

**UNIVERZITA KARLOVA
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ
ÚSTAV NELEKAŘSKÝCH STUDIÍ**

PRINCIP DŘÍVE VYSLOVENÉHO PŘÁNÍ

Bakalářská práce

Autor práce: **Kateřina Jünglingová**

Vedoucí práce: **doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.**

2025

**CHARLES UNIVERSITY
FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ**

THE PRINCIPLE OF THE ADVANCE DIRECTIVES

Bachelor's thesis

Author: **Kateřina Jünglingová**

Supervisor: **doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.**

2025

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracoval(a) samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpal(a), v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové

.....

(podpis)

Poděkování

Ráda bych poděkovala paní doc. PhDr. Janě Kutnohorské, CSc., za odborné vedení mé práce, cenné rady a podporu.

Dále děkuji klinikám chirurgické, gerontometabolické, neurologické a pracovišti následné péče za umožnění realizace praktické části práce a vstřícnost při spolupráci. V neposlední řadě děkuji své rodině za trpělivost a podporu během celého studia.

Obsah

Úvod	7
1 Princip dříve vysloveného přání	8
1.1 Dříve vyslovené přání	8
1.2 Institut dříve vysloveného přání	8
1.3 Sepsání dříve vysloveného přání	9
1.3.1 Varianta 1	9
1.3.2 Varianta 2	10
1.4 Výhody	12
1.5 Nevýhody	13
1.6 Vymezení od eutanazie	14
2 Právní hledisko dříve vysloveného přání	17
2.1 Mezinárodní právo	17
2.2 Úprava pro ČR	17
2.2.1 Občanský zákoník	20
2.3 Historie práva advance directives	21
2.4 Kazuistiky	21
2.4.1 Karen Ann Quinlan 1954-1985	22
2.4.2 Nancy Cruzan	23
2.5 Jiné státy	24
2.6 Kolize	27
2.7 Ochrana zdravotníků	28
3 Dříve vyslovené přání v praxi	30
3.1 Etické a právní výzvy spojené s implementací DVP	30
3.2 Náhled do ošetrovatelské etiky	31
3.2.1 Autonomie pacienta a její limity	31
3.3 Konflikty mezi přáním a zájmy zdravotnického týmu	32
3.3.1 Role etických kodexů zdravotnických profesionálů	32
3.4 Role sestry – komunikace a spolupráce	33
3.5 Mezioborová spolupráce při realizaci DVP	34

3.5.1	Význam edukace zdravotnického týmu o DVP.....	34
3.5.2	Využití podpůrných technologií pro komunikaci s týmem a pacientem.....	34
3.6	Doporučené postupy pro zdravotnický tým.....	36
3.6.1	Postupy při získávání a aktualizaci DVP.....	36
3.6.2	Příprava zdravotnického personálu na krizové scénáře	37
3.6.3	Mezioborová spolupráce při realizaci DVP	38
3.6.4	Etické komise a doporučené konzultace v náročných případech	39
3.6.5	Dokumentace a ochrana dat v souvislosti s DVP	39
4	Praktická část	41
4.1	Hlavní cíl	41
4.2	Dílčí cíle	41
4.3	Metodika	41
4.4	Design výzkum.....	42
4.4.1	Charakteristika respondentů.....	42
4.5	Etické principy výzkum	43
4.6	Interpretace výzkumu	45
4.7	Přehled předchozích výzkumů k tématu „dříve vyslovené přání“	108
5	Diskuse	109
6	Aplikace do praxe	113
	Závěr.....	114
	Použité zdroje.....	117
	Seznam zkratk	120
	Seznam grafů.....	121
	Seznam tabulek.....	123
	Přílohy	124

Úvod

Jako téma svojí práce jsem si vybrala Princip dříve vysloveného přání, někdy zmíněné zkratkou DVP, k tématu mě táhl rozvíjející se vztah k akutní a paliativní medicíně. Ano, tyto dva obory mají jen málo společného a jsem velmi vděčná, že se mi pod ruce dostalo téma, které je propojuje. Přání také propojují etické a právní otázky a celkově ho vnímám jako obohacující o různé směry uvažování nad možnou zdravotní péčí. Otázka přání se mi ukázala zajímavá z různých pohledů při pročítání knih a následně u výzkumu.

Cílem pro moji teoretickou část práce bylo prohloubit si a předat znalosti o dříve vysloveném přání o institutu dříve vysloveného přání. Práce rozebírá, jak přání sepsat, jaké jsou jeho výhody a nevýhody, dále vysvětluje rozdíly od eutanazie.

Teoretická část práce se zabývá přímo právní problematikou odmítnutí péče nejprve celkově v Evropě, následně v České republice a náhledu do jiných států. Právní situace se neobešla bez rozboru historie a precedentských případů pro vývoj přání. Právní problematika přání má hlavní problém v nejasném znění zákona a konečná práce se zabývá i kolizí v nich. Zároveň jsem chtěla do textu zahrnout, jak funguje přání v praxi, aniž bych tušila, že kromě etiky mě to zavede i do moderních postupů v praxi, jak se s přáním může v nemocnicích nakládat.

1 Princip dříve vysloveného přání

1.1 Dříve vyslovené přání

Dříve vysloveným přáním (dále jen DVP) se v právním prostředí České republiky rozumí souhlas, nebo nesouhlas zletilého svéprávného občana (tedy osoba bez omezení svéprávnosti nad 18 let) s možnou budoucí zdravotní péčí, který je zhotoven pro případ, že jedinec nebude schopen o další péči rozhodovat. (Gřiva, 2018) Dříve vyslovené přání je modifikovanou formou informovaného souhlasu, rozumíme jím takové typy jednání, které nejsou typickým informovaným souhlasem, každopádně mají podobné znaky jako informovaný souhlas a zastupují jeho funkci. Informovaný souhlas ve formuli dříve vysloveného přání má substituční (zástupný) charakter a jde o formu náhradního rozhodování ze zákona. Autonomie osoby se realizuje zprostředkovaně na základě dříve daných pokynů, které jedinec poskytnul předem, kdyby nemohl o svém právu na seburčení pro svůj zdravotní stav rozhodnout. (Doležal a Doležal, 2023) V anglickém slovním spojení *advanced directives* je lépe schovaná širší teoretická koncepce podání přesných pokynů, které jsou právně závazné. V českém právu se tedy častěji pro dříve poskytnuté pokyny používá termín dříve vyslovená přání, který vychází z anglického *previously expressed wishes*, který se využil v Úmluvě o lidských právech a biomedicíně, další úrovní anglickoamerického slovníku je *living will*, jako velmi obecný pojem zahrnuje i vůli k možnému zástupnému souhlasu – rozhodování jiné osoby, ta by měla respektovat přání a hodnoty jedince. (Krejčíková, 2014) (Matějek, 2011)

Dříve vyjádřené přání je pod modifikovanou formou informovaného souhlasu proto, že se zde vyskytují znaky velmi podobné jako u informovaného souhlasu, ale působnost pokynů je směřována do budoucnosti, zpravidla neposkytuje žádné aktuální intervence. Pokyny se stávají aktuální až ve chvíli, kdy pacient již není ve stavu rozhodnout a vyjádřit svoji vůli ohledně lékařského zákroku, stává se tedy nekompetentním a využívá se jeho sepsané přání k medicínsky předvídatelným situacím. (Doležal a Doležal, 2023)

1.2 Institut dříve vysloveného přání

Dříve vyslovená přání lze chápat jako více či méně závazné pokyny, neboť jsou upravována právními řády založených na *common law*, mezinárodních smlouvách či řády nasedajících na tradici římského práva. Pacient vyjádřil přání ohledně budoucí léčby, učinil tak během své způsobilosti pro případ, že v budoucnu způsobilý podílet se na péči nebude. (Císařová, 2010) Pacienti, kteří jsou při vědomí a jsou schopni o sobě rozhodovat, tak činí komunikací s lékařem, pokud jsou cíle lékaře a pacienta shodné, obvykle pacienta zaujímá

doporučení lékaře, pokud je tomu jinak, jeho přání by mělo být respektováno. Instituty, které pomáhají uplatnit právo pacienta na autonomní rozhodování, jsou informovaný souhlas, negativní revers a do této skupiny patří i dříve vyslovené přání. (Bláhová, 2016)

Při kategorizaci pojmů chápeme dříve vyslovená přání pojmem obecný a nadřazeným pro pojmy jako „living will” a „health care proxy” jako způsob realizace. Realizace zařazení dříve vysloveného přání je prostřednictvím listiny nebo zástupce. (Císařová, 2010) Právní úkony lze uskutečnit nejen formálně (písemně), následně institut zaručuje právní ochranu přání, ale i hlavně neformálně ústním vyjádřením přání či dokonce bez vyslovené formy, pouze jiným projevem vůle, u kterého nejsou na místě pochybnosti o tom, co chtěl účastník vyjádřit. Při neformálním projevu dříve vysloveného přání není přání od účinnosti nového zákoníku právně ošetřené a nespadá do institutu dříve vysloveného přání. Podle zákona o zdravotních službách musí být nyní přání v písemné podobě, a navíc s opatřeným úředně ověřeným podpisem pacienta. (Ždárek, 2012) Terminologie tedy zahrnuje do dříve vysloveného přání i neformální projevy vůle a institut dříve vysloveného přání je pojem podřazený, jeho účel je právní ochrana formálně zhotoveného přání. Institut DVP se i v odborných publikacích zaměňuje za pojem DVP, obráceně jde o chybu.

Institut dříve vyslovených přání je příležitostí platnou dle zákonů, kdy se můžeme vyjádřit o své budoucí péči, a například tak odmítnout resuscitaci, dýchání za podpory přístrojů či dialýzu. V českém právním prostředí řád institut dříve vyslovených přání je ošetřen v novém občanském zákoníku, zákon § 98 odst. 2). Institut je funkční po stanovení formálních kritérií a požadavcích, které jsou při sepsání přání nezbytně nutné dodržet. Zároveň zákon udává, kdy není nutné přání respektovat. (Bláhová, 2016)

Přání by měl být dokument, který je nástrojem pro zmírnění nejistoty všech pečujících osob. Přání obsahuje kromě otázky právní i ujištění pečujících osob ohledně toho, co si pacient přeje při poskytování léčby, která je v jeho nejlepším zájmu. Přání je velmi specifický právně závazný dokument, při sepsání něčeho tak osobního je vhodné se zamyslet a diskutovat o otázkách života, smrti a umírání. (Bláhová, 2016)

1.3 Sepsání dříve vysloveného přání

1.3.1 Varianta 1

V České republice je možnost dvou zápisů přání. Varianta první umožní pacientovi sepsat dříve vyslovené přání sám, popřípadě ve spolupráci s ošetřujícím lékařem. Dříve vyslovené přání sepsané z vlastní iniciativy je závazné pro všechny poskytovatele

zdravotnických služeb. (Umírání.cz, 2024) (Krejčíková, 2014)

Pokud se pacient rozhodne sepsat dříve vyslovené přání sám, musí tak učinit písemnou formou a nechat si dokument úředně ověřit. Zákonem je danou součástí dříve vysloveného přání poučení jedince od lékaře o jeho zdravotním stavu a následcích odmítnutí konkrétní léčby. Hlavně v případech, kdy DVP odmítá zdravotní zákroky, je důležité doložit kompletní edukaci od lékaře a poučení o následcích zdravotních úkonů. Poučení od lékaře také musí být písemný dokument a lékař je musí podepsat. (Císařová, 2010) (Umírání.cz, 2024)

V zákoně není výslovný pokyn, který lékaři dává povinnost pomoci při sepisování DVP. Lékař nemá stanovenou zákonnou povinnost sepsat s pacientem celý dokument. Pacient má nicméně nárok požádat o pomoc při soupisu a dle odstavce § 362 zákona o zdravotnických službách být poučen od lékaře o následcích DVP. Lékař, který je k provedení poučení oprávněn je zpravidla praktický nebo ošetřující lékař, případně specialista v relevantním oboru nebo specialista v paliativní medicíně. Tato povinnost je závazná a výjimku tvoří jen okolnosti s odkazem na své svědomí, výhrada svědomí je právní a etické právo odmítnout vykonat činnost, které jsou v rozporu s lékařovým hodnotovým systémem. (Císařová, 2010) (Umírání.cz, 2024)

Přání by mělo být velmi individualizovaný dokument, který je v souvislosti s aktuálním zdravotním stavem člověka a vystihuje jeho osobní přání a postoje pro případ, že nebude schopný se k léčbě vyjádřit. Proto je neefektivní poskytovat jeden univerzální formulář pro soupis, který by byl použitelný pro všechny. Když se jedinec rozhodne k soupisu, můžou mít existující šablony dříve vyslovených přání inspirující charakter, zároveň na nich může pozorovat formální náležitosti včetně podpisu svědka nebo notářsky ověřený podpis. Při výběru formulace je možné kromě šablon na DVP najít i šablony pro DVP s předběžným prohlášením, kterých lze také využít. (Umírání.cz, 2024)

1.3.2 Varianta 2

Druhou variantou zápisu je DVP zapsané do zdravotnické dokumentace. Forma zápisu přání do dokumentace probíhá během hospitalizace pacienta. Vyžaduje ještě přísnější poučení lékařem, není však následně nutný ověřený podpis pacienta. Nejčastější situací, kdy lékař zjišťuje postoj pacienta k sepsání přání, je příprava před rizikovým zákrokem, kdy na základě zákroku by se pacient mohl ocitnout ve stavu, kdy o sobě nebude schopen rozhodnout. (Umírání.cz, 2024) (Krejčíková, 2014)

Pokud pacient vyjádří zájem o dříve vyslovené přání při přijetí do zdravotnického zařízení nebo v průběhu hospitalizace, zdravotnický personál má povinnost o tom provést

záznam do zdravotnické dokumentace. Záznam se podepisuje zdravotníkem, pacientem a svědkem, není určené, kdo může a nesmí být druhým svědkem. Podle právních předpisů uvedených pro jiné ověřené dokumenty se předpokládá, že ideální svědek by neměl mít na dříve vysloveném přání žádný zájem, neměl by to tedy být nikdo z ošetřujících zdravotníků a z dědiců, nejlépe, aby byli svědkem zdravotní sestra nebo jiný lékař. Záznam v dokumentaci musí opět obsahovat poučení pacienta o důsledcích přání, jeho identifikační údaje, identifikaci lékaře, který záznam sepisuje a datum s časem zápisu. (Umírání.cz, 2024)

Hlavní nevýhoda vepsaného přání do dokumentace je jeho závaznost, z právního hlediska je přání nutné respektovat pouze pro poskytovatele služeb, kde bylo přání sepsáno. Pokud dojde k převozu do jiného zařízení, tak na přání pravděpodobně nebudou brát zřetel v plném znění. Je možné doporučit, aby si pacient v nejbližší době u takto sepsaného přání nechal úředně ověřit svůj podpis. Dokument následně získává stejnou platnost, jako DVP sepsané variantou, kdy si jedinec sepisuje přání sám. (Umírání.cz, 2024)

Při zavedení byla původně ustanovená doba platnosti DVP na pět let, to bylo nicméně zrušeno a je vhodné uklidnit pacienta, že aktualizace je pouze na něm a přání bude mít hodnotu i po pěti letech. Aktualizování přání je vhodné při každé výrazné změně zdravotního stavu nebo pokud případná léčba nabízí vývoj nových léčebných metod spojený s diagnózou daného pacienta. Sepsání nového přání by mělo uvést informaci, že nahrazuje předchozí dokument, aby nedošlo k pochybnostem při rozhodování, které přání je relevantní. (Umírání.cz, 2024)

Dříve vyslovené přání je nejlépe zhotovit v několika kopiích. Nejvíce aktuální kopii by měl mít pacient u sebe, druhá by měla být založena do zdravotní dokumentace u praktického nebo odborného lékaře. Pokud si jedinec přeje zhotovit i další kopie, může se hodit svěřit ji domů osobě, které jedinec důvěřuje a je s ní v úzkém kontaktu. Důležité je, aby všichni, kdo o pacienta pečují, věděli, kde je dokument uložený a co obsahuje. (Umírání.cz, 2024)

Dokument DVP by měl být co nejvíce konkrétní na základě skutečného fyzického a duševního stavu jedince. V ideálním případě zahrnuje konkrétní situace, které mohou nastat v důsledku stavu jedince. Obecným zněním přání se podstupuje riziko, že formulace dá prostor k pochybnostem, jaká péče je přáním odmítnuta, a kde se má postupovat standardně na základě presumovaného souhlasu s léčbou. Samozřejmě ani podrobně formulované pokyny v rámci dříve vysloveného přání nikdy nezaujmou stanoviska pro všechny možné situace a možnosti léčby, které můžou v zdravotním stavu osoby nastat. Pro některé situace bude vždy prostor pochybovat, jestli lze přání aplikovat, protože je sporné, jestli se k nim přání vztahuje. (Umírání.cz, 2024) (Krejčíková, 2014)

Z pozice lékaře je k prospěchu vědět, jak postupovat, když je požádán o pomoc s dříve vysloveným přáním. Když je poprvé oslovený, doporučuje se nechat pacientovi po úvodním rozhovoru čas na rozmyšlenou. Otázky případné léčby pro případ, že o sobě nebude moci rozhodovat, můžou být pro pacienta a jeho rodinu zásah do přemýšlení nad hodnotou života a jeho kvality. Během času, který mu poskytneme na rozmyšlenou, má možnost si vyjasnit, co chce, a navíc se tím otevírá prostor vést otevřený rozhovor v rámci rodiny pacienta. Vždy je možnost, že rodina bude rozhodovat o léčbě sama bez pokynů, měla by proto znát důsledky jeho přání a měla by s nimi být obeznámená. Rozhovor o přáních blízkého předchází nepříjemným komplikacím z nedorozumění při rozhodnutích o budoucí péči o blízkého. (Umírání.cz, 2024)

Následně by ze spolupráce lékaře a pacienta měl vzniknout strukturovaný, přehledný, jasně formulovaný text, který se konkrétně vyjadřuje k situacím, kdy a jak má být dříve vyslovené přání zohledněno, co přesně pacient odmítá a co si pro sebe přeje za péči. (Umírání.cz, 2024)

1.4 Výhody

Dříve vyslovené přání jsou způsob projevu sebeurčení pacienta. Právo na sebeurčení patří mezi základní lidská práva, i když není výslovně zmíněné v právních předpisech. Právní teorie a praxe právo na sebeurčení nepochybně uznává. Dříve vyslovené přání v právní praxi pomáhá při ochraně práva na nedotknutelnost osoby, její soukromí, chrání právo na osobní svobodu a důstojnost, čest, právo na svobodu pobytu. Důsledné sepsání může zmínit svobodu myšlení, svědomí a náboženského vyznání. (Můj právník, 2021)

