

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce

Bakalářská práce

2021

Jaroslav Plecháček

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce

Charitativní a sociální práce

Jaroslav Plecháček, DiS.

Problematika dříve vysloveného přání v domovech pro
seniory

Bakalářská práce

vedoucí práce: ThLic. Michal Umlauf

2021

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem práci vypracoval samostatně a že jsem všechny použité informační zdroje uvedl v seznamu literatury.

V Olomouci dne 13. dubna 2021.

Jaroslav Plecháček, DiS.

Poděkování

Rád bych na tomto místě poděkoval Pánu Bohu za to, že nám daroval život a že nás provází na našich cestách. Děkuji, že jsem to mohl zakoušet i během psaní této práce.

Dále chci poděkovat doktoru Michalu Umlaufovi, který se ochotně ujal vedení této bakalářské práce a trpělivě mi objasňoval pravidla její tvorby. Jeho pomoci si velmi vážím.

Obsah

Úvod	1
1 Dříve vyslovené přání – obecná charakteristika	3
1.1 Co je to institut DVP	3
1.1.1 Principy a důvody vzniku institutu DVP	5
1.1.2 Česká právní úprava institutu DVP	6
1.2 DVP jako jedna z možností	7
1.2.1 Zástupný souhlas	7
1.2.2 Předběžné prohlášení	8
1.2.3 Nápomoc podpůrce	8
1.2.4 Opatrovnictví	8
2 DVP jako východisko z nejednoznačné zdravotní situace	10
2.1 Situace blízké smrti pacienta	10
2.2 Právní váha autonomní vůle pacienta	13
3 Institut DVP v domovech pro seniory	15
3.1 Paliativní péče v DpS	15
3.1.1 Plánování paliativní péče o klienta	16
3.1.2 Spolupráce DpS s mobilním hospicem	18
3.2 Způsoby práce s institutem DVP v DpS	19
4 Etické otázky spojené s institutem DVP	22
4.1 Míra pravomoci člověka nad vlastním životem	22
4.1.1 Negativní vyladění institutu DVP	23
4.1.2 Eutanazie a DVP	24
4.1.3 Dilemata moderní medicíny	25
4.2 Změny postoje pacienta v průběhu času	25
4.3 Institut DVP kontra spirituální potřeby seniora	26
5 Metodologie výzkumu	29
5.1 Výzkumná oblast, problém, cíle	29
5.2 Výzkumné otázky	30
5.3 Výzkumné hypotézy	31
5.3.1 Teorie k výzkumným hypotézám	31
5.3.2 Vlastní výzkumné hypotézy a jejich operacionalizace	32
5.4 Výzkumný soubor	35
5.5 Metoda sběru dat	36

5.6	Zpracování a analýza dat	37
6	Analýza dat	38
6.1	Respondenti výzkumu	38
6.2	Analýza dat u jednotlivých výzkumných otázek	40
6.2.1	Setkávají se pracovníci domovů pro seniory s DVP ve své běžné praxi?	40
6.2.2	Situace, v nichž pracovník řeší DVP klienta	41
6.2.3	Snaží se pracovníci DpS aktivně pracovat s institutem DVP?	43
6.2.4	Jsou pracovníci DpS připraveni na to s institutem DVP pracovat?	44
6.2.5	Jak pracovníci domovů pro seniory vnímají přínosnost institutu DVP?	46
6.3	Diskuse	48
6.3.1	První výzkumný cíl	48
6.3.2	Druhý výzkumný cíl.....	50
6.4	Význam a limity výzkumného šetření.....	52
	Závěr.....	53
	Bibliografický seznam.....	55
	Příloha č. 1: Dříve vyslovené přání, zákonná úprava v ČR.....	59
	Příloha č. 2: Otázky v dotazníkovém šetření	61
	Příloha č. 3: Seznam domovů pro seniory	64

Úvod

Tématu dříve vysloveného přání (zkráceně DVP nebo institut DVP) jsem se věnoval již ve své absolventské práci, kterou jsem obhájil v červnu 2020. Snažil jsem se v ní nalézt vzájemné propojení mezi prací sociálního pracovníka v domově pro seniory (zkráceně DpS) a tímto institutem. Zjistil jsem v ní, že jednou z důležitých úloh sociálního pracovníka v těchto zařízeních je role edukační. A v této rovině jsem vnímal i jeho hlavní úlohu v souvislosti s institutem DVP. Dříve vyslovené přání se sice dotýká zejména zdravotní problematiky, ale praktické informace o něm může klientům zařízení podat také sociální pracovník. Samotná realizace DVP u konkrétního klienta se sice bude týkat více zdravotního úseku daného zařízení, ale i v této fázi se pro sociálního pracovníka nějaké uplatnění snadno nalezne (například při zprostředkování ověření podpisu klienta pod sepsaným dokumentem). Tím jsem poukázal na propojení této problematiky se sociální prací v domovech pro seniory a na potřebu toho, aby byli sociální pracovníci v těchto zařízeních na práci s tímto institutem připraveni. Dále jsem se zabýval návrhem výzkumného šetření, které by zjistilo aktuální situaci, jestli domovy pro seniory s tímto institutem již v praxi počítají a pracují (Plecháček, 2020).

O propojení institutu DVP s prostředím domovů pro seniory existuje v České republice jen velmi málo dostupných zdrojů. Cílem této bakalářské práce tedy je dát odpověď na to, jaké je současné využití institutu DVP v domovech pro seniory.

V teoretické části této práce se zaměřím nejenom na problematiku práce s institutem DVP v prostředí DpS, ale pokusím se podívat na institut DVP daleko komplexněji. Chci se mu věnovat z širšího úhlu pohledu, než jak tomu bylo u práce absolventské. Podrobněji se budu zabývat tím, jaké praktické dopady má sepsání klientova dříve vysloveného přání na řešení situací, které v budoucnu nastanou. Budu se rovněž zabývat etickou otázkou této problematiky. Také u těchto témat se budu snažit o jejich navázání na situaci sociálního pracovníka v domově pro seniory řešícího záležitosti spojené s DVP klienta.

Ve výzkumné části této práce uskutečním kvantitativní výzkumné šetření v domovech pro seniory v Pardubickém kraji. Cílem tohoto šetření bude zjistit, jestli se pracovníci domovů pro seniory ve své pracovní praxi s institutem DVP setkávají a jakým způsobem s ním pracují. Přínosnost tohoto výzkumu spočívá v tom, že o práci s tímto institutem v prostředí domovů pro seniory v České republice zatím obdobné výzkumy nejsou dostupné. Nejprve popíšu metodiku tohoto výzkumného šetření. Pak představím výsledky samotného výzkumného šetření a budu zkoumat platnost výzkumných hypotéz. Poté k výzkumu předložím

závěrečnou diskusi.

Tato empirická práce má dva konkrétní výzkumné cíle. Týkají se toho, jestli se pracovníci v domovech pro seniory s institutem DVP ve své běžné praxi již setkávají a pokud ano, jak s ním pracují. Pracovníky domovů pro seniory přitom míním vybrané zaměstnance těchto zařízení. Původně jsem zamýšlel toto výzkumné šetření zacílit pouze na sociální pracovníky DpS, ale nakonec jsem se rozhodl pro ně zvolit širší spektrum pracovníků DpS. Oslovím také vedoucí pracovníky a vrchní sestry DpS. S institutem DVP totiž mohou pracovat různé profese v domovech pro seniory. Výzkumné šetření jsem se rozhodl realizovat v těch DpS v Pardubickém kraji, které jsou vedeny v oficiálním Registru poskytovatelů sociálních služeb, který provozuje Ministerstvo práce a sociálních věcí. Výzkumné šetření jsem zvolil kvantitativní a skutečným je formou dotazníkového šetření.

Při psaní této práce budu využívat literaturu a zdroje vztahující se k institutu DVP, a to z oblasti sociální, etické, zdravotnické a právní. V teoretické části práce se chci zabývat institutem DVP a jeho přínosy či riziky podrobněji. Při tom se neobejdu bez nastínění právních dopadů institutu na situace, kterých se týká. Stejně tak se neobejdu bez ozřejmění celkového zdravotního rámce, pod který institut spadá. K výzkumné části práce použiji literaturu zabývající se metodologií sociálních výzkumů. Z legislativních pramenů mě bude zajímat zákon o sociálních službách, občanský zákoník a některé zákony spadající pod zdravotnické právo.

Protože DVP je institutem spadajícím do zdravotní problematiky, budu v této práci často hovořit o pacientovi, a nikoli o klientovi či uživateli domova pro seniory. Klient a pacient jsou nicméně v kontextu této práce prakticky zaměnitelné výrazy. V případě domova pro seniory je na tom obdobně i slůvko senior. Klient domova pro seniory je současně senior a velmi často i pacient, který má nějaký chronický zdravotní problém, na který může sepsáním svého DVP reagovat.

1 Dříve vyslovené přání – obecná charakteristika

V této kapitole nejprve objasním, o co v případě institutu DVP jde, a poté ozřejmím způsob, jakým může pacient své přání právně platným způsobem sepsat. Zaměřím se na principy fungování DVP, popíšu důvody jeho vzniku a účel jeho existence. Zdůrazním přitom skutečnost, že se jedná o další nástroj posilující základní lidská práva a autonomii člověka. Vyjmenuji také některé základní situace, ke kterým se DVP vztahuje. Krátce se zmíním o limitech jeho použití v našem právním prostředí, za kterými stojí problematické znění, ve kterém byl do naší legislativy přijat. Možná i to je jedním z důvodů, který brání jeho rychlejšímu uplatnění v praxi. V závěru této kapitoly se budu zabývat tím, že institut DVP není jedinou možností, skrze kterou se může člověk vyjádřit k vlastní budoucnosti.

1.1 Co je to institut DVP

Dříve vyslovené přání je v zásadě informovaným souhlasem, anebo nesouhlasem s rozšířenou časovou působností. Svěprávný pacient v něm vyjadřuje svůj postoj k léčbě, která by se jej v budoucnosti mohla týkat. Činí tak pro případ své budoucí nezpůsobilosti se k ní vyjádřit (Krejčíková, 2014, s. 86–88).

Dříve vyslovené přání pacient sepisuje pro situaci, kdy o sobě z důvodu zhoršeného zdravotního stavu nebude schopen sám rozhodovat. DVP je tedy vlastně jedním z institutů, které náš právní řád zavedl jako pořízení pro vlastní budoucnost člověka. Jedná se o jeho vlastní informované rozhodnutí k věcem, které teprve nastanou. A v případě DVP jde o věci týkající se zdravotní péče. Důležitou podmínkou toho je, že nastanou ve chvíli, kdy on sám o řešení své situace rozhodovat nebude schopen (například z důvodu nastalého bezvědomí). Pokud pacient zůstává schopen se sám k řešení nastalé situace vyjádřit a zaujmout vlastní stanovisko k léčbě, je vždycky pro lékaře přednostní aktuální vyjádření pacienta, a nikoli DVP, které má sepsané (Hrdá, Tollarová, 2018, s. 163).

Principem dříve vysloveného přání je to, že pacient v době své právní způsobilosti (tj. v době, kdy je samostatného rozhodování schopen) rozhodne o své budoucí léčbě, která bude moci být realizována v čase jeho budoucí právní nezpůsobilosti se k ní vyjádřit. Míra závaznosti jeho dříve vysloveného přání může být různá, o čemž rozhoduje konkrétní legislativní úprava, skrze níž je institut DVP přijat do právního řádu toho kterého státu (Peterková, 2010, s. 39–40).

Své dříve vyslovené přání může sepsat každý svěprávný zletilý pacient. Týká se jeho možného budoucího zdravotního stavu a pacientova přání ohledně jeho řešení. Pacient v něm vyjadřuje

svou vůlí ohledně realizace konkrétní zdravotní péče, dává v něm předem svůj souhlas či nesouhlas k poskytnutí zdravotních služeb a ke způsobu jejich poskytnutí (Doležal, 2017a, s. 235).

S pomocí institutu DVP může pacient nejenom odmítnout budoucí život zachraňující léčbu, ale může také odsouhlasit konkrétní zdravotní postup ze škály možných, jenž je pro něho v budoucnosti přijatelný. Tím, že se pacient vyjadřuje předem pro dobu, ve které z různých příčin již vyjádřit vlastní názor nebude schopen, pomáhá mu tento institut zachovat si vlastní svébytnost. Nestane se tak pouhým objektem rozhodování druhých, protože jeho vlastní předem sepsané DVP bude mít přímý vliv na další dění (Hrdá, Tollarová, 2018, s. 159).

Institut dříve vysloveného přání reaguje spolu s institutem informovaného souhlasu na posun v moderní medicíně, která měla tendenci rozhodovat za pacienta. Tomu je těmito instituty navrácena jeho autonomie, právo mít vliv na průběh vlastní léčby (Doležal, 2017b, s. 3).

Jeho sepsání musí mít zákonem stanovenou formu – musí být písemné, s úředně ověřeným podpisem pacienta a s písemným poučením od lékaře. Realizovatelné je navíc pouze tehdy, pokud nevyžaduje aktivní eutanazii (pasivní vyžadovat může) (Doležal, 2017a, s. 235–236).

„Zákon v zásadě požaduje písemnou formu DVP včetně úředně ověřeného podpisu pacienta. Je však připuštěna i možnost, že pacient učiní dříve vyslovené přání 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.“ (Krejčíková, 2014, s. 92)

Dříve vyslovené přání má dát odpověď na základní otázky týkající se budoucí zdravotní péče. Má jít v případě další zdravotní péče hlavně o tišení bolesti pacienta? Souhlasí pacient s paliativní léčbou? Má zájem o zavedení umělé dechové podpory? Souhlasí s uměle podávanou výživou? Přeje si být resuscitován? Souhlasí se zavedením dialýzy? Za jaké situace souhlasí s vypnutím kardiostimulátoru? Souhlasí s krevní transfúzí? Do kdy trvá na zajištění zdravotní péče ve svém domácím prostředí a za jaké situace souhlasí s hospitalizací? Kam si přeje být k hospitalizaci převezen? Přání pacienta přitom má být jednoznačné a přehledné. Má se stát součástí jeho zdravotní dokumentace a být dostupné i při jeho převozu do jiného zdravotního zařízení. Ti, kdo mají zdravotní péči o něj na starosti, mají znát obsah jeho přání a vědět, kde je uloženo (Matějek, 2015, s. 13–14).

Zákon neurčuje, s jakým typem budoucí léčby smí pacient předem vyjádřit svůj souhlas

či nesouhlas. Naproti tomu ale vymezuje, kdy DVP pacienta platné není. Jedná se o situaci, kdy by pacient ve svém přání vyžadoval aktivní eutanazii. A dále o situaci, kdy od sepsání pacientova DVP došlo v medicíně k zásadnímu posunu a dalo by se na základě toho předpokládat, že by se pacient za aktuálního stavu medicíny rozhodl jinak. Pokud by ovšem z tohoto důvodu zdravotníci pacientovo DVP nerespektovali, museli by to dobře zdůvodnit a zaznamenat do jeho zdravotní dokumentace (Hrdá, Tollarová, 2018, s. 161).

1.1.1 Principy a důvody vzniku institutu DVP

Principy stojící za institutem dříve vysloveného přání vycházejí ze základních lidských práv. A základní lidská práva jsou právy ústavními. Proto má být pacient se svým přáním respektován ne z důvodu, že je ve vztahu lékař – pacient slabším článkem, nýbrž proto, že má svá nezadatelná lidská práva. A jejich nerespektování je na základě Ústavy jednáním protiprávním. A tak i to, co lékař vykoná bez souhlasu pacienta, je jednáním protiprávním (Matějek, 2011, s. 130).

Soukromé právo v České republice vychází ze dvou základů – majetkoprávního a osobnostně právního. Základem v osobnostním právu jsou ustanovení z občanského zákoníku o tom, že každý člověk má právo na ochranu své osobnosti, zdraví, života či lidské důstojnosti. Tělesnou integritu osoby tvoří její život, tělo a zdraví. Její nedotknutelnost smí být překročena jedině ve stavu nouze či pacientovy nezpůsobilosti se vyjádřit. V ostatních případech je právě jeho informovaný souhlas podmínkou umožňující realizaci lékařského zákroku (Šustek, 2010, s. 32–33).

Institut dříve projeveného přání vychází z práva na ochranu lidské důstojnosti. V pozadí tohoto práva stojí klasická filozofie, evropský humanismus, ale i židokřesťanské pojetí člověka. Člověka, coby stvořeného obrazu Božího. Tím, že byl od Boha s tímto záměrem stvořen, automaticky získal svoji lidskou důstojnost. Nemusí si ji zasloužit, už ji má. S tím souvisí i to, že institut lze vnímat nejenom v souvislosti s biologickou stránkou člověka, ale i s jeho přesahem do oblasti spirituality. To nám může následně pomoci ke správnému porozumění pacientovu přání (Matějek, 2011, s. 28–32).

„Důstojnost – nepozbytelná důstojnost lidských bytostí, onoho „býti člověkem“, kterou nelze pozbyt ani s těžkou kognitivní poruchou, s pokročilou demencí, s bezvědomím či vegetativním stavem.“ (Čevela, Čeledová, Kalvach, Holčík, Kubů, 2014, s. 219)

Institut DVP nestojí pouze na právu na ochranu lidské důstojnosti, ale též na právu člověka na sebeurčení. To dává člověku příležitost ke svobodnému jednání. Stojí rovněž na právu

na nedotknutelnost lidské osoby. To vychází z podstaty člověka, za koho se sám považuje, jak si rozumí, čím chce naplnit svůj život (Matějek, 2011, s. 22 a 33–34).

Institut dříve vysloveného přání reaguje na někdejší nerovné postavení mezi lékařem a pacientem, ve kterém měl lékař výrazně navrch, ale nejde v něm o pouhé vyměnění si rolí. Pacient v něm není tím, kdo by měl prosazovat jednostranně svoji vůli, přičemž by znalosti a odbornost lékaře vzaly za své. Role lékaře zůstává také nezastupitelná. Smyslem institutu je jeho uskutečňování v rovném a zdravém vztahu lékař – pacient. Hlavní roli tak nemá ani jeden z nich, ale jejich vzájemná komunikace. Proto i písemné záznamy, které z ní v rámci sepsání dříve vysloveného přání pacientem vzejdou, mají být dokladem o tom, že vzájemná komunikace proběhla a s jakým výsledkem (Matějek, 2011, s. 47–48).

Lékař musí s pacientem hovořit otevřeně o stavu jeho nemoci a o jejím dalším předpokládaném vývoji. Je potřeba, aby srozumitelně pojmenoval, co bude mít v dalších fázích nemoci vliv na kvalitu pacientova života. Také je třeba poznat preference a přání pacienta – ve kterém zařízení a v jakém rozsahu si přeje zdravotní péči podstoupit, jaká kvalita života je pro něho přijatelná (Sláma, 2013, s. 129).

1.1.2 Česká právní úprava institutu DVP

V České republice je DVP součástí legislativy od té doby, kdy náš stát ratifikoval mezinárodní Úmluvu o biomedicíně (r. 2001). Tato právní úprava byla ale poměrně obecná, podrobnější přišla až se Zákonem o zdravotních službách (účinnost od 1. 4. 2012) (Hrdá, Tollarová, 2018, s. 159).

Na realizovatelnost institutu DVP v praxi může mít negativní vliv to, že byl do našeho právního řádu přijat v právně problematickém znění. V zákoně o zdravotních službách se v § 36 píše, že „bude brán zřetel na dříve vyslovené přání pacienta“. Dalším úskalím, které na lékaře číhá, pokud se DVP pacienta bude řídit, je to, že si musí pohlídat, byl-li tento institut sepsán zákonem daným způsobem. V opačném případě by totiž bylo pacientovo DVP neplatné, a lékaři, který by se jím přesto řídil, by dokonce mohl hrozit právní postih (Doležal, 2017a, s. 236).

Zákonná dikce ustanovení o DVP pacienta, že na ně „bude brán zřetel“, je pro právní předpis netypická. Jedná se zde o příkaz, který v důsledku nemusí být absolutní. Má-li na ně lékař brát zřetel, znamená to, že při řešení situace týkající se uskutečnění nějakého zdravotního zákroku má povinnost k němu přihlídnout. Nerespektovat by ho mohl za podmínky, že v dané situaci nad ním převáží jiná, právně významnější skutečnost (Polícar, 2010, s. 27–28).

Česká právní úprava DVP nedává přání pacienta absolutní závaznost, nýbrž se z DVP pacienta má v nastalé situaci dovodit domnělá vůle pacienta (Krejčíková, 2014, s. 88).

Přestože DVP pacienta nemá absolutní závaznost, má jeho sepsání svoji váhu a lékař ho musí brát při svém rozhodování o volbě lékařského postupu velmi vážně. Tímto způsobem o institutu DVP píše většina autorů. Značně skeptický pohled na věc má ovšem Šimek, který se domnívá, že pravidla pro sepsání DVP jsou přísná a ztěžující možnost následné realizace.

„Sepsat nějaké právně platné přání je podle tohoto paragrafu (Zákon č. 372/2011 Sb., § 36) na hranicích možností pacienta.“ (Šimek, 2015, s. 155)

Z výše napsaného vyplývá, že pravděpodobně ne každé DVP pacienta bude sepsáno právně závazným způsobem. K tomu, jaký dopad to může mít na jeho realizaci, se vyjadřuje například Krejčíková: „Lze shrnout, že panuje-li ohledně platnosti či pravosti DVP pacienta nejistota, pak, jedná-li se o DVP odmítající neodkladný život zachraňující zákrok, by měl vždy být zachraňován život pacienta. Jedná-li se však o zdravotní služby, které je možno poskytnout i s určitou časovou prodlevou, a ohledně DVP pacienta jsou důvodné pochybnosti, pak je namístě obrátit se na soud, aby rozhodl, jakým způsobem má být dále postupováno.“ (Krejčíková, 2015, s. 20–21)

1.2 DVP jako jedna z možností

Pacient, popřípadě klient domova pro seniory, se na vlastní budoucnost může připravovat nejenom za pomoci institutu DVP, ale i dalších institutů, které mu náš právní řád dává pro tuto záležitost k dispozici.

