňujícího člověku důstojné umírání.
6. Jak v minulosti i v současnosti ukázaly mnohé zkušenosti s utrpením, je třeba tato opatření uskutečňovat zvláště v zájmu nejzranitelnějších členů společnosti. Tak jako lidská bytost začíná svůj život ve slabosti a závislosti, stejně tak potřebuje ochranu a podporu, když umírá.
7. Základní práva odvozená z důstojnosti nevléčitelně nemocných nebo umírajících osob jsou dnes ohrožena mnoha faktory:
  - Nedostatečnou dostupností paliativní péče a dobré léčby bolesti
  - Častým zanedbáváním léčby fyzického utrpení a nebráním zřetele na psychologické, sociální a spirituální potřeby
  - Umělým prodlužováním procesu umírání buď nepřiměřeným používáním medicínských postupů nebo pokračováním v léčbě bez souhlasu nemocného
  - Nedostatečným kontinuálním vzděláváním a malou psychologickou podporou ošetřujícího personálu činného v paliativní péči
  - Nedostatečnou péčí a podporou příbuzných a přátel terminálně nemocných či umírajících osob, kteří by jinak mohli přispět ke zmírnění lidského utrpení v jeho různých dimenzích
  - Obavami nemocného ze ztráty autonomie, že bude závislým na rodině i institucích a stane se pro ně zátěží
  - Chybějícím nebo nevhodným sociálním i institucionálním prostředím, které by mu umožňovalo pokojné rozloučení s příbuznými a přáteli

- Nedostatečnou alokací prostředků a zdrojů pro péči a podporu nevléčitelně nemocných nebo umírajících
- Sociální diskriminací, která je vlastní umírání a smrti

8. Shromáždění vyzývá členské státy, aby ve svých zákonech stanovily nezbytnou legislativní i sociální ochranu, aby se zabránilo těmto nebezpečím a obavám, se kterými mohou terminálně nemocní nebo umírající lidé být v právním řádu konfrontováni, a to zejména:

- Umírání s nesnesitelnými symptomy (například bolesti, dušení, atd.)
- Prodlužováním umírání terminálně nemocného nebo umírajícího člověka proti jeho vůli
- Umírání o samotě a v zanedbání
- Umírání se strachem, že jsem sociální zátěží
- Omezováním život udržující léčby (life-sustaining) z ekonomických důvodů
- Nedostatečným zajištěním financí a zdrojů pro adekvátní podpůrnou péči terminálně nemocných nebo umírajících

9. Shromáždění proto doporučuje, aby Výbor ministrů vyzval členské státy Rady Evropy, aby ve všech ohledech respektovaly a chránily důstojnost nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí, a to tím:

a) že uznají a budou hájit nárok nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí na komplexní paliativní péči a že přijmou příslušná opatření:

- aby zajistily, že paliativní péče bude uznána za zákonný nárok individua ve všech členských státech
- aby byl všem nevléčitelně nemocným nebo umírajícím osobám dopřán rovný přístup k přiměřené paliativní péči
- aby byli příbuzní a přátelé povzbuzováni, aby doprovázeli nevléčitelně nemocné a umírající a aby jejich snaha byla profesionálně podporována. Pokud se ukáže, že rodinná nebo soukromá péče nestačí nebo je přetěžována, musejí být k dispozici alternativní nebo doplňkové formy lékařské péče
- aby ustavily ambulantní týmy a síť pro poskytování paliativní péče, které by zajišťovaly domácí péči vždy, pokud je možné pečovat o nevléčitelně nemocné nebo umírající ambulantně
- aby zajistily spolupráci všech osob podílejících se na péči o nevléčitelně nemocného nebo umírajícího pacienta
- aby vyvinuly a vyhlásily kvalitativní normy pro péči o nevléčitelně nemocné nebo umírající
- aby zajistily, že nevléčitelně nemocné a umírající osoby, pokud si nebudou přát jinak, dostanou přiměřenou paliativní péči a tišení bolestí, i kdyby tyto léčba mohla mít u příslušného jedince jako nežádoucí (vedlejší) účinek léčby za následek zkrácení života jedince
- aby zajistily, že ošetřující personál bude vyškolen a veden tak, aby mohl každému nevléčitelně nemocnému nebo umírajícímu člověku poskytnout v koordinované týmové spolupráci lékařskou, ošetrovatelskou a psychologickou péči v souladu s nejvyššími možnými standardy

- aby založily další a rozšířily stávající výzkumná, výuková a doškolovací centra pro obor paliativní medicíny a péče, stejně jako pro interdisciplinární thanatologii
- aby zajistily alespoň ve větších nemocnicích vybudování specializovaných oddělení paliativní péče a thanatologických klinik, které by mohly nabídnout paliativní medicínu a péči jako integrální součást každé lékařské činnosti
- aby zajistily, že bude paliativní medicína a péče ukotvena ve veřejném vědomí jako důležitý cíl medicíny

b) tím, že budou chránit právo nevléčitelně nemocných a umírajících osob na sebeurčení a že pro to přijmou nutná opatření:

- aby se prosadilo právo nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby na pravdivou, úplnou, ale citlivě podanou informaci o jejím zdravotním stavu a aby přitom bylo respektováno přání jedince, který nechce být informován
- aby měla každá nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba možnost konzultovat ještě jiné lékaře než svého pravidelného ošetřujícího
- aby bylo zajištěno, že žádná nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba nebude ošetřována a léčena proti své vůli, že při svém rozhodování nebude ovlivňována nikým jiným a že na ni nebude nikým činěn nátlak. Musejí být zvážena taková opatření, aby takové rozhodnutí nebylo učiněno pod ekonomickým tlakem
- aby bylo zajištěno, že bude respektováno odmítnutí určitého léčebného postupu, vyjádřené v písemném projevu vůle (*living will*), v „pořízení“ nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby, která již nebude aktuálně schopná se vyjádřit. Dále musí být zajištěno, aby byla stanovena kritéria platnosti takových prohlášení, pokud jde o rozsah předem vyjádřených pokynů (*advance directives*), ale i pokud jde o jmenování zmocněnců a rozsah jejich pravomocí. Rovněž musí být zajištěno, že rozhodnutí, učiněná zmocněncem v zastoupení nemocného neschopného se vyjádřit, a která se opírají o předchozí vyjádření vůle nebo o předpokládanou vůli nemocného, budou uznána jen tehdy, když v nastalé akutní situaci nemocný sám svou vůli nijak neprojeví nebo když ji není možno poznat. V takovém případě musí být jasná souvislost s tím, co příslušná osoba říkala v době krátce před okamžikem rozhodování, nebo přesněji, krátce než začala umírat, a to v odpovídající situaci, bez cizího ovlivnění a nátlaku, a ještě při zachovaných duševních schopnostech. Konečně má být zajištěno, aby nebyla respektována zástupná rozhodnutí, jež se opírají jen o všeobecné hodnotové soudy platné v příslušné společnosti a aby ve sporných případech bylo vždy rozhodnuto ve prospěch života a jeho prodloužení
- aby bylo zajištěno, že výslovná přání nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby týkající se určitých léčebných postupů budou respektována bez ohledu na zásadní terapeutickou odpovědnost lékaře, pokud nejsou v rozporu s lidskou důstojností
- aby bylo zajištěno, že v případě, kdy není k dispozici předchozí vyjádření vůle pacienta či pacientky, nebude porušeno jeho právo na život. Musí být vytvořen katalog léčebných úkonů, které musejí být poskytnuty za všech okolností a jež nesmí být zanedbány

c) že zachovají předpis, zakazující úmyslné usmrcení nevléčitelně nemocných nebo umírajících osob a že zároveň:



- uznají, že právo na život, zejména ve vztahu k nevléčitelně nemocným a umírajícím osobám, je členskými státy garantováno v souladu s článkem 2 Evropské úmluvy o lidských právech, který říká, že „nikdo nemá být úmyslně zbaven života“
- uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, nezakládá v žádném případě právní nárok na smrt z ruky jiné osoby
- uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, samo o sobě nezakládá legální ospravedlnění činností, úmyslně způsobujících smrt

## Anotace práce

<b>Jméno a příjmení:</b>	Bc. Klára Šušková
<b>Katedra:</b>	Katedra antropologie a zdravotní vědy
<b>Vedoucí práce:</b>	PaedDr. et Mgr. Marie Chrásková, Ph.D.
<b>Rok obhajoby:</b>	2019

<b>Název práce:</b>	Dříve vyslovená přání klientů se závažným onemocněním jako etický problém ve zdravotnictví.
<b>Název v angličtině:</b>	Advance directives of clients with serious illness as an ethical problem in health care.
<b>Anotace práce:</b>	Diplomová práce se věnuje problematice institutu Dříve vyslovená přání a s tím související zdravotnické etiky, základním etickým principům ve zdravotnictví, základním lidským právům, především právu na sebeurčení a problematice umírání, problematice institutů v zahraničí. Problematika je sledována u všeobecných a praktických sester, pracujících v nemocnici. Je směřována na jejich postoje k tomuto institutu a informovanost o institutu. Vyplněním dotazníku totiž vyjádřili svůj názor a informovanost, čímž bylo umožněno hodnotit míru informovanosti a postoje v závislosti na typu oddělení, délce zdravotnické praxe a zkušenosti s uplatněním institutu v praxi. Díky těmto výsledkům můžeme konstatovat, že střední zdravotničtí pracovníci jsou o existenci institutu informováni a zastávají pozitivní postoje. Dále můžeme konstatovat, že zkušenost s uplatněním institutu v praxi způsobuje pozitivnější postoje.
<b>Klíčová slova:</b>	etika, etické principy, základní lidská práva, umírání, sebeurčení, dříve vyslovená přání

<b>Anotace v angličtině:</b>	The diploma thesis deals with the problems of the Advance directives institute and related health ethics, basic ethical principles in health care, basic human rights, especially the right to self-determination and the issue of dying, the issue of institutes abroad. The issue is monitored by general and practical nurses working in the hospital. It is directed at their attitudes towards this institute and awareness of the institute. In fact, by filling in the questionnaire, they expressed their opinion and awareness, which allowed them to evaluate the level of awareness and attitude depending on the type of separation, the length of the medical practice and the experience of applying the institute in practice. Thanks to these results, we can state that middle-aged health professionals are informed about the existence of the institute and are in a positive attitude. Furthermore, we can say that the practice of applying the institute in practice causes more positive attitudes.
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	ethics, ethical principles, basic human rights, dying, self-determination, advance directives
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	Příloha 1. Dotazník Příloha 2. Kódování dotazníku Příloha 3. Návrh formy sepsání dokumentu „dříve vyslovené přání“ (MZČR) Příloha 4. Charta práv umírajících
<b>Rozsah práce:</b>	99 stran
<b>Jazyk práce:</b>	Český