Dříve vyslovené přání má svoje uplatnění v respektování autonomie pacienta. Je nástrojem pro komunikaci mezi pacientem a personálem, utváří partnerský vztah a staví pacienta do důležité role v plánování péče. Problematika přání poskytuje vodítko pro lékaře, jak přistupovat k léčbě, co pro někoho je povinná péče, je pro jiného léčba, se kterou nesouhlasí. (Císařová, 2010)

Využití přání očekáváme hlavně v paliativní medicíně a geriatrii, ale lze se s ním setkat v oblastech, pro které nebylo vytvořeno. Budoucí rodičky se někdy obávají, že při porodu nebudou ve stavu, kdy jsou schopné aktivně rozhodně projevit svůj postoj k dalšímu průběhu porodu a následně souhlasit, nebo odmítnout zákroky, které porodník navrhne. Flexibilita přání je velmi obsáhlá, při vytváření přání nikdo nepočítal, jak se bude vyvíjet jeho praktické využití. Přání sice nezaručuje kvalitu péče o pacienta, je však předpoklad, že má vliv na zajištění, aby

o pacienta bylo postaráno tak, jak si přeje. (Můj právník, 2021)

Přání nechává, způsob pro pacienty, jak se vyjádřit k léčbě a zároveň jistotu zdravotníkům, že konají v souladu s tím, co by si pacient přál, kdyby mohl svoji vůli vyjádřit ústně. Dobře fungující institut udává jasná pravidla, obě strany se dostávají do rovnocenné pozice. (Císařová, 2010)

1.5 Nevýhody

Kritika dříve vysloveného přání se týká skutečnosti, že se v praxi nesetkáváme s možnostmi volby mezi různými způsoby jednání, co dělat, ale přání určuje za jakých podmínek již v léčbě či život udržující činnosti dále nepokračovat. Přáním pacient nedává návod, co dělat, ale pouze to, co nedělat. Nejčastějším příkazem je „Do Not Resuscitate”- DNR. Příkaz se zabývá situací, kdy v případě srdeční zástavy si pacient nebo osoba zastupující nepřeje kardiopulmonální resuscitaci, přání obvykle neposkytuje i návod, co konat místo resuscitace. (Císařová, 2010)

Další směr odmítnutí je neužití respirátorů, dialýzy nebo vyživovací trubice, pokud by se pacient dostal do situace, kdy by jeho zdravotní stav naznačoval, že bez daného podpůrného prostředku nemůže žít, opět neposkytuje alternativy léčby. Může to být zapříčiněné tím, že je nutné vyjádření ke konkrétní situaci, aby se dodržela formálnost přání, nebo neznalost laické veřejnosti s možnostmi léčby, zpravidla jde o kombinaci obou. Podobně se při sepisování přání nebo v diskuzii mezi pacientem, pacientovým zástupcem a lékařem pokládají otázky, při jakých podmínkách by si jedinec nepřál pokračovat v život udržující léčbě. Výčet situací, které jsou zahrnuté v konverzaci, je delší dobu trvající koma, závažná demence nebo trýznivé umírání na terminální nemoc. Diskuze nutí jedince se zamýšlet, jestli jsou stavy, které pacient považuje za horší než smrt, položená otázka může být formulovaná například takto: „Setkal jste se ve vámi konzumovaných médiích s životní situací pacienta, kde jste se zamyslel, že v jeho kůži bych já už raději nechtěl žít?” Odpověď na podobnou otázku může být vyjádření, že by si přál ukončit léčbu, pokud by nebyla „reálná šance na uzdravení”, takové sousloví se dá interpretovat různě. V praxi může nastat kolize při zjišťování, jestli je přání pro situaci, která nastala, nutné přání respektovat, nebo by pacient situaci vyhodnotil, že šance na částečné uzdravení je pro něj dost vysoká, aby byla léčba zachována, kdyby v té konkrétní situaci byl schopen vyjádřit svoji vůli. (Císařová, 2010)

Další kritizovaný bod DVP se týká faktu, že pacient není nutně schopen předem správně odhadnout, co je pro něj nejlepší, kdyby se dostal do situace, ke které se ve své relativní

pohodě rozhodne vyjádřit své přání. Pohled trpícího a netrpícího člověka je různý a přání se pro lékaře může stát překážkou v péči. Pokud pacient na základě svého přání velmi trpí, protože si to sepsal při svém stavu pohody, lékař se dostává do hlubokého dilematu moderní lékařské etiky a principů lege artis vůbec. (Císařová, 2010)

Pacient zpravidla někdy neodhadne, jak se jeho zdravotní stav může vyvíjet, pokud již sepsal přání formální cestou, institut mu zabezpečí, že na přání se bude brát zřetel. Následně se mohl při vývoji zdravotního stavu neformálním ústním sdělením vyjádřit v rozporu, co v jeho platném přání sepsal. V případě, kdy přání neaktualizuje z jakéhokoliv důvodu, může nastat situace, kdy okruh osob pacientových blízkých a lékař znají skutečný nejlepší zájem pacienta pro danou situaci, ale museli by nerespektovat dokument s platným přáním, což je chování protiprávní a lékař je zatížen kontaktováním etické komise a dokazování vůle pacienta.

1.6 Vymezení od eutanazie

Slovo eutanazie pochází z řeckého substantiva „euthanatos“ a značí zároveň dobrý či šťastný a příznivý a zároveň smrt. O tom, co a jaká je dobrá smrt, se vedou debaty. Z logického hlediska eutanazie není pouze podání smrtící látky nemocnému, nýbrž souvisí s konceptem dobré smrti, fundamentálních hodnot a celkového pojetí života a smrti, jedincových existenciálních postojů a filozofických pohledů na svět. (Ptáček a Bartůněk, 2019) Eutanazií se rozumí jednání lékaře, kdy úmyslně usmrtí pacienta, nebo ponechá pacienta zemřít s ohledem na zájmy a přesvědčení tohoto pacienta. V širším pojetí většina veřejnosti mluví o asistované smrti, s čím se rozumí eutanazie nebo asistované sebeusmrcení. V české odborné literatuře nacházíme více často výraz asistovaná sebevražda, i když většina odborníků prosazuje vhodnější název asistované usmrcení. V poslední době se ukázalo, že je velmi obtížné najít definici eutanazie, na níž by se shodli všichni autoři, je zřejmé, že shoda, jak odlišit eutanazii a jiná opatření v závěru lidského života, je také složitá. O eutanazii již nelze mluvit, pokud nesplňuje část definice, která ukládá, že lékař jednal na základě zájmů svého pacienta, v takovém případě jde o nemorální čin, který nemá s eutanazií nic společného. (Ptáček a Bartůněk, 2019)

Výše uvedená definice umožní rozlišení na dvojí formy eutanazie – jde o aktivní a pasivní eutanazii, kdy aktivní forma spočívá v jednání, které aktivním jednáním usmrtí pacienta, zatímco pasivní forma má podobu ponechání pacienta zemřít. Na základě lékařské etiky a práva je kontroverzní smazávat rozdíl mezi aktem násilí a nezahájení ukončení život udržující léčby. Zahrnout již v základním rozdělení eutanazii pasivní, umožňuje některým

autorům tvrdit, že eutanazie se již v nemocnicích běžně provádí i tehdy, když je v současné době v České republice nelegální. Mezi aktivní a pasivní eutanazií není morálně významný rozdíl a zároveň má v obou případech za výsledek usmrcení pacienta. (Ptáček a Bartůněk, 2019) (Závadová, 2012)

Následující dělení je podle L.W. Sumnera na eutanazii asistované sebeusmrcení. Sumner je kanadský filozof a profesor a již nezahrnuje pasivní eutanazii. Pro eutanazii platí, že při podání letálního prostředku pacientovi je úmyslem lékaře usmrcení pacienta zvoleným prostředkem. (Wasserman, 2014) Lékař má za hlavní cíl řešení utrpení pacienta a podaný prostředek je následně skutečnou příčinou úmrtí pacienta. Pokud hovoříme spíše o asistovaném sebeusmrcení, tak to rozumíme aplikaci letálního přípravku, kdy si pacient prostředek aplikuje s úmyslem ukončit svůj život, hlavní cíl pacienta je řešení svého utrpení a podaný prostředek je skutečnou příčinou smrti pacienta. Lékař při asistovaném sebeusmrcení poskytuje příslušný prostředek, aby pacientovi umožnil a ulehčil jeho sebeusmrcení. Eutanazie a asistované sebeusmrcení je také posuzováno na základě rozdílů v modalitě jednání, žádosti, úmyslu a jednající osobě. Eutanazie a asistované sebeusmrcení spadají v modalitě do stejné kategorie, v posouzení žádosti rozlišujeme, jestli o ulehčení od utrpení žádá pacient kompetentní v době rozhodování o léčbě, nebo jestli jde o nevyžádaný případ, kdy pacient ještě/již není kompetentní. Úmysl dělí situace zamýšlené a nezamýšlené. U nezamýšlené situace je předpoklad, že nastane zkrácení života, ale nelze zkrácení života považovat za účel. Jednací osoba je při eutanazii lékař a při asistovaném sebeusmrcení pacient. (Ptáček a Bartůněk, 2019)

V 70. letech dokonce jakékoliv opatření na konci života, které nebylo zaměřené na přežití, bylo považováno za formu eutanazie. Léčba, kterou šlo považovat za eutanazii, mohla mít typickou formu aktivní eutanazie, nebo být mezikrokem mezi aktivní a pasivní, kam patří léčba dvojího účinku, konkrétně asistované umírání nebo dobrý management symptomů, kdy například takový management bolesti opiáty může vést k dechové depresi, obzvlášť pokud je podáváný současně s benzodiazepiny, které utlumují dechové centrum, může management bolesti vést ke zkrácení života. (Ptáček a Bartůněk, 2019) V rozdělení samostatně figurovala i pasivní eutanazie, kdy se nezahájila léčba nebo se ukončila život udržující léčba. Nezahájení či ukončení život udržující léčby bylo považováno za pasivní formy eutanazie, která se odlišuje tím, že lékař aktivně neusmrtí a postrádá aktivní činnost, která vede ke smrti. Nicméně, na pozadí problematiky pasivní eutanazie se modelovala obecná rozlišení mezi konáním a nekonáním, což má velké problémy v rovině samotné teorie jednání. V praxi se těžko odlišuje konání a nekonání a prakticky nikdy se nestane, že lékař, „nic nedělá“ a pacient v důsledku

choroby zemře, často se stane, že lékaři ve skutečnosti konají, například v případě ukončené umělé plicní ventilace, musí lékař provést celou řadu úkonů včetně vypnutí ventilátoru. Kauzalitou se jeví, že společně s chorobou je příčina smrti i samotný čin vypnutí ventilátoru. (Ptáček a Bartůněk, 2019) (Krejčíková, 2014)

Je třeba nalézt dobře obhajitelný základ pro rozlišení mezi usmrcením (které chápeme jako způsobení újmy) a ponecháním zemřít (zaměnitelné s ponecháním újmy nastat). Podložený základ v této otázce by pomohl definovat kategorie jednání a adekvátně odlišit aktivní a pasivní eutanazii jako dvě odlišné kategorie jednání. Tendence, která z toho vyplývá, je považovat nezahájení či ukončení život udržující léčby za eutanazii, i přesto, že označení za eutanazii je v tomto případě problematické. (Ptáček a Bartůněk, 2019)

Další problém s rozlišováním mezi aktivní a pasivní eutanazií je situovaný do morální roviny. V článku *active and passive euthanasia*, publikovaného v *New England journal of medicine* ([Online]. Dostupné: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1109443/>), je na příkladu znázorněné, že v nastíněné situaci není jasná relevantní deklarační linie mezi usmrcením a ponecháním zemřít. Příklad nastiňuje Adama, který pro dědictví utopí svého synovce, nebo ho nalezne zraněného, jak se topí a nic nevykoná. Filozof James Rachels tvrdí, že vzhledem ke špatné motivaci se obě jednání dají považovat za stejně morálně nesprávné. (Ptáček a Bartůněk, 2019) (Rachels, 1975)

2 Právní hledisko dříve vysloveného přání

2.1 Mezinárodní právo

Po přijetí Úmluvy o lidských právech a biomedicíně (dále pouze úmluva o biomedicíně) se dříve vyslovené přání stalo součástí právního řádu, v roce 2001 se v článku 9 začal brát zřetel na dříve vyslovenou vůli pacienta skrze dříve vyslovené přání ohledně lékařských zákroků. Pokud pacient v době zákroku není ve stavu, kdy je schopen vyjádřit své přání, tak se přihlédne na dříve vyslovené přání. V článku 9 se tedy vymezuje úmluva o biomedicíně takzvanými stavy nouze, jde o specifické vyjádření proti možnosti existence předpokladu, že daná osoba bude se zákrokem souhlasit, pokud nebude schopná vyjádřit se jinak. V právní problematice o biomedicíně se používá takzvaný presumovaný souhlas, který převádíme i pro nekompetentní osoby. (Císařová, 2010) (Doležal, 2018)

Presumovaný souhlas vychází z toho, že jednání je nevysloveným souhlasem pojené s normativními důsledky tohoto jednání, kde kompetentní osoba má povědomí o důsledcích a přijímá je fiktivním souhlasem. U nekompetentní osoby je předpoklad podáním souhlasu se zdravotními zákroky, protože by to bylo jednání většiny. Nyní tedy předpokládáme souhlas s podstoupením zákroku, jelikož předpokládáme fiktivní souhlas. Úmluva o biomedicíně tedy dává možnost se k předpokládatelným situacím vyjádřit. (Doležal a Doležal, 2023)

2.2 Úprava pro ČR

Začátek diskuze v České republice byl spojený s Úmluvou o lidských právech a biomedicíně. Úpravu pro oblast poskytování zdravotních služeb na základě dříve vysloveného přání nalezneme v § 36 odst. Zákona o zdravotnických službách.

Podrobnější právní úprava dříve vysloveného přání je zajištěna přijetím zákona číslo 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve kterém se dříve vyslovené přání definuje jako, „...souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb a se způsobem jejich poskytnutí, vyslovený pacient předem pacientem pro případ, že by se dostal do takového zdravotního stavu, při kterém nebude schopen souhlas či nesouhlas vyslovit“. (Gřiva, 2018, s. 52)

Byť označení dříve vyslovené přání neodpovídá původnímu významu, vždy by mělo mít písemnou formu a dle doporučení by mělo být jednání na základě doporučení lékaře, takový lékař by měl být v oboru všeobecné praktické lékařství a mít pacienta zaregistrovaného ve své ordinaci, nebo je jiný ošetřující lékař v oboru s ním dříve vyslovené přání souvisí (například kardiolog při DNR-do not resuscitate). Podle toho, jak pacient sepisuje své dříve vyslovené

přání (variantou sám nebo zápisem do zdravotnické dokumentace během hospitalizace, viz vysvětlení výše), tak zákon dále stanovuje další náležitosti, na které zákon nahlíží. Pokud pacient zapisuje vyslovené přání mimo zdravotnické zařízení variantou 1, to znamená sám za pomoci advokáta nebo také často notáře, zákon následně požaduje, aby tento dokument byl opatřen úředně ověřeným podpisem pacienta. Podepisuje-li pacient svoje dříve vyslovené přání variantou 2, kdy je aktuálně hospitalizován, vyjádří svou vůli podepsat dříve vyslovené přání, a jeho přání je tedy vepsáno do zdravotnické dokumentace bez ověřování podpisu pacienta. Zákon požaduje tento zápis do zdravotnické dokumentace podle ustanovení vyhlášky č. 198/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci s rozsahem odpovídající požadavkům na písemný informovaný souhlas a negativní reverz, tzn., že pacient má právní ochranu, aby v tomhle případě bylo poučení ze strany lékaře ohledně dříve vysloveného přání. Poučení by mělo zahrnout k stavu adekvátní informace v následujících bodech: Lékař popíše situace, ve kterých pacient souhlasí s poskytováním zdravotnických služeb. Situace by měly být popsány co možná nejvíc konkrétně s dodržením zásad komunikace s pacientem. Dále by měl být pacient obeznámen o účelu, povaze, cíli a možných následcích. Poučení také obsahuje údaje o možném omezení způsobu života a pracovní schopnosti po poskytnutí příslušných zdravotnických služeb a údaje o léčebném režimu, také záznam toho, že pacient nebyl omezen ve své svéprávnosti a k daným pokynům k péči se přistoupí jenom tehdy, pokud by klient nebyl činně způsobilý vyjádřit svoji vůli, celý dokument je opatřen datumem a podpisem lékaře, který pacienta poučil a dal mu potřebné informace s údaji, popřípadě podpis svědka nebo osoby blízké. V neposlední řadě lékař po celou dobu navrhuje alternativy, z kterých si pacient může zvolit.

Nejzásadnější rozdíl, vyplývající ze způsobu sepsání dříve vysloveného přání, je závaznost tohoto dokumentu. Rozdíl závaznosti spočívá v tom, že pacientem sepsané dříve vyslovené přání je platné vůči veškerým poskytovatelům zdravotnických služeb. Dříve vyslovené přání zaznamenané v dokumentaci zavazuje jen toho poskytovatele, který do jedincovy dokumentace tyto pokyny zaznamenal. Dříve vyslovené přání zavazuje poskytovatele zdravotnických služeb, pokud ho má k dispozici.

Zákon stanovuje podmínky, za kterých je dříve vyslovené přání respektováno a představuje okolnosti, kdy to není třeba respektovat. Pokyny nejsou závazné, pokud jsou důvodné pochybnosti o aktuálnosti dříve vysloveného přání. Typicky, pokud od soupisu došlo k poskytování takových zdravotnických služeb, k nimž se tímto přáním vztahuje, vyskytnul se vývoj, že lze předpokládat, že by pacient vyslovil souhlas s jejich poskytnutím. (§ 36 zákona č.