1.2.1 Zástupný souhlas

Ve věci budoucí zdravotní péče jde například o institut zástupného souhlasu. V situaci, kdy se pacient není schopen k lékařskému postupu vyjádřit sám, může souhlas se zákrokem za něj udělit jeho zástupce anebo osoba jemu blízká. Tento zástupný souhlas vychází ze zákona o zdravotních službách (Zákon č. 372/2011 Sb., § 34, odst. 7). Na jeho základě si při přijetí do zdravotní péče může sám pacient prostým prohlášením určit osobu, která za něho bude v případě jeho budoucí nezpůsobilosti rozhodovat, tj. udělovat souhlas či nesouhlas se zdravotní péčí (Krejčíková, 2014, s. 84–85).

1.2.2 Předběžné prohlášení

Do této skupiny takzvaných „pořízení pro budoucnost“ dále patří institut předběžného prohlášení. Jeho právní základ vychází z občanského zákoníku (Zákon č. 89/2012 Sb., § 38 až § 44). V předběžném prohlášení se může člověk vyjádřit k tomu, jak mají být spravovány jeho budoucí záležitosti ve chvíli, kdy se k tomu již vyjádřit nebude schopen. Oproti institutu DVP má tento institut širší záběr a nemusí se jednat pouze o záležitosti zdravotní. Větší záběr je i v tom, že si v tomto prohlášení může člověk určit i konkrétní osobu, která jeho záležitosti bude v dané situaci spravovat. Například osobu, která bude spravovat jeho majetek. Popřípadě osobu, která se má jednou stát jeho opatrovníkem. Jak vidíme, institut DVP se v něčem s institutem předběžného prohlášení překrývá. Z pohledu občanského zákoníku je proto DVP vlastně typem předběžného prohlášení. Předběžné prohlášení má ale jiný způsob sepsání – buď ve formě notářem zapsané veřejné listiny anebo vlastní písemný záznam s datem sepsání a podpisem dvou svědků (Hrdá, Tollarová, 2018, s. 160–165).

1.2.3 Nápomoc podpůrce

Další z institutů, který řeší pořízení člověka pro budoucnost, je nápomoc podpůrce. Právní základ mu dává občanský zákoník (Zákon č. 89/2012 Sb., § 45 až § 48). Zatímco předběžné prohlášení mělo s institutem DVP mnoho společného, u tohoto institutu je tomu jinak. Dosud zmíněné instituty byly určeny pro situaci, kdy o sobě člověk nebude schopen v budoucnosti sám rozhodovat. Tento institut naproti tomu počítá se situací, kdy o sobě člověk rozhodovat částečně schopen je, ovšem tato jeho schopnost je z nějaké příčiny narušena. Například když mu začínající duševní nemoc samostatné rozhodování ztěžuje. Pacient se v tomto případě stává podporovaným a ten, kdo mu s právním jednáním pomáhá, respektive ho v něm podporuje, je jeho podpůrce. Výsledné rozhodnutí ovšem nakonec učiní sám podporovaný. Jedná se tedy o jiný typ situace, než jak je tomu u institutu DVP. Přesto se také s tímto institutem může setkat sociální pracovník v DpS řešící situaci spojenou s DVP klienta. Pokud totiž klient domova pro seniory již má svého podpůrce, je vhodné jednat o sepsání jeho DVP za přítomnosti a s pomocí jeho podpůrce (Hrdá, Tollarová, 2018, s. 168–170).

1.2.4 Opatrovnictví

Dalším z institutů, které řeší rozhodování člověka o jeho budoucích záležitostech, je institut opatrovnictví. Jeho právní základ vychází z občanského zákoníku (Zákon č. 89/2012 Sb., § 457-§ 488). Tento institut se týká těch životních situací, u kterých schopnost samostatně se rozhodovat zcela chybí. Institut má tehdy ochránit oprávněný zájem člověka. Člověk se stává

opatrovancem, který má svého opatrovníka. Opatrovník za opatrovance jedná, vždy ale pouze v rozsahu, ve kterém mu to určil soud. Opatrovník jedná v zájmu opatrovníka, a musí proto splňovat celou řadu podmínek. Udržovat s opatrovancem kontakt, mít o něj zájem, jednat na základě názorů a vlastních zájmů opatrovance. Jeho činnost je pod soudním dohledem. Opatrovník má povinnost vycházet z názorů opatrovance, tedy i z těch, které projevil již dříve (Hrdá, Tollarová, 2018, s. 171–173).

Institut opatrovnictví lze tedy vnímat jako další alternativu institutu DVP, kdy pacient nemusí mít své přání ohledně budoucí zdravotní péče sepsané písemně, protože jeho vlastní zájem bude hájit v dané chvíli jemu důvěryhodný člověk.

2 DVP jako východisko z nejednoznačné zdravotní situace

DVP je často spojováno se situacemi souvisejícími se závěrem lidského života. Tyto situace mnohdy nemají snadné ani jednoznačné řešení. Právě proto je pro volbu konkrétního z nich znalost pacientova přání tak významná. Jakým způsobem situaci závěru lidského života ovlivní, má-li lékař k ruce pacientovo DVP, zmíním v nadcházející kapitole.

Budu se v ní zabývat právním dopadem klientova DVP na budoucí zdravotní situaci a její řešení. Souvisí to se záměrem této práce, v níž se chci institutem DVP zabývat v širších souvislostech. Při práci s literaturou jsem zjistil, jak úzce je celý jeho koncept provázán s problematikou eutanazie. Budu se proto také věnovat rozdělení eutanazie na pasivní a aktivní a zabývat se tím, jak to souvisí s institutem DVP. Budu se věnovat jak úmyslu lékaře, tak péči o pacienta vykonávané na příslušné odborné úrovni. A také tomu, jakou roli v léčbě hraje pacientův souhlas s ní. Vyjádřená vůle pacienta má dokonce moc zabránit jeho další aktivní léčbě a umožnit mu zemřít. Právě zde ovšem institut DVP naráží na křehkou hranici rozlišování mezi tím, co z právního hlediska přípustné je a co již není.

V celé nadcházející kapitole hraje důležitou roli souhlas pacienta, jeho výslovné vyjádření se k vlastní zdravotní situaci. Ať již vyslovené přímo anebo předběžně, například skrze DVP. O vlastní zájem pacienta jde totiž v institutu DVP především.

2.1 Situace blízke smrti pacienta

V našem právním prostředí platí jednoznačný zákaz eutanazie. Česká právní úprava patří v Evropě k těm konzervativnějším, vycházejícím z konceptu nezasahování do posvátnosti lidského života. Tomu ale neodpovídá praxe v samotných zdravotnických zařízeních. Ta je často jiná a k těmto zásahům v praxi dochází. Nebývají přitom postihovány ani samotným zdravotnickým zařízením, ani nemívají soudní dohru. Jde zde o dualitu psaného a aplikovaného práva. Má to souvislost s nastavením právních norem týkajících se závěru života pacienta. Jsou pojaty tak, že lékaře při řešení zdravotní péče o umírajícího pacienta ve své podstatě stále nahánějí do situace, která mu hrozí trestněprávní odpovědností (Doležal, 2017a, s. 201–202).

„Zásadní rozdíl lze spatřovat mezi jednáním a zanecháním jednání či nepřistoupením k němu. Aktivní eutanazie je tedy činnost, která má uspošit či navodit smrt druhého člověka (např. ukončení života smrtící injekcí z rukou lékaře). Právě tato aktivní eutanazie je eutanazií v pravém slova smyslu. Pasivní eutanazií se naopak rozumí nejednání (zřeknutí se určitého

jednání), které má či může mít za následek uspíšení úmrtí druhého člověka.“ (Kupka, 2014, s. 140)

Náš právní řád má za trestnou nejenom eutanazii aktivní, ale dokonce i tu pasivní. Řadí ji pod skutkovou podstatu trestného činu vraždy (Zákon č. 40/2009 Sb., § 140) nebo zabití (Zákon č. 40/2009 Sb., § 141). Podstatou trestného činu je lékařovo „opomenutí“ ve chvíli, kdy měl jednat a pacientovi zdravotní péči zajistit. Pasivní eutanazie je tedy z právního hlediska opomenutím lékaře. Do důsledku vzato by každé nezahájení léčby či nepokračování v ní bylo trestným činem, kterého se lékař dopustil. V praxi tomu tak naštěstí není a právní literatura se snaží odlišit protiprávní čin eutanazie od právně povoleného postupu nezahájení léčby či nepokračování v ní (Doležal, 2017a, s. 223–224 a 227).

Protože eutanazie je v našem právním prostředí zakázána, a to včetně té pasivní, je úsilí odborníků zaměřeno na oddělení zdánlivě stejných situací: pasivní eutanazie od rozhodnutí ponechat zemřít. Lékař se při poskytování zdravotní péče umírajícímu pacientovi pohybuje na rozhraní přirozeného umírání a napomáhání při umírání. Důležité proto je rozlišení toho, co má lékař v úmyslu, a toho, co ve skutečnosti nastane. Typickou situací je ta, při které má pacient silné bolesti. Tehdy je úmyslem lékaře léčba bolesti, a tedy nikoli to, aby pacient zemřel. Léčba pacientovy bolesti přitom pravděpodobně uspíší to, že pacient zemře (Kupka, 2014, s. 144).

Podávání léků tišících bolest současně zkracuje pacientův život. Říká se tomu také urychlení příchodu smrti. Podle některých právních stanovisek se v tomto případě dokonce jedná o nepřímou eutanazii. Lékař ve snaze o zmírnění bolestí a utrpení pacienta léčí tisíci a tlumícími léky, jejichž vedlejším důsledkem je zkrácení života. V případném právním sporu by se řešil úmysl lékaře a také předvídatelnost následku jeho jednání. Jde tu o situaci, ve které se lékař pohybuje v trestněprávní rovině na pomezí nepřímého úmyslu a vědomé nedbalosti. Lékař léčbu zmírňující utrpení sice použít legálně může, ale dané léčivo nesmí použít v množství, u kterého by se dalo předpokládat, že urychlí příchod smrti pacienta. Kdyby lékař s jistotou věděl, že zvolená léčba pacientovu smrt urychlí, je trestněprávně postižitelný (Doležal, 2017a, s. 239).

Dalším z vodítek k rozlišení právně přípustného jednání lékaře od právně závadného vychází ze způsobu poskytnutí péče, která musí být realizována v co nejvyšší možné kvalitě.

Hovoří se o péči „lege artis“, tj. péči poskytované s náležitou odbornou úrovní. V případě konkrétního pacienta jde o to, jestli lékař posuzoval jeho situaci z hlediska této péče a následně

jednal v souladu s ní. Poskytovat totiž lze jediné péči, která je péčí lege artis. Jinak řečeno se jedná o péči poskytovanou na základě tzv. „indikovaného medicínského postupu“. A pokud konkrétní péče péčí lege artis není, lze ji neposkytnout. V praxi to znamená, že pokud by další péče o pacienta byla již péčí marnou, život uměle prodlužující, bez reálné naděje na zlepšení jeho zdravotního stavu, lze od ní legálně ustoupit. Jedná se o situace, při kterých již život zjevně zachránit nelze a léčba se pro pacienta stává nepřínosnou. Tehdy se současná česká právní literatura přiklání k závěru, že se nejedná o čin pasivní eutanazie, který je protiprávní, nýbrž o právně povolený postup, při kterém lékaři nehrozí žádný trestněprávní postih (Doležal, 2017a, s. 227–229).

V situaci závěru pacientova života přichází na řadu otázka týkající se ukončování jeho léčby. Je to oblast konfrontace hodnot, jakými je jeho právo na život, ochranu zdraví a na zdravotní péči, ale stejně tak právo na nedotknutelnost jeho osoby, lidskou důstojnost a na sebeurčení. Roli zde hraje také to, jestli by další zdravotní péče byla pro pacienta prospěšná, anebo by pro něho byla již pouhou zátěží. Ve druhém případě by se jednalo o léčbu marnou, a tedy ničím neprospěšnou. Takový typ léčby již nesměruje k zachování zdraví, ba ani života. Taková léčba není indikována a je možné ji nezahájit, ani v ní nepokračovat (Krejčíková, 2014, s. 17 a 38).

Pro pacienta v závěru jeho života většinou není ničím prospěšná umělá plicní ventilace, kardiopulmonální resuscitace, ani umělá výživa. Tyto medicínské postupy jeho utrpení nezmírňují, ale naopak je mohou prodloužit. Nezahájení těchto život uměle udržujících postupů je v tomto případě odborně správným postupem, který je v souladu s etickým kodexem i s právním řádem (Sláma, 2013, s. 127).

Povinnost lékařů poskytovat péči lege artis, tedy náležitě odborné úrovně, vychází z několika zdrojů. Mezi ty hlavní patří Úmluva o lidských právech a biomedicíně, která byla Českou republikou podepsaná v roce 1998 a v účinnost vstoupila v roce 2001, a zákon o zdravotních službách č. 372/2011 Sb., který nahradil do té doby platný zákon o péči o zdraví lidu z roku 1966 (Máca, 2013, s. 218).

Zákon o zdravotních službách hovoří o potřebě odborné úrovně poskytované zdravotní péče „podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů, při respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti“ (Zákon č. 372/2011 Sb., § 4, odst. 5).

O tom, jestli byl postup lékaře postupem lege artis, či nikoli, rozhodují ve sporných případech znalecké posudky a na jejich základě soud (Krejčíková, 2014, s. 33).

Při rozhodování o konkrétním pacientovi je pro lékaře důležité, aby dodržel pravidlo, že rozhodnutí o nezahájení marné péče či nepokračování v ní má dobře zdůvodněné a podpořené důkazy zaznamenanými ve zdravotnické dokumentaci. Pak je lékařovo rozhodnutí pokládáno za odpovídající právním předpisům i etickým principům. A v případě soudního sporu by jeho postup měl obstát (Doležal, 2017a, s. 232–233).

2.2 Právní váha autonomní vůle pacienta

Jak je vidět, lékařovo počínání v situacích souvisejících se závěrem lidského života může připomínat tanec na tenkém ledě. Ovšem tam, kde je známa vlastní svobodná vůle pacienta, není již zapotřebí mít pro jednání lékaře jiné právní opodstatnění. Když si to uvědomíme, pak můžeme ocenit dopad sepsání DVP pacienta na danou situaci. Tedy nejenom na řešení dilematu spojeného s volbou konkrétního zdravotního postupu.

Autonomní vůle pacienta, jeho informovaný souhlas se zdravotním postupem, je vždy určující. V případě, kdy pacient svoji vůli vyjádřil, ať už přímo (například skrze negativní reverz), anebo za pomoci institutu DVP, je situace lékaře jednoznačná. Lékař totiž nemůže být trestněprávně odpovědný, pokud byla pacientova projevená vůle jednoznačná a on se jí řídil. Dříve vyslovené přání vylučuje protiprávnost v jednání lékaře v situaci nezahájení marné léčby či nepokračování v ní (Doležal, 2017a, s. 227 a 235–236).

Právo na život je základním osobnostním právem. Chrání je normy z ústavního, trestního i správního práva. Každý má na život právo a nikdo ho o něj nesmí připravit s výjimkou okolností vylučujících protiprávnost. K nim patří jednání v krajní nouzi, v nutné obraně a také situace svolení poškozeného. Pacientovo odmítnutí léčby je tedy svolením poškozeného a lékaři, který se jím řídí, nehrozí trestní odpovědnost (Šustek, 2010, s. 32–33).

Trestného činu se nedopustil ten, kdo jednal na základě svolení poškozené osoby, jejíž zákonem chráněné zájmy byly dotčeny. Svolení musí být dobrovolné, určité, vážně míněné a srozumitelné. Pokud pacient odmítl lékařem nabízenou léčbu, přestává mít lékař odpovědnost za následek, který má příčinnou souvislost s jejím nezahájením, popřípadě s jejím ukončením. Lékař za této situace ztrácí zákonnou povinnost léčit a v důsledku opomenutí léčby mu nehrozí trestní odpovědnost (Krejčíková, 2014, s. 47–48).

V případě DVP se jedná o jednostranné právní jednání, které je projevem vůle pacienta. V českém právu jde o okolnost vylučující protiprávnost. Poskytované zdravotní služby se týkají zásahu do tzv. absolutních lidských práv, je při nich zasažena lidská (tělesná či duševní)

integrita. A zásahy do těchto práv jsou jinak vždy protiprávní. Právě až informovaný souhlas neboli svolení pacienta tuto protiprávnost ruší. A to pouze pro konkrétní účel, pro který bylo svolení vydáno. A aby bylo toto svolení právně platné, je ještě nutné, aby splňovalo tři podmínky. Musí se týkat práv osoby, která je dala, tato osoba musí být způsobilá k právnímu jednání a svolení musí být dáno předem (Doležal, 2019, s. 57–58).

Autonomní vůle pacienta ovšem není bezbřehá a také ona má své limity. Ani zákrok provedený lékařem se souhlasem pacienta mu nemusí vždy zaručit beztrestnost. Lékařský zákrok musí být proveden jedinečným postupem lege artis. Pacientův souhlas s neindikovaným postupem, který by nebyl v souladu s postupem lege artis, by lékaři beztrestnost nezaručil (Krejčíková, 2014, s. 25).

Problematika, kterou jsem se v této kapitole zabýval, nám ukazuje na to, jak právně nejisté mohou být zdravotní zákroky prováděné lékařem, pokud nejsou osobně odsouhlaseny samotným pacientem. Souhlas pacienta legalizuje činnost lékaře. Právně zprůchodňuje dokonce i situace spojené s pasivní eutanazií, která je jinak zakázána. Význam institutu spočívá tedy nejenom v tom, že posiluje autonomii a svébytnosti pacienta (viz. 1. kapitola), ale rovněž v tom, že nabízí možnost řešení zdravotně a právně dilematických situací souvisejících se závěrem pacientova života.

Váha pacientova DVP umožňuje jednak zrealizovat jeho představu týkající se konkrétní zdravotní situace, ale také lékaři rozvazuje ruce k jednání. Pro pacienta (a tedy i pro klienta domova pro seniory, který by uvažoval o sepsání svého DVP) může být užitečné vědět, jaký komplexní dopad má jeho DVP na průběh situace, která může v budoucnu nastat. Pacient má přímý vliv na jednání lékaře. Pacientovo přání právně zprůchodňuje situace, které by jinak byly právně problematické, respektive nerealizovatelné. Pacientovo vyjádření má svoji nezpochybnitelnou váhu. Sociální pracovník v domově pro seniory má příležitost tyto skutečnosti klientovi zařízení sdělit, pokud o sepsání svého DVP projeví zájem.

Skutečnosti, kterými jsem se v této kapitole zabýval, mohou mít dopad na zdravotní péči poskytovanou nejenom ve zdravotnickém zařízení, ale i v domovech pro seniory. Také DpS většinou mají vlastní zdravotní úsek a spolupracují s konkrétním praktickým lékařem. Také těmto lékařům může DVP klienta usnadnit rozhodování v jinak nejednoznačných situacích týkajících se závěru lidského života. Například při řešení volby mezi zajištěním specializovaného zdravotnického pracoviště anebo poskytováním vlastní paliativní péče. Jinou věcí je, jsou-li DpS připraveny a technicky vybaveny na zajištění kvalitní paliativní péče o nemocného. I tomu se budu věnovat v další kapitole.

3 Institut DVP v domovech pro seniory

V této části práce se budu věnovat propojení institutu DVP s prostředím domova pro seniory. Nejprve se budu zabývat paliativní péčí o umírajícího. Ideová východiska paliativní péče o pacienta v závěru jeho života mají mnoho společného s institutem DVP. Souvisejí rovněž s otázkou kvality lidského života, lidské důstojnosti či s oblastí etiky. Paliativní péče se přitom netýká pouze zdravotnických zařízení, ale i pobytových sociálních zařízení. Budu se tedy zabývat paliativní péčí v souvislosti s domovy pro seniory a také tím, co má společného s institutem DVP. Dále se zmíním o možnosti DpS zajistit paliativní péči pro své klienty díky spolupráci s jiným, na tuto péči specializovaným, subjektem. V závěru této kapitoly se zaměřím na samotný institut DVP a na konkrétní způsoby, jakými může sociální pobytová služba domov pro seniory s tímto institutem pracovat.

3.1 Paliativní péče v DpS

Lékařská specializace v oboru nazvaném paliativní medicína existuje v ČR teprve od roku 2011. Ve světě i u nás nabírá rychle na významu. Týká se zdravotních situací spojených se závěrečnou fází chronického onemocnění pacienta, kdy u něho dochází k úbytku sil, kognitivních schopností, k inkontinenci, k depresi. Paliativní přístup na tyto stavy reaguje a snaží se řešit i celkovou situaci pacienta. Zahrnuje v sobě konkrétní postupy péče o dotyčného člověka, a to jak péče zdravotní, tak ostatní. Součástí tohoto přístupu je dbání na zachování co nejvyšší míry kvality a důstojnosti každého lidského života (Hrdá, Tollarová, 2018, s. 18–22).

Paliativní péče je individualizovanou péčí o pacienty v závěru jejich života, která bere ohled na jejich zájmy, hodnoty a potřeby. Samotný pojem „paliativní péče“ nemá jednotnou definici. Definic je mnoho, shodují se ale v hlavních cílech této péče. Tím je prevence a mírnění utrpení pacienta na jedné straně a zvyšování kvality jeho života na straně druhé. Paliativní péče se tedy zaměřuje na zlepšení kvality života pacienta (Bužgová, 2015, s. 11–18).

Také v domovech pro seniory se řeší zdravotní problémy jejich klientů. I tato sociální zařízení spolupracují s praktickým lékařem a ve většině případů jsou v nich přítomné zdravotní sestry. Odborná zdravotní péče se sice realizuje ve zdravotnických zařízeních, kam je klient v případě potřeby převezen, běžná zdravotní péče ovšem probíhá zde. Navíc součástí paliativní medicíny je i tzv. „ostatní péče“, a nejenom ta zdravotní. Zatímco u složky péče zdravotní je sociální pobytové zařízení v roli pomocné, kdy napomáhá za asistence středního zdravotního personálu

v její realizaci, u složky péče ostatní má zcela samostatnou úlohu. V domovech pro seniory má paliativní péče směřovat k podpoře kvality lidského života v jeho závěrečných fázích. Seniora vnímá holistickou optikou jeho bio-psycho-socio-spirituální oblasti a vždy respektuje jeho osobní přání. Tato komplexnost znamená, že kvalitně realizovaná paliativní péče je časově i organizačně náročnou záležitostí a vyžaduje zapojení multidisciplinárního týmu. Ve zdravotní části paliativní péče se řeší otázka fyzické bolesti klienta a léčba symptomů provázejících jeho nemoci. Ostatní část paliativní péče se zaměřuje na daleko širší spektrum potřeb pacienta. Reaguje přitom na jeho konkrétní osobní potřeby (Hrdá, Tollarová, 2018, s. 17).

V podpoře kvality závěru lidského života a v holistickém pohledu na potřeby pacienta se paliativní medicína plně shoduje s myšlenkami institutu DVP. Tak o něm hovoří například Matějek (Matějek, 2011, s. 22–34). Jak bylo řečeno dříve, DVP pacienta má praktický dopad na volbu konkrétního způsobu jeho léčby. V něm si dotyčný mohl určit, jaký zdravotní postup je pro něho přijatelný, a jaký nikoli. Mohl v něm pro situace závěru svého života upřednostnit paliativní postupy. Respektive odmítnout ty zdravotní postupy, ke kterým je právě paliativní péče vhodnou alternativou. Z toho důvodu se paliativní péči budu ještě chvíli věnovat. Nyní se zaměřím na to, jakým způsobem mohou DpS tuto péči plánovat a realizovat, a to ať samostatně či za využití spolupráce s jiným specializovaným subjektem.

3.1.1 Plánování paliativní péče o klienta

Zabývat se paliativní péčí ve spojitosti s klienty sociálních pobytových zařízení pro seniory (tedy domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem) má svoji logiku. Senioři do těchto zařízení často přicházejí v době, kdy trpí několika onemocněními a potřebují stálou ošetrovatelskou péči. Mnozí z obyvatel těchto zařízení v nich stráví zbytek svého života. Někteří v nich i umírají, jiní zemřou ve zdravotnických zařízeních, kam jsou z DpS z důvodu zhoršeného zdravotního stavu převezeni. Např. v průběhu roku 2017 zemřelo v těchto zařízeních dohromady téměř 16 tisíc klientů, což bylo více než 14 % ze všech zemřelých obyvatel v České republice. Z toho přibližně 53 % zemřelo přímo v daném sociálním zařízení a přibližně 47 % ve zdravotnickém zařízení, kam byli převezeni (Pechová, 2020, s. 8).

Sama paliativní péče je složena z několika na sebe přirozeně navazujících kroků (procesů). Jsou to:

1. Plánování budoucí péče.
2. Sestavení plánu péče v závěru života.

3. Vlastní poskytování péče v závěru života.

4. Péče pozůstalostní (Hrdá, Tollarová, 2018, s. 23).

Výsledkem plánování budoucí péče je sestavený konkrétní a komplexní plán této péče. Základem tohoto plánování je tzv. „rozhovor“. Během něho jde o vyjasnění si představ o péči o nemocného v závěru jeho života, a to nejenom s ním, ale i s jeho blízkými. Jedná se o přístup zcela osobní, personalizovaný. Péče je plánována vždy na této individuální rovině. Důležité přitom je zjistit si skutečné představy a přání uživatele domova pro seniory, aby se na jejich základě daly zformulovat konkrétní cíle péče v závěru života. Zaznamenat se mají jak přání týkající se oblasti zdravotní péče, tak i přání týkající se ostatní péče. U přání týkajících se péče zdravotní se může jednat zejména o postoj uživatele k případné hospitalizaci či k realizaci život zachraňujících zákroků. Tato přání mají být zaznamenána právně platným způsobem, tedy nejlépe právě skrze využití institutu DVP (Hrdá, Tollarová, 2018, s. 73–78).

Plán péče v závěru života musí zahrnovat i možná budoucí rizika jeho realizace a umožnit uskutečňovat v něm v případě změny zdravotního stavu uživatele potřebné změny. Měl by obsahovat scénáře možných rizikových situací, které mohou a nemusejí v budoucnu nastat. Na některá z rizik týkající se budoucí zdravotní péče lze předem reagovat sepsáním pacientova DVP, popřípadě předběžného prohlášení. Péče v závěru života je plánována vždy s ohledem na zdravotní stav uživatele, jeho vývoj, prognózu a na přání a představy uživatele týkající se těchto předpokládaných situací. Posouzení vývoje zdravotního stavu je v kompetenci lékaře. I ten proto musí být do procesu plánování péče zapojen. Plán péče v závěru života má obsahovat informaci, kde chce pacient zemřít a jak si přeje, aby o něj bylo předtím pečováno. Z toho vycházejí i společně stanovené cíle této péče – všichni členové týmu na jejich základě vědí, jak mají v praxi postupovat. Například přeje-li si klient zemřít přímo v domově pro seniory (tj. odmítá v závěru svého života hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení), musí existovat shoda na konkrétních cílech péče a jak vše bude za dané situace probíhat. A to včetně úkolů jednotlivých členů týmu, jenž péči realizuje. S blížícím se úmrtím uživatele se plán péče v závěru života doplňuje podle aktuální potřeby (Hrdá, Tollarová, 2018, s. 75–84).

V týmu věnujícímu se paliativní péči o uživatele se předpokládá zastoupení vícero profesí. Klíčovou je bezesporu role všeobecných sester. Ony vykonávají odborné ošetrovatelské úkony, které jsou nezbytné, a přitom ostatní personál pro ně není kompetentní. Samotné sestry se při své práci musejí držet zdravotní indikace zadané lékařem. Realizují ji ovšem samostatně, což na ně klade vysoké nároky. Všeobecné sestry proto mají v dobře fungujícím paliativním týmu klíčovou úlohu. Na základě vlastních zkušeností můžou ostatním členům týmu přinášet

praktické návrhy směřující k zajištění co nejkvalitnější péče. Oproti tomu role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu poskytujícím péči v závěru života je často nejednoznačná. To znamená, že může být významná méně či více. Druhý případ může nastat tehdy, pokud získá v týmu úlohu koordinátora péče. Může se jednat o roli case managera. Koordinátor paliativní péče je pro zajištění její dobré realizace důležitý. Může pomoci s jejím rozběhnutím, dohlížet na její hladkou realizaci a mít odpovědnost za činnost celého paliativního týmu. Tímto koordinátorem ovšem zdaleka nemusí být zrovna sociální pracovník, ale například člen vedení DpS anebo vrchní sestra. V tomto případě může role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu spočívat například v sestavování plánu péče v závěru života či při vedení rozhovoru s klientem a jeho rodinou. Role pečovatele v multidisciplinárním týmu (tj. pracovníka v přímé péči s klientem) se se závěrem života klienta ve své podstatě nemění – je stále tím, kdo o klienta každodenně a zcela prakticky pečuje a je mu nablízku. Co se mění, to jsou konkrétní úkony této péče (Hrdá, Tollarová, 2018, s. 112–116).

Role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu plánujícím péči o klienta v závěru života se zabývá také Pechová a Loučka. Sociální pracovník může být:

1. U fáze sběru informací, během ní vede rozhovor s klientem a s jeho rodinou.
2. Komunikační spojkou pro účastníky plánování.
3. U průběžných hodnotících schůzek s klientem.
4. Tím, kdo dohlíží na vzájemnou propojenost individuálního plánování průběhu sociální služby s plánováním péče v závěru života.
5. Koordinátorem multidisciplinárního týmu (Pechová, Loučka, 2019, s. 122).

3.1.2 Spolupráce DpS s mobilním hospicem

Jak už jsme si řekli dříve, ne každý domov pro seniory má možnost zajistit svým klientům kvalitní paliativní péči. Možným řešením tohoto nedostatku je spolupráce DpS ve věci paliativní péče s jiným subjektem. Tedy s takovým, který má s touto problematikou více zkušeností. Takovým subjektem je terénní paliativní péče, kterou poskytují mobilní hospice. Mobilní hospic umožňuje pacientům dožít svůj život v jejich domácím prostředí. Při spolupráci domova pro seniory s hospicem je z pohledu hospice oním domácím prostředím konkrétního klienta samotný domov pro seniory. Pro DpS může být tato spolupráce velmi přínosnou – samy zpravidla nejsou schopny klientům zajistit stálou lékařskou péči. Naproti tomu hospic má zajištěnu lékařskou péči nepřetržitě. A domov pro seniory má navíc většinou k dispozici pouze všeobecného praktického lékaře, zatímco hospic má k dispozici lékaře, který se

na paliativní péči specializuje (lékař paliatr). Takový lékař může kvalifikovaně posoudit a zhodnotit náhlé změny ve zdravotním stavu klienta a předepsat mu potřebnou medikaci. Zkušenost s touto spoluprací má například Domov pro seniory Sue Ryder. Konkrétně spolupracuje s mobilním hospicem Cesta domů (Hrdá, Tollarová, 2018, s. 131–133).

Důvod pro spolupráci pobytového sociálního zařízení pro seniory s mobilním hospicem je ten, že DpS často nedokáže zajistit svým klientům paliativní péči vlastními silami. V České republice proto v současné době existuje již několik zařízení, která navázala tuto spolupráci. Pokud bychom měli důvody k navázání spolupráce konkretizovat, tak DpS například nemá dostatek vlastních všeobecných sester, které v něm z toho důvodu nejsou pacientům k dispozici nepřetržitě (v režimu 24/7/365). Jiné DpS nejsou připraveny na podávání infuzí, v dalších chybí potřebné zdravotně technické vybavení, např. nejsou k dispozici odsávačky. To vše ztěžuje možnost daného zařízení, aby mohlo svým klientům samo poskytovat paliativní péči v závěru jejich života. Mobilní hospic zdravotně technické vybavení i personální zajištění má a bonusem k tomu je, že za kvalitu jím poskytované paliativní péče ručí jeho vlastní lékař specialista (Pechová, 2020, s. 8–10).

Diplomovou práci týkající se spolupráce domovů pro seniory s hospicem napsala Olga Stránská. Vzájemnému propojení těchto dvou poskytovatelů služeb v péči o téhož klienta se odborně říká „model sdílené péče“. Specializovaná paliativní péče v DpS většinou chybí, a z tohoto důvodu jsou klienti těchto zařízení v závěru svého života přemísťováni do zdravotnických zařízení. Přitom s pomocí mobilních hospiců je možné do pobytových sociálních zařízení paliativní péči integrovat. Spolupráce mezi těmito dvěma subjekty ovšem není snadná, a pokud na ni nejsou dobře připraveni, může i ztroskotat. Jak vyplynulo z kvalitativního výzkumného šetření, který Stránská uskutečnila, spolupráci ztěžuje i legislativa, která je nastavena rozdílně pro zdravotní a pro sociální služby (Stránská, 2015, s. 6 a 75–77).

3.2 Způsoby práce s institutem DVP v DpS

V této kapitole se zaměřím na to, jakým způsobem může sociální pracovník v domově pro seniory s institutem dříve vysloveného přání pracovat. Jeho vztah k práci s institutem může být více či méně aktivní. Podívám se na to, jak by se s ním dalo pracovat proaktivně.

Důvodem pro aktivní přístup k práci s institutem DVP v prostředí DpS může být prostá skutečnost, že klienti domovů pro seniory mnohdy o existenci tohoto institutu vůbec nevědí. Kamila Jarkovská uskutečnila ve své diplomové práci dotazníkové šetření v nejmenovaném

východočeském domově pro seniory na přelomu let 2017 a 2018. Jedním z jeho dílčích cílů bylo zjistit, jestli se klienti zařízení s DVP setkali a vědí, co tento institut znamená. Překvapivé bylo, že žádný z nich nevěděl, co dříve vyslovené přání znamená. Když jim tazatelka problematiku DVP vysvětlila, tak jejich postoj k institutu byl převážně pozitivní (Jarkovská, 2018, s. 62–80).

Na základě výše popsané skutečnosti nabývá na významu prostá edukace klientů DpS ve věci DVP. A přistupuje-li navíc zařízení k institutu jako k něčemu přínosnému a s klienty o něm běžně hovoří, vytváří se tím vstřícné prostředí, ve kterém je institut vnímán jako něco přirozeného. To může klientům rozhodnutí sepsat své vlastní DVP značně usnadnit. Samotné rozhodnutí ovšem zůstává pouze a jen na nich. Podrobnější edukace o realizaci DVP přichází ke slovu, pokud o ni některý z klientů projeví zájem. Dalším krokem by bylo řešení praktických věcí vedoucích k sepsání jeho přání. Ale nabízí se ještě aktivnější přístup. Tím může být již samo jednání sociálního pracovníka se zájemcem o pobytovou sociální službu. Již toto jednání se totiž může stát první příležitostí o institutu DVP hovořit. Celý proces práce s institutem DVP lze tedy shrnout do několika bodů:

1. Sociální pracovník se již během jednání se zájemcem o sociální službu může ptát přímo na to, jestli má sepsané své DVP, předběžné prohlášení anebo smlouvu o nápomoci. S tím, co se od zájemce dozví, lze pak dále pracovat.
2. Pokud zájemce o sociální službu anebo její klient výše zmíněné instituty nezná, nabízí se příležitost pro jeho edukaci. Tedy ozřejmění toho, o co v těchto institutech jde a k čemu jich lze využít.
3. Klienta nastupujícího do domova pro seniory se lze ptát na to, zda má své DVP sepsané, například ve vstupním dotazníku. Rovněž se ho v něm můžeme zeptat na to, jestli má sepsáno předběžné prohlášení a jestli v něm má určenou osobu, která by za něho mohla v budoucnosti rozhodovat.
4. V případě klienta služby, který v průběhu edukace o institut zájem projevil, ale není zatím sám rozhodnut, je vhodné ponechat mu čas na rozmýšlení. Součástí naší edukace může být i závěrečná domluva dalšího setkání. Tím dáme klientovi čas a prostor, aby mohl vše dobře zvážit. Může mít také potřebu probrat to mezitím s někým dalším, nejspíše se svou rodinou.
5. Součástí další schůzky může být reflexe jeho rozhodnutí, proč klient institut využít chce a co od toho očekává anebo proč ho nakonec využít nechce.
6. Pokud klient chce, může následovat zprostředkovatelská pomoc s realizací sepsání

jeho DVP. V průběhu jednání s klientem musíme vždy brát ohled na to, že jeho přemýšlení o věcech týkajících se závěru jeho vlastního života je pro něho psychicky velmi náročné (Hrdá, Tollarová, 2018, s. 162 a 186–188).

Prostor k aktivnímu přístupu k práci s institutem DVP v prostředí DpS tedy zjevně existuje. O tom, je-li skutečně využíván, se dozvíme více ve výzkumné části této práce. Než se tak stane, chci se v její teoretické části ještě zaměřit na to, čemu jsem se v předešlých kapitolách nevěnoval. Popisoval jsem v nich institut DVP jako takový, možnosti, které přináší do řešení budoucích zdravotních situací pacienta, či jeho propojení s paliativní péčí. Vyhnul jsem se přitom ale reflexi kritických hlasů a výhrad, které existenci institutu provázejí. Zabýval jsem se pozitivními principy, které za vznikem institutu stojí (viz kapitola 1.1.1), ale nezmínil jsem názory, které vnímají institut DVP s rozpaky. Alespoň krátce se této problematice budu věnovat v nadcházející kapitole. A to z toho důvodu, že přemýšlení o smysluplnosti institutu DVP se nemůže vyhnout ani klient, který se zamýšlí nad tím, zda své přání sepsat či nikoli, ani sociální pracovník, pokud chce být během edukace klienta o institutu upřímný před ním i sám před sebou.

4 Etické otázky spojené s institutem DVP

„Etika jako filozofická disciplína (mravní filozofie) se zabývá morálními aspekty jednání. Lze ji pojímat jako návod k dobrému životu i jako formu vědecké reflexe morální intuice a morální volby. Medicínská etika (bioetika) má své kořeny už ve starověku. Jde o kritické zkoumání morálních aspektů rozhodování v péči o zdraví a ve vztazích lékařů (zdravotníků) s pacienty i mezi sebou navzájem.“ (Čevela a kol., 2014, s. 218)

Institut DVP se často vyjadřuje k situacím týkajícím se závěru lidského života. To na sebe váže různé otázky. Například tu, jestli pacient skrze tento institut nedostává do svých rukou až příliš velkou pravomoc, když se vyjadřuje k věcem týkajícím se svého života a umírání. Další otázka týkající se institutu DVP je, je-li zdravotní stránka pacientovy životní situace, ke které se v něm může vyjádřit, pro jeho budoucnost tou nejpodstatnější. A pak je tu ještě téma samotného využití institutu DVP, který je často spojován zejména s odmítáním život prodlužující léčby. Proto může být snadno vnímám optikou jisté neúcty k životu jako takovému. To jsou některé námítky směřující vůči institutu DVP, kterými se v této kapitole budu zabývat podrobněji.

4.1 Míra pravomoci člověka nad vlastním životem

Právo odmítnout nabízenou léčbu pacient ze zákona má. Na tom staví i institut DVP, který je ve své podstatě dříve vysloveným nesouhlasem se zahájením konkrétního typu léčby (Šustek, 2010, s. 33). Má na to pacient nejenom zákonné, ale i morální právo? Může odmítat vlastní léčbu, vyjadřovat se ke skutečnostem spojeným s případným ukrácením svého života? To jsou nesnadné etické otázky.

Odpověď na ně můžeme hledat u problematiky týkající se kvality umírání. Také zde se řeší, může-li se člověk k vlastnímu umírání vyjadřovat, má-li mít vliv na jeho průběh. Již ve středověku se lidé ptali, co všechno by měl být člověk ochoten podstoupit pro zachování svého života a co už nikoli. A právě tehdy došli k závěru, že život je povinné zachovat za využití řádných, tedy běžně dostupných zdravotních prostředků. A nikoli za cenu mimořádné bolesti. V dnešní době se řádným prostředkům říká „přiměřené“ anebo „přijatelné“. Jedná se o prostředky, které přinášejí naději na trvalé zlepšení zdravotního stavu, jsou součástí běžné zdravotní péče, jsou ekonomicky dostupné a jsou nekomplikovaně použitelné (např. s ohledem na jejich nežádoucí účinky). Pacientovo DVP by mělo obsahovat nejenom cíl budoucí léčby, ale i jaké prostředky, tedy lékařské postupy, jsou pro něj k dosažení tohoto cíle přijatelné. Odmítnutí pro pacienta nepřijatelného zdravotního postupu se za této situace nemá vnímat jako

neúcta k vlastnímu životu, nýbrž jako přijetí konečnosti vlastního života (Matějka, 2011, s. 100–106 a 118–119).

Domnívám se, že pro edukaci klientů ve věci DVP je užitečné znát tento etický přístup k dělbě medicínských prostředků na řádné a mimořádné. Dostane-li se sociální pracovník do situace, v níž se ho bude klient ptát na smysluplnost využití institutu DVP v jeho konkrétní situaci a přitom vyjadřovat svoji pochybnost týkající se vlastní morální oprávněnosti odmítnout některý medicínský postup, může mu ozřejmit tento etický přístup.

4.1.1 Negativní vyladění institutu DVP

Jedním z významných kritických argumentů směřujících proti existenci institutu je to, že se v jeho případě nejedná o volbu pacienta mezi různými nabízejícími se možnostmi léčby, ale jde v něm zejména o to, za jakých podmínek se v udržování jeho života nebude pokračovat. Kritika se tedy týká praktického dopadu DVP. Typickým příkladem v této věci je přání pacienta „do not resuscitate“ (česky: „neresusцитовat“). Pacient si v případě zástavy srdeční činnosti nepřeje zahájit kardiopulmonární resuscitaci. Stejně tak jiný pacient v rámci svého DVP může odmítnout dialýzu, umělou výživu, plicní ventilaci, udržování života ve stavu kómatu a podobně. Diskuse kolem institutu poté směřuje k otázce, zda může být život v některých situacích pro pacienta horší variantou než smrt (Vácha, 2010, s. 15).

Pacientem předběžně vyslovená vlastní vůle (tzv. living will, tj. vůle učiněná s plnou způsobilostí; jedná se o obdobu našeho DVP) s sebou přináší nový prvek týkající se lidských práv jedince – právo pacienta na důstojnou smrt. A to vyvolává spory samo o sobě. V USA se některé konzervativně laděné skupiny ostře stavějí proti tomuto právu s tím, že se tak lidem dává do ruky oprávnění spáchat za určité situace sebevraždu. Jiné skupiny naopak bojují za další liberalizaci práva zemřít. V souvislosti s umíráním se někdy hovoří o klidné smrti, při které je utrpení pacienta omezeno na minimální mez. Jejím opakem je tzv. dystanázie neboli špatná smrt. Pro tu je typické pacientovo utrpení fyzické či emocionální (Kupka, 2014, s. 140 a 146–147).

Oponenti kritizují institut DVP za jeho negativní vyladění, za jeho nasměrování zejména k nesouhlasu s léčbou. Tuto kritiku jistě nelze brát na lehkou váhu a je třeba se nad ní zamýšlet. Jinak je tomu s výše zmíněnou diskusí o tom, zda jeho prostřednictvím člověk nezískává oprávnění spáchat sebevraždu. V České republice byl tento institut přijat do legislativy v takovém znění, které aktivní způsobení smrti výslovně zapovídá (Zákon č. 372/2011 Sb., § 36, odst. 5 b). Jak se to má s eutanazií pasivní, o tom jsem se už částečně zmínil v kapitole 2.1,

ale nyní se k této problematice ještě vrátím.