372/2011 Sb.) (Krejčíková, 2014) (Gřiva, 2018) Dříve podané pokyny by se neměly respektovat, kdyby dokument požadoval aktivní způsobení smrti či pokud by ohrožoval jiné osoby. Dle Důvodové zprávy k zákonu se považuje za aktivní způsobení smrti podáním smrtelné dávky léků tzv. eutanazie nebo odpojení od přístroje. Podle tradiční právní teorie je jako aktivní konání chápáno jako vůlí řízený čin. Otázka zůstává, jak se tedy zákon staví k odpojení životně důležitého přístroje, v praktickém prostředí se doporučuje dříve vyslovené přání respektovat v takové formě, ve které pacient nepovažuje takové jednání ze strany zdravotníka za aktivní způsob usmrcení. (Gřiva, 2018)

„Co je aktivní, je ale velmi sporné. V první řadě se tím myslí takzvaná aktivní eutanazie, tedy podání jednorázové smrtelné dávky léků na žádost pacienta. Důvodová zpráva vysvětlující paragraf 36 ovšem uvádí, že na úroveň aktivní eutanazie se staví i odpojení pacienta od přístroje. Důvodová zpráva není závazná, není to zákon, ale vysvětluje kontext. Z pohledu trestního práva je odpojení od přístroje také aktivní pohyb, což je čistě dogmaticky tedy také aktivní usmrcení skrze aktivní konání. Je tedy sporné, když pacient napíše, že chce být odpojen od přístroje nebo už si nepřeje další výživu skrze sondu, zda jeho přání smí být respektováno, neboť jednání zdravotníka může být dle Důvodové zprávy chápáno jako aktivní způsobení smrti,“ poukazuje Helena Krejčíková. (Koubová, 2015)

„Lze si představit, že poskytovatel zdravotních služeb by se na toto ustanovení odvolal i v situaci, kdy např. pacient si nepřeje dechovou podporu. Poskytovatel bez vědomí o tomto přání pacienta ho napojí na dechovou podporu a následně po seznámení se s přáním odmítne pacienta odpojit s odvoláním na toto ustanovení. Tento výklad by byl zcela v rozporu se smyslem institutu dříve vysloveného přání. Ostatně i evropská judikatura vychází z konceptu, že ukončení léčby je nutné postavit na úroveň nezačínání léčby, a ukončení léčby tak nelze považovat za aktivní způsobení smrti.“ (Tomešová, 2016)

Na odborné konferenci v dubnu 2012 v krajské nemocnici Liberec, zabývající se právními aspekty medicíny, se valná většina přítomných právníků shodla, že vypnutí přístrojů také nepovažují za aktivní způsobení smrti, zároveň soudce krajského soudu v Brně a specialista na civilní právo Michal Ryška upozorňuje, že důvodová zpráva nemá sílu zákona a odpojení od přístrojů nepovažuje za eutanazii. Michal Ryška tento názor opírá mimo jiné o rozhodnutí německých soudů nebo i názor křesťanského bioetika Marka Váchy. (Gřiva, 2018) (Bláhová, 2016)

Výčet situací, při kterých není nutné respektovat dříve vyslovené přání, zavazuje § 36 odst. 5 ZZS.

2.2.1 Občanský zákoník

Vedle dříve vysloveného přání však bylo zákonem č. 89/2012 Sb., občanským zákoníkem, do českého právního řádu zavedeno tzv. předběžné prohlášení – předběžný projev vůle člověka v očekávání nezpůsobilosti právně jednat, aby jeho záležitosti byly spravovány určitým způsobem nebo aby se určitá osoba stala jeho opatrovníkem. (§ 36 zákona č. 372/2011 Sb.) Lze odvodit, že dříve vyslovené přání je dle občanského zákoníku určitým typem předběžného prohlášení, které je pouze vymezené na záležitost týkající se rozhodování o zdravotní péči. Z toho následně vyplývají některá ustanovení občanského zákoníku, která se zaměřují na předběžná prohlášení, jsou užitečná v diskuzích na dříve vyslovená přání. Jako příklad lze uvést postup soudu v situaci, kdy při nedodržení požadované formy může být právo v nejistotě o skutečné vůli jedince, který dříve před pozbytím kompetentnosti přání sepsal. (Krejčíková, 2014) (Koubová, 2015)

Předběžné prohlášení je možné kromě dříve vysloveného přání využít k stanovení svého zástupce pro rozhodnutí týkající se zdravotní péče. Tuto možnost měl pacient už před zákonem č. 89/2012 Sb., do uzákonění danou pouze dle § 33 odst. 1 zákona o zdravotních službách, kdy při přijetí do péče bylo možné informovaný souhlas podepsat pacientovým zástupcem, ale nebylo možné podat zástupný nesouhlas s nemocnicí navrhnutou léčbou. Předběžné prohlášení lze také soudu poskytnout návrhy, kdo by se měl stát opatrovníkem. (Krejčíková, 2014) (Doležal a Doležal, 2023)

Forma dříve vysloveného přání a pro předběžná prohlášení je podle občanského zákoníku rozdílná, je nutné mít pokyny o péči ve formě veřejné listiny, kdy typickým voleným způsobem je notářský zápis, nebo písemná forma doplněná o podpisy svědků podle § 39 a § 40 občanského zákoníku. Ještě před platností nového občanského zákoníku bylo u pacientů populární volit pro soupis svého dříve vysloveného přání formu notářského zápisu, pro pacienty zřejmě notářsky ověřený dokument lépe splní jejich cíl o vyšší přesvědčivosti a závaznosti. Díky možnostem na dříve vyslovené přání použít i ustanovení k občanskému zákoníku, týkající se předběžného prohlášení, lze i dříve vyslovené přání za podpory tohoto zákona považovat za platné ve formě notářského zápisu. Na nejasné formulace je v občanském zákoníku stanoven § 44, který stanoví, že je-li předběžné prohlášení nebo jeho odvolání neplatné, soud k nim přihlédne, není-li příčiny pochybovat o vůli toho, kdo je učinil. (Doležal a Doležal, 2023) (§ 36 zákona č. 372/2011 Sb.)

2.3 Historie práva advance directives

Institut „advance directives“ vznikl v zahraničí jako odpověď na rostoucí potřebu pacientů mít kontrolu nad svým osudem v případě, že by nebyli schopni sami rozhodovat o své léčbě. Tento koncept se začal vyvíjet v 60. letech 20. století, kdy americká bioetika a právní rámce začaly diskutovat o právech pacientů, zejména ve vztahu k prodlužování života za každou cenu. „Living wills“ (životní závěti), tedy předchůdce dnešních advance directives, se staly základem pro formální uznání práva pacientů na rozhodování o své budoucí péči. (Bláhová, 2016) (Doležal, 2018)

V roce 1991 přijaly Spojené státy americké dokument Patient Self-Determination Act (PSDA), který zavádí povinnost zdravotnických zařízení informovat pacienty o jejich právu sepsat advance directive a zajistit, aby jejich přání byla respektována. Toto právo umožňuje pacientům specifikovat své preference ohledně léčebných zákroků, například zda si přejí být resuscitováni nebo jaké život prodlužující procedury jsou pro ně přijatelné. K základním dokumentům tohoto práva patří „living will“ a „durable power of attorney for healthcare“, tedy zmocnění osoby, která může rozhodovat za pacienta. (Šimek, 2015) (Doležal, 2018)

V Evropě se diskuze o dříve vyslovených přáních začala zintenzivňovat s ratifikací Úmluvy o lidských právech a biomedicíně (Oviedo Convention), která byla podepsána v roce 1997 a vstoupila v platnost v roce 1999. Článek 9 této úmluvy stanovuje, že „bude brán zřetel na dříve vyslovená přání pacienta, pokud v době lékařského zákroku není schopen své přání vyjádřit“. Tato právní úprava byla následně implementována do národních právních systémů mnoha evropských zemí. (Matějek, 2017) (Koubová, 2015)

2.4 Kazuistiky

Kazuistiky sehrály klíčovou roli při vývoji práva týkajícího se advanced directives, především v oblasti bioetiky a právní ochrany pacientů. Tyto konkrétní případy sloužily k vytvoření precedentů a poukázaly na praktické i morální výzvy, které přináší rozhodování o léčbě v situacích, kdy pacient není schopen sdělit své přání. Jedním z nejvýznamnějších případů, který měl zásadní vliv na vývoj tohoto práva, byl případ Karen Ann Quinlan z roku 1975. Karen upadla do trvalého vegetativního stavu a její případ byl jedním z prvních, který zdůraznil důležitost pacientovy autonomie a stanovil precedent pro budoucí rozhodování o advance directives. (Supreme Court of New Jersey, 1976, str. 1) (Císařová, 2010, str. 12)

Dalším významným kazuistickým případem byl případ Nancy Cruzan z roku 1990. Rozsudek o Nancy vedl k prosazení Patient Self-Determination Act (PSDA), který nařizuje

zdravotnickým zařízením informovat pacienty o jejich právu sepsat advance directives. (Císařová, 2010)

Také evropské soudy se začaly intenzivně zabývat těmito otázkami. Například případ Vincenta Lamberta ve Francii, který byl předmětem intenzivních právních a etických debat, přispěl k formování právní úpravy o ukončení léčby pacientů v trvalém vegetativním stavu. Tento případ, podobně jako výše zmíněné, vedl ke zvýšenému povědomí o právu na důstojné umírání a podpořil úsilí o zavedení legislativy týkající se advance directives v dalších zemích. (Bioethics Observatory, 2019)

Tyto případy ukazují, že kazuistiky nejen napomáhají formování právních rámců, ale také ovlivňují veřejnou diskuzi o právech pacientů a lékařské etice, což vede k pokroku v právní úpravě v oblasti dříve vyslovených přání. (Císařová, 2010, str. 11)

2.4.1 Karen Ann Quinlan 1954-1985

V dubnu 1975 dívka Karen upadla do bezvědomí na studentské oslavě ve svých dvaceti jedna letech. Na oslavě Karen kombinovala účinky alkoholu a užívala drogy tak špatně, že přestala dýchat minimálně ve dvou intervalech vždy na 15 minut. Po přivolání pomoci se podařilo lékařům zachránit život, ale Karen upadla díky poškozením mozku do hlubokého vegetativního stavu se špatnou prognózou, že nebude nikdy schopna jakékoliv kognitivní funkce. Objektivně šance na probuzení z bezvědomí byla téměř nulová, ale lékaři neodpojili Karen od respirátoru, protože její stav nesplňoval kritéria mozkové smrti, a byla tedy naživu. Matka Karen Julia a její manžel Joe započali právní bitvu o to, aby bylo umožněno Karen být odpojena od respirátorů, i pokud by měla zemřít. V kauze se objevuje důraz na náboženské principy, protože Karen i její rodiče byli hluboce věřící zastánci katolické církve. (Císařová, 2010)

Nižší soud svým rozhodnutím nevyhověl přání rodičů odpojit Karen a případ pokračoval na Nejvyšší soud. Rozhodnutí Nejvyššího soudu v New Jersey v roce 1976 zvrátilo rozhodnutí nižšího soudu v precedentním rozsudku. Nejvyšší soud konstatoval, že rodiče hájí přání své dcery, mají nejvíce na mysli její postoje a hodnotový systém. Jde o první právní rozhodnutí, které přiznává možnost případného odpojení od přístrojů, které uchovávají jedince při životě. Soud vycházel z myšlenky, že *„Kdyby se Karen mohla zázračně na chvíli probudit ze svého stavu a rozvážit svou situaci, jistě by souhlasila se svým odpojením od respirátorů“*. Karen byla odstavena od respirátoru po úspěchu rodiny u soudu a následně začala spontánně dýchat sama. V bezvědomí je až do června 1985, tedy 9 let po odpojení od respirátorů, kdy

v rámci paliativní péče nejsou nasazeny antibiotika na zápal plic a umírá. (Císařová, 2010)

2.4.2 Nancy Cruzan

U kazuistiky o Nancy Cruzan je vhodné si nejdříve přiblížit, co je „perzistentní vegetativní stav“. Pacient se musí vykazovat určitými parametry minimálně měsíc. Tento stav je definovaný neporušeným mozkovým kmenem, pacient vykazuje spontánní dýchání i srdeční činnost a udržuje stálou tělesnou teplotu, jakožto i aktivitu trávicího ústrojí a dokáže reagovat na základní nervové podněty. Pacient projevuje aktivitu otvírání a zavírání očí, čímž je podrobený rytmu podobnému simulaci bdění a spánku. Pacient si ovšem není vědom ani sebe ani okolí. Případ Nancy se v souvislosti právě s termínem „perzistentní vegetativní stav“ stal slavným. (Císařová, 2010)

Dvacetipětiletá Nancy Cruzan jela ve starém autě bez pásů a měla vážnou automobilovou nehodu. Po nehodě spadla hlavou do příkopu naplněného vodou, její mozek ztratil zásobování kyslíkem na předpokládanou dobu 12 a 14 minut (jak se stanovilo později). Stalo se tak 11. prosince 1983 a Nancy byla na místě policií prohlášena za mrtvou, následně byla resuscitována záchranáři. Při resuscitování začala spontánně dýchat a navrátila se jí srdeční činnost, ale vědomí a vyšší mozkovou činnost už nikdy nenabyla. (Císařová, 2010)

Při životě byla udržována za značného úsilí lékařů. Po 3 letech rodina začala požadovat odnětí umělé výživy a zavodňování. Z pohledu nemocnice Nancy nebyla v terminálním stadiu a ve státě Missouri má právo požadovat jasně znějící důkaz, že Nancy by si sama přála ve své aktuální zdravotní situaci ukončení péče. Personál požadoval soudní rozhodnutí o odnětí výživy, a protože takový důkaz a rozsudek chyběly, tak nadále pokračoval v krocích pro zachování života. Rodina tady byla nucena k právní bitvě, její hlavní požadavek byl zastavit umělou výživu. Požadavek byl pro krátkém projednání přijat místním soudem, nemocnice ovšem požadovala vyjádření Nejvyššího soudu v Missouri, protože se jednalo o velmi zásadní precedentní rozhodnutí. V procesu o Nancy Nejvyšší soud ve státě Missouri se následně vyjádřil, že nebyl rodinou poskytnut přesvědčivý a jasný důkaz – *stong and compelling evidence*, který by potvrdil, že by si Nancy nepřála pokračovat v životě. Takovým důkazem by mohlo být living will. Soud konstatoval, že nic jako právo na smrt v zákonech státu Missouri není zakotvené, kvalita života pacientky není v centru pozornosti státu a pacientky perzistentní stav je pořád život. (Císařová, 2010)

Nejvyšší soud USA rozhodl v poměru 5:4, že státy mohou stanovit přísné požadavky na důkaz o přání pacienta ohledně ukončení života. Soud uznal, že lidé mají ústavní právo

odmítnout život udržující léčbu, ale také potvrdil, že stát Missouri měl právo požadovat jasný důkaz o přání pacienta. V případě Nancy Cruzan soud konstatoval, že takový důkaz nebyl předložen, a proto nemohla být odpojena od výživové trubice. Soud rovněž vyjádřil, že kompetentní pacienti by měli mít ústavní ochranu, týkající se žádosti na odmítnutí nechtěné lékařské starostlivosti. Nejvyšší soud také stanovil, že jedinci, nekompetentní udělit stanovisko pro nesouhlas s péčí, potřebují legální ochranu. Rodina Lucy se v této situaci rozhodla požádat o obnovení procesu u Nejvyššího soudu v Missouri. Byli předvoláni noví svědci, byl dán větší důraz na dialogy s Nancy, kdy dříve sdělila, že by si nikdy nepřála být držena na přístrojích. Jako svědek předstoupil i rodinný lékař a ve světle nových svědectví soud své předchozí stanovisko změnil a umožnil zastavení zavodňování a podávání umělé výživy. Nancy po odpojení od výživy sondou umírá po jedenácti dnech v prosinci 1990. (Císařová, 2010) (McCormick, 1989) (Center for Practical Bioethics, 2021).

2.5 Jiné státy

Míra závaznosti dříve vysloveného přání je ovlivněna vnitrostátní právní úpravou. Spektrum není bipolární, nýbrž se úpravy nachází od doslovné implementace z čl. 9 Úmluvy o biomedicíně, která ukládá brát na dříve vyslovená přání zřetel. Nebo se úpravy nacházejí na druhé straně spektra, která považuje dříve vyslovené přání za téměř ve všech případech určující. Tak tomu bylo v minulosti v Německu, kde zákonem nebylo dříve vyslovené přání jako institut regulováno výslovně, pouze vyplývalo z extenzivního výkladu práva při rozhodování o léčbě. Extenzivní výklad umožňuje vnímat právní normy a nad doslovné znění. (Císařová, 2010)

V současné době jsou různorodé právní úpravy pro dříve vyslovené přání, pro jednoduchost lze rozeznat čtyři postupy zákonodárců pro institut dříve vysloveného přání. První přístup má speciální zákonnou úpravu, dříve vyslovené přání je uznané za závazné a lze na něj nedbat pouze ve výjimečných případech, kdy existuje přesvědčivý důvod k pochybnostem o jeho platnosti. První přístup je v následujících státech: Velká Británie, Německo, Rakousko, Španělsko, Maďarsko, Finsko, Belgie a Nizozemí. Druhý způsob zaručuje v národním právním řádu existenci zákonné úpravy dříve vysloveného přání a doporučení pro postupy ohledně přání, tímto způsobem je upravená ve Francii. Třetí styl přístupu uvažuje o zákonné úpravě do budoucna, zatím však právní řád neobsahuje žádná specifická ustanovení o přáních, přístup má i Česká republika, dále státy Švýcarsko, Itálie, Portugalsko. Ve čtvrtém přístupu právní řád neobsahuje úpravy o přáních a neplánuje do budoucna jejich zavedení, přístup platí pro státy: Slovensko, Bulharsko, Litva, Turecko, Řecko, Norsko, Srbsko. (Císařová, 2010)

Ve většině členských států Rady Evropy, která uvedla v platnost Úmluvu o biomedicíně, stále nejsou dříve vyslovená přání brána jako základní element pro rozhodnutí lékaře o následujícím léčebném plánu. Až na výjimky je v praxi konečné rozhodnutí založeno převážně na klinické praxi lékaře a pro něj uznané postupy. Dříve vyslovená přání nejsou podle žádného právního řádu absolutním závazkem, každý systém nechává místo alespoň pro jemné ovlivnění situace v návaznosti na uvážení lékaře, který nemusí postupovat podle přání, které rozporuje s jeho odborným klinickým názorem. Pokud lékař uznává za vlastní náboženské nebo jiné přesvědčení, které mu brání uznávat dříve vyslovené přání, lze to považovat za další uznaný důvod pro nerespektování, lékař v takové situaci je povinen umožnit pacientovi péči u jiného lékaře. Úmluva o biomedicíně má samozřejmě body platné pro všechny členské státy, bezvýhradně platí, že přání není závazné při směřování k právem nedovolenému jednání nebo zakázaného cíle, typicky se jedná o aktivní eutanazii pro lítost s trpícím člověkem. (Císařová, 2010)

Nyní bych blíže nastínila právní úpravy pro několik konkrétních zemí, než je Česká republika a jako první uvádím rozbor pro Spojené státy americké, průlomovou zemi pro historii advance directives. (Císařová, 2010)

Spojené státy se vážným dílem podílely na rozvoji dříve vysloveného přání, otázky sebeurčení/autonomie pacienta nahradily paternalistický způsob pojetí péče. Při rozvoji technologie USA začaly řešit, že mnohdy bylo možné prodloužit život i navzdory kvalitě života, kdy se pacient v bezvědomí nebo jiném nekompetentním stavu nemohl podílet na rozhodnutí, jestli péči přijímá. Byly vyjádřeny dva způsoby, jak se k léčbě může postavit pacient přes dříve vyslovené pokyny. Jedním z nich je pro terminologii Spojených států „living will“, z kterých čerpá i pojetí pokynů v České republice a druhým je „durable power of attorney“, kde pacient označí osobu, která určuje rozhodnutí o případné péči, pro případ, že toho nebude sám schopen. Od prvního sepsání 1969 bylo i ve Spojených státech pouze vágně uznávané v platnost „living will“, do roku 1991 se jak pacienti, jejich rodiny, lékaři a ošetrovatelský personál mohli sami rozhodnout, do jaké míry se budou zabývat otázkami práva na odmítnutí léčby. (Heřmanová a Šimek, 2009)