4.1.2 Eutanazie a DVP

„Eutanazie, chápeme-li ji v českém právním prostředí jako jednání spočívající v ukončení života na žádost, naplňuje v České republice skutkovou podstatu některého z trestných činů proti životu dle ustanovení § 140 trestního zákoníku (vražda), eventuálně § 141 trestního zákoníku (zabití ze soucitu). Od ukončení života na žádost je pak nutno jednoznačně odlišit jednání spočívající v pomoci při sebevraždě, jež naplňuje v ČR skutkovou podstatu trestného činu účasti na sebevraždě dle § 143 trestního zákoníku.“ (Krejčíková, 2014, s. 52–53)

Pojem eutanazie ovšem bývá často nepřesně používán pro každé jednání zdravotníka směřující ke smrti pacienta. Je-li tento pojem takto široce pochopen, pak se pod něj skryjí také zcela legální a legitimní lékařské postupy týkající se ukončování léčby pacienta, např. z důvodu, že sám vyslovil nesouhlas s další léčbou, anebo proto, že další léčba by byla z pohledu lege artis již péčí marnou (Krejčíková, 2014, s. 55–56).

Ani souhlas pacienta nezaručí legitimitu jednání lékaře vždy. V pořádku je to v případě eutanazie pasivní, kdy lékař na základě přání pacienta neléčí. V případě podílení se na aktivní eutanazii je ovšem lékař trestně odpovědný i tehdy, kdy k tomu pacient svůj souhlas předem dal. Souhlas s vlastním usmrcením coby hlavním cílem celého lékařského zákroku je vždycky právně neplatný. Informovaný souhlas a DVP jsou totiž platné jedině v rámci toho, co jim umožňuje stávající právní řád. Platné jsou pouze v té míře, nakolik právní řád respektují (Šustek, 2010, s. 34).

V České republice je jednání lékaře s úmyslem usmrtit pacienta trestné, a to i kdyby to bylo na pacientovu žádost. Oproti tomu jednání lékaře s úmyslem neposkytnutí život udržující léčby, kterou svéprávný pacient odmítl, trestné není (Krejčíková, 2014, s. 51).

Institut DVP v České republice má tedy jasně vymezené hranice. Nesouhlas s léčbou ano, aktivní eutanazie nikoli. Pokud je tedy institutu vytýkáno, že dává pacientovi do rukou až příliš velkou míru pravomoci nad svým životem, je to pravda jenom částečně. Jednoznačný zákaz aktivní eutanazie, který je podmínkou pro platnost sepsaného DVP, možnosti pacienta v této věci značně omezuje. Pacient se tedy sepsáním svého DVP ani zdaleka nestává vládcem nad vlastním životem a smrtí.

4.1.3 Dilemata moderní medicíny

Skutečnost, že se institut DVP tolik zaobírá otázkami závěru lidského života právě z pohledu pacientova práva odmítat život zachraňující léčbu, není náhodná. Souvisí totiž s překotným rozvojem moderní medicíny.

Medicína se od nepaměti snaží učinit vždy všechno, co je v jejích silách, pro záchranu lidského života. Tento přístup ovšem nepočítal s jejím dříve nepředstavitelným rozvojem. V dnešních podmínkách umí člověka jsoucího v bezvědomí udržet týdny, měsíce a někdy i roky při životě. A to donedávna neuměla. Pacient je v roli toho, kdo není ani živý, ani ještě nezemřel. A pokud není v jeho případě již prakticky žádná šance na zlepšení jeho zdravotního stavu, otázka po smyslu jeho udržování mezi životem a smrtí nutně přichází. Ještě před pár desítkami let, kdy medicína neměla dnešní možnosti, tato otázka neexistovala. Jedná se například o nemocné s vážným poškozením mozku či o pacienty trvale závislé na dechové podpoře. Tato situace vede ke společenské debatě o tom, zda má cenu zachraňovat život za každou cenu. Tato debata je obtížná a žel často i zmatečná. Naráží také na bariéry dosavadního smýšlení v medicíně. Katolická církev do ní vnesla otázku řádných a mimořádných prostředků vedoucích k záchraně lidského života, kdy použití těch mimořádných není nezbytné. Toto řešení ale vyvolává další otázky, např. jak dobře odlišit prostředky řádné od mimořádných (Šimek, 2015, s. 150–152).

Jak je vidět, i někteří odborníci připouštějí, že debaty o řešení etických otázek v současné medicíně jsou velmi obtížné. Snad proto se dnes klade takový důraz na autonomní vůli pacienta a jeho vlastní vyjádření se k léčbě. Ve snaze přesunout odpovědnost za to, na čem se nedokážou ohledně situací spojených se závěrem lidského života shodnout ani odborníci, na pacienta samotného.

Ani pacient, ačkoli lékařem řádně poučený, to ale nemá snadné. Pacient často něco současně chce i nechce, protože některá rozhodnutí nejsou lehká. Proto své konečné rozhodnutí stvrzuje vlastním podpisem. Lékařem poučený pacient stvrzuje svým podpisem to, že přijal plnou odpovědnost za případnou chybu vlastní volby (Šimek, 2015, s. 156).

4.2 Změny postoje pacienta v průběhu času

Další otázkou spojenou s institutem DVP jsou změny v názorech člověka v průběhu času. Lidské postoje se totiž vyvíjejí. A tak jestliže se dnes pacient vyjádří v tom smyslu, že za určité situace by už nechtěl žít, neznamená to, že bude mít stejné přání i tehdy, až daná situace

skutečně nastane. Otázkou také je, zda pacient vůbec dokáže předem komplexně promyslet a zvážit situaci, která má nastat až v budoucnosti (Doležal, 2017b, s. 7).

V situaci, kdy je pacient ještě relativně zdravý, nemusí být schopen určit, co by si sám přál v situaci, kdy již nebude schopen svou vůli sám vyslovit. Netrpící člověk může situaci vnímat jinak, než když se dostane do stavu člověka trpícího (Vácha, 2010, s. 16).

DVP je druhem informovaného souhlasu pacienta, ovšem sepsaným dříve, než k situaci samé došlo. Podstatou souhlasu je přitom to, že má jít o souhlas informovaný. Tedy vycházející z plného porozumění pacienta situaci, které se týká. Jak této ale mohl plně porozumět, když dosud nenastala? Šimek vidí řešení této situace v tom, že DVP pacienta nebude uskutečněno automaticky, nýbrž musí být vždy nově hledán a vyložen jeho smysl v konkrétní situaci. Jeho aplikaci tedy musí předcházet úsilí porozumět podstatě přání pacienta. Tuto problematiku mají ošetřenu např. v USA, kde mají pacienti k dispozici možnost sepsat své přání méně formálním způsobem. Vyjadřují se jak k osobní přijatelnosti použití konkrétních medicínských postupů, tak také obecně k tomu, jak by s nimi mělo být v závěru jejich života zacházeno. Jejich vyjádření směřuje i k rovině spirituální a vztahové. Volí si také osobu, která za ně bude v době jejich nezpůsobilosti činit zdravotní rozhodnutí. Toto pojetí dříve projeveného přání, tzv. five wishes, není tak svazující jako pojetí living will. K řešení pacientovy situace dává větší prostor (Šimek, 2015, s. 154 a 158–159).

Jestli je výše popsany příklad z USA přenositelný i do našich podmínek, posoudit nedokážu. Osobně si ale ani nemyslím, že by to bylo nutné. Změna postoje pacienta v průběhu času je sice reálným dilematem spojeným s institutem DVP, ale nezdá se mi, že tím nejzásadnějším. Sám bych tuto problematiku vnímal optikou přiměřeného rizika. Pacient je zkrátka musí dobře zvážit v době, kdy své přání sepisuje. Proto má k dispozici písemné poučení o důsledcích svého rozhodnutí od svého ošetřujícího lékaře, které je povinnou zákonem danou součástí platného DVP (Zákon č. 372/2011 Sb., § 36, odst. 2–3).

4.3 Institut DVP kontra spirituální potřeby seniora

Další otázkou související s institutem je to, v kolika případech se skutečná přání pacienta směrem k jeho vlastní budoucnosti týkají zrovna zdravotní stránky jeho života. Mezi některými odborníky o tom panují velké pochybnosti.

Nejvyšší hodnotou lidského života není zdraví, ale jeho existenciální význam. Zdravotnické služby ve vztahu k seniorům proto stojí jednak na úsilí o zachování zdraví seniora, ale stejně tak

na podpoře jeho lidské důstojnosti, sebeúcty, autonomie a soběstačnosti (Čevela a kol., 2014, s. 206).

Spirituální potřeby jsou velmi pestré a týkají se každého seniora. Mnozí odborníci zdůrazňují, že ve stáří nabývají na významu právě spirituální potřeby člověka nad potřebami ostatními. Mezi nejdůležitější z nich patří potřeba věřit (sobě, ve vyšší realitu, v Boha; důvěřovat sobě i druhým), potřeba uchovat si naději, potřeba lásku zakoušet a dávat, potřeba smysluplného životního příběhu, vědomí vlastní důstojnosti a hodnoty (Suchomelová, 2016).

Prožití dobrého stáří lze považovat za významný životní úspěch. To souvisí s přijetím této nové životní role a se souhrou svého tělesného, duševního a duchovního prožívání. Rovněž se schopností vidět smysl svého dosavadního života a jeho dalšího směřování. A ve smíření se sebou, s lidmi i s Bohem. Odborníci na tuto oblast proto často hovoří o stáří jako o duchovním úkolu (Elichová, 2017, s. 167).

Otázka smíření se s Bohem je jednou z důležitých otázek provázejících naši křesťanskou civilizaci. Také ona může hrát svou roli v životě seniora. V Malé biblické konkordanci je u pojmu „smíření“ uvedena tato výkladová poznámka: „Slavný předmět poselství evangelia. Člověk, prodaný hříchu, je vyzván ke smíření s Bohem. Bůh sám posílá Smírce, Ježíše, který vylil krev na smíření hříchů našich.“ (Štifter, 1953, s. 200) I otázka tohoto smíření patří do okruhu možných potřeb seniora.

Váženým omezením institutu DVP je skutečnost, že se v něm člověk za dopomoci lékaře vyjadřuje jazykem medicíny k tomu, jak si představuje svůj budoucí život a jeho smysl. Institut dříve projeveného přání se týká oblasti medicíny. V pozadí přání je přitom celá osobnost pacienta se svým rozměrem nejen tělesným, kterého se přání týká, ale i vztahovým a spirituálním. Tento rozměr člověka se do jazyka, který se používá pro sepsání dříve projeveného přání, promítá jen obtížně. Přitom právě odtud vyšel motiv, který jej vedl k tomu své přání sepsat. Chce v něm řešit své představy o životě a jeho smysluplnosti, ale v samotném DVP se přitom přímo o těchto věcech nemluví (Matějek, 2011, s. 72–73 a 153).

Matějek hovoří v souvislosti s DVP pacienta o jeho snaze vtěsnat do něho své představy o životě. Slova o „vysloveném přání“ v názvu institutu k tomu svádějí a snadno můžou v člověku vyvolávat nereálná očekávání. Také zde je prostor pro sociálního pracovníka k edukační a osvětové činnosti o institutu a jeho reálných možnostech. K čemu může být využit, a k čemu nikoli. Jak jsme se dozvěděli výše, nedá se předpokládat, že by se zájem klienta o věci příští týkal jenom situací spojených s budoucí zdravotní péčí. Je ale důležité říci, že se i těchto

situaci týkat může. A to z toho důvodu, že oblast spirituální není izolovaná od ostatních oblastí klientovy osobnosti. Jedná se o spojité nádoby.

„Stejně jako spiritualita zasahuje všechny oblasti a fáze lidského života a odehrává se v interakci s dalšími složkami jeho osobnosti, ani spirituální potřeby jako její vyjádření nelze striktně oddělit od psychických, fyzických a sociálních.“ (Elichová, 2017, s. 172)

Jak jsme viděli, nad institutem DVP se vznáší mnoho otazníků týkajících se jeho vyladění a jeho schopnosti reagovat na skutečné potřeby klienta. Institut DVP a jeho možnosti je proto třeba vidět střízlivě a neslibovat si od něj více, než co nabízí. Můžeme ho vnímat jako jednu ze současných výzev daných člověku, skrze niž může promýšlet svůj život a reagovat na něj. Je také příležitostí k jeho komunikaci s lékařem, zdravotnickým personálem, sociálním pracovníkem či s vlastní rodinou. V kapitole 1.2 jsem se zabýval tím, že dříve vyslovené přání je pouze jedním z institutů, skrze které může člověk uskutečnit pořízení pro vlastní budoucnost. Je na každém z klientů, aby sami zvážili, jestli je právě ten pro ně vhodným řešením či nikoli.

5 Metodologie výzkumu

Tento kvantitativní výzkum se týká současného využití institutu dříve vysloveného přání (DVP) v domovech pro seniory a připravenosti personálu těchto zařízení na práci s ním. Tato problematika není dosud prozkoumána a přitom je velmi aktuální.

5.1 Výzkumná oblast, problém, cíle

Kvantitativní výzkum je systematický proces zkoumání, který má na počátku svůj cíl a výzkumné otázky. Z nich vycházejí proměnné, které nás zajímají, a také to, jaká data potřebujeme na zodpovězení svých otázek. Musíme vyřešit, které proměnné budeme měřit, jakým způsobem získáme data, jak rozsáhlý bude náš výzkumný soubor a jaké otázky budeme klást při sběru dat. Zajímá nás také, jakým způsobem budeme získaná data analyzovat (Punch, 2008a, s. 18 a 37).

Obecně stanovenou výzkumnou oblastí mého empirického kvantitativního výzkumu je to, jestli se možnosti institutu DVP již v současné době začaly využívat v praxi. Vlastním tématem tohoto výzkumu je využívání institutu DVP v pobytových zařízeních sociálních služeb „domovy pro seniory“. Kvantitativní typ výzkumu volím z toho důvodu, protože mi umožňuje v krátkém čase získat přehledná a strukturovaná data od většího množství respondentů. Pro úvodní vhled do problematiky DVP v domovech pro seniory se mi tento typ výzkumu jeví jako dostačující.

Institut DVP je v našem právním pořádku zakotven již dvě desetiletí, přesto je jeho využívání v praxi dosud málo rozšířené. Tak se o tom vyjadřují autoři, kteří o něm píší (například Matějka, 2015, s. 14, Krejčíková, 2014, s. 86). Je to s jeho využitím až tak zlé, nebo se v praxi pomalu začíná přeci jen prosazovat? Tuto skutečnost jsem se rozhodl zkoumat v pobytových sociálních službách „domovy pro seniory“. Problematika DVP se týká převážně lidí z vyšších věkových skupin obyvatelstva, z čehož přirozeně vyplývá její možné propojení s problematikou DpS. Sepsání DVP je spojeno se schopností dotyčného samostatně se rozhodovat. Z tohoto důvodu do svého výzkumu nezařazuji pobytové sociální služby „domovy se zvláštním režimem“. Do těch jsou přijímáni klienti se syndromem demence a s duševními nemocemi, a jejich schopnost samostatného rozhodování proto již může být narušena.

Cílem tohoto výzkumu je zjistit, jestli se pracovníci v domovech pro seniory s institutem dříve vysloveného přání ve své praxi již setkávají a jakým způsobem s ním pracují. Je jejich práce s institutem zatím spíše na rovině teoretické, nebo už i praktické? A jsou pracovníci na práci

s institutem DVP vůbec sami připraveni?

Výsledky tohoto výzkumu mohou ukázat na úspěšnost pronikání institutu DVP do naší reality. Protože použiji výzkum kvantitativní, navíc uskutečněný na omezeném vzorku respondentů, nekladu si v něm za cíl zachytit plnou komplexnost aktuálního stavu v této věci. Půjde mi spíše o jakýsi náhled na současnou situaci, na který by pro hlubší poznání musela v budoucnu navázat šetření dalších výzkumníků.

Výzkumné cíle jsou tvrzení o tom, jaký je účel výzkumu a co se má vyzkoumat. Mohou mít podobu jednoho anebo několika tvrzení (Punch, 2008a, s. 42).

Můj kvantitativní výzkum má tyto dva výzkumné cíle:

1. Zjistit, jestli se pracovníci v domovech pro seniory s institutem DVP ve své praxi setkávají.
2. Zjistit, jakým způsobem s institutem DVP pracují.

5.2 Výzkumné otázky

Výzkumné otázky vycházejí z výzkumných cílů, které dále konkretizují. Se správným způsobem zformulovaných otázek nám přirozeně vyplyne, jaká data budeme potřebovat k jejich zodpovězení. Až když je toto jasné, lze začít formulovat otázky, které budeme pokládat přímo při sběru dat; tedy otázky určené ke kladení v dotazníku při samotném výzkumném šetření. Otázky ke kladení tvoříme tak, aby na ně respondenti výzkumu mohli snadno, tedy bez delšího uvažování, odpovědět. Otázky mají být krátké, jednoduché, jednoznačně a pozitivně formulované (Punch, 2008a, s. 42–45 a 79).

„Problém, který potřebuje řešení, lze přeformulovat do otázek. Podobně výzkumná otázka jako něco, co vyžaduje odpověď, může být vyjádřena jako problém.“ (Punch, 2008b, s. 31)

V rámci tohoto výzkumného šetření bych měl získat odpověď na čtyři níže vyjmenované výzkumné otázky. První výzkumná otázka přitom vychází z prvního výzkumného cíle, zatímco druhá až čtvrtá výzkumná otázka vycházejí z druhého výzkumného cíle.

Vedlejší výzkumné otázky, které zde pro názornost rovněž uvedu, plní pomocnou úlohu – vycházejí z nich totiž konkrétní dotazníkové otázky, tedy otázky určené ke kladení při sběru dat.

Můj kvantitativní výzkum obsahuje následující výzkumné otázky:

1. Setkávají se pracovníci domovů pro seniory s DVP ve své běžné praxi?

2. Snaží se pracovníci domovů pro seniory aktivně pracovat s institutem DVP?
3. Jsou pracovníci v domovech pro seniory připraveny na to s institutem DVP pracovat?
4. Jak pracovníci domovů pro seniory vnímají přínosnost institutu DVP?

Tyto čtyři hlavní výzkumné otázky jsou dále upřesněny za pomoci vedlejších výzkumných otázek. První výzkumnou otázku rozvíjejí následující otázky: Řeší se v praxi domovů pro seniory situace spojené s DVP? Řeší takové situace pracovníci těchto zařízení? Čeho se tyto situace týkají?

Druhou výzkumnou otázku rozvíjejí tyto otázky: Pracují s ním aktivně v administrativní rovině? Pracují s ním aktivně v praktické rovině?

Třetí výzkumnou otázku rozvíjejí následující otázky: Vědí pracovníci skutečně, co to DVP je? Zjišťují si o něm informace? Jsou schopni informace o něm předávat klientům?

Čtvrtou výzkumnou otázku rozvíjejí tyto otázky: Vnímají pracovníci DVP jako přínosné v praktické rovině? Vnímají pracovníci DVP jako přínosné v etické rovině?

5.3 Výzkumné hypotézy

Máme-li zformulovanou výzkumnou otázku, je potřebné vytvořit k ní hypotézu. Hypotéza je předpoklad, který se může následně ukázat jako pravdivý anebo nepravdivý (Walker, 2013, s. 24).

Hypotézy mají ve výzkumu svůj význam tehdy, jestliže jsou odvoditelné z teorie. Je-li teorie správná, pak z ní vycházejí určitá tvrzení. Tato tvrzení jsou hypotézami, které výzkumem testujeme. Samotný výzkum v tom případě skrze ně testuje i tuto teorii. Hypotézy jsou předpokladem toho, co očekáváme, že získáme z výzkumných dat (Punch, 2008b, s. 47 a 59–60).

5.3.1 Teorie k výzkumným hypotézám

Dříve, než předložím k jednotlivým výzkumným otázkám konkrétní výzkumné hypotézy, uvádím teorii, o kterou se při tom budu opírat:

„V praxi se prozatím nejedná o často používaný právní nástroj, byť se začíná nesměle prosazovat alespoň v rámci hospicové péče; i tam jsou to však velmi často zdravotníci, a nikoli sami pacienti, kdo debatu o dříve vyslovených přáních pacienta iniciují.“ (Krejčíková, 2014, s. 86)

Matějek hovoří o tom, že: „Aplikace dříve vysloveného přání v každodenní klinické medicíně

je v českém prostředí minimální nebo pravděpodobně žádná.“ (Matějek, 2015, s. 14)

Jarkovská se ve své kvalifikační diplomové práci zkoumala mimo jiné to, jaký postoj k DVP mají senioři žijící v pobytovém sociálním zařízení. Na základě svého výzkumu zjistila, že žádný ze seniorů-respondentů nevěděl, co dříve vyslovené přání znamená (Jarkovská, 2018, s. 86).

Šušková provedla v rámci své diplomové práce výzkumné šetření týkající se institutu DVP mezi středními zdravotnickými pracovníky (všeobecnými zdravotními sestrami a praktickými zdravotními sestrami) čtyř nemocnic Moravskoslezského kraje. Jedním z výstupů tohoto šetření je, že se s uplatněním DVP pacienta v praxi někdy setkalo necelých 17 % z nich. Dalším z výstupů je zjištění, že střední zdravotničtí pracovníci disponují spíše vyšší informovaností o institutu DVP a k institutu zaujímají spíše kladný postoj (Šušková, 2019, s. 41–51).

Remešová ve své bakalářské práci uskutečnila výzkumné šetření na pracovištích následné intenzivní péče. V něm zjistila, že pouze 13 % zdravotních sester a 8 % zdravotnických asistentů se na svém oddělení někdy setkalo s pacientem, který měl sepsané DVP (Remešová, 2016, s. 51–52).