Až po uplatnění zákona Patient Self – determination Act se podnikly aktivní kroky informování o možnosti odmítnutí léčby. Při každé hospitalizaci zdravotnické zařízení Spojených států, dotované z federálních zdrojů, zjišťuje postoj přijímaných pacientů k sepsání pokynů a pro některý personál upadla morální rovina přání pacientů na úroveň dalšího bodu v příjmu pacienta. Míra sepsání pokynů se pro občany Spojených států dostala nad 20 %

populace. Z toho důvodu se diskuze v USA zabývá nejvíce tím, jestli je vhodné, aby stát a státní zařízení požadovaly od všech občanů zamýšlet se, na co by si přáli péči v případech, kdy o sobě nebudou moci rozhodovat. Kdo a za jakých okolností může po občanech chtít plánování si vlastní léčby a popřípadě okolnosti vlastní smrti, když smrt je pro mnohé tabu, někteří jsou nevyлéčitelně nemocní nebo se s nemocí setkávají v blízkém okruhu lidí? (Heřmanová a Šimek, 2009)

Populární formát pro Spojené státy je sepsání „Five Wishes”, jde o dokument psaný jazykem, kterému každý pacient porozumí, nevyskytují se v něm složité medicínské obraty a lékařský žargon. Velmi užitečnou výhodou „Five Wishes” je také to, že kombinuje výhody „living will” a „durable power of attorney”. Dokument umožňuje vybrat si z detailního seznamu položky, které pacient může označit nebo doplnit o vlastní poznámky k případné péči. Pro osoby, které se pro tuto možnost rozhodnou, je sympatické, že celý dokument obsahuje hlediska medicínská, personální, emociální a spirituální, zaměřuje se i na úctu a důstojnost již v samotné šabloně pro sepsání. Ve většině států USA jsou „Five Wishes” ideální volbou jak pro pacienty, tak je i zdravotnické organizace začínají upřednostňovat před klasickými „living wills”. Detailní laicky uchopitelný dokument poskytuje dobrou ochranu před nekonkrétními formulacemi, které neposkytují pokyny dostatečně přesně, nepřímo vybízejí k eutanazii, nebo porušují jiná pravidla pro sepsání a případné respektování přání. (Heřmanová a Šimek, 2009)

Pro oblast Anglie a Walesu byl roku 2005 přijat zákon Mental Capacity Act, jenž umožňuje vyjádřit předem vůli pacienta ohledně případné budoucí léčby prostřednictvím dvou způsobů. Jde o sepsání advance decision a určení zástupce - lasting power of attorney, který bude rozhodovat ve věcech potřebné péče. Terminologie Velké Británie a Spojených států amerických se liší a koncepčně je lze také vnímat odděleně. Více využívané je pochopitelně sepsání dříve vysloveného přání, protože zástupce má moc rozhodovat o jakékoliv péči v maximální flexibilní míře, a musí mít tedy plnou důvěru pacienta. Jediný požadavek obsažený v zákoně je, že zástupné rozhodování je v nejlepším zájmu pro pacienta, již není zmíněno, jestli cesta vyjádření vůle, podle které zástupce jedná, je vyjádřena formálně nebo písemně. Výjimku tvoří to, pokud je vyžadována forma DVP, kdy pacient odmítá život zachraňující či život prodlužující léčbu, potom je nutné mít dříve vyslovené přání sepsáno písemně, vlastnoručně podepsáno pacientem a svědkem a musí obsahovat prohlášení pacienta, že si je vědom o následku svého přání, tedy ohrožení života a možnost smrti. Mimo to lze zmínit, že zákon Mental Capacity Act také upravuje, jakým způsobem může lékař pacienta určit k Do Not Attempt Resuscitate. (Krejčíková, 2014) (Císařová, 2010)

S rolí opatrovníků nastávají otázky o tom, co je ve skutečnosti, léčba v nejlepším zájmu pacienta. V systému common law a jiných jde o komplikovaná rozhodování často v režii soudů. Zástupce pacienta má postupovat z nesobeckých důvodů, a to stejné platí pro ošetřující lékaře a ošetřující personál. Pokud tedy pacient svoji vůli nevyjádřil písemně, můžou se osoby účastnící se diskuze o léčbě, opírat o neformálně vyjádřené hodnoty pacienta, kdy každá osoba může dojít na jiný nejlepší zájem pacienta. Pokud nedojde ke shodě, co je v nejlepším zájmu pacienta, může rozhodnutí uvést soud. (Krejčíková, 2014)

V německém prostředí jsou zákonné postupy odlišné od České republiky, v hrubé skici dříve vysloveného přání si lze povšimnout, že se problematika řeší výhradně přes opatrovnické právo. Následně se v souvislostech s advanced directives vyžaduje opatrovník, který je zdravotnickému týmu partnerem v interpretaci pacientova prohlášení. V německé diskuzi je problematika institutu dříve vyslovených přání vnesena do odlišného etického a lidskoprávního hlediska a je více propracovaná. DVP jsou v německé právní teorii a praxi poměrně funkčním a uznávaným projevem lidské autonomie. (Matějek, 2011) (Krejčíková, 2014)

V Německu se také zaměřili na to, zda se má tato problematika ustanovit zákonem. Nyní je ve skupině států, které ustanovily speciální zákonnou úpravu, uznají DVP za závazné a nedbat na něj je možné pouze v určených případech, nebylo tomu však ihned od ustanovení článku 9 Úmluvy o biomedicině. K regulaci DVP došlo změnou německého občanského zákoníku v červnu 2009, kdy byl přijat jeden z návrhů úpravy. Návrh ukládá mít písemný dokument Patientenverfügung prozkoumaný opatrovníkem v tom smyslu, zda je aktuální vzhledem ke stavu pacienta a situaci, ke které se DVP může vztahovat. Pokud Patientenverfügung odpovídá, musí lékař na základě rozhovoru s opatrovníkem přání respektovat. Ústřední roli tedy hraje osoba pacientem zvolená, případně osoba ustanovená soudem. (Matějek, 2011) (Krejčíková, 2014)

2.6 Kolize

První kolizí byla vůbec platnost dříve vysloveného přání. Ihned po ustanovení bylo ještě v legisvakanci lhůtě § 36 podroben značné kritice, zákon v původním znění omezoval platnost dříve vysloveného přání na pět let. Důvodová zpráva ustanovila omezení platnosti na pět let s ohledem na rychlý pokrok v medicíně. Zákon však neudával žádnou situaci, kdy by pacient už neměl být z objektivních příčin schopen své dříve vyslovené přání obnovit po uvedených pěti letech. Z výkladu důvodové zprávy platí, že v takovém případě je ukončení platnosti zrušeno. Zároveň nebylo jednoznačné, jestli přání sepsané za dobu hospitalizace je

podrobeno ukončení lhůty platnosti. Celá záležitost protirečila znění čl. 9 Úmluvy o biomedicině a byla vznesena námitka na Ústavní soud ČR, který ještě v roce 2012 dobu platnosti 5 let zrušil a dodal, že čl. 9 Úmluvy o lidských právech a biomedicině neumožňuje stanovit dobu platnosti. (Krejčíková, 2014)

Ke kolizi nadále dochází při různé interpretaci zákona a jak také vyplývá z dřívějších, vyslovené přání nemá absolutní závaznost. Jsou v ní i popsány případy, kdy je dokonce nutné a možné je za určitých okolností nerespektovat. Samozřejmě ignorování dříve vysloveného přání je rozhodně pro poskytovatele zdravotnických služeb činností protiprávní. Pokud se zdravotník sám za sebe rozhodne v souladu s dříve vysloveným přáním nepostupovat, musí být jeho jednání důvodné a přezkoumané soudně. V situacích, kdy zdravotníkovi nejsou známy věrohodné informace o existenci dříve vysloveného přání a je nutná neodkladná péče pro záchranu života, pak platí, že v podobné nejistotě se vždy hlavně zachraňuje život pacienta, tuto možnost připouští i shromáždění Rady Evropy 2012. (Gřiva, 2018)

2.7 Ochrana zdravotníků

Kterékoliv ukončení léčby pacienta je z právního hlediska mimořádně složitá a problematická událost. Při ukončování léčby může docházet k tomu, že pacientova základní lidská práva se dostanou do kolize, kdy je sice možné zajistit prodloužení života, ale pacient sám něco takového odmítá, neboť se domnívá, že by mu to způsobilo více utrpení. V ideálním pojetí je rozhodování o ukončení léčby pouze o kolizi základních hodnot, kdy právo pacienta na život, ochranu zdraví a zdravotní péči je v kolizi s nedotknutelností osoby a lidské důstojnosti, včetně práva na jeho sebeurčení. Dříve vyslovené přání se dotýká této problematiky, protože ukončení léčby znamená jak zastavení, ale nýbrž také nezačínání léčby. Lékař by měl tedy respektovat vůli pacienta či jeho opatrovníka a vyhodnotí další léčbu jako marnou, z čehož ji následně neindikuje a tu léčbu neposkytne. (Krejčíková, 2014)

Pokud dojde při poskytování zdravotnických služeb k pochybení, je možné, že poškozený pacient nebo jeho blízký se domáhají právního postihu poskytovatele zdravotnických služeb nebo právní povinnosti. Může jít o postih správně právní nebo trestně právní a může se jednat o úhradu újmy v souvislosti s porušením právních povinností, pokud taková újma vznikla. Při vyvození trestní odpovědnosti je předpokladem spáchání protiprávního činu, jehož zákon označuje za trestný a které vykazuje znaky uvedené v zákoně. Za trestný čin poskytovatelů zdravotnických služeb se považuje následek jednání, který je buď zaviněný alespoň z nedbalosti, nebo je v rozporu s povinností péči poskytovat v souladu s

pravidly zdravotnické profese, ať už s právními předpisy nebo ze soudobého stavu medicínského poznání, jehož trestněprávně relevantní následek je s tímto jednáním v příčinné souvislosti. (Krejčíková, 2014, str. 39) Pokud zdravotník nerespektuje dříve vyslovené přání pacienta, může čelit několika důsledkům, může to zahrnovat etické problémy a také členění disciplinárnímu řízení ze strany České lékařské komory nebo dokonce žalobám ze strany pacienta. Respektování dříve vysloveného přání je tady klíčové pro zachování důvěry a integrity v léčebném procesu Mezi tresty, které může poskytovatel zdravotnických služeb dostat za nerespektování přání pacienta se zahrnuje odebrání lékařské licence nebo čelit trestněprávnímu stíhání a žalobám k úhradě škody. (Krejčíková, 2014)

Zdravotníky chrání několik faktorů, první z nich jsou profesní standardy, pokud zdravotník postupuje podle obvyklých standardů péče, může to být argument v obhajobě při ukončování léčby. Žádné faktory však nezaručí úplnou ochranu a dodržování práv pacientů zůstává klíčové. Pečlivě vedená dokumentace je nejlépe uchopitelná část ochrany zdravotníka, obzvlášť pokud dokáže důslednou komunikaci s pacientem, může být klíčová při jeho obraně při pochybení. Zdravotník by měl dodržovat etické kodexy, kdy dodržování etických kodexů a jednotlivých profesních organizací může posílit jeho postavení. V případě sporu je v ideálním případě mít založený informovaný souhlas v dokumentaci jako zdroj všech potřebných informací, kde je jasně vyjádřeno, že pacient souhlasí, nebo odmítá léčbu. Takto platný dokument dává určitou ochranu zdravotníkovi. (Krejčíková, 2014) (Šimek, 2015) (§ 36 zákona č. 372/2011 Sb.) V neposlední řadě si mnozí zdravotníci můžou zajistit profesní odpovědnostní pojištění, které je chrání před finančními následky právních sporů. Zároveň je asi velmi důležitou součástí zůstat v problematice aspoň trochu vzdělaný, kdy se zdravotníci můžou obrátit na oficiální znění zákona, etické kodexy České lékařské komory nebo odborné články a publikace (například časopis Zdravotnická práva nebo jiná odborná periodika). (Matějek, 2011)

3 Dříve vyslovené přání v praxi

Dříve vyslovené přání umožňuje pacientovi specifikovat, jaké lékařské zákroky chce, či nechce podstoupit, zejména ve chvílích kritického zhoršení zdravotního stavu nebo při terminálních stádiích nemocí. DVP je považováno za klíčový nástroj, který chrání autonomii pacienta a zajišťuje, že jeho vůle bude respektována i v případech, kdy by nebyl schopen o svých přáních komunikovat (Kubáčková et al., 2018).

V moderní medicínské praxi má DVP zásadní význam pro respektování důstojnosti a přání pacienta. Jeho přítomnost může předejít etickým dilematům a umožňuje zdravotnickému týmu jednat v souladu s pacientovými preferencemi, což je zvláště důležité v akutních či kritických situacích (Ptáček, Bartůněk et al., 2014).

Právo na dříve vyslovené přání je v České republice zakotveno v § 36 zákona č. 372/2011, Sb., o zdravotních službách. Tento zákon stanoví, že každý pacient má právo formulovat DVP, a to písemně, před dvěma svědky, nebo notářsky ověřeným dokumentem. DVP je závazné pro zdravotnický personál, pokud splňuje všechny zákonné podmínky a není v rozporu s jinými právními normami, například povinností poskytnout neodkladnou péči k záchraně života (NZIP.cz, 2024). Podle zákona se DVP neuplatní v případech, kdy jeho dodržení by vedlo k přímému ohrožení života pacienta z důvodu zanedbání základní péče. Zdravotnický tým má povinnost vždy posoudit konkrétní situaci a na základě dostupných informací rozhodnout, zda je možné DVP plně respektovat (Císařová, 2010)) (NZIP.cz, 2024).

3.1 Etické a právní výzvy spojené s implementací DVP

Implementace DVP v praxi přináší řadu etických a právních výzev. Jednou z nejčastějších je konflikt mezi právem pacienta na autonomii a lékařovou povinností poskytovat péči podle odborných standardů (Šimek, 2015). Lékaři se mohou ocitnout v situaci, kdy přání pacienta odporuje jejich profesnímu přesvědčení o tom, co je pro pacienta nejlepší, zejména v případech život ohrožujících stavů (Ondřiová, 2021).

Další výzvou je zajištění správné interpretace DVP. Nejednoznačné formulace v dokumentu mohou vést k rozdílným výkladům mezi zdravotnickým personálem a rodinou pacienta. Proto je zásadní, aby bylo DVP formulováno co nejpresněji, a zdravotníci měli možnost konzultovat s pacientem jeho přání ještě před tím, než nastane kritická situace (Kubáčková et al., 2018). V případech, kdy vzniknou pochybnosti o platnosti nebo aplikovatelnosti DVP, mohou zdravotnické týmy konzultovat etické komise nebo další odborníky. Tyto konzultace jsou důležité zejména v komplexních situacích, kde není

jednoznačné, jaký postup zvolit (Ondriová, 2021).

3.2 Náhled do ošetrovateľské etiky

Základní principy ošetrovateľské a lékařské etiky jsou neškodit, činit dobro, autonomie a spravedlnost. Dříve vyslovené přání nebo living will se týká autonomie a práva pacienta na partnerský vztah s lékařem a na poslední slovo v rozhodnutí o poskytované péči. Pacient se rozhoduje, jaký typ terapie přijímá, poskytovanou kterým lékařem, a v kterém institutu, nebo zda péči odmítne jako takovou. Jedinec jako autonomní bytost má právo odmítnout lékařskou péči, i když jeho rozhodnutí bude mít na jeho zachování zdraví a života negativní následky. (Císařová, 2010)

3.2.1 Autonomie pacienta a její limity

Autonomie pacienta je jedním z klíčových principů lékařské etiky a zahrnuje právo každého jedince rozhodovat o svém těle a zdravotní péči. Tento princip je základem pro respektování dříve vysloveného přání, kdy pacient předem vyjadřuje své preference pro případ, že by v budoucnu nebyl schopen komunikovat nebo činit rozhodnutí (Šimek, 2015). DVP tedy poskytuje rámec, v němž pacient realizuje svou autonomii i v těžkých nebo terminálních fázích onemocnění (Císařová, 2010).

Autonomie však není absolutní; její limity nastávají v situacích, kdy dodržení DVP může vést k bezprostřednímu ohrožení života nebo vážnému ohrožení zdraví. Zdravotnický tým musí v takových situacích pečlivě zvážit, zda je možné přání pacienta plně respektovat, nebo zda je nutné poskytnout péči i přes jeho odmítnutí, aby zabránili fatálním následkům. Taková dilemata jsou v akutní medicíně častá a vyžadují rychlé rozhodování na základě jak etických, tak právních zásad. (Ptáček, Bartůněk et al., 2014)

Informovaný souhlas je dalším základním principem, který úzce souvisí s autonomií pacienta. Vychází z toho, že pacient má právo rozhodnout o své léčbě na základě informací, které mu poskytne zdravotnický personál (Ondriová, 2021). DVP lze považovat za formu informovaného souhlasu, který se vztahuje na budoucí situace, kdy pacient nebude schopen svůj souhlas, nebo nesouhlas vyjádřit. Tento předběžný souhlas pacientovi umožňuje specifikovat, které zákroky si přeje, či nepřeje podstoupit, a tím zdravotnickému personálu usnadňuje rozhodování v souladu s jeho hodnotami a preferencemi (Císařová, 2010).

V praxi však může nastat problém při interpretaci DVP, pokud je dokument příliš obecný nebo pokud dojde k neočekávané změně zdravotního stavu pacienta. Aby zdravotnický tým mohl jednat co nejvíce v souladu s pacientovými přáními, je klíčová kvalitní komunikace

s rodinou a mezioborová spolupráce v rámci týmu, která může napomoci k dosažení rozhodnutí, jež nejlépe odráží pacientova původní přání (Kubáčková et al., 2018).

3.3 Konflikty mezi přáním a zájmy zdravotnického týmu

Konflikty mezi DVP pacienta a názorem zdravotnického týmu na tzv. „nejlepší zájem“ pacienta patří mezi častá etická dilemata. Zdravotníci jsou vázáni odbornými standardy a profesními hodnotami, které někdy mohou kolidovat s přáním pacienta (Šimek, 2015). Etický koncept „nejlepšího zájmu“ zahrnuje poskytování takové péče, která nejlépe odpovídá potřebám pacienta a chrání jeho zdraví, i když může být v rozporu s DVP (Ptáček, Bartůněk et al., 2014).