Dále mě zajímá zákonná povinnost průběžně se vzdělávat, která je daná pro sociálního pracovníka i pro zdravotnické pracovníky:

„Zaměstnavatel je povinen zabezpečit sociálnímu pracovníku další vzdělávání v rozsahu nejméně 24 hodin za kalendářní rok, kterým si obnovuje, upevňuje a doplňuje kvalifikaci. Pokud pracovní poměr sociálního pracovníka u téhož zaměstnavatele netrvá celý kalendářní rok, činí rozsah dalšího vzdělávání jednu dvanáctinu částky rozsahu uvedeného ve větě první za každý kalendářní měsíc trvání pracovního poměru. V případě nepřítomnosti v práci v rozsahu delším než jeden kalendářní měsíc se rozsah dalšího vzdělávání krátí o jednu dvanáctinu celkové částky rozsahu.“ (Zákon č. 108/2006 Sb., § 111)

„(1) Celoživotním vzděláváním se rozumí průběžné obnovování, zvyšování, prohlubování a doplňování vědomostí, dovedností a způsobilosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků v příslušném oboru v souladu s rozvojem oboru a nejnovějšími vědeckými poznatky. (2) Celoživotní vzdělávání je povinné pro všechny zdravotnické pracovníky a jiné odborné pracovníky.“ (Zákon č. 96/2004 Sb., § 53)

5.3.2 Vlastní výzkumné hypotézy a jejich operacionalizace

Nyní předkládám hypotézy tohoto výzkumného šetření. Pro přehlednost uvádím vždy nejprve výzkumnou otázku a následně k ní příslušející výzkumnou hypotézu.

Výzkumná otázka č. 1: Setkávají se pracovníci domovů pro seniory s DVP ve své běžné praxi?

HYPOTÉZA č. 1: Pracovníci domovů pro seniory se ve své běžné praxi s DVP nesetkávají.

Na základě výzkumu, který prováděla Jarkovská a který potvrdil neznalost seniorů ohledně existence institutu DVP, jsem stanovil výzkumnou hypotézu, že se ve své běžné praxi pracovníci DpS s potřebou řešit věci spojené s tímto institutem nesetkávají. Výzkum Šuškové mezi středním zdravotnickým personálem hovoří o 17 % setkání se s uplatněním DVP pacienta. I to je poměrně nízké číslo. Ještě nižší výsledek přinesl výzkum Remešové, který byl ovšem uskutečněn o pár let dříve. Tyto výzkumy sice proběhly ve zdravotnickém prostředí, přesto předpokládám, že vypovídají o obecnější situaci, která má co do činění i s domovy pro seniory.

Výzkumná hypotéza se mi potvrdí za situace, jestliže u otázky ke kladení (zkráceně OKK) č. 6 („Setkáváte se ve vašem zařízení s nutností řešit situace spojené s DVP klienta nejenom v teorii, ale i v praxi?“) bude odpovědí v kategorii odpovědi „ano“ méně než 50 % a současně u OKK č. 7 („Setkal/a jste se Vy osobně s tím, že jste musel/a u konkrétního klienta řešit nějakou záležitost související s DVP?“) bude odpovědí v kategoriích „ano“ a „výjimečně ano“ dohromady méně než 50 %. U první ze zmíněných otázek odpověď „výjimečně ano“ neberu jako dostatečně vypovídající, abych ji zahrnul do běžného setkávání se pracovníků s DVP, protože 1 či 2 případy na celé zařízení je skutečně málo. Naproti tomu u OKK č. 7 pro mě má odpověď „výjimečně ano“ již významnější postavení, protože se jedná o konkrétního pracovníka, který se s těmito případy setkal osobně.

Výzkumná otázka č. 2: Snaží se pracovníci domovů pro seniory aktivně pracovat s institutem DVP?

HYPOTÉZA č. 2: Pracovníci domovů pro seniory s institutem DVP aktivně nepracují.

S ohledem na Krejčíkovou, která ohledně institutu DVP říká, že se v praxi prozatím nejedná o často používaný právní nástroj, jsem stanovil výzkumnou hypotézu, že pracovníci DpS aktivně s možnostmi, které jim institut nabízí, nepracují.

Popřením hypotézy rozumím jak cílenou práci s klienty ve věci DVP, tak i práci na začleňování problematiky DVP do interních materiálů zařízení. Hypotéza se mi potvrdí, jestliže u OKK č. 9 („Máte ve Vašem domově pro seniory problematiku DVP nějakým způsobem podchycenou ve svých interních materiálech (metodikách)?“) odpoví „ano“ méně než 50 % respondentů a současně u OKK č. 5 („Jsou klienti ve vašem domově pro seniory cíleně informováni o možnosti sepsat své DVP?“) odpoví „ano“ méně než 50 % respondentů. Odpověď

„jen v případě jejich zájmu“ neukazuje na aktivní přístup, a mezi kladné odpovědi ji proto nepočítám.

Výzkumná otázka č. 3: Jsou pracovníci v domovech pro seniory připraveni na to s institutem DVP pracovat?

HYPOTÉZA č. 3: Pracovníci v domovech pro seniory na práci s institutem DVP připraveni jsou.

Povinností sociálních pracovníků je upevňování a doplňování vlastní kvalifikace. Proto budu předpokládat, že se v rámci svého průběžného vzdělávání s tímto institutem již měli možnost seznámit. Také v případě zdravotnického personálu existuje systém celoživotního vzdělávání, proto předpokládám, že by na práci s institutem DVP měl být připraven rovněž. Spíše vyšší informovanost o institutu DVP u středních zdravotnických pracovníků potvrdil také výzkum Šuškové. Proto jsem stanovil 3. výzkumnou hypotézu, že pracovníci DpS na práci s institutem DVP připraveni jsou.

Výzkumná hypotéza se mi potvrdí za situace, jestliže budu mít u OKK č. 2 („Máte představu o tom, čeho se týká problematika dříve vysloveného přání pacienta?“) a současně u OKK č. 3 („Zajímáte se v souvislosti se svojí prací o tuto problematiku?“) a současně u OKK č. 4 („V případě zájmu klienta vašeho zařízení o bližší informace týkající se DVP jste aktuálně připraven/a na to mu je poskytnout?“) více jak 50 % odpovědí v kategoriích „ano“ a „ano, částečně“. Za odpověď „ano, částečně“ u prvních dvou otázek se může někdy skrývat i neochota přiznat, že ve skutečnosti v podstatě ne. U třetí otázky ovšem odpověď „ano, částečně“ již předpokládá, že daný pracovník o institutu skutečně něco ví.

Výzkumná otázka č. 4: Jak pracovníci domovů pro seniory vnímají přínosnost institutu DVP?

HYPOTÉZA č. 4: Pracovníci domovů pro seniory v institutu DVP zásadní přínos nevidí.

To, že se v praxi prozatím nejedná o často používaný právní nástroj, jak říká Krejčíková, ukazuje na velmi opatrný přístup všech zúčastněných, tedy i pracovníků, k němu. Domnívám se, že kdyby institut DVP vnímali jako skutečně přínosný, tak by s ním pracovali daleko aktivněji. Výzkum Šuškové sice zjistil spíše kladný postoj středních zdravotnických pracovníků k institutu DVP, u pracovníků DpS ale předpokládám, že zásadní přínos v institutu DVP nevidí.

Výzkumná hypotéza se mi potvrdí, jestliže u OKK č. 10 („Jak vnímáte Vy osobně přínos institutu DVP pro situace týkající se závěru lidského života?“) bude méně jak 50 % odpovědí

v kategoriích „zásadně“ a „částečně“, nebo pokud u OKK č. 11 („Pokládáte DVP za eticky správný přístup pro řešení těchto situací?“) bude méně jak 50 % odpovědí v kategoriích „ano“ a „asi ano“.

5.4 Výzkumný soubor

Výzkumným neboli cílovým souborem jsou všechny objekty, kterých se výzkum nějak týká. Základním výzkumným souborem jsou všechny objekty, které jsou v našem konkrétním výzkumu v roli cílového souboru. Výběrovým souborem neboli vzorkem jsou objekty, které v námi prováděném výzkumu základní soubor zastupují. Jejich reprezentativnost je nutné zajistit vhodnou volbou postupu jejich výběru. Způsobů výběru těchto objektů je mnoho, mezi ty nejčastější patří výběr náhodný, pravděpodobnostní, záměrný a nepravděpodobnostní (Reichel, 2009, s. 76–78 a 86).

Základním výzkumným souborem jsou všechny jednotky patřící do zkoumané skupiny. Výběrovým souborem je jejich vybraná část, která základní výzkumný soubor reprezentuje. Zkoumáme-li celý základní soubor, pak jde o vyčerpávající výběr. Jinak jednotky ze základního výzkumného souboru vybíráme, a to tím způsobem, aby ho dobře reprezentovaly. Objektivitu výběru se docílí nejčastěji náhodností výběru. U prostého náhodného výběru mají vybírané jednotky ze základního souboru stejnou pravděpodobnost, že budou vybrány. U záměrného výběru nejde o náhodnost výběru jednotek ze základního výzkumného souboru, ale o záměr výzkumníka. Může jít například o tu část základního výzkumného souboru, kterou on sám považuje za průměrný příklad tohoto souboru. Tento přístup je ale považován za méně spolehlivý (Chráška, 2007, s. 20–23).

Výzkumným souborem pro tento výzkum jsou pracovníci domovů pro seniory v České republice, konkrétně ti z nich, kteří by se v rámci výkonu své profese mohli s dříve vysloveným přáním klienta setkat. Jedná se tedy jak o pracovníky sociálního úseku domovů pro seniory, tak i o pracovníky úseku zdravotního. Výběrovým souborem pro tento výzkumný projekt jsou pracovníci registrovaných domovů pro seniory (domovy pro seniory zaevidované v Registru poskytovatelů sociálních služeb, který byl zřízen na základě zákona o sociálních službách) v Pardubickém kraji. Konkrétně se jedná o sociální pracovníky, vedoucí zdravotního úseku (např. vrchní sestry), vedoucí přímé péče či vedoucí služby v těchto zařízeních. Tento výzkumný výběrový soubor je záměrným výběrem, protože v domovech pro seniory oslovují pouze tyto konkrétní pracovníky. Také počet domovů pro seniory pro tento výzkum omezují na domovy pro seniory vyskytující se na území Pardubického kraje. Tento záměrný

výběr jsem zvolil i navzdory riziku, že mi záměrný výzkumný vzorek poskytne o něco méně věrohodné informace, než by tomu bylo u výběru náhodného.

5.5 Metoda sběru dat

Sběr dat je proces, který máme mít co nejvíce pod kontrolou. Od oslovení respondentů a distribuce dotazníků až po jejich sběr; a to vše s ohledem na zajištění co nejvyšší míry jejich návratnosti. V doprovodném dopise určeném respondentům jim vysvětlíme, kdo jsme, proč sběr dat provádíme, na co je použijeme a ubezpečíme je o zachování jejich anonymity. Také jim musíme vysvětlit způsob, jakým je třeba dotazník vyplnit (Punch, 2008a, s. 81–82).

Otázky v dotazníku mají být srozumitelné a jednoznačné. Dotazník nemá být příliš rozsáhlý a mají se skrze něj zjišťovat pouze pro výzkum nezbytné údaje. Dotazník má být pro respondenta přehledný. Nejdůležitější otázky se doporučuje umístit do jeho střední části (Chráška, 2007, s. 169–170).

Uzavřené dotazníkové otázky požadují po respondentech, aby si vybrali jednu z nabízených odpovědí. Tím, že v dotazníku nabídneme na výběr odpovědi, současně upřesníme, o jakou informaci nám jde (Walker, 2013, s. 53).

Jako výzkumný nástroj svého kvantitativního výzkumu si zvolím dotazníkové šetření. Použiji k němu dotazník vlastní konstrukce. Tento dotazník obsahuje jedenáct uzavřených otázek, které pro přehlednost přikládám do přílohy této práce. Otázky určené ke kladení jsem se snažil formulovat tak, aby byly krátké, srozumitelné a snadno zodpověditelné. Dotazníková otázka číslo 1 je určena na zjištění informace o pracovním zařazení pracovníka, který dotazník vyplňuje. Dotazníkové otázky číslo 2, 3, 4, 5, 9, 10, a 11 se pojí s druhým výzkumným cílem. Týkají se tedy toho, jakým způsobem pracovníci v domovech pro seniory s institutem dříve vysloveného přání pracují. Dotazníkové otázky číslo 6 a 7 se pojí s prvním výzkumným cílem, tedy se týkají toho, jestli se pracovníci v domovech pro seniory s institutem DVP ve své praxi setkávají. Dotazníková otázka číslo 8 se zabývá zjišťováním konkrétní situace, ve které se s ním setkávají, a váže se tak na oba výzkumné cíle tohoto výzkumu.

Vlastní sběr dat skutečným formou rozeslání hromadného e-mailu vybraným pracovníkům domovů pro seniory v Pardubickém kraji. Jejich e-mailové adresy jsou volně přístupné na webových stránkách těchto zařízení. V e-mailu bude přítomný odkaz na elektronický dotazník. Ten mohou respondenti výzkumu vyplnit zcela anonymně prostřednictvím portálu společnosti Survio. Hromadný e-mail obsahující odkaz na tento dotazník doprovodím

informacemi vysvětlujícími záměr výzkumu a prosbou o spolupráci. Zároveň respondentům výzkumu nabídnu možnost, že jim v případě obhájení své bakalářské práce následně zašlu výsledky tohoto výzkumu. Asi po deseti dnech respondentům výzkumu zašlu další hromadný e-mail, ve kterém jim poděkuji a vyjádřím svoji vděčnost za vyplnění dotazníku. Současně vyzvu ty z nich, kteří mi dotazník z různých důvodů nemohli vyplnit hned na poprvé, jestli by tak nemohli učinit nyní. Všemi těmito kroky budu usilovat o získání co nejvyšší možné míry návratnosti vyplněných dotazníků.

5.6 Zpracování a analýza dat

To, jakým způsobem chceme výzkumná data zanalyzovat, bychom měli mít popsáno již v návrhu projektu výzkumu. Analýza má být provedena tak, aby vedla k zodpovězení výzkumných otázek. K prezentaci výsledku analýzy dat nám může pomoci využití grafů a tabulek (Punch, 2008a, s. 61–62 a 82).

Ke zpracování výzkumem získaných dat chci využít popisnou statistiku. Zejména mě bude zajímat procentuální výskyt jednotlivých proměnných, k jehož prezentaci využiji grafy.

6 Analýza dat

Sběr dat probíhal v poslední srpnové dekádě roku 2020. První hromadný e-mail vybraným pracovníkům DpS jsem odeslal 21. srpna 2020 a druhý hromadný e-mail (s poděkováním těm, kdo vyplnili, a prosbou o vyplnění určenou ostatním) 31. srpna 2020.

Ke zvolenému výběrovému souboru musím poznamenat, že se mi během výzkumu nechtěně rozšířil o několik DpS, které se nacházejí mimo území Pardubického kraje. E-mailové kontakty na konkrétní respondenty výzkumu jsem si zjišťoval na webových stránkách domovů pro seniory. A v jednom případě jsem byl velmi nepozorný a opsal si kontakt na zaměstnance pracujícího nikoli pro jedno konkrétní zařízení, nýbrž pro vícero domovů pro seniory dané sociální služby. Tento pracovník mi poté napsal, že můj e-mail s žádostí o vyplnění dotazníku rozeslal do všech domovů pro seniory, které tato služba provozuje. Tedy i do DpS nacházejících se mimo Pardubický kraj. Protože se mi vyplněné dotazníky scházely anonymně, nemohl jsem následně tato zařízení z výsledků výzkumu odfiltrovat. Cíle mého výzkumu jako takové ovšem nejsou vázány na situaci v samotném Pardubickém kraji. Z toho důvodu jsem se rozhodl při zpracování výsledků tohoto výzkumu nebrat toto nechtěné rozšíření výběrového výzkumného souboru jako chybu a nebudu se jím dále zabývat.

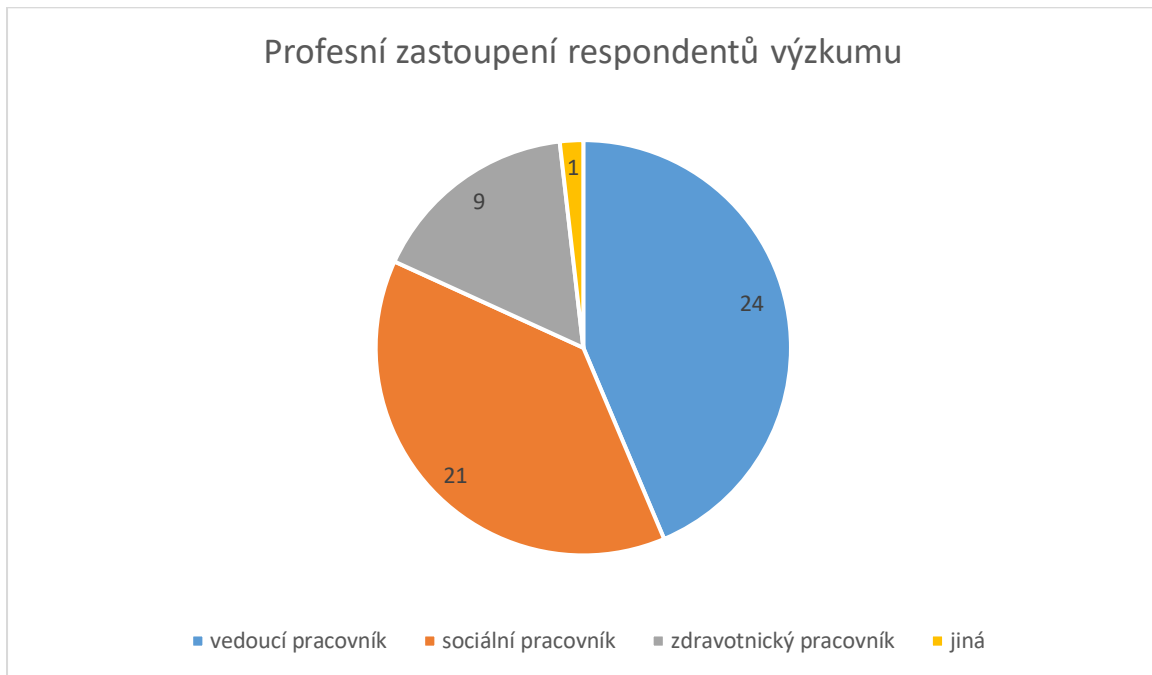
6.1 Respondenti výzkumu

Výzkumné šetření jsem prováděl v celkem 35 domovech pro seniory (jsou v tom zahrnuty i DpS mimo Pardubický kraj, o kterých jsem se zmínil výše). E-mail s žádostí o vyplnění dotazníku obdrželo celkem 93 pracovníků těchto zařízení. Z dotazníkového šetření se mi sešlo dohromady 48 vyplněných dotazníků. Počet respondentů výzkumu tedy činí 51,6 % ze všech oslovených pracovníků. Návratnost dotazníku byla tedy celkem vysoká. Uvedený procentuální údaj je ovšem třeba brát s jistou rezervou. Tím, že jsem rozeslal hromadný e-mail s odkazem na elektronický dotazník, můj dohled nad cestou dotazníku skončil. Jak s ním pak pracovníci dále naložili, bylo už zcela na nich. Do některých domovů pro seniory jsem e-mail zaslal více zaměstnancům současně (např. vrchní sestře, sociální pracovníci a vedoucí sociálního úseku). Netuším, v kolika případech mi tito zaměstnanci vyplnili dotazník každý sám za sebe a v kolika se mezi sebou domluvili a někdo z nich mi ho vyplnil zástupně za celé zařízení. To vše má vliv na procentuální míru skutečné návratnosti dotazníků, která se proto nedá jednoznačně stanovit. První otázku v dotazníku jsem položil pouze za účelem ověření si skutečnosti, kteří zaměstnanci z DpS se mého výzkumu zúčastnili. Měli mi v ní zatrhnout, jaká je jejich profese. Dal jsem jim

na výběr z těchto možností:

1. Vedoucí pracovník.
2. Sociální pracovník.
3. Zdravotnický pracovník.
4. Jiná odpověď.

Dotazníkového šetření se zúčastnili výše zmíněné profese v následujícím zastoupení:



Graf č. 1. Profese pracovníků DpS účastnících se tohoto výzkumného šetření.

Tato otázka nebyla pro cíle tohoto výzkumného šetření sama o sobě nijak důležitá. Ověřil jsem si skrze ni ale skutečnost, že výzkumu se zúčastnili jak sociální pracovníci, tak vedoucí pracovníci, a dokonce i několik zdravotnických pracovníků. Pod kategorií „jiná“, která umožňovala alternativní způsob odpovědi, se jednalo o metodičku zařízení. Zastoupení jsou tedy respondenti zahrnující reprezentativní spektrum profesí vyskytujících se v domovech pro seniory, což je pro tento výzkum přínosné.

U této otázky se mi od 48 respondentů výzkumu sešlo 55 odpovědí. Vysvětlit by se to dalo nejspíše tak, že někteří z nich pracují v dané sociální službě současně jako vedoucí pracovník a jako sociální pracovník (popřípadě jako vedoucí pracovník a zdravotnický pracovník).

6.2 Analýza dat u jednotlivých výzkumných otázek

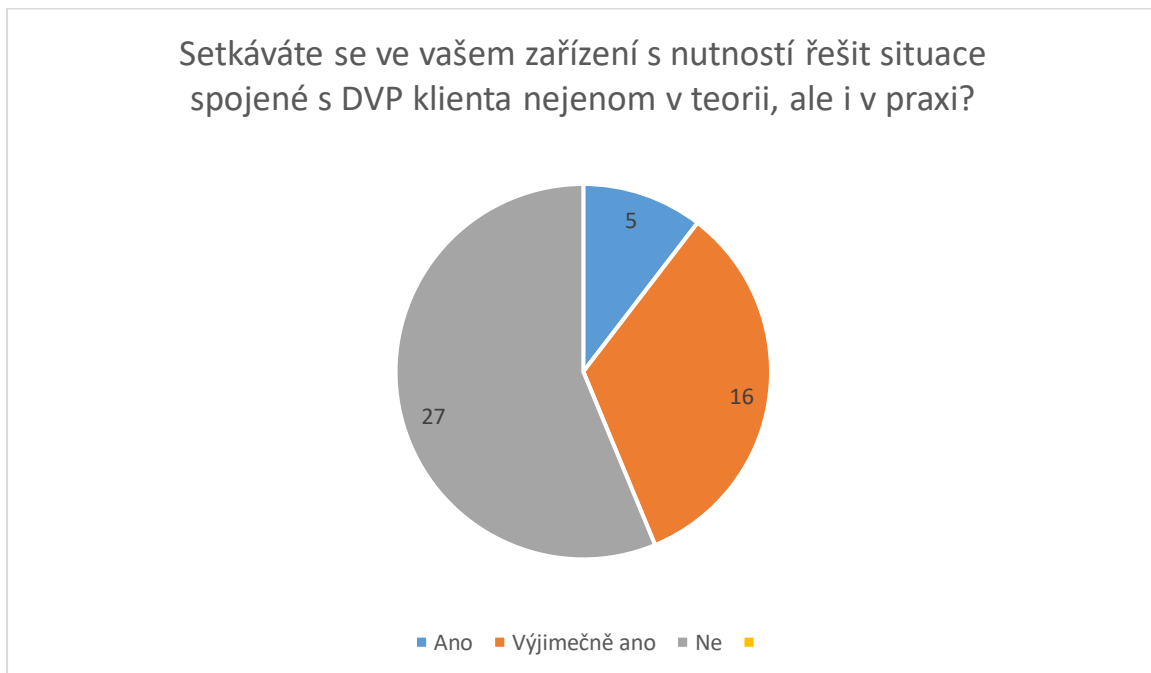
V této části práce představím výzkumem získaná data, popíši je za pomoci popisné statistiky a odprezentuji formou výsečových grafů. Postupovat přitom budu po jednotlivých výzkumných otázkách, od otázky první postupně až po otázku čtvrtou.

U každé výzkumné otázky nejprve připomenu, které dotazníkové otázky (neboli otázky určené ke kladení) se k ní vztahují. Poté odprezentuji data získaná právě k těmto otázkám. A nakonec získaná data posoudím ve vztahu k výzkumné hypotéze, abych si ověřil její platnost.

6.2.1 Setkávají se pracovníci domovů pro seniory s DVP ve své běžné praxi?

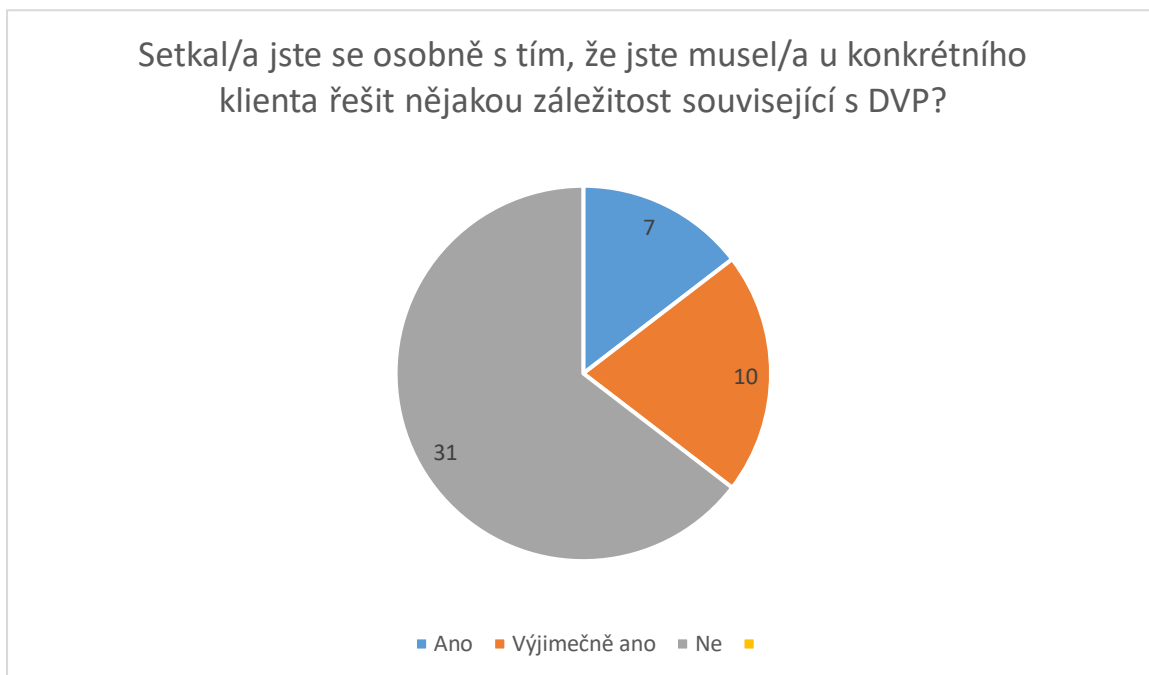
K této 1. výzkumné otázce se vztahují otázky určené ke kladení při sběru dat (zkráceně OKK) číslo 6, 7 a 8.

Ukážeme si nyní graficky, jak se to má s výsledky u OKK č. 6:



Graf č. 2. Souhrn odpovědí na dotazníkovou otázku číslo 6.

U OKK číslo 7 jsou výsledky výzkumu následující:



Graf č. 3. Souhrn odpovědí na dotazníkovou otázku číslo 7.

Hypotéza k první výzkumné otázce zněla, že se zaměstnanci těchto zařízení ve své běžné praxi s potřebou řešit věci spojené s DVP nesetkávají. K jejímu potvrzení jsem čekal méně jak 50 % odpovědí „ano“ u otázky ke kladení (OKK) číslo 6 a současně s tím také méně jak 50 % odpovědí „ano“ a „výjimečně ano“ u otázky č. 7.

V případě OKK č. 6 je odpověď „ano“ u celkem 5 ze 48 odpovědí, což činí pouhých 10,4 %. O dost četnější je odpověď „výjimečně ano“, která je zastoupena z 33,3 %, vyskytuje se tedy v celé jedné třetině získaných odpovědí. Součet odpovědí „ano“ a „výjimečně ano“ tedy činí 21 odpovědí z 48, tedy 43,7 %. V případě OKK č. 7 se s odpovědí „ano“ dostáváme na 14,6 % respondentů, tedy o trochu výše než u předchozí otázky. Odpověď „výjimečně ano“ se ovšem objevila jen u deseti respondentů výzkumu, což činí 20,8 % z jejich celkového počtu. Součet odpovědí „ano“ a „výjimečně ano“ je 17 a tvoří dohromady 35,4 %, což je ve výsledku méně než u předchozí otázky ke kladení. Ani v jednom případě tedy nebylo dosaženo 50 % ze všech odpovědí. A to je v souladu s předpokladem první výzkumné hypotézy. Hypotézu, že se ve své běžné praxi zaměstnanci s řešením problematiky DVP nesetkávají, tak tento výzkum potvrdil.

6.2.2 Situace, v nichž pracovník řeší DVP klienta

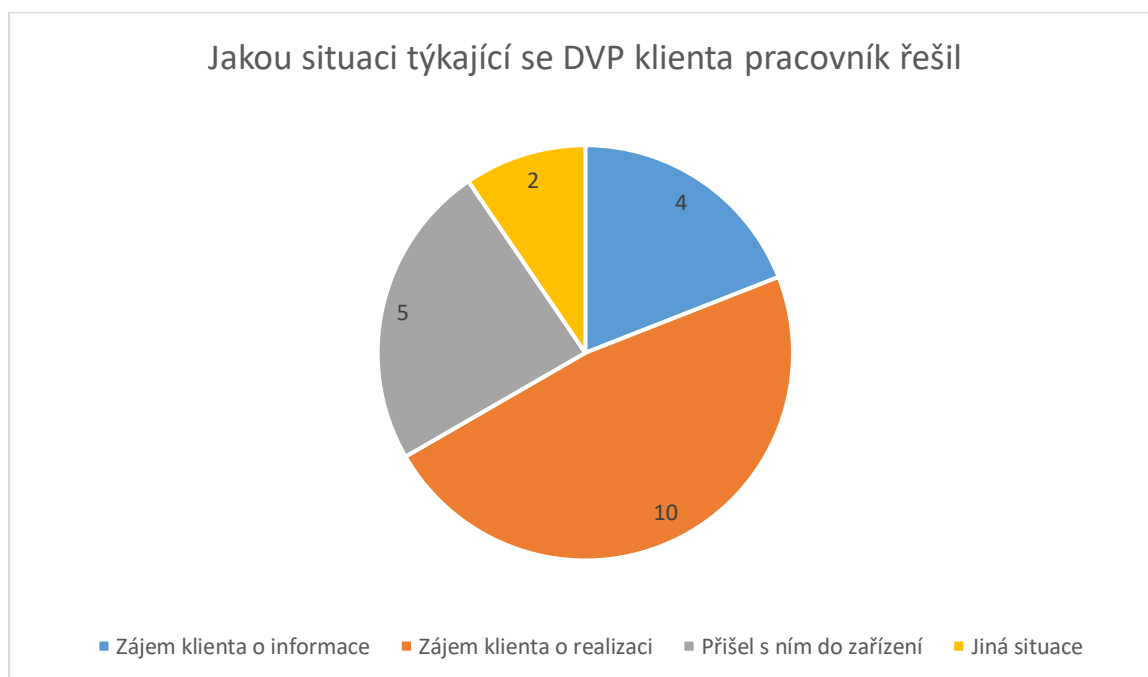
Výsledek výzkumného šetření u OKK číslo 8 sice patří také k 1. výzkumné otázce,

ale vztahuje se ve své podstatě k oběma výzkumným cílům. Tato dotazníková otázka dává částečnou odpověď na to, v jakých situacích pracovníci s DVP klientů pracují. V OKK č. 7 jsem se jich ptal, jestli se osobně setkali s tím, že museli u klienta řešit nějakou věc související s DVP, a v OKK č. 8 jsem požádal ty z nich, kteří mi u předchozí otázky odpověděli „ano“ nebo „výjimečně ano“, aby mi upřesnili, o jakou situaci se jednalo.

Respondenti výzkumu si mohli vybrat z následujících odpovědí:

1. Klient měl zájem o informace týkající se DVP pacienta.
2. Klient měl zájem realizovat své vlastní DVP.
3. Klient přišel do zařízení s již sepsaným DVP.
4. Jiná situace.

S výsledky výzkumu u OKK č. 8 se to má takto:



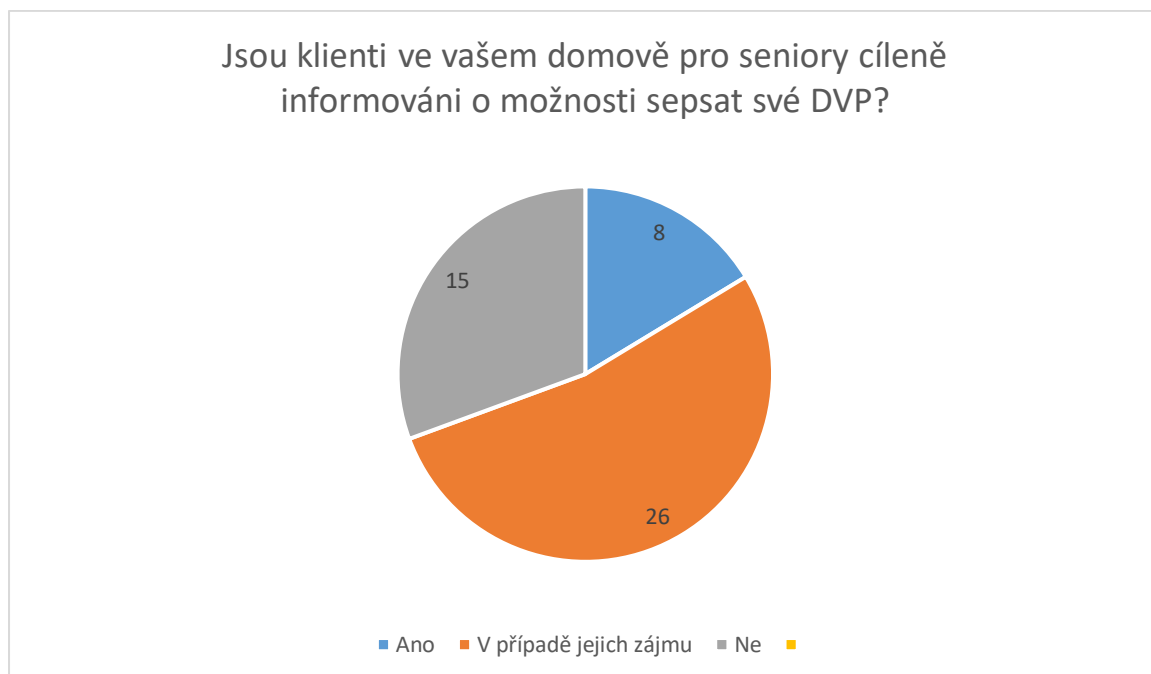
Graf č. 4. Souhrn odpovědí na dotazníkovou otázku číslo 8.

Ze získaných dat vyplývá, že se pracovníci domovů pro seniory s řešením situací spojených s DVP klienta setkávají v případě edukace klienta ve věci DVP (4 případy), v případě klientů, kteří do DpS přicházejí s již sepsaným DVP (5 případů), i v případě klienta požadujícího sepsání svého DVP (10 případů). Toto výzkumné šetření tedy ukázalo na skutečnost, že u pracovníků, kteří se s potřebou řešit záležitosti spojené s DVP klientů již ve své praxi setkávají, k tomu dochází v širším spektru různých situací.

6.2.3 Snaží se pracovníci DpS aktivně pracovat s institutem DVP?

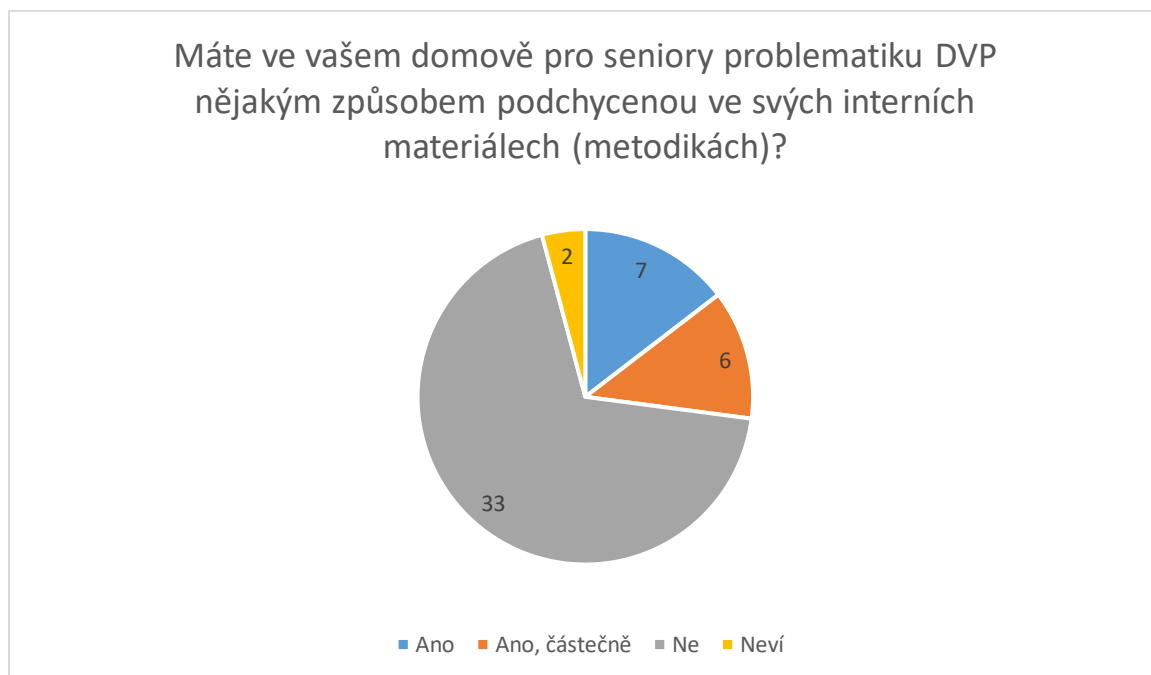
Ke 2. výzkumné otázce se vztahují otázky určené ke kladení číslo 5 a číslo 9.

Podívejme se nyní na výsledek u OKK č. 5:



Graf č. 5. Souhrn odpovědí na dotazníkovou otázku číslo 5.

Podívejme se nyní také na výsledky výzkumného šetření u OKK č. 9:



Graf č. 6. Souhrn odpovědí na dotazníkovou otázku číslo 9.

Druhá výzkumná hypotéza předpokládala, že domovy pro seniory s možnostmi, které jim institut nabízí, aktivně nepracují. Pro její potvrzení jsem očekával méně jak 50 % odpovědí „ano“ u OKK č. 5 a současně méně jak 50 % odpovědí „ano“ u OKK č. 9.

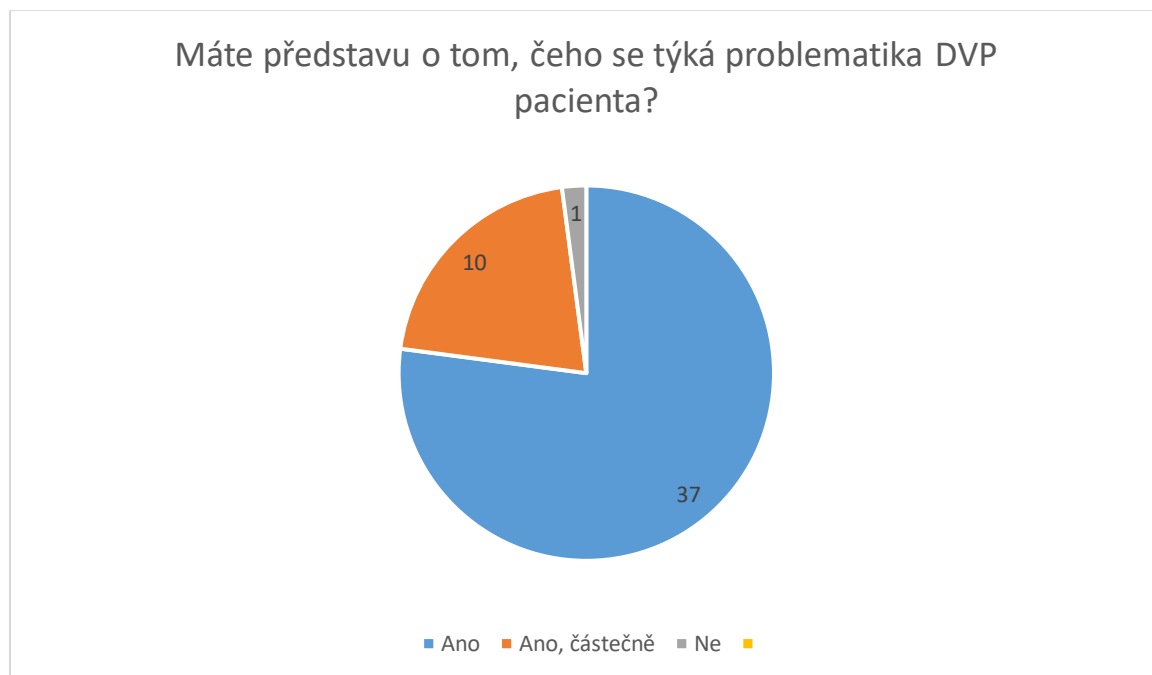
U OKK č. 9 byla odpověď „ano“ v 7 případech, u OKK č. 5 v 8 případech. Procentuálně to činí 14,6 %, respektive 16,7 %. Oba tyto výsledky se tedy pohybují hluboko pod hranicí předpokládanou ve výzkumné hypotéze. Odpověď „ano, částečně“ (u OKK č. 9) neberu pro posuzování platnosti hypotézy za dostatečnou z toho důvodu, že slůvko „částečně“ může zakrýt nejednoznačnosti v této věci, ať už na straně toho, co metodiky ve skutečnosti vlastně obsahují, nebo na straně toho, jak tyto metodiky zná a chápe sám dotazovaný. A u kategorie odpovědi „v případě jejich zájmu“ (u OKK č. 5) se nejedná o aktivní přístup zaměstnanců k práci s institutem DVP.

Hypotézu o tom, že domovy pro seniory s možnostmi, které jim institut DVP nabízí, aktivně nepracují, výsledek tohoto výzkumu potvrzuje.

6.2.4 Jsou pracovníci DpS připraveni na to s institutem DVP pracovat?

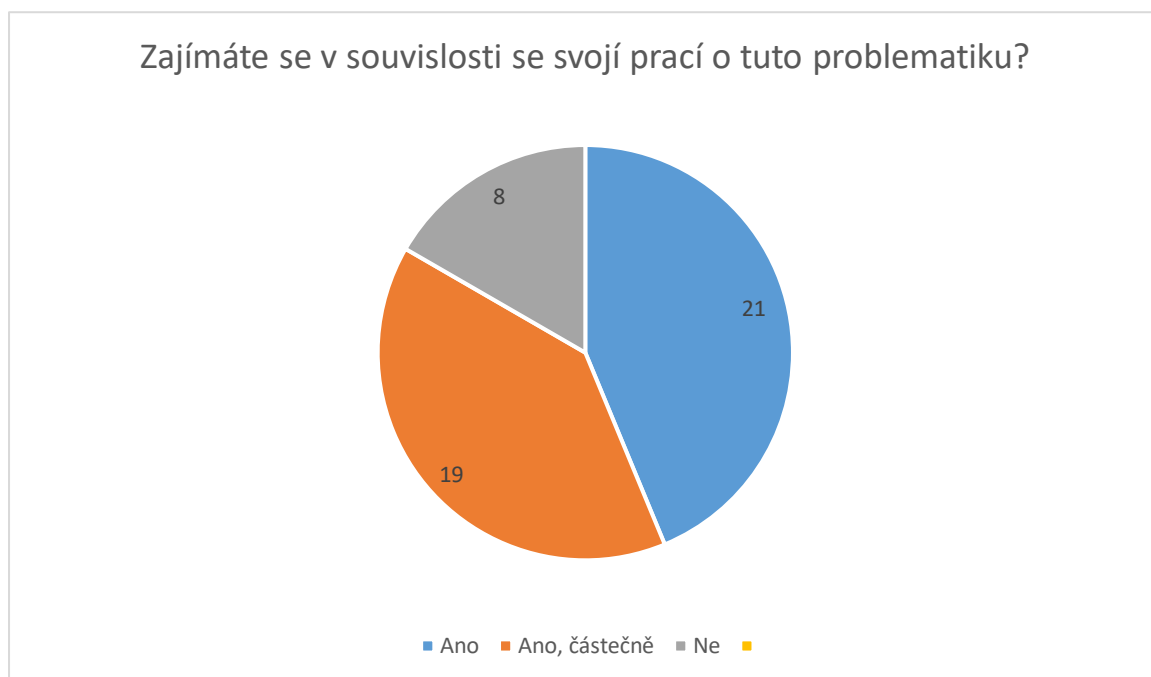
K 3. výzkumné otázce se vztahují otázky určené ke kladení při sběru dat číslo 2, číslo 3 a číslo 4.