V případech konfliktu je přínosné konzultovat rozhodnutí s etickými komisemi nebo odborníky na etiku, což pomáhá zohlednit jak pohled pacienta, tak odborné hledisko. Takové konzultace jsou užitečné zvláště v situacích, kdy se zdravotnický tým obává, že by přísné dodržení DVP mohlo pacienta poškodit nebo vést k výsledku, který původně nezamýšlel. Tento postup umožňuje vyvážit autonomii pacienta a profesionální odpovědnost zdravotníků a dosáhnout řešení, které bere v potaz obě strany (Ondriová, 2021) (Ptáček, Bartůněk et al., 2014).

3.3.1 Role etických kodexů zdravotnických profesionálů

Etické kodexy zdravotnických profesionálů jsou zásadním vodítkem, které usměrňuje chování zdravotníků a definuje jejich povinnosti vůči pacientům, veřejnosti i samotnému zdravotnickému týmu. Etické kodexy stanovují základní morální principy, jako jsou respektování autonomie pacienta, beneficence (poskytování prospěšné péče), nonmaleficence (neškodit) a spravedlnost. Tyto principy jsou klíčové při uplatňování dříve vysloveného přání (DVP), jelikož podporují rozhodnutí založená na respektu k pacientovým hodnotám a preferencím (Šimek, 2015). Kodexy zdravotnických profesí také zdůrazňují povinnost zdravotníků jednat v nejlepším zájmu pacienta a vyvarovat se jednání, které by bylo v rozporu s pacientovými přáními, pokud tato přání nejsou v rozporu s platnými právními normami. Zdravotníci se musí v případech nejasností opírat o etický kodex, aby byli schopni jednat správně i při eticky náročných rozhodnutích. Etický kodex například zdůrazňuje odpovědnost zdravotníků za ochranu pacientova soukromí a důvěrnosti jeho přání, což je při aplikaci DVP klíčové (Ondriová, 2021).

Kodexy jsou také důležité při řešení konfliktů mezi členy zdravotnického týmu. Pokud dojde k rozdílným názorům na nejlepší způsob uplatnění DVP, mohou se zdravotníci opřít o etické principy stanovené v kodexech, což napomáhá udržovat profesionální a etický přístup v

komunikaci i v realizaci rozhodnutí (Ptáček, Bartůněk et al., 2014).

3.4 Role sestry – komunikace a spolupráce

V procesu uplatnění dříve vysloveného přání (DVP) hraje sestra zásadní roli jako advokát pacienta. Tato role zahrnuje nejen respektování, ale také aktivní ochranu pacientových práv a přání. Sestra pomáhá pacientovi formulovat DVP a podporuje ho při rozhodovacím procesu (Ondřiová, 2021).

Sestra působí jako prostředník mezi pacientem, rodinou a lékařským týmem, což je klíčové zejména při složitých rozhodnutích nebo při uplatňování předem stanovených přání. Dobře informovaná sestra o preferencích pacienta může zdravotnickému týmu poskytnout důležité informace, které pomohou předejít konfliktům a zajistit, aby byla pacientova vůle respektována (Šimek, 2015).

Úspěšné uplatnění DVP závisí na kvalitní a citlivé komunikaci s pacientem a jeho rodinou. Jedním z hlavních úkolů sestry je otevřeně komunikovat s pacientem o jeho přáních, vysvětlit možnosti péče a informovat ho o právních a etických důsledcích jeho rozhodnutí. Tato komunikace by měla probíhat kontinuálně a včas, a nikoli pouze ve chvíli akutního ohrožení (Kubáčková et al., 2018) (Ptáček, Bartůněk et al., 2014).

Důležitou roli hraje sestra i v komunikaci s rodinou, která je často zapojena do rozhodovacích procesů, zvláště pokud pacient ztratí schopnost komunikace. Dobrá komunikace může minimalizovat riziko konfliktů a napětí mezi rodinou a zdravotnickým týmem, přičemž sestra funguje jako prostředník, který usnadňuje dialog a harmonizuje postupy týmu s preferencemi pacienta (Ondřiová, 2021).

Sestra nese etickou a právní odpovědnost za to, aby bylo DVP pacienta respektováno a správně zaznamenáno v lékařských záznamech. Odpovědností sestry je také monitorovat, že pokyny uvedené v DVP jsou v praxi dodržovány a upozorňovat na případné nesrovnalosti. V případě nejasností nebo etických dilemat má sestra možnost konzultace s etickou komisí nebo právními poradci instituce, což zajišťuje soulad mezi přáním pacienta a platnými normami (Císařová, 2010) (Šimek, 2015).

Sestra by měla pečlivě dokumentovat všechny rozhovory a konzultace týkající se DVP, protože tato dokumentace může být klíčová v případech, kdy dojde ke sporu ohledně interpretace pacientových přání. Tento postup pomáhá zajistit, že DVP bude uplatněno v souladu s platnými etickými a právními standardy (Ondřiová, 2021).

3.5 Mezioborová spolupráce při realizaci DVP

Úspěšná implementace DVP závisí na efektivní mezioborové spolupráci. Lékaři, sestry, sociální pracovníci a právníci by měli úzce spolupracovat, aby bylo zajištěno, že DVP je respektováno a správně uplatněno. Pravidelné mezioborové schůzky a společné konzultace jsou důležité zejména v případech složitých etických dilemat nebo v situacích, kdy se členové týmu nemohou shodnout na postupu (Ptáček, Bartůněk et al., 2014).

Mezioborová spolupráce přináší různé odborné perspektivy a napomáhá zajistit, že přání pacienta jsou dodržována v souladu s profesionálními a etickými standardy. Konzultace s etickými komisemi může pomoci najít konsensus v případě sporných rozhodnutí a podpořit respektování pacientových hodnot (Císařová, 2010).

3.5.1 Význam edukace zdravotnického týmu o DVP

Pravidelná edukace a školení zdravotnického týmu ohledně dříve vysloveného přání (DVP) jsou zásadní pro efektivní a etické uplatnění tohoto dokumentu v praxi. Témata jako právní rámec DVP, etické zásady, komunikace s pacienty a aktualizace přání by měly být součástí kontinuálního vzdělávání zdravotníků. Edukace nejen zvyšuje povědomí o právních aspektech DVP, ale také pomáhá zdravotníkům osvojit si dovednosti potřebné k citlivému projednávání pacientových přání (Kubáčková et al., 2018). Školení, zaměřená na komunikaci a mezioborovou spolupráci, zajišťují, že zdravotnický tým bude schopen jednat jako jednotná jednotka, kdykoli vzniknou otázky ohledně respektování DVP. Kromě praktických dovedností a znalostí o pravidlech a postupech DVP by se měla edukace zaměřovat i na výuku empatické a otevřené komunikace s pacienty a jejich rodinami, což je klíčové v případech, kdy se přání pacienta střetávají s odbornými stanovisky (Ptáček, Bartůněk et al., 2014). Důležité je rovněž, aby si každý člen týmu uvědomoval svoji roli v realizaci DVP a měl přístup k aktuálním informacím o doporučených postupech, aby byl schopen reagovat na jakékoliv změny v přáních pacienta. Vzdělávání tak podporuje respektování autonomie pacienta a zajišťuje, že tým jedná profesionálně a v souladu s etickými standardy (Ondřiová, 2021).

3.5.2 Využití podpůrných technologií pro komunikaci s týmem a pacientem

Informační a komunikační technologie hrají stále důležitější roli ve zdravotnictví, přičemž jejich využití může zásadně přispět ke správné implementaci dříve vysloveného přání (DVP) pacienta. Díky technologiím může zdravotnický tým rychleji sdílet důležité informace o přáních pacienta, lépe komunikovat se členy týmu, a dokonce usnadnit pacientům vyjádření jejich preferencí, zvláště pokud mají omezené možnosti verbální komunikace. Tato podkapitola

se zaměřuje na hlavní způsoby, jak technologie pomáhají zlepšit komunikaci s týmem a pacientem.

Elektronické zdravotnické záznamy a sdílení informací o DVP

Jedním z nejdůležitějších nástrojů pro správnou koordinaci péče je systém elektronických zdravotnických záznamů (EHR – Electronic Health Records). Elektronické zdravotnické záznamy umožňují zdravotnickým pracovníkům rychle přistupovat k informacím o DVP, a to v reálném čase, což zajišťuje, že všichni členové týmu budou mít přehled o pacientových přáních bez ohledu na změny ve směnách nebo při přesunu pacienta mezi odděleními.

EHR také nabízí možnost sledovat a dokumentovat jakékoli změny v DVP pacienta a usnadňuje komunikaci mezi týmy v rámci nemocnice. Systém tak podporuje koordinovanou a jednotnou péči, kdy každý člen týmu zná přesná přání pacienta a může se podle nich řídit (Císařová, 2010).

Digitální nástroje pro pacientovu komunikaci s týmem

Pro pacienty, kteří mají omezenou schopnost verbálně komunikovat (např. kvůli neurologickému onemocnění, postižení nebo úrazům), mohou být cenným pomocníkem asistivní komunikační technologie. Digitální nástroje jako speciální komunikační aplikace na tabletech, hlasové asistenty, a dokonce i systémy ovládané očima mohou pacientům pomoci jasně vyjádřit svá přání a obavy, což přispívá k respektování jejich DVP i v obtížných situacích. Tyto technologie umožňují pacientům interaktivní zapojení do rozhodování o jejich péči, což posiluje jejich autonomii. Přístup k těmto nástrojům navíc umožňuje zdravotníkům v praxi lépe pochopit pacientovy preference a adekvátně reagovat na změny v jeho přáních, ať už se jedná o drobné úpravy nebo zásadní změny v přáních (Kubáčková et al., 2018).

Využití mobilních aplikací a patientských portálů pro aktualizaci DVP

Mobilní aplikace a patientské portály, které jsou přístupné pacientovi i jeho rodině, nabízejí další způsob, jak mohou pacienti aktivně spravovat a aktualizovat své DVP. Tyto aplikace umožňují pacientům nahrávat své přání přímo do elektronického zdravotního systému, takže mohou být okamžitě přístupné zdravotnickému týmu. Pro pacienty, kteří pravidelně aktualizují své preference (například při zhoršení chronického onemocnění), je to velmi užitečný nástroj. Patientské portály také mohou obsahovat sekce, kde mohou pacienti přidat poznámky ke svým DVP, vysvětlit motivy a kontext svých přání, což usnadňuje zdravotníkům pochopit a respektovat pacientovo rozhodnutí při poskytování péče (Ptáček, Bartůněk et al.,

2014).

V případě pacientů, kteří se léčí v různých zdravotnických zařízeních nebo při víceoborové péči, mohou být cenným nástrojem pro konzultace a koordinaci péče virtuální schůzky. Prostřednictvím videohovorů nebo telemedicínských platforem mohou členové zdravotnického týmu rychle konzultovat pacientovo DVP a dohodnout se na správném postupu, aniž by se museli fyzicky sejít. Tento přístup urychluje rozhodování a přispívá k větší konzistenci péče. Díky těmto virtuálním setkáním lze jednoduše zapojit také rodinné příslušníky nebo pečovatele, což pomáhá zdravotnickému týmu získat ucelenější obraz o pacientových přáních a očekáváních. Virtuální schůzky tak nejen posilují komunikaci mezi zdravotnickými odborníky, ale také pomáhají udržet pacienta a jeho rodinu aktivně zapojené do rozhodovacího procesu (Ondřiová, 2021).

3.6 Doporučené postupy pro zdravotnický tým

3.6.1 Postupy při získávání a aktualizaci DVP

Získávání a aktualizace dříve vysloveného přání (DVP) by mělo být systematickým procesem, který umožňuje pacientovi včas a plně vyjádřit své preference ohledně péče v budoucnosti. Prvním krokem je detailní rozhovor s pacientem o jeho hodnotách, prioritách a obavách, který zdravotnický tým iniciuje obvykle při vstupním vyšetření nebo při zahájení péče o pacienta s chronickým nebo terminálním onemocněním (Císařová, 2010). Důležitou roli hraje nejen objasnění možností péče, ale i vysvětlení následků jednotlivých rozhodnutí, což pacientovi pomáhá učinit informované a promyšlené rozhodnutí. Tento proces by měl být průběžně aktualizován, zejména při zhoršení zdravotního stavu pacienta nebo pokud pacient své přání změnil. Aktualizace by měly být řádně zdokumentovány, včetně všech změn a důvodů, které pacienta k úpravě vedly (Kubáčková et al., 2018). Další důležitou součástí tohoto procesu je i komunikace s rodinou a blízkými pacienty, zejména pokud DVP zahrnuje komplexní rozhodnutí o odmítnutí určitých postupů nebo o paliativní péči. Zdravotnický tým by měl také zajistit, že DVP je snadno dostupné ostatním členům týmu, což pomáhá předcházet nejistotám a riziku nesprávného výkladu pacientových přání.

V akutních situacích, kde je nutné rychlé rozhodování, mohou být předem definované algoritmy a postupy klíčové pro správné uplatnění DVP. Tyto algoritmy jsou navrženy tak, aby zdravotnický tým mohl jednat rychle, efektivně a v souladu s pacientovým přáním, což je obzvláště důležité u pacientů s dříve definovaným omezením resuscitace nebo jinými

specifickými pokyny (Ptáček, Bartůněk et al., 2014). Pro zdravotnický tým je přínosné, pokud algoritmy zahrnují možnosti kroků, které lze v akutní situaci podniknout (např. telefonická konzultace s lékařem nebo etickou komisí), a jasně stanovují, kdy se má tým řídit DVP a kdy může být, z důvodu zachování života, nutné DVP pozměnit či neaplikovat. Předem stanovené algoritmy pomáhají minimalizovat riziko chybného rozhodnutí a zajišťují, že tým má jasný plán i při nečekaných komplikacích (Císařová, 2010).

Součástí těchto protokolů je také zajištění, aby každý člen týmu znal obsah a význam DVP pro konkrétního pacienta a měl přístup k přesné dokumentaci DVP, což usnadňuje orientaci a reakci v krizových momentech.

3.6.2 Příprava zdravotnického personálu na krizové scénáře

Krizové situace, kdy je nutné rychle rozhodnout o dalším postupu péče v souladu s dříve vysloveným přáním (DVP), vyžadují pečlivou přípravu zdravotnického týmu. Pro zajištění, že každý člen týmu bude schopen v těchto náročných situacích jednat efektivně a v souladu s přáním pacienta, je důležité, aby zdravotnické zařízení poskytovalo pravidelný trénink zaměřený na krizové scénáře a rychlé rozhodování. Tato příprava zahrnuje několik klíčových aspektů.

Simulace krizových situací

Simulace krizových situací je osvědčenou metodou pro přípravu zdravotnického personálu na náročné scénáře, kdy je nutné rychle a správně interpretovat a uplatnit DVP pacienta. V simulovaných podmínkách si tým může vyzkoušet aplikaci DVP v kontextu akutních stavů, jako jsou resuscitace, náhlé zhoršení zdravotního stavu nebo situace, kdy je pacient v bezvědomí. Tyto simulace pomáhají zdravotníkům zvládnout stres, rozhodovat se pod časovým tlakem a zároveň efektivně spolupracovat (Císařová, 2010).

Při simulacích lze také modelovat různé typy DVP, aby tým získal praxi v rozlišování a respektování specifických přání pacientů. Simulované situace mohou být zaměřené i na interakce s rodinou pacienta, což posiluje schopnost týmu komunikovat s blízkými citlivě a jasně, i v náročných momentech. (Císařová, 2010)

Nácvik rozhodování pod časovým tlakem

Rozhodování pod tlakem je nedílnou součástí krizových situací. Nácvik rychlého rozhodování umožňuje zdravotníkům lépe se připravit na nutnost rychle posoudit DVP pacienta a aplikovat jej bez zbytečného odkladu. Pravidelný trénink, který zahrnuje řešení modelových

krizových scénářů, napomáhá tomu, aby zdravotnický tým získal potřebnou jistotu při rychlém rozhodování, a to zejména v případech, kdy se DVP může lišit od obvyklého postupu péče (Ptáček, Bartůněk et al., 2014).

Efektivní rozhodování pod tlakem je podporováno i jasně definovanými algoritmy a krizovými protokoly, které zdravotníci mohou použít jako návod v případě akutního ohrožení pacienta. Takové protokoly pomáhají zdravotníkům jednat efektivně a jednotně a umožňují snadnou koordinaci všech členů týmu.

Pravidelná školení a zpětná vazba

Pravidelná školení zaměřená na krizové situace by měla být součástí kontinuálního vzdělávání zdravotnického týmu. Tato školení poskytují příležitost zlepšovat se ve využívání DVP, zejména v případech, kdy jsou specifikována komplexní přání nebo když dojde k nenadálé změně zdravotního stavu. Kromě simulací a nácviku rozhodování by školení měla zahrnovat i sdílení osvědčených postupů a zpětné vazby z reálných případů, které tým pomohou připravit se na podobné scénáře v budoucnu (Kubáčková et al., 2018). Zpětná vazba po každém školení nebo krizové simulaci je klíčová pro zlepšování dovedností a pro vyjasnění, kde může být potřeba další trénink nebo podpora. Tento přístup umožňuje neustálý růst a zlepšování krizové připravenosti týmu, což je zásadní pro respektování pacientových přání a minimalizaci rizika chyb v rozhodování.

Podpora týmové spolupráce v krizových situacích

Krizové situace vyžadují hladkou a efektivní spolupráci mezi členy týmu, kteří mohou mít v daný moment odlišné úkoly a perspektivy. Trénink na krizové scénáře by proto měl zahrnovat i rozvoj týmové spolupráce a dovedností, které podporují efektivní komunikaci a koordinaci v náročných situacích (Ondriová, 2021). Školení zaměřená na týmovou spolupráci zahrnují nácvik sdílení informací v reálném čase, rozpoznání priorit a delegování úkolů. Tato příprava podporuje týmovou soudržnost a snižuje riziko chyb, které mohou vzniknout při nedostatečné komunikaci. Tím je zajištěno, že DVP bude respektováno a aplikováno tak, jak pacient zamýšlel, i při složitých a stresujících scénářích.

3.6.3 Mezioborová spolupráce při realizaci DVP

Efektivní mezioborová spolupráce je nezbytná pro správné a citlivé uplatnění DVP. Každý člen týmu, včetně lékařů, sester, sociálních pracovníků, psychologů, případně i duchovních, má své specifické dovednosti a perspektivu, které společně přispívají k poskytování komplexní péče respektující pacientova přání (Ondriová, 2021). Při mezioborové

spolupráci je důležité, aby byly pravidelně organizovány týmové schůzky, na kterých se projednávají jakékoliv změny v přáních pacienta, aktualizace DVP nebo nové informace ohledně pacientova zdravotního stavu. Tímto způsobem může každý člen týmu přispět k plánování a aplikaci péče v souladu s DVP, a předejít tak možným nedorozuměním nebo konfliktům.

Spolupráce je také zásadní při zapojení rodiny pacienta do rozhodovacího procesu a při zajištění, že všichni členové týmu chápou jak specifické pokyny DVP, tak emocionální a etický kontext pacientových přání (Ptáček, Bartůněk et al., 2014).

3.6.4 Etické komise a doporučené konzultace v náročných případech

Etické komise představují důležitý podpůrný orgán pro zdravotnický tým v případech složitých etických dilemat spojených s DVP. Pokud například pacientovo DVP obsahuje pokyny, které by mohly ohrozit jeho život, nebo pokud existují nejasnosti ohledně platnosti či aplikovatelnosti DVP, je doporučeno konzultovat postup s etickou komisí nebo s odborníky na lékařskou etiku (Šimek, 2015).

Konzultace s etickou komisí pomáhá zdravotnickému týmu nalézt kompromisní řešení, které zohledňuje jak přání pacienta, tak profesní povinnosti a standardy péče. Komise rovněž poskytuje podporu při rozhodování, které zahrnuje konflikt mezi hodnotami pacienta a doporučeními zdravotnického týmu, což může být obzvláště náročné v akutních situacích (Ondriová, 2021).

Kromě etických komisí mohou být konzultováni také právní poradci nemocnice, pokud existují nejasnosti ohledně právní závaznosti některých částí DVP nebo pokud tým potřebuje poradenství ohledně ochrany práv pacienta. Konzultace tak zajišťují, že postupy jsou v souladu s etickými normami i právními předpisy, což minimalizuje riziko sporů a nedorozumění.

3.6.5 Dokumentace a ochrana dat v souvislosti s DVP

Správná dokumentace DVP a ochrana osobních údajů pacienta jsou základními předpoklady pro bezpečné a efektivní uplatnění dříve vysloveného přání. Záznam o DVP by měl být přesný, aktuální a přístupný všem členům zdravotnického týmu, kteří se podílejí na péči o pacienta. Dokumentace musí obsahovat konkrétní přání pacienta a všechny změny nebo aktualizace, které pacient provedl (Císařová, 2010).

Ochrana osobních údajů je při správě DVP klíčová, jelikož DVP obsahuje citlivé

informace o pacientových preferencích. Tyto údaje musí být uchovávány v souladu s legislativou o ochraně osobních údajů, například dle nařízení GDPR v EU. Přístup k těmto údajům by měl mít pouze oprávněný personál, který zajišťuje péči o pacienta, a jakýkoli neoprávněný přístup musí být bezodkladně řešen podle nemocničních protokolů (Ptáček, Bartůněk et al., 2014).

Důkladná a pravidelná dokumentace také minimalizuje riziko nedorozumění či chybného výkladu přání pacienta. Správně vedená dokumentace je klíčová v případech, kdy je potřeba prokázat, že DVP bylo zohledněno při rozhodování o péči. Dokumentování všech diskuzí a změn, týkajících se DVP, rovněž podporuje transparentnost a dodržení etických a právních standardů (Kubáčková et al., 2018).

Pravidelné vyhodnocování a revize postupů spojených s DVP je důležité pro zajištění, že zdravotnický tým pracuje podle aktuálních standardů a doporučených postupů. V rámci těchto revizí by se mělo hodnotit, zda dokumentace, komunikace s pacientem a mezioborová spolupráce odpovídají nejlepším praxím a zda jsou v souladu s právními předpisy. Takové hodnocení přispívá k neustálému zlepšování kvality péče a respektování pacientových práv (Ondriová, 2021).

Revize postupů může zahrnovat i průzkum spokojenosti pacientů a jejich rodin s procesem DVP, což může poskytnout cennou zpětnou vazbu pro další zlepšení. Nemocnice a zdravotnická zařízení by měly vytvářet standardizované protokoly, které zdravotníkům pomohou provádět revize pravidelně, například čtvrtletně nebo pololetně. Výsledky těchto revizí mohou být využity k identifikaci oblastí, kde je třeba zlepšení, nebo k vytvoření školení zaměřeného na zjištěné nedostatky (Císařová, 2010).

Kromě zlepšení kvality péče zajišťuje pravidelná revize také to, že tým reaguje na změny v legislativě a odborných doporučeních, což podporuje bezpečnost pacienta a zajišťuje, že zdravotnický tým jedná vždy podle aktuálních etických a právních standardů.

4 Praktická část

4.1 Hlavní cíl

Hlavní cíl empirické části: Zjistit úroveň informovanosti ošetrovatelského personálu o problematice dříve vysloveného přání, analyzovat jejich znalosti a povědomí o právních a etických aspektech této problematiky a porovnat úroveň informovanosti mezi jednotlivými skupinami ošetrovatelského personálu.

4.2 Dílčí cíle

1. Zjistit úroveň informovanosti sester o problematice DVP pacienta.
2. Zjistit, jaké jsou postoje sester k problematice dříve vyslovených přání a autonomii pacienta (tj. k možnosti odmítnutí a ne zahájení léčby).
3. Zjistit vlastní zkušenosti sester s DVP.

4.3 Metodika

Pro kvantitativní výzkum byla využita metoda polostrukturovaného dotazníku vlastní konstrukce jako nástroj sběru dat pro kvantitativní šetření. Tento přístup kombinuje uzavřené otázky, které umožnily standardizaci odpovědí a jejich kvantitativní analýzu, a otevřené otázky, které umožnily zachytit individuální pohledy respondentů. Před samotným zahájením hlavního výzkumu proběhla konzultace ohledně struktury dotazníku s vedoucí práce, během kterého byl dotazník pozměněn a byly připojeny možnosti vybrat volby nevím, pro osoby, které si nebudou jisté s odpovědí. Cílem bylo snížit množství odhadů v nejsložitějších otázkách. Pracovali jsme s předpokladem, že velká část respondentů nebude s tématem dostatečně obeznámena a budou nedostatky v informovanosti.

Pro některé otázky bylo žádoucí přidat volbu jiné, pro možnost hlubšího vyjádření ohledně postojů a znalostí. Další konzultace proběhla s osmi osobami, z nichž pět mělo zdravotnické vzdělání, které jsem s prací průběžně seznámila. V rámci zpětné vazby jsem si potvrdila, že jde o složité téma obsahující dotazy s nutností o zamyšlení a dotazník jsem zkracovala, účelem nebylo vynechat těžké otázky, ale vytvořit časový komfort na jejich splnění. Konečná verze dotazníku měla 24 otázek, kde otázka 13 měla pět bodů a otázka 24 nastínila dvě teoretické situace. Otázky jsou v pořadí, které střídá otázky, které považuji za obtížné s nutností se zamyslet, s dotazy, které jsou odlehčující.

Po základních úpravách byl dotazník distribuován k vrchním sestrám a náměstkyni péče následné péče a po jejich schválení předán k vyplnění zaměstnancům.

4.4 Design výzkum

Hlavním cílem výzkumu bylo zkoumat povědomí ošetrovatelského zdravotnického personálu o problematice dříve vysloveného přání. Výzkum se zaměřil na tři klíčové okruhy:

Zaměření sester (např. specializace, pracovní zařazení).

Délku jejich praxe.

Nejvyšší dosažené vzdělání.

Uzavřené otázky byly zaměřeny na základní fakta a postoje respondentů, zatímco otevřené otázky umožnily sestrám sdílet osobní zkušenosti a názory. Před samotným sběrem dat proběhlo pilotní testování dotazníku (předvýzkum) na malém vzorku osob seznámených s tématem. Tento krok ověřil srozumitelnost a vhodnost formulace otázek. Na základě zpětné vazby byly případné nedostatky dotazníku upraveny.

Rozdala jsem 88 dotazníků, 85 dotazníků se mi navrátilo a 3 dotazníky musely být vyřazeny pro neúplné vyplnění. 82 dotazníků je považováno za 100 %.

4.4.1 Charakteristika respondentů

Respondenti byli ošetrovatelský zdravotnický personál, konkrétně všeobecné a praktické sestry a zdravotničtí záchranáři pracující na lůžkových odděleních, kteří jsou klíčovými aktéry v péči o pacienty a mají přímý vliv na implementaci dříve vysloveného přání v praxi. Výzkum se zaměřuje na zaměstnance ze dvou specifických zdravotnických zařízení:

Fakultní nemocnice v Hradci Králové

- Chirurgická klinika poskytuje akutní zdravotní péči v oblasti chirurgie
- Neurologická klinika poskytuje různou péči z hlediska času v neurologii
- Gerontometabolická klinika se zaměřuje na péči o starší pacienty a o metabolicky nekompenzované pacienty, má pacienty s nutností akutní medicíny, i paliativní péče

Následná péče – zaměřuje se na dlouhodobou a následnou péči.

Tento výběr zajistil reprezentativní pokrytí různých typů zdravotnických zařízení, od

akutní péče po péči následnou, což umožňuje srovnat názory a povědomí sester pracujících v odlišných podmínkách.

Předpokládané charakteristiky respondentů:

Mým cílem byl návrat dotazníků od 80 osob ve věkovém rozpětí: 18–65 let. Toto široké věkové rozmezí zahrnulo jak čerstvé absolventky s minimální praxí, tak zkušené sestry s dlouholetou praxí.

Vzdělání: Respondenti s různou úrovní vzdělání, od absolventů středních zdravotnických škol (praktické sestry) až po vysokoškolsky vzdělané všeobecné sestry nebo zdravotničtí záchranáři a sestry se specializací.

Délka praxe: Očekávala se variabilita od několika měsíců až po více než 20 let praxe, což umožní analýzu vlivu pracovních zkušeností na informovanost a postoje. Předpokládám, že se to projeví v otázkách týkajících se vlastní zkušenosti.

Zaměření: Výzkum zahrnul sestry z různých oblastí péče (chirurgická oddělení, interní neurologické, interní gerontometabolické a následná péče), což umožnilo posoudit vliv pracovního zařazení na povědomí o dané problematice.

Tento design výzkumu klade důraz na kombinaci kvantitativních a kvalitativních metod, přičemž cílem bylo získat komplexní pohled na informovanost sester a faktory, které ji mohou ovlivňovat.

4.5 Etické principy výzkum

Výzkum byl realizován v souladu s etickými zásadami vědeckého výzkumu a právními předpisy České republiky, přičemž byly zohledněny zejména následující principy: Účast na výzkumu byla pro respondenty dobrovolná. Respondenti byli předem informováni o možnosti kdykoliv se výzkumu neúčastnit nebo svou účast ukončit bez jakýchkoliv následků. Každý respondent obdržel předem srozumitelnou informaci o cíli, průběhu a účelu výzkumu. Byly vysvětleny všechny aspekty, které by mohly ovlivnit rozhodnutí o účasti. Zajištění anonymity respondentů bylo jedním z klíčových etických principů. Nebyly shromažďovány žádné osobní údaje, které by mohly vést k identifikaci jednotlivců. Všechny získané informace byly zpracovávány důvěrně. Data byla uchovávána na zabezpečeném místě a po ukončení výzkumu budou skartována.

Obsah dotazníku byl formulován tak, aby respektoval důstojnost a soukromí respondentů. Výzkumný záměr, cíle a očekávané přínosy byly respondentům jasně sděleny před

zahájením sběru dat. Výzkumník postupoval odpovědně a v souladu s etickými zásadami. Jakékoliv problémy nebo nejasnosti byly řešeny se souhlasem a pod dohledem odborného garanta (vedoucího bakalářské práce).

Výzkum byl před zahájením realizace konzultován s etickou komisí pracoviště nebo vzdělávací instituce. Tento etický rámec zajišťuje ochranu práv respondentů, respektuje jejich důstojnost a zvyšuje důvěryhodnost výzkumu. Všechny kroky byly realizovány s maximální transparentností a s ohledem na profesionální standardy.

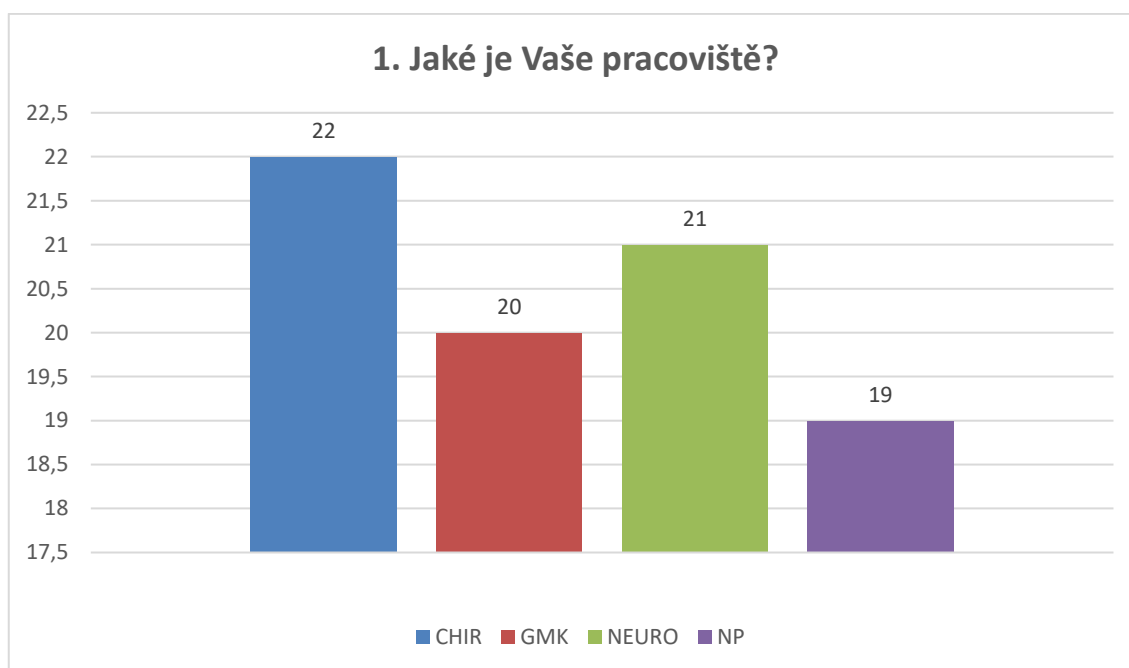
4.6 Interpretace výzkumu

Otázka číslo 1

1. Jaké je Vaše pracoviště? Chirurgické / Interní-GMK / Interní-Neuro / Následná péče

Tabulka 1

Odpověď	Počet
Chirurgické	22
Interní-GMK	20
Interní-Neuro	21
Následná péče	19



Graf 1

Komentář

Otázky byli rozdělené na blok respondentů a blok dříve vyslovené přání, první Otázka zkoumala, jaké je pracovní zařazení respondentů. Na každé pracoviště jsem rozdala 22 dotazníků s cílem vybrat 20 dotazníků z každého pracoviště

Respondenti byli rozděleni podle pracovního prostředí následujícím způsobem:

Chirurgická klinika (CHIR): 22 respondentů (26,83 %)

Gerontometabolické klinika (GMK): 20 respondentů (24,39 %)

Neurologické klinika (NEURO): 21 respondentů (25,61 %)

Následná péče (NP): 19 respondentů (23,17 %)

Celkový počet respondentů: 82

Výstup první otázky potvrzuje, že se podařilo vybrat dotazníky velmi rovnoměrně z každého typu sledovaných pracovišť kolem 25 %.

Dle jedné z mých hypotéz by úroveň informovanosti o DVP se měla lišit podle typu pracoviště – nejvyšší znalost bude u sester v následné péči, mírně nižší v interních a neurologických oborech a nejnižší na chirurgických odděleních. (Otázky týkající se prvního výzkumného cíle, tedy míře znalostí : 6, 8, 10, 17, 19, 22)

Otázka číslo 2

2. Jaké je Vaše pohlaví?

Muž

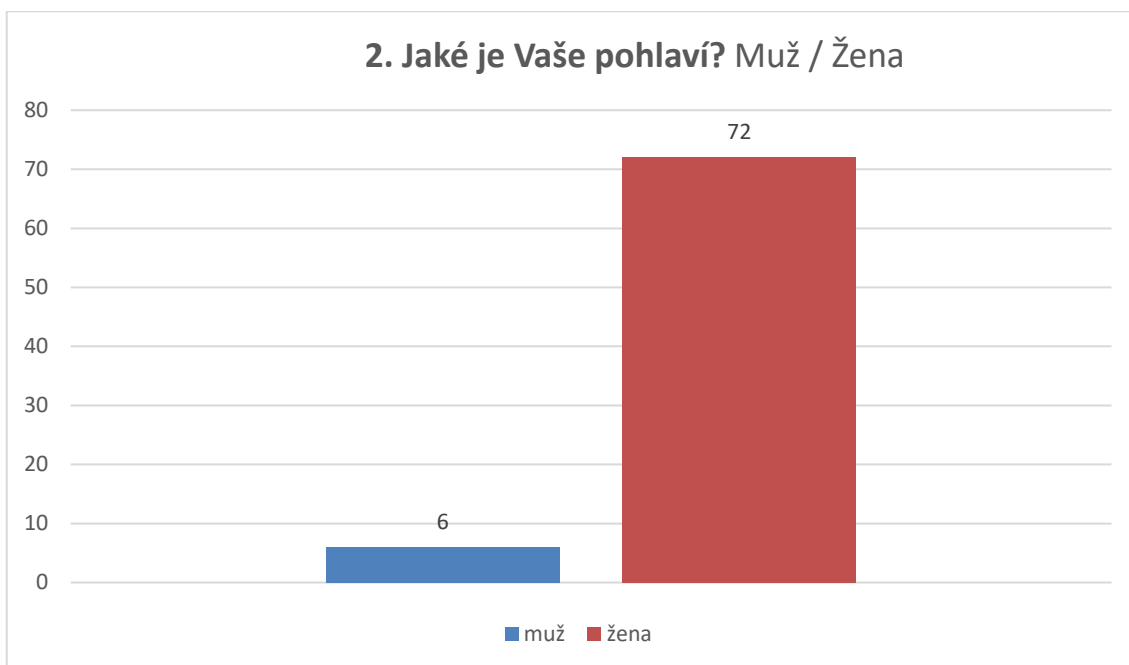
/

Žena

Otázka dvě se zaměřovala na pohlaví respondentů, kteří se zúčastnili průzkumu. Cílem bylo zjistit genderové složení vzorku.