Nejprve se podívejme na výsledek výzkumu u OKK č. 2:



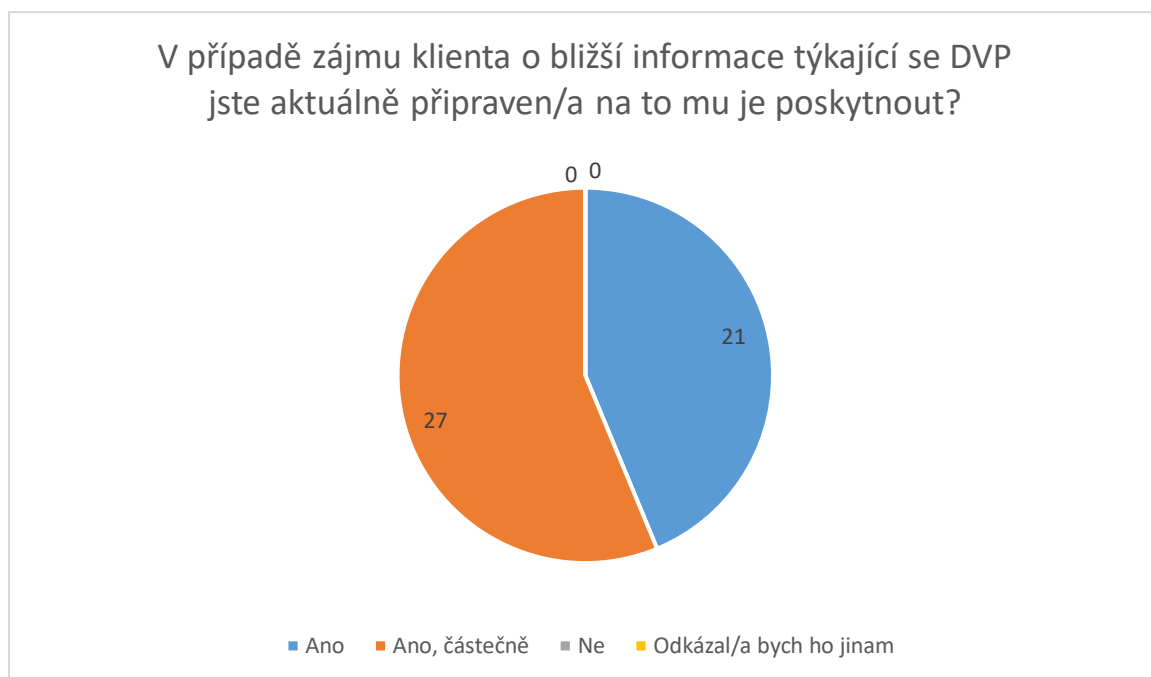
Graf č. 7. Souhrn odpovědí na dotazníkovou otázku číslo 2.

Výsledek výzkumu v případě OKK č. 3 je následující:



Graf č. 8. Souhrn odpovědí na dotazníkovou otázku číslo 3.

Nyní se podíváme na výsledky výzkumu u OKK č. 4:



Graf č. 9. Souhrn odpovědí na dotazníkovou otázku číslo 4.

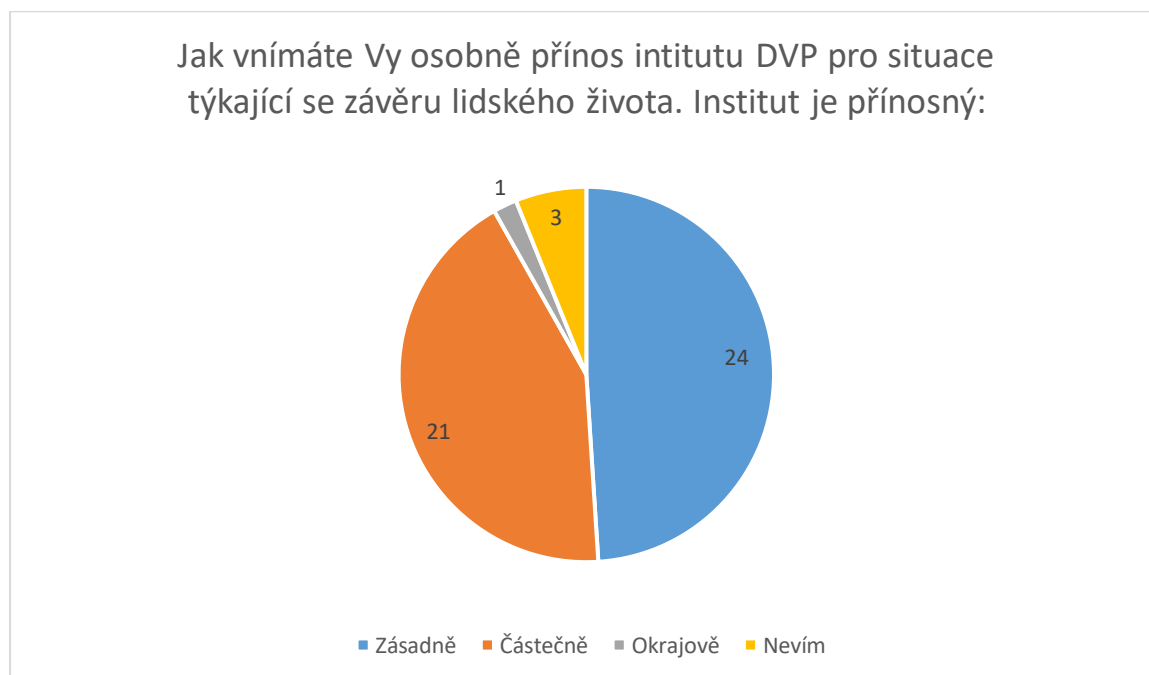
Třetí výzkumná hypotéza říkala, že pracovníci v domovech pro seniory na práci s institutem DVP připraveni jsou. Pro její potvrzení jsem předpokládal u OKK č. 2 a současně u OKK č. 3 a současně u OKK č. 4 více jak 50 % odpovědí v kategoriích „ano“ a „ano, částečně“.

V případě OKK č. 2 součet odpovědí „ano“ a „ano, částečně“ činí 47, což představuje 97,9 % ze všech získaných odpovědí. Tento výsledek tedy vysoce převyšuje 50 %, které potřebujeme u každé OKK k potvrzení výchozí hypotézy. U OKK č. 3 odpovědi „ano“ a „ano, částečně“ činí v součtu 83,3 % ze všech odpovědí. Situace je tedy také celkem jednoznačná, jako tomu bylo u předchozí otázky. U OKK č. 4 odpovědi „ano“ a „ano, částečně“ činí dokonce celých 100 % ze získaných odpovědí. Protože i u předchozích dvou otázek ke kladení součet odpovědí „ano“ a „ano, částečně“ vysoce překročil 50 %, třetí výzkumná hypotéza o tom, že zaměstnanci v domovech pro seniory na práci s institutem DVP připraveni jsou, se výzkumem jednoznačně potvrdila.

6.2.5 Jak pracovníci domovů pro seniory vnímají přínosnost institutu DVP?

Ke 4. výzkumné otázce se vztahují otázky určené ke kladení při sběru dat číslo 10 a číslo 11.

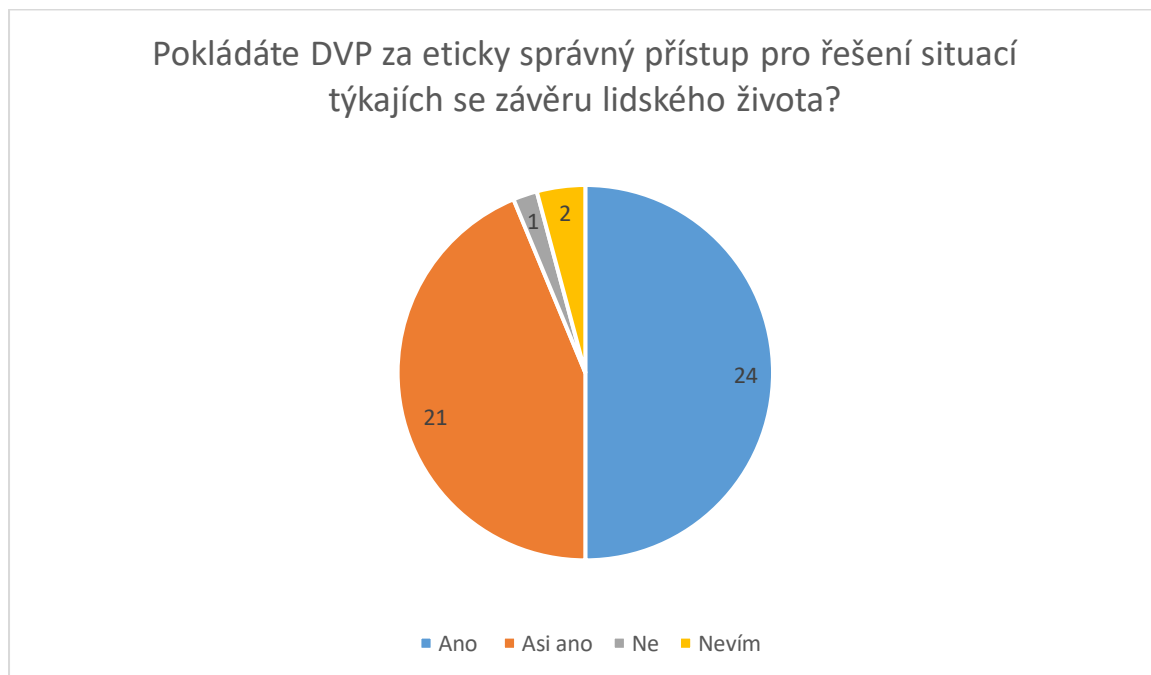
U OKK č. 10 výzkum přinesl tyto výsledky:



Graf č. 10. Souhrn odpovědí na dotazníkovou otázku číslo 10.

Zajímavé je, že se mi v případě této otázky sešlo 49 odpovědí namísto obvyklých 48. Vysvětluji si to tím, že některý z respondentů výzkumu označil současně dvě odpovědi. Protože odpověď „zásadně“ je naprosto jednoznačná, domnívám se, že některý z respondentů výzkumu současně s odpovědí „nevím“ označil i odpověď „částečně“, popřípadě odpověď „okrajově“.

U OKK č. 11 jsou výsledky následující:



Graf č. 11. Souhrn odpovědí na dotazníkovou otázku číslo 11.

Čtvrtá výzkumná hypotéza říkala, že pracovníci domovů pro seniory zásadní přínos v institutu DVP nevidí. Pro její potvrzení jsem očekával buď u OKK č. 10 méně jak 50 % odpovědí v kategoriích „zásadně“ a „částečně“, anebo méně jak 50 % odpovědí v kategoriích „ano“ a „asi ano“ u OKK č. 11.

V případě OKK č. 10 přínosnost institutu DVP jako zásadní vnímá 24 respondentů, což činí 49 % z celkového množství odpovědí. Dalších 42,9 % respondentů vnímá jeho přínosnost také, ačkoli o něco méně jednoznačně (jako částečnou). Součet odpovědí „zásadně“ a „částečně“ ve výsledku činí 45, což představuje 91,8 % ze všech získaných odpovědí. U OKK č. 11 vnímá institut DVP jako eticky správný v kategorii odpovědi „ano“ 24 respondentů, což činí celých 50 % ze získaných odpovědí. Součet odpovědí „ano“ a „asi ano“ je 45, jedná se o 93,7 % ze všech získaných odpovědí. V případě obou OKK jde o výsledky naprosto jednoznačné a popírající vstupní výzkumnou hypotézu. Tato výzkumná hypotéza se tedy výzkumem nepotvrdila. Naprostá většina respondentů výzkumu vidí institut DVP jako přínosný k řešení situací souvisejících se závěrem lidského života.

6.3 Diskuse

Nyní se vrátím k výzkumným cílům této práce a budu se zamýšlet nad tím, jaké odpovědi jsem na ně skrze toto výzkumné šetření získal. Protože nevím o jiných výzkumech, které by se týkaly stejné problematiky, tedy současnému využití DVP v prostředí domovů pro seniory, budu výsledky tohoto výzkumu zasazovat do obecného kontextu, popřípadě srovnávat s výzkumem Šuškové, přestože byl tento zaměřen na nemocniční prostředí (Šušková, 2019).

6.3.1 První výzkumný cíl

První výzkumný cíl tohoto výzkumu zněl: Zjistit, jestli se pracovníci v domovech pro seniory s institutem DVP ve své praxi setkávají. Na tento výzkumný cíl byla navázána první výzkumná otázka.

Ze získaných dat u dotazníkové otázky č. 6 (OKK č. 6) vyplynulo, že více jak čtyři z deseti pracovníků domovů pro seniory se s touto problematikou v DpS již setkává. Součet odpovědí „ano“ a „výjimečně ano“ činil 21 z celkových 48, tedy 43,7 %. Co se týče osobního řešení nějaké situace týkající se DVP samotným respondentem (OKK č. 7), součet odpovědí „ano“ a „výjimečně ano“ tvořil dohromady 35,4 %. Oba výsledky se pohybují nad jednou třetinou odpovědí, a kdybych je zprůměroval, nacházejí se u hranice 40 % (přesně je to 39,55 %). Zajímavé je, že na OKK č. 7 odpovědělo kladně 7 respondentů, zatímco na OKK č. 6 pouze 5 respondentů. To je trochu paradoxní. Osobní setkání se s problematikou DVP je přece konkrétnější než setkání se s ní v rámci celého zařízení, na které se ptala předchozí otázka a kde bylo odpovědí „ano“ pouze 5. Znamená to tedy, že dva respondenti výzkumu se sice osobně vypořádávali s řešením věci související s DVP klienta při své práci, ale v rámci celého domova pro seniory považují setkání se s ní za výjimečnou věc.

Ačkoli se mi u první výzkumné otázky potvrdila výzkumná hypotéza, že se pracovníci s institutem DVP ve své běžné praxi nesetkávají, výsledek výzkumného šetření v této věci přesto není úplně špatný. Jestliže se čtyři z deseti pracovníků DpS při své práci s tímto institutem alespoň někdy setkali, nejedná se už o zcela výjimečný jev. Nicméně větší část ze skupiny pracovníků, kteří se takto vyslovili, tak učinili v případě obou OKK v kategorii odpovědi „výjimečně ano“. Tedy, že se s ním setkali v jednom či ve dvou případech, a to je stále málo. Pohled Krejčíkové z roku 2014, že se v případě DVP prozatím nejedná o často používaný právní nástroj, se mi více méně potvrdil i v tomto výzkumném šetření uskutečněném v DpS v roce 2020 (Krejčíková, 2014, s. 86).

Pokud ovšem porovnáím výsledek svého šetření s výsledkem výzkumu Šuškové (Šušková, 2019), která u středního zdravotnického personálu nemocnic zjistila setkání se s DVP v praxi u necelých 17 % pracovníků, tak se přesto pohybují na více než dvojnásobku jejího zjištění. Vzhledem k tomu, že Šušková své dotazníkové šetření realizovala v první třetině roku 2019, nelze tento rozdíl zdůvodnit tím, že by během tak krátké doby mohlo dojít k tak výraznému kladnému posunu ve využívání tohoto institutu. Šušková dělala svůj výzkum v nemocnicích v Moravskoslezském kraji a dělala ho na různých odděleních těchto nemocnic. Vliv na rozdílný výsledek mohl mít rozdíl mezi zdravotním a sociálním pobytovým zařízením a specifika jejich uživatelů. Hlavní vliv na rozdílné výsledky ale mělo asi to, že do oblasti setkávání se pracovníka s DVP v praxi jsem řadil také jeho edukaci klienta v této věci a pomoc s realizací klientova DVP. Oproti tomu Šušková se ptala na „zkušenost s uplatněním DVP klienta v praxi“. Jednalo se tedy pouze o situace, v nichž již měl klient své DVP sepsané (a nikoli ty, kdy by se teprve k jejich sepisování chystal). Vzájemné porovnávání výsledků těchto výzkumů je tedy obtížné proto, že pro pojem „setkávání se pracovníků s DVP v praxi“ jsem zvolil jiná kritéria než Šušková. Má to souvislost s jiným pojetím sociální a zdravotní služby. V té sociální může být uživatel již v době, kdy jeho zdravotní obtíže teprve začínají a je zde čas a prostor pro realizaci jeho DVP. Za této situace je i jeho edukace a pomoc s realizací součástí setkávání se pracovníků s institutem v praxi.

Z dat získaných z OKK č. 8 vyplynulo, že situace, ve kterých pracovník DpS řeší věci týkající se DVP klienta, jsou různé. Jedná se jak o situace související s přijetím klienta do zařízení, tak edukace klienta o institutu, tak i o vlastní sepsání DVP klientem. Odpovídat na OKK č. 8 měli ti z respondentů výzkumu, kteří již mají za sebou konkrétní zkušenost s tím, že nějakou záležitost týkající se DVP klienta sami řešili. Těchto respondentů bylo sedmnáct (vycházím přitom z počtu odpovědí „ano“ a „výjimečně ano“ u OKK č. 7), ovšem na otázku se mi sešlo 21 odpovědí. Vysvětlit se to dá tím, že se konkrétní respondent osobně setkal s více různými situacemi, ve kterých s DVP klienta pracoval. To by mohlo nepřímou poukazovat na to, že v některých DpS už není setkávání se s institutem DVP až tak výjimečné, zatímco v jiných výjimečným stále zůstává.

Odpověď na první cíl výzkumu je, že se pracovníci v DpS již s institutem DVP setkávají začínají, ačkoli se zatím jedná stále o poměrně malý počet případů.

6.3.2 Druhý výzkumný cíl

Druhý výzkumný cíl tohoto výzkumu zněl: Zjistit, jakým způsobem pracovníci v DpS s institutem DVP pracují. Na tento výzkumný cíl byla navázána 2. až 4. výzkumná otázka a rovněž s ním souvisejí konkrétní situace setkávání se pracovníků s institutem z OKK č. 8. Z výzkumu vzešlé odpovědi na tyto otázky přinesly zjištění, že pracovníci s možnostmi, které jim institut nabízí, aktivně nepracují. Nicméně na práci s ním připraveni jsou, institut jako takový vnímají pozitivně a v případě potřeby s ním pracují jak na rovině edukace, tak na rovině realizace klientova DVP.

Z dotazníkové otázky OKK č. 5 vyplynulo, že aktivní cílená edukace klientů ve věci DVP probíhá v 16,3 % domovů pro seniory (celkem 8 odpovědí „ano“). U kategorie odpovědi „v případě jejich zájmu“ se nejedná o aktivní přístup zaměstnanců k práci s institutem DVP, ale o přístup pasivní. Reagují v tomto případě až na podnět, který přišel od klienta samotného. Přesto mě četnost této odpovědi, která činí 53,1 % z celkového počtu získaných odpovědí (tj. 26 ze 49), pozitivně překvapila. Vypovídá to o ochotě pracovníků vypořádat se s podobnou zakázkou vzešlou přímo od uživatele dané pobytové služby. Také to podporuje závěry tohoto výzkumu ve věci připravenosti pracovníků na práci s tímto institutem.

Z dotazníkové otázky č. 9 vyplynulo, že ani na teoretické úrovni (metodiky DpS) se s institutem DVP v domovech pro seniory zatím příliš nepracuje. Na tuto otázku ke kladení odpovědělo jednoznačně kladně pouze sedm respondentů výzkumu, což činí 14,6 % ze všech odpovědí. Naproti tomu naprosto jednoznačná odpověď „ne“ u 33 respondentů výzkumu (69 %) ukazuje na to, že metodiky domovů pro seniory otázku DVP zatím většinou neřeší.

Z OKK č. 2, 3 a 4 vyplynulo, že pracovníci DpS mají zájem pracovat na vlastní připravenosti k práci s institutem DVP. Již nyní mají prakticky všichni představu o tom, čeho se institut týká (součet odpovědí „ano“ a „ano, částečně“ činil 47, což bylo 97,9 % ze všech získaných odpovědí), většina z nich se o tuto problematiku stále zajímá (odpovědi „ano“ a „ano, částečně“ činily v součtu 83,3 % ze všech odpovědí) a všichni oslovení respondenti jsou v případě potřeby připraveni klientovi poskytnout o institutu DVP informace (všichni zvolili buď odpověď „ano“, anebo odpověď „ano, částečně“). Výsledek u OKK č. 3 o tom, že se zaměstnanci o problematiku DVP zajímají, se přirozeně prolíná s dalšími výsledky, že o této problematice vědí a jsou připraveni o ni podat informaci. Za pozornost ovšem stojí nezvykle vysoký počet odpovědí „ano“ u OKK č. 2, která se týká představy o tom, čeho se institut DVP týká. Tuto naprosto jednoznačnou odpověď zvolilo 37 respondentů výzkumu, což činí z celkového počtu

48 respondentů 77,1 %. U další nabízené varianty odpovědi „ano, částečně“ totiž není úplně jisté, jestli si daný pracovník pouze nefandí a jestli institut DVP skutečně zná. Proto je příjemným překvapením vysoké procento u jednoznačné varianty odpovědi „ano“. Tento výsledek koresponduje se závěrem výzkumu Šuškové o situaci s informovaností středních zdravotnických pracovníků v nemocnicích o institutu DVP, která je spíše vyšší (Šušková, 2019, s. 48–49).