Tabulka 2

Odpověď	Počet
Muž	6
Žena	76



Graf 2

Komentář

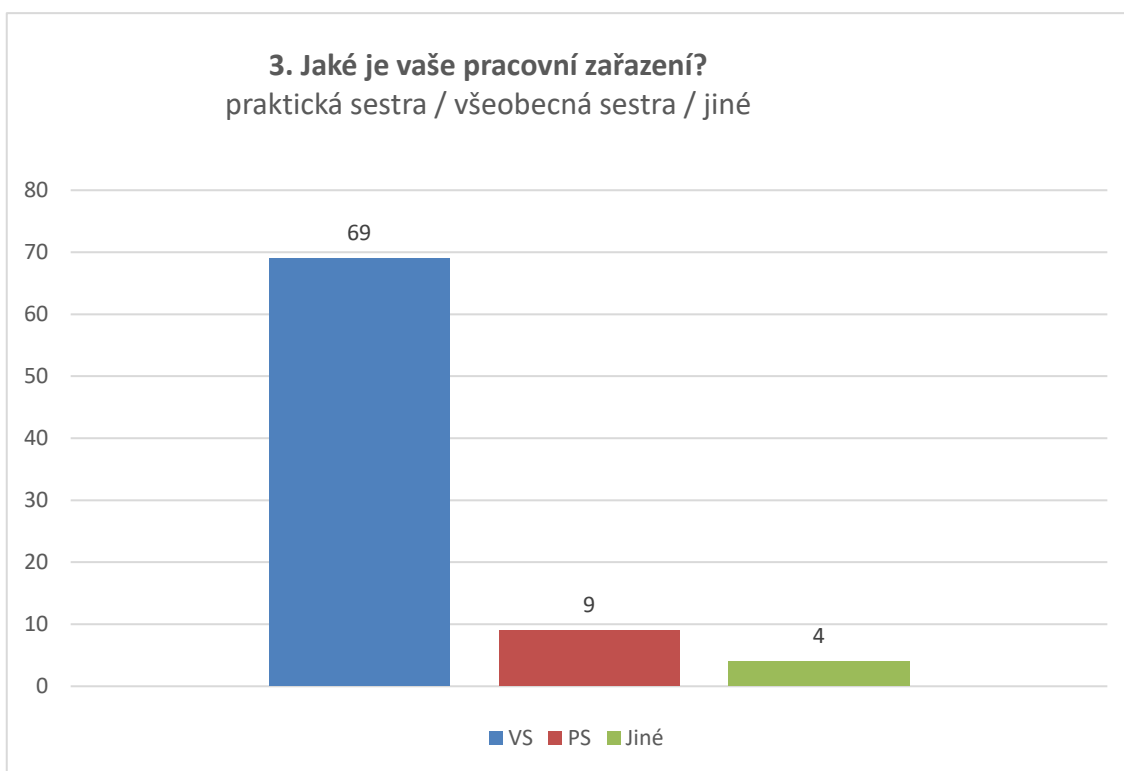
Z celkového počtu 82 respondentů tvořily ženy výraznou většinu, a to 76 (92,68 %), zatímco mužů bylo pouze 6 (7,32 %). Tento poměr naznačuje, že zkoumaný vzorek je genderově nevyvážený, což může mít vliv na interpretaci některých výsledků, ale zároveň je to ve zdravotnictví běžné.

Otázka číslo 3

3. Jaké je vaše pracovní zařazení? praktická sestra / všeobecná sestra / jiné

Tabulka 3

Odpověď	počet
VS	69
PS	9
JINÉ	4



Graf 3

Komentář

Otázka 3 zjišťovala pracovní zařazení respondentů, konkrétně jejich profesní roli ve zdravotnictví. Cílem bylo zjistit, jaké zastoupení mají různé skupiny zdravotníků v rámci výzkumu.

Z celkového počtu 82 respondentů tvořily největší skupinu všeobecné sestry (VS), kterých bylo 69 (84,15 %). Praktických sester (PS) se průzkumu zúčastnilo 9 (10,98 %). V

kategorii jiné někteří respondenti upřesnili, že jsou zdravotničtí záchranáři (ZZ) byli zastoupeni ve 4 případech (4,88 %).

Výsledky ukazují, že vzorek respondentů je složen převážně ze všeobecných sester, což může mít vliv na celkové výsledky šetření, zejména na otázky týkající ošetrovatelské praxe nebo kompetencí jednotlivých profesí.

Otázka číslo 4

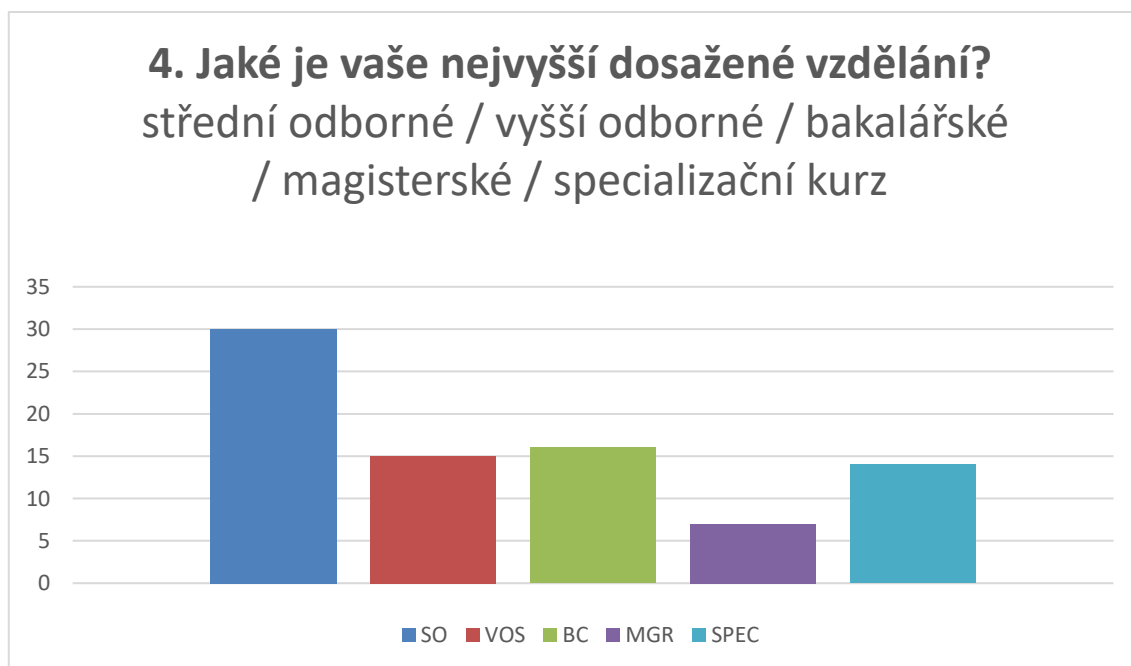
4. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

střední odborné / vyšší odborné / bakalářské / magisterské / specializační kurz

Otázka 4 se zaměřila na nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Cílem bylo zjistit, jaké vzdělání mají zdravotníci zapojení do výzkumu a jaké je mezi nimi zastoupení různých typů studijních programů.

Tabulka 4

Odpověď	počet
Střední odborné	30
Vyšší odborné	15
Bakalářské	16
Magisterské	7
Specializační kurz	14



Graf 4

Komentář

Z celkového počtu 82 respondentů měla největší skupina střední odborné vzdělání (30 osob, 36,59 %). Na druhém místě bylo vyšší odborné vzdělání (15 osob, 18,29 %) a bakalářské vzdělání (16 osob, 19,51 %). Specializační kurz si doplnilo 14 respondentů (17,07 %) a magisterský titul získalo 7 respondentů (8,54 %).

Výsledky ukazují, že většina zdravotníků v této studii má středoškolské vzdělání nebo si doplnila odbornou specializaci, zatímco nižší zastoupení mají vysokoškolsky vzdělání zdravotníci na úrovni magisterského stupně.

Otázka číslo 5

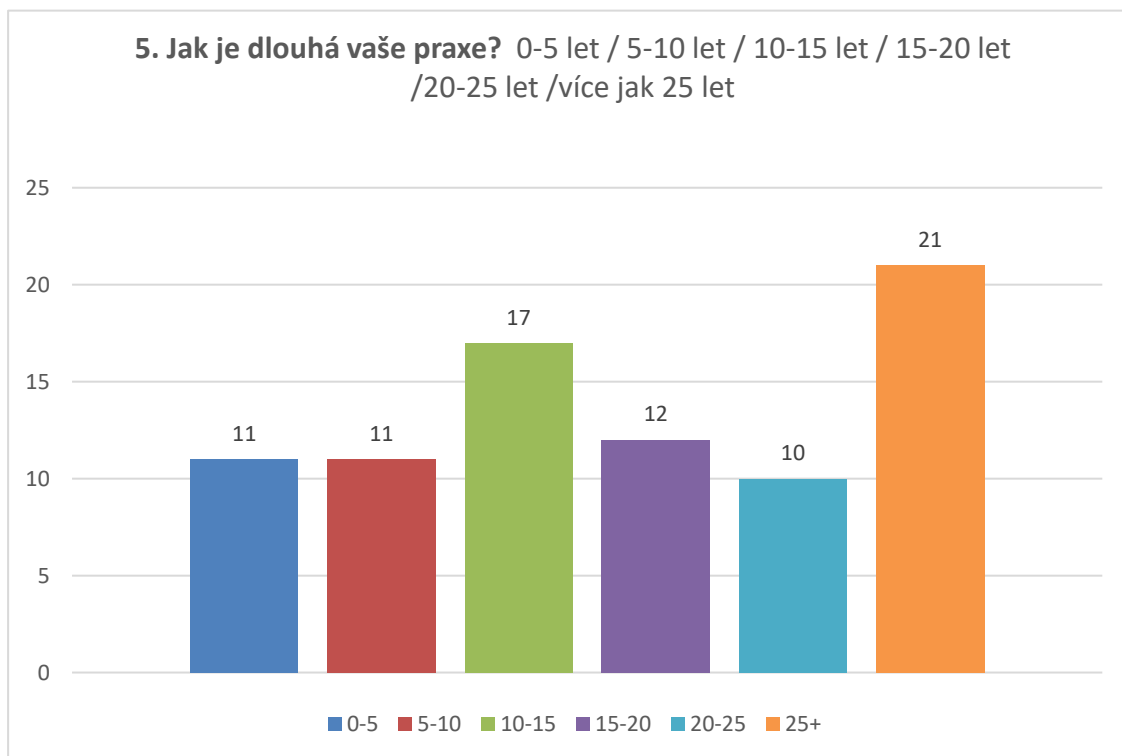
5. Jak je dlouhá vaše praxe?

0-5 let / 5-10 let / 10-15 let / 15-20 let / 20-25 let / více jak 25 let

Otázka 5 zjišťovala délku praxe respondentů ve zdravotnictví. Cílem bylo analyzovat rozložení zkušeností mezi účastníky výzkumu a zjistit, zda se mezi nimi nachází spíše začínající, středně zkušení nebo dlouholetí zdravotníci.

Tabulka 5

Odpověď	Počet
0-5	11
5-10	11
10-15	17
15-20	12
20-25	10
25+	21



Graf 5

Komentář

Z celkového počtu 82 respondentů měla největší skupina více než 25 let praxe (21 osob, 25,61 %). Relativně vyrovnané zastoupení měly kategorie 10–15 let (17 osob, 20,73 %), 15–20 let (12 osob, 14,63 %), 0–5 let (11 osob, 13,41 %) a 5–10 let (11 osob, 13,41 %). Nejmenší skupinu tvořili respondenti s 20–25 lety praxe (10 osob, 12,20 %).

Výsledky ukazují, že výzkumu se zúčastnili jak začínající zdravotníci, tak i ti s dlouholetými zkušenostmi, což umožňuje komplexnější pohled na jejich postoje a zkušenosti v rámci zkoumané problematiky a možnost porovnávat odpovědi v rámci hypotéz o rozdílech informovanosti a postojů vzhledem k délce praxe.

Otázka číslo 6

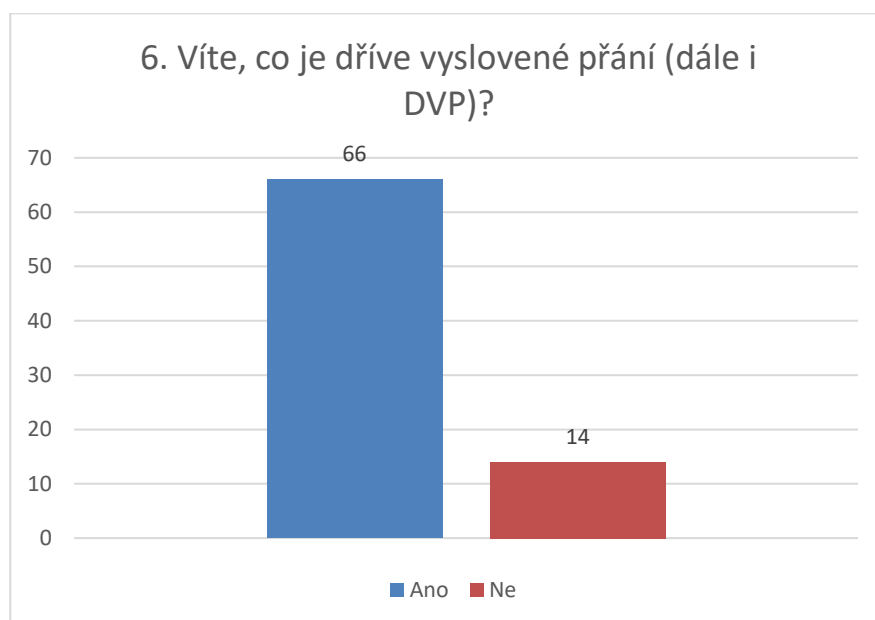
6. Víte, co je dříve vyslovené přání (dále i DVP)?

Ano / Ne

V otázce 6 jsem se ptala, jestli respondenti jsou obeznámeni s tématem a správnost jejich odpovědí je ještě kontrolována otázkou 11.

Tabulka 6

odpověď	počet
Ano	66
Ne	14

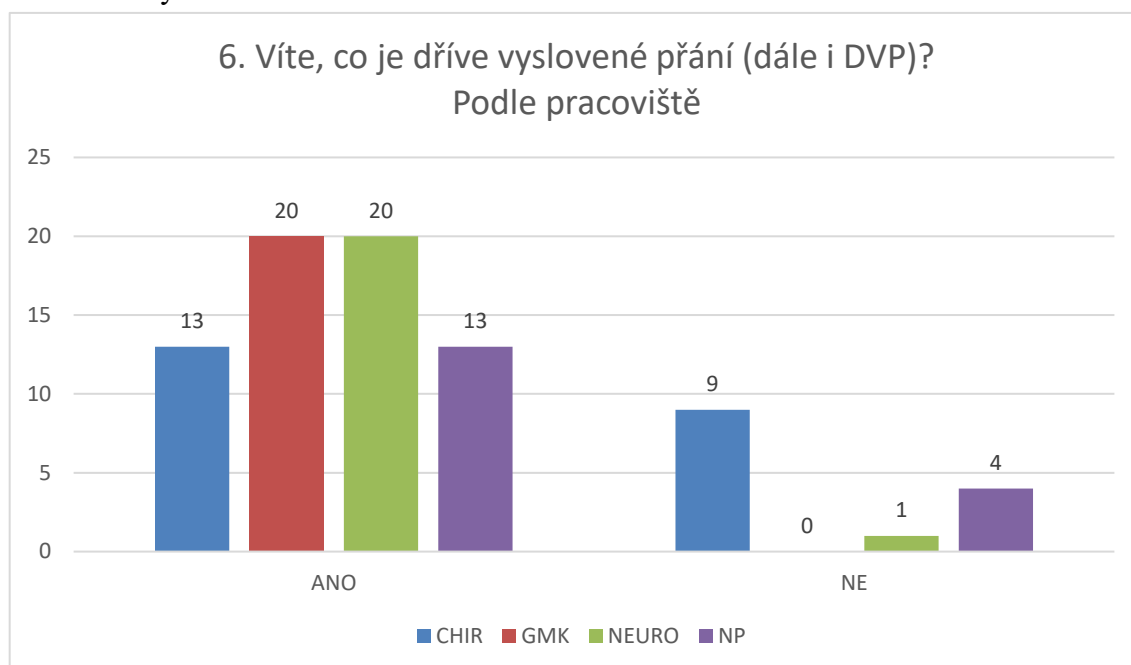


Graf 6

Komentář

Na základě odpovědí respondentů na otázku č. 6, která zjišťovala, zda vědí, co je dříve vyslovené přání (DVP), bylo zjištěno, že 66 respondentů (82,5 %) odpovědělo kladně, zatímco 14 respondentů (17,5 %) uvedlo, že pojem DVP neznají.

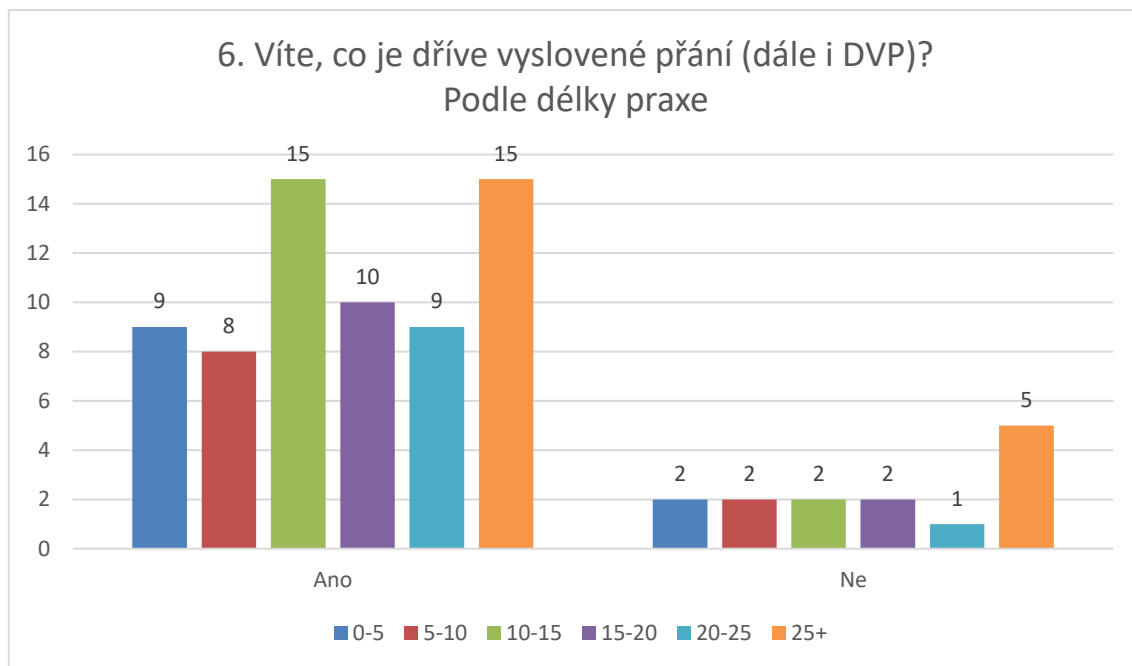
Výsledky naznačily, že většina zdravotnického personálu má alespoň základní povědomí o dříve vysloveném přání. Přestože je informovanost poměrně vysoká, stále existuje skupina zdravotníků (téměř pětina), kteří s tímto pojmem nejsou obeznámeni. To může poukazovat na rozdíly v povědomí v závislosti na délce praxe, vzdělání či typu pracoviště, což lze dále analyzovat v rámci dalších otázek dotazníku.