Z OKK č. 10 a 11 vyplynulo, že pracovníci vnímají institut DVP pro řešení situací týkajících se závěru lidského života jako přínosný a že ho považují za eticky správný přístup. Přínosnost institutu jako zásadní vnímalo 24 respondentů (tj. 49 % z celkového množství odpovědí), což je překvapivě vysoký výsledek. Dalších 21 respondentů (42,9 %) vnímalo jeho přínosnost jako částečnou. Součet odpovědí „zásadně“ a „částečně“ představoval 91,8 % ze všech získaných odpovědí. U dotazníkové otázky na etickou správnost řešení situací závěru lidského života za pomoci institutu DVP byly odpovědi naprosto identické. Jednoznačná odpověď „ano“ byla u 24 respondentů a varianta odpovědi „asi ano“ u 21 respondentů výzkumu. Vypadá to tedy, že ten, kdo vnímá institut DVP jako přínosný pro situace závěru lidského života, ho rovněž vnímá jako eticky správný přístup pro řešení těchto situací. Tento výsledek rovněž koresponduje s výzkumem Šuškové mezi středními zdravotnickými pracovníky. Ti zaujímali k institutu DVP spíše kladný postoj (Šušková, 2019, s. 49–51).

Respondenti výzkumu tedy institut DVP vnímají jako přínosný a eticky správný přístup pro řešení situací souvisejících se závěrem lidského života. Tento výzkumný výsledek ovšem nekoresponduje s teoretickou částí této práce, ve které jsem se zabýval jeho etickou nejednoznačností a kritickou reflexí jeho přínosnosti. Možné vysvětlení tohoto nesouladu je to, že se pracovníci DpS nezabývají institutem DVP z pozice jeho kritického zkoumání, ale snaží se v něm vidět zejména jeho praktickou využitelnost pro své klienty. Je-li tomu skutečně tak, pak se ale vynořuje jiná otázka. Jestliže pracovníci DpS vnímají institut DVP celkově pozitivně, proč je jedním z výsledků získaných z tohoto výzkumu to, že se o aktivní práci s institutem nesnaží? Odpověď na tento rozpor neznám.

Odpověď na druhý cíl výzkumu je ta, že pracovníci DpS s institutem DVP pracují zatím spíše pasivně než aktivně. Na práci s ním ovšem většinou připraveni jsou, a to navzdory tomu, že s institutem DVP zatím zpravidla nepočítají ani metodiky DpS. Institut samotný vnímají pracovníci jako přínosný a jsou ochotní se v této věci dále vzdělávat.

6.4 Význam a limity výzkumného šetření

Hlavní přínos tohoto výzkumného šetření spočívá v tom, že se zabývá problematikou, která dosud není dostatečně prozkoumána. Problematikou pronikání institutu DVP do prostředí domovů pro seniory, v obecné rovině problematikou šíření institutu v naší společnosti.

Limitů má toto výzkumné šetření mnoho. Jedná se o kvantitativní výzkumné šetření, navíc uskutečněné na malém výzkumném vzorku. Pro šetření byl zvolen záměrný výběrový soubor oproti přesnějšimu náhodnému. Dotazníkové otázky byly uzavřené, a nebyly proto schopny postihnout širší škálu odpovědí. U respondentů výzkumu jsem si nezjišťoval délku jejich pracovní praxe, což mohlo mít negativní vliv na relevantnost jejich odpovědí. To vše má značný negativní dopad na validitu tohoto výzkumného šetření. Také skutečnost, že jsem ve výzkumu umožnil, aby mi za konkrétní domov pro seniory dotazník vyplnil jak jeden respondent, tak více respondentů současně, mohla přinést do některých jeho výsledků zkreslení. Tento výzkum proto vnímám jako pokus o dílčí vhled do problematiky a je mi jasné, že z něj nelze činit žádné obecně platné závěry.

Závěr

Tato bakalářská práce byla věnována problematice dříve vysloveného přání v prostředí domovů pro seniory se zaměřením na současné využití tohoto institutu v nich. V teoretické části této práce jsem se postupně zabýval tím, čeho se institut dříve vysloveného přání týká, jaký vliv má jeho sepsání na řešení budoucí zdravotní situace pacienta, co má společného se závěrem lidského života a s paliativní péčí a jakým způsobem mohou s tímto institutem domovy pro seniory pracovat. Věnoval jsem se také etickým otázkám spojeným s tímto institutem, dilematům moderní medicíny a limitům přínosnosti institutu pro konkrétního klienta. Z tohoto teoretického základu vyplynulo, že dříve vyslovené přání klienta domova pro seniory může mít zásadní dopad na způsob řešení rizikových situací spojených se závěrem jeho života. Proto se institut DVP může stát užitečným nástrojem, který mohou pracovníci těchto zařízení využívat při své práci s klientem. Sociální pracovník domova pro seniory může s tímto nástrojem pracovat jak na rovině edukační, tak i praktické realizační.

Ve výzkumné části této práce jsem se zaměřil na aktuální využití institutu DVP v domovech pro seniory. Výzkumné cíle se týkaly otázek, jestli se pracovníci v těchto pobytových sociálních zařízeních s institutem DVP při své práci setkávají a jakým způsobem s ním pracují. Samotné šetření jsem zrealizoval mezi pracovníky v domovech pro seniory převážně v Pardubickém kraji. Pro svůj kvantitativní výzkum jsem zvolil metodu dotazníkového šetření s uzavřenými výběrovými otázkami. Z analýzy výsledků tohoto šetření jsem se dozvěděl, že se pracovníci domovů pro seniory s institutem DVP ve své praxi již setkávat začínají, i když to stále ještě není zcela běžné. Jedná se zatím o menšinový jev, ale nikoli zcela výjimečný. S institutem pracují spíše pasivně než aktivně, na práci s ním nicméně připraveni jsou. Aktuální stav využití institutu DVP v prostředí DpS tedy není jednotný. Existují jak zařízení, která se s tímto institutem již setkávají a mají s ním praktickou zkušenost, tak i zařízení, u kterých k žádnému propojení s ním dosud nedošlo. Práce s tímto institutem je ve většině případů pasivní a reagující na vnější podněty. Jen malá část domovů pro seniory má práci s institutem DVP ošetřenou ve svých metodikách. Závěry tohoto výzkumného šetření jsou výzvou k připravenosti na práci s institutem DVP i v těch domovech pro seniory, které se s tímto institutem ve své běžné praxi doposud neseťkaly.

Cílem této práce bylo zjistit, jaké je současné využití institutu DVP v prostředí domovů pro seniory v České republice. K naplnění tohoto cíle mi měl pomoci uskutečněný kvantitativní výzkum. Jeho závěry jsou nicméně limitované mnoha faktory, například záměrným výběrem

výzkumného vzorku, malou velikostí tohoto vzorku či volbou uzavřených výběrových otázek. Z tohoto důvodu vnímám dosažení cíle této práce jen jako částečné. Pro hlubší vhled do této problematiky by bylo zapotřebí uskutečnit další výzkumná šetření. Může se přitom jednat o další šetření kvantitativní, uskutečněné na větším výzkumném vzorku a s propracovanější výzkumnou metodologií. Přínosné by ovšem mohlo být rovněž šetření kvalitativní, zaměřené na konkrétní domovy pro seniory, které s institutem DVP pracují již dnes aktivně. Ponechávám to jako výzvu pro další výzkumníky.

Bibliografický seznam

BUŽGOVÁ, Radka. 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5402-4.

ČEVELA, Rostislav, Libuše ČELEDVÁ, Zdeněk KALVACH, Jan HOLČÍK a Pavel KUBŮ. 2014. *Sociální gerontologie. Východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4544-2.

DOLEŽAL, Adam. 2017a. *Eutanazie a rozhodnutí na konci života: právní aspekty*. Praha: Academia. ISBN 978-80-200-2687-3.

DOLEŽAL, Adam. 2017b. Dříve vyslovená přání (advance directives). Právní a etické úvahy. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*, č. 2, s. 1–15. ISSN 1804-8137.

DOLEŽAL, Tomáš. 2019. Právní povaha informovaného souhlasu a následky neúplného poučení z hlediska civilního práva. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*, č. 1, s. 55–72. ISSN 1804-8137.

ELICHOVÁ, Markéta. 2017. *Sociální práce. Aktuální otázky*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0080-4.

HRDÁ, Karolína, Blanka TOLLAROVÁ, et al. 2018. *Průvodce poskytováním paliativní péče v pobytových sociálních službách pro seniory: metodický materiál projektu Proces integrace paliativní péče do domova pro seniory podpořený NF AVAST*. Praha: Domov Sue Ryder. ISBN 978-80-907190-2-6.

CHRÁSKA, Miroslav. 2007. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1369-4.

JARKOVSKÁ, Kamila. 2018. *Postoj seniorů žijících v zařízení sociální péče k dříve vyjádřeným přáním*. Pardubice (diplomová práce). Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií.

KREJČÍKOVÁ, Helena. 2014. *Ukončování léčby pacienta a trestní odpovědnost lékaře*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-167-4.

KREJČÍKOVÁ, Helena. 2015. Právní odpovědnost zdravotníků a poskytovatelů zdravotních služeb. In: MATĚJEK, Jaromír, Helena KREJČÍKOVÁ a Irena ZÁVADOVÁ. *Dříve vyslovené přání*. Praha: Cesta domů, 1. 12. 2015, sborník příspěvků z konference [on-line]. [cit. 5.03.2020]. Dostupné z: [https://www.cestadomu.cz/aktuality/vydali-jsme-sbornik-na-](https://www.cestadomu.cz/aktuality/vydali-jsme-sbornik-na)

[tema-drive-vyslovene-prani](#)

KUPKA, Martin. 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4650-0.

MÁČA, Miloš. 2013. Přehled právních předpisů upravujících definici lege artis a povinnost zdravotníků poskytovat péči lege artis. In: PTÁČEK, Radek, Petr BARTŮNĚK a Jan MACH (eds.). *Lege artis v medicíně. Edice celoživotního vzdělávání ČLK*. Praha: Grada Publishing, s. 218–221. ISBN 978-80-247-5126-9.

MATĚJEK, Jaromír. 2011. *Dříve projevená přání pacientů. Výhody a rizika*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-850-6.

MATĚJEK, Jaromír. 2015. Praktická doporučení v souvislostech s poučením pacienta sepisujícího své dříve vyslovené přání. In: MATĚJEK, Jaromír, Helena KREJČÍKOVÁ a Irena ZÁVADOVÁ. *Dříve vyslovené přání*. Praha: Cesta domů, 1. 12. 2015, sborník příspěvků z konference [on-line]. [cit. 5.03.2020]. Dostupné z: <https://www.cestadomu.cz/aktuality/vydali-jsme-sbornik-na-tema-drive-vyslovene-prani>

PECHOVÁ, Karolína. 2020. *Metodická doporučení pro spolupráci poskytovatelů mobilní specializované paliativní péče a pobytových sociálních služeb pro seniory*. Praha: Domov Sue Ryder. ISBN 978-80-907190-4-0.

PECHOVÁ, Karolína a Martin LOUČKA. 2019. Plánování péče v závěru života v pobytových sociálních službách pro seniory. *Sociální práce/Sociálna práca*, č. 6, s. 112–126. ISSN 1213-6204.

PETERKOVÁ, Helena. 2010. Mezinárodní komparatistika a úvahy de lege ferenda. In: CÍSAŘOVÁ, Dagmar (eds.). *Dříve vyslovená přání a pokyny Do Not Resuscitate v teorii a praxi. Monografie*. Praha: UK, Právnická fakulta, s. 37–64. ISBN 978-80-87146-31-6.

PLECHÁČEK, Jaroslav. 2020. *Institut dříve vysloveného přání v domovech pro seniory. Projekt výzkumu*. Olomouc (absolventská práce). CARITAS, Vyšší odborná škola sociální.

POLICAR, Radek. 2010. Kdy může lékař ne zahájit kardiopulmonální resuscitaci? In: CÍSAŘOVÁ, Dagmar (eds.). *Dříve vyslovená přání a pokyny Do Not Resuscitate v teorii a praxi. Monografie*. Praha: UK, Právnická fakulta, s. 23–31. ISBN 978-80-87146-31-6.

PUNCH, Keith. 2008a. *Základy kvantitativního šetření*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-381-9.

- PUNCH, Keith. 2008b. *Úspěšný návrh výzkumu*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-468-7.
- SLÁMA, Ondřej. 2013. Co je postup lege artis u onkologických pacientů v terminálním stavu? In: PTÁČEK, Radek, Petr BARTŮNĚK a Jan MACH (eds.). *Legis artis v medicíně. Edice celoživotního vzdělávání ČLK*. Praha: Grada Publishing, s. 125–130. ISBN 978-80-247-5126-9.
- REICHEL, Jiří. 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3006-6.
- REMEŠOVÁ, Monika. 2016. *Informovanost o dříve vysloveném přání na odděleních NIP*. Praha (bakalářská práce). Univerzita Karlova v Praze, 3. lékařská fakulta, Ústav ošetřovatelství.
- Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 96/2001 o přijetí Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně. In: *Sbírka mezinárodních smluv Česká republika*. Částka 44, s. 1897–1920. Dostupné také z: https://www.google.com/url?client=internal-element-cse&cx=015489265366623571386:izzrwwg3bmqm&q=http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx%3Ftype%3Dc%26id%3D3563&sa=U&ved=2ahUKEwiB-aHs1b7vAhWFuaQKHRnJBjEQFjAAegQIBRAB&usg=AOvVaw0r51707_rx35vH3pssjgDI.
- ISSN 1801-0393.
- STRÁNSKÁ, Olga. 2015. *Sdílená péče mobilního hospice a pobytového zařízení sociálních služeb*. Brno (diplomová práce). Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií.
- SUCHOMELOVÁ, Věra. 2016. Spirituální potřeby seniorů v sociální péči. *Sociální práce/Sociálna práca*, č. 5, s. 92–108. ISSN 1213-6204.
- ŠIMEK, Jiří. 2015. *Lékařská etika*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5306-5.
- ŠTIFTER, Josef. 1953. *Malá biblická konkordance*. Praha: Ústřední církevní nakladatelství v Praze.
- ŠUSTEK, Petr. 2010. Pokyny DNR a ochrana osobnosti. In: CÍSAŘOVÁ, Dagmar (eds.). *Dříve vyslovená přání a pokyny Do Not Resuscitate v teorii a praxi. Monografie*. Praha: UK, Právnická fakulta, s. 32–36. ISBN 978-80-87146-31-6.
- ŠUŠKOVÁ, Klára. 2019. *Dříve vyslovené přání klientů se závažným onemocněním jako etický problém ve zdravotnictví*. Olomouc (diplomová práce). Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, Katedra antropologie a zdravotní vědy.

VÁCHA, Marek. 2010. Dříve vyslovená přání. In: CÍSAŘOVÁ, Dagmar (eds.). *Dříve vyslovená přání a pokyny Do Not Resuscitate v teorii a praxi. Monografie*. Praha: UK, Právnická fakulta, s. 11–17. ISBN 978-80-87146-31-6.

Zákon č. 40 ze dne 8. ledna 2009. Trestní zákoník. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 11, s. 354–464. Dostupný také z: <http://www.mvcr.cz/soubor/sb011-09-pdf.aspx>. ISSN 1211-1244.

Zákon č. 89 ze dne 3. února 2012. Občanský zákoník. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 33, s. 1026–1368. Dostupné také z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=6144>. ISSN 1211-1244.

Zákon č. 96 ze dne 4. února 2004. O podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 30, s. 1452–1480. Dostupné také z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=4334>. ISSN 1211-1244.

Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006. O sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 37, s. 1257–1289. Dostupné také z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=4883>. ISSN 1211-1244.

Zákon č. 372 ze dne 6. listopadu 2011. O zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 131, s. 4730–4801. Dostupné také z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=z&id=23497>. ISSN 1211-1244.

Příloha č. 1: Dříve vyslovené přání, zákonná úprava v ČR

„(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.

(5) Dříve vyslovené přání

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

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

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

d) nelze respektovat, pokud byly v době, kdy poskytovatel neměl k dispozici dříve vyslovené přání, započaty takové zdravotní výkony, jejichž 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., § 36)

Příloha č. 2: Otázky v dotazníkovém šetření

Otázka ke kladení číslo 1 (dále jen OKK č. 1)

1. JSEM VEDOUCÍ PRACOVNÍK
2. JSEM SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK
3. JSEM ZDRAVOTNICKÝ PRACOVNÍK
4. JINÁ ODPOVĚĎ

OKK č. 2

Máte představu o tom, čeho se týká problematika dříve vysloveného přání pacienta?

1. ANO
2. ANO, ČÁSTEČNĚ
3. DOSUD NE

OKK č. 3

Zajímáte se v souvislosti se svojí prací o tuto problematiku?

1. ANO
2. ANO, ČÁSTEČNĚ
3. DOSUD NE

OKK č. 4

V případě zájmu klienta vašeho zařízení o bližší informace týkající se dříve vysloveného přání jste aktuálně připraven/a na to mu je poskytnout?

1. ANO
2. ANO, ČÁSTEČNĚ
3. ODKÁZAL/A BYCH HO JINAM

OKK č. 5

Jsou klienti ve vašem domově pro seniory cíleně informováni o možnosti sepsat své dříve vyslovené přání?

1. ANO
2. JEN V PŘÍPADĚ JEJICH ZÁJMU
3. DOSUD NE

OKK č. 6

Setkáváte se ve vašem zařízení s nutností řešit situace spojené s dříve vysloveným přáním klienta nejenom v teorii, ale i v praxi?

1. ANO
2. VÝJIMEČNĚ ANO (DOSUD 1 ČI 2 PŘÍPADY)
3. DOSUD NE

OKK č. 7

Setkal/a jste se i Vy osobně s tím, že jste musel/a u konkrétního klienta řešit nějakou záležitost související s dříve vysloveným přáním?

1. ANO
2. VÝJIMEČNĚ ANO (DOSUD 1 ČI 2 PŘÍPADY)
3. DOSUD NE

OKK č. 8

O jakou situaci se jednalo? (Ten, kdo u předchozí otázky odpověděl „Dosud ne“, zahrne „Bez odpovědi“)

1. KLIENT MĚL ZÁJEM O INFORMACE TÝKAJÍCÍ SE DVP
2. KLIENT MĚL ZÁJEM REALIZOVAT SVÉ VLASTNÍ DVP
3. KLIENT PŘIŠEL DO ZAŘÍZENÍ S JIŽ SEPSANÝM DVP
4. JINÁ SITUACE
5. BEZ ODPOVĚDI

OKK č. 9

Máte ve Vašem domově pro seniory problematiku dříve vysloveného přání nějakým způsobem podchycenou ve svých interních materiálech (metodikách)?

1. ANO
2. ANO, ČÁSTEČNĚ
3. DOSUD NE
4. NEJSEM SI JIST/Á

OKK č. 10

Jak vnímáte Vy osobně přínos institutu DVP pro situace týkající se závěru lidského života?

DVP je pro tyto situace přínosné

1. ZÁSADNĚ
2. ČÁSTEČNĚ
3. JEN OKRAJOVĚ
4. NEVÍM

OKK č. 11

Pokládáte institut DVP za eticky správný přístup pro řešení těchto situací?

1. ANO
2. ASI ANO
3. NE
4. NEVÍM

Příloha č. 3: Seznam domovů pro seniory

V této příloze uvádím výčet domovů pro seniory, jejichž vybrané pracovníky jsem oslovil dotazníkovým šetřením. Uvádím zde název poskytovatele sociální služby, případně i název konkrétního zařízení, a to na základě Registru poskytovatelů sociálních služeb MPSV. Pokud je název poskytovatele a název zařízení shodný, uvádím ho pouze jednou. U některých zařízení dávám do závorky také místo, kde se domov pro seniory nalézá.

Anděla - sociální družstvo, Domov Laudon (Albrechtice). Centrum sociální pomoci města Litomyšl, Domov Pod Školou. Česká katolická charita, Charitní domov Mendryka (Janov u Litomyšle). Domov důchodců sv. Zdislavy (Červená Voda). Domov důchodců Ústí nad Orlicí. Domov na Kalvárii s.r.o. (Jaroměřice u Jevíčka). Domov pro seniory (Heřmanův Městec). Domov pro seniory Heřmanův Městec. Domov pro seniory Sloupnice. Domov seniorů Drachtinka (Hlinsko v Čechách). Domov seniorů Seč, s.r.o. Domov u fontány (Přelouč). Dům klidného stáří Glossus s.r.o. (Luže). Ledax Vysoké Mýto o.p.s., Domov pro seniory. Lůžkové a sociální centrum pro seniory o.p.s. (Chrudim). NADĚJE, Dům pokojného stáří Naděje Vysoké Mýto. SeneCura SeniorCentrum Chrudim s.r.o., Domov pro seniory. Seniorcentrum města Svitavy s.r.o., Domov pro seniory. SeniorCentrum Skuteč. Sociální služby Česká Třebová. Sociální služby Lanškroun, Domov pro seniory. Sociální služby města Moravská Třebová. Sociální služby města Pardubic, Domov pro seniory Dubina Pardubice. Sociální služby města Pardubic, Domov pro seniory U Kostelíčka Pardubice. Svazek obcí AZASS, Domov pro seniory AZASS (Polička a Bystré u Poličky). Zařízení sociální péče Choceň.

Mimo těchto domovů pro seniory byly prostřednictvím Bc. Jaroslava Vagenknechta z České katolické charity osloveny také Charitní domovy v Břevnově, Kroměříži, Městu Albrechticích, Moravci, Opavě, Rokoli, Střelcích a na Velehradě.