Graf 7

Komentář

Při srovnání odpovědí mezi jednotlivými pracovišti lze pozorovat zajímavé rozdíly v postoji k dané otázce. GMK a NEURO měly nejvyšší podíl odpovědi A (souhlas s daným tvrzením) – na GMK dokonce 100 %, zatímco na NEURO 95,24 %. To naznačuje silnou shodu mezi těmito odděleními. CHIR a NP vykazaly větší rozmanitost odpovědí. Na CHIR odpovědělo kladně 59,09 %, zatímco na NP 76,47 %. To ukazuje na větší rozdílnost v znalostech mezi pracovníky těchto oddělení. Odpověď N (nesouhlas) se objevovala nejvíce na CHIR (40,91 %) a NP (23,53 %). Na GMK odpověď N nepadla vůbec, což naznačuje silnou znalost na tomto pracovišti.



Graf 8

Komentář

Analýza vztahu mezi délkou praxe a povědomím o dříve vysloveném přání (DVP) ukazuje, že nejvyšší informovanost mají sestry s 10–15 lety praxe, kde 88,24 % respondentek uvedlo, že ví, co je DVP. Druhou nejvyšší úroveň povědomí mají sestry s 0–5 lety praxe, kde odpovědělo kladně 81,82 % respondentek.

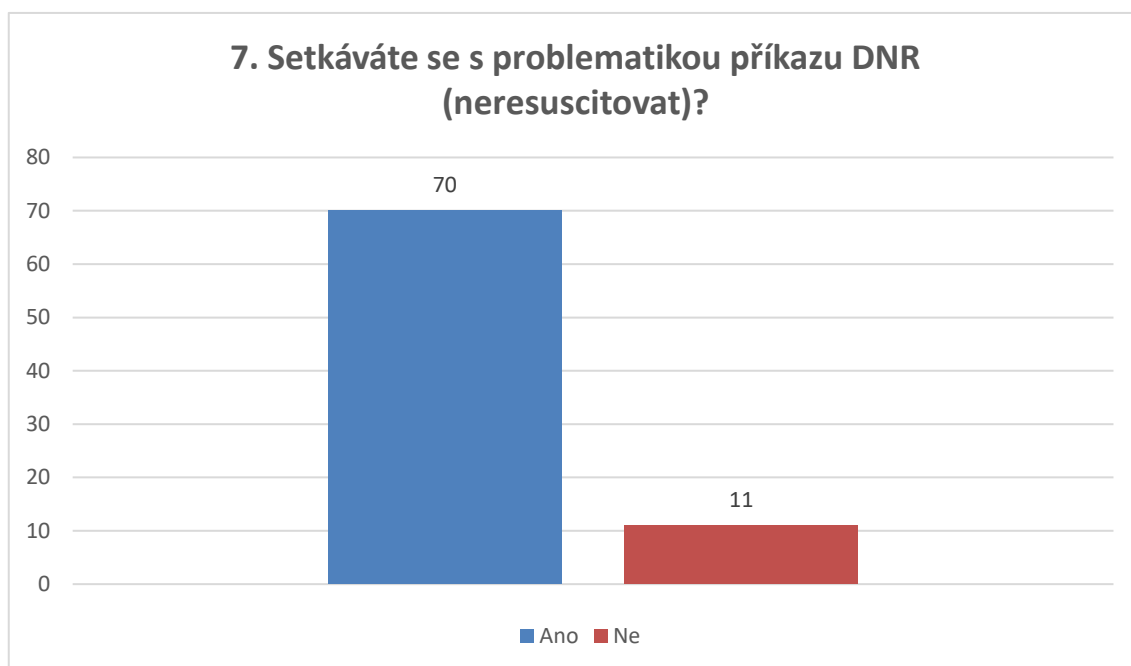
Na třetím místě se umístily sestry s 0–5 lety praxe s informovaností 81,82 %, následované skupinou s 5–10 lety praxe, kde kladně odpovědělo 80,00 % respondentek. Nejnižší povědomí bylo zjištěno u nejzkušenějších sester s více než 25 lety praxe, kde znalost DVP uvedlo pouze 75,00 % respondentek.

Tento výsledek naznačuje, že informovanost o DVP není přímo úměrná délce praxe. Zatímco středně zkušené sestry (10–20 let praxe) mají nejvyšší úroveň povědomí, nejzkušenější sestry (25+ let praxe) vykazují paradoxně nižší znalosti než ty, které mají kratší praxi.

7. Setkáváte se s problematikou příkazu DNR (neresuscitovat)? Ano /Ne

Tabulka 7

Odpověď	počet
Ano	70
Ne	11



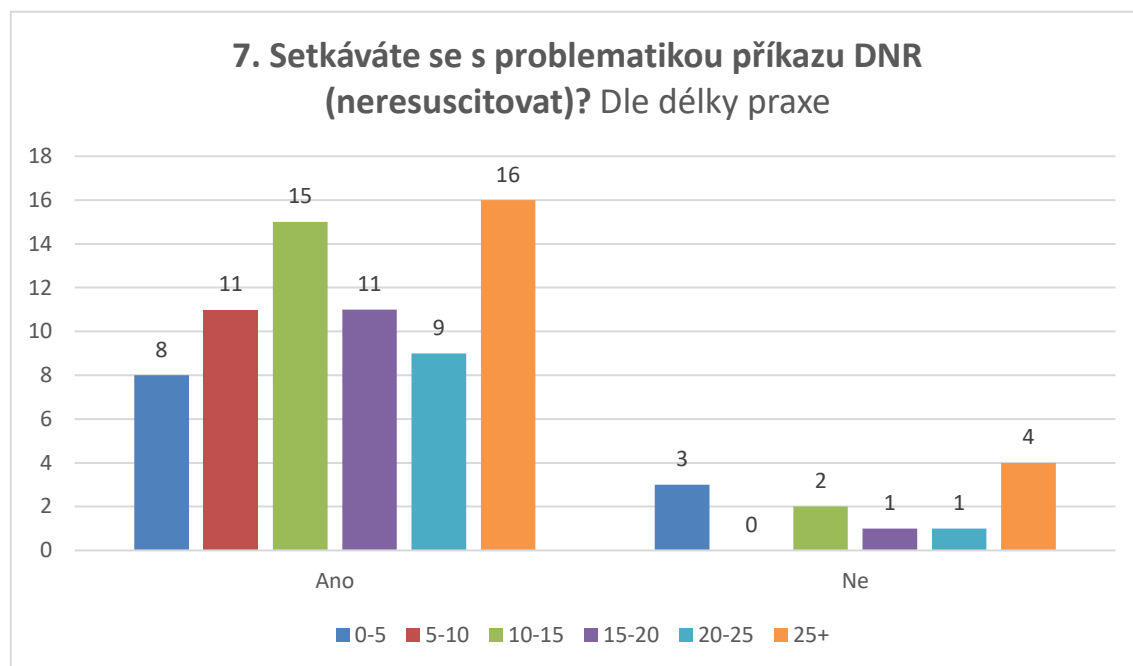
Graf 9

Komentář

Na základě odpovědí respondentů na otázku č. 7, která zjišťovala, zda se setkávají s problematikou příkazu DNR (neresuscitovat), bylo zjištěno, že 70 respondentů (86,4 %) odpovědělo kladně, zatímco 11 respondentů (13,6 %) uvedlo, že se s tímto příkazem nesetkávají.

Celkový počet odpovědí činil 81, přičemž jeden dotazník měl alespoň jednu chybějící odpověď.

Výsledky ukazují, že naprostá většina zdravotnického personálu má zkušenost s příkazem DNR, což naznačuje jeho běžnou přítomnost v klinické praxi. Přesto však existuje menší skupina respondentů, kteří tvrdí, že se s tímto příkazem dosud nesetkali.



Graf 10

Komentář

Nejčastěji se s problematikou příkazu DNR (neresuscitovat) v praxi setkávají sestry s 5–10 lety praxe, kde všechny respondentky (100,00 %) uvedly kladnou odpověď. Následují sestry s 15–20 lety praxe s podílem 91,67 % a sestry s 20–25 lety praxe s 90,00 % kladných odpovědí.

Sestry s 10–15 lety praxe uvádějí setkávání s DNR v 88,24 % případů. Nejnižší podíl sester, které se v praxi setkávají s DNR, je ve skupině s 25 a více lety praxe, kde odpovědělo kladně 80,00 % respondentů ve skupině s nejkratší praxí (0–5 let) se s tímto příkazem setkává 72,73 % respondentů.

Celkově se s problematikou DNR v praxi setkává 86,42 % sester. Nižší frekvence setkávání u začínajících sester může být způsobena kratší dobou pro setkání se s podobou zkušeností, zatímco pokles u nejzkušenějších sester může odrážet změny v pracovních povinnostech.

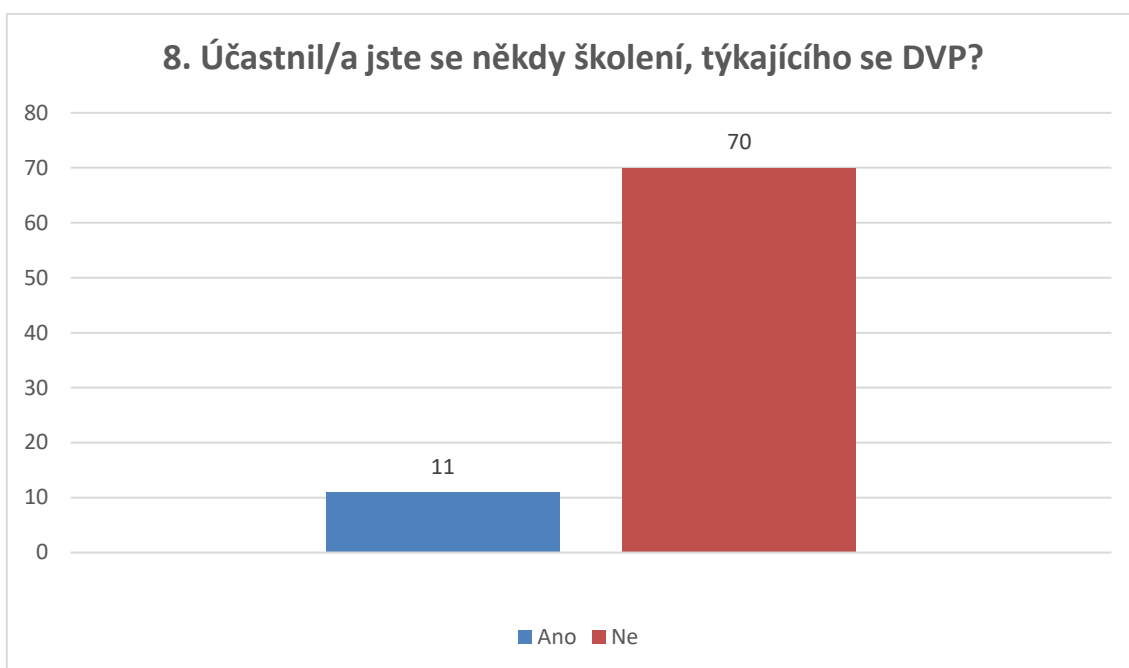
Otázka číslo 8

8. Účastnil/a jste se někdy školení, týkajícího se DVP?

Ano / Ne

Tabulka 8

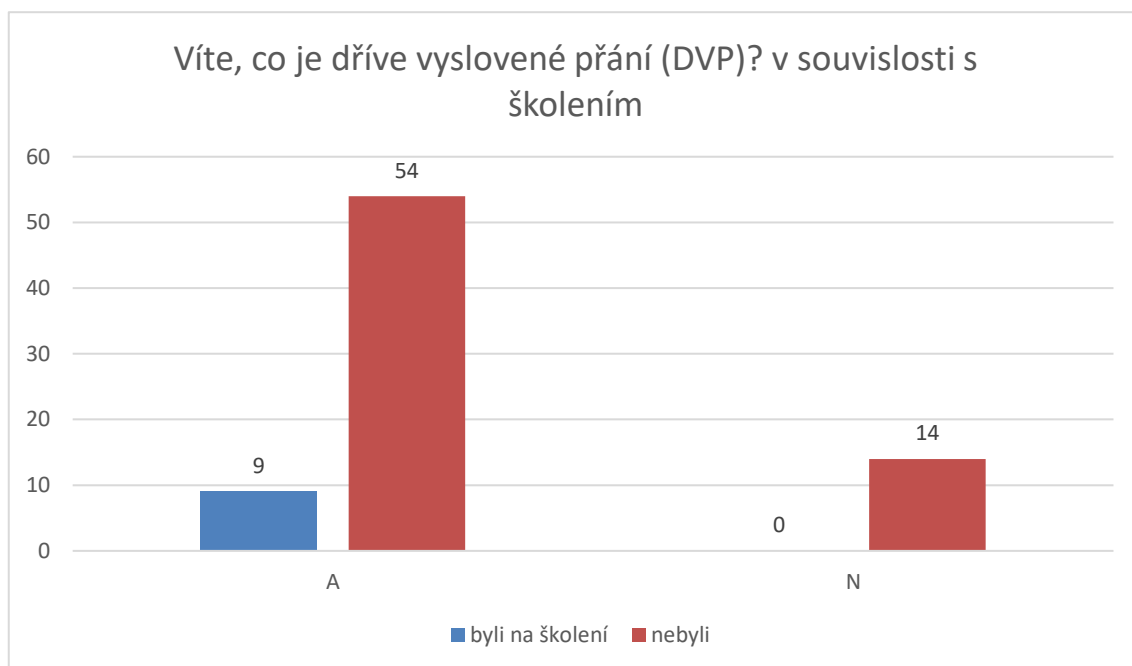
Odpověď	počet
Ano	9
Ne	70



Graf 11

Komentář

Ze získaných dat vyplývá, že pouze 11,39 % respondentů se někdy zúčastnilo školení týkajícího se dříve vyslovených přání (DVP), zatímco 88,61 % žádné takové školení neabsolvovalo. Tento výsledek naznačuje nízkou míru formálního vzdělávání zdravotnického personálu v této oblasti, což může mít dopad na jejich informovanost a jistotu při práci s DVP. Možnými důvody mohou být absence povinného školení na pracovištích, nízká dostupnost specializovaných kurzů nebo nedostatečná motivace personálu k dalšímu vzdělávání v této problematice. Míra vyplnění otázky je 96,3%, protože 3 respondenti neodpověděli.



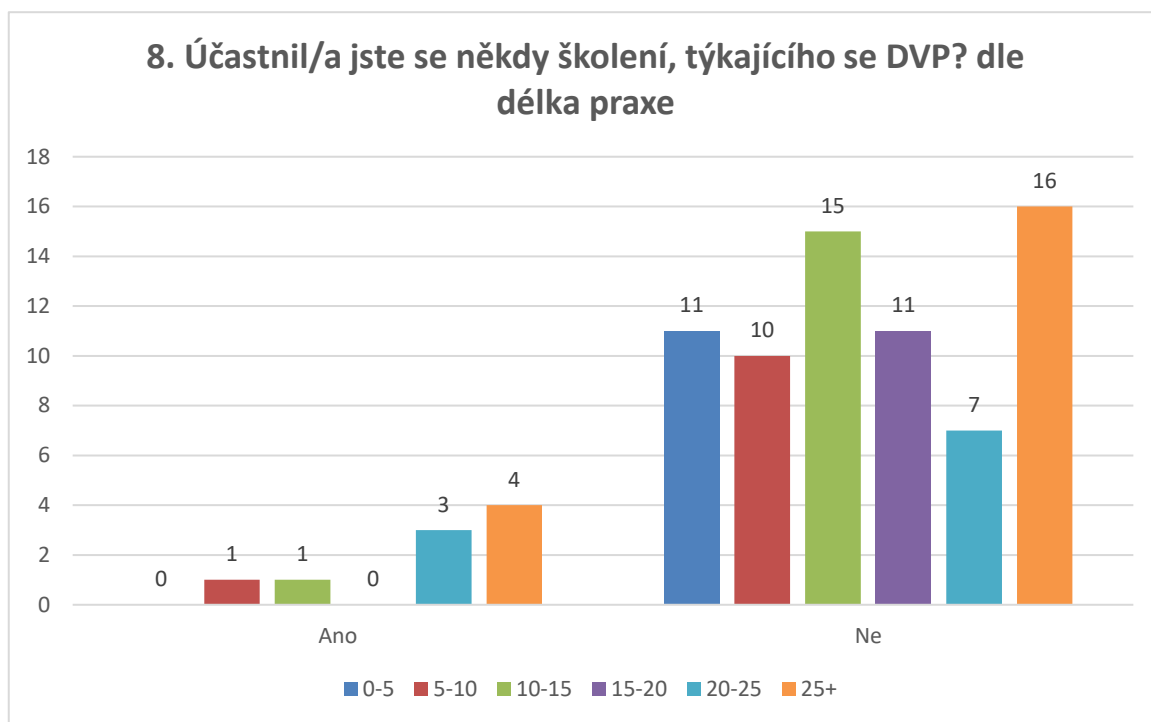
Graf 12

Komentář

Moje hypotéza byla, že úroveň informovanosti sester o DVP bude vyšší u těch, které absolvovaly školení (otázky 6, 8, 21), pro nedostatečný vzorek respondentů, kteří se školení účastnili budu demonstrovat pouze u otázky 6., kde lze pozorovat rozdílné odpovědi mezi zaměstnanci, kteří se zúčastnili školení, a těmi, kteří se školení neúčastnili.

Z dat vyplývá, že zaměstnanci, kteří byli na školení odpověděli "Ano" na otázku, 6. Víte, co je dříve vyslovené přání v 100 %. Naopak, mezi těmi, kteří na školení nebyli, je 79,41 % těch, kteří odpověděli "Ano". Tento rozdíl naznačuje, že školení pravděpodobně přispělo k lepší informovanosti o DVP, ale i mezi zaměstnanci, kteří školení neabsolvovali, je vysoký podíl těch, kteří vědí, co DVP znamená.

Celkově lze říci, že většina respondentů (88,31 %) odpověděla "Ano", což ukazuje na relativně vysokou informovanost o dříve vysloveném přání. Nicméně, školení stále hraje roli při prohlubování této informovanosti, zejména mezi těmi, kteří se školení zúčastnili.



Graf 13

Komentář

Nejčastěji se školení týkajícího se dříve vyslovených přání (DVP) účastnily sestry s 20–25 lety praxe, kde kladně odpovědělo 30,00 % respondentek. Na druhém místě se umístily sestry s 25 a více lety praxe s účastí 20,00 %. Následují sestry s 5–10 lety praxe s 9,09 % a sestry s 10–15 lety praxe s 6,25 %.

Naopak žádná ze sester s praxí 0–5 let a 15–20 let se školení nezúčastnila. Celkově se školení zúčastnilo 11,39 % sester, zatímco 88,61 % jej neabsolvovalo. To ukazuje na poměrně nízkou míru organizovaného vzdělávání v oblasti DVP, přičemž se zdá, že školení se častěji účastní sestry s delší praxí.

Otázka číslo 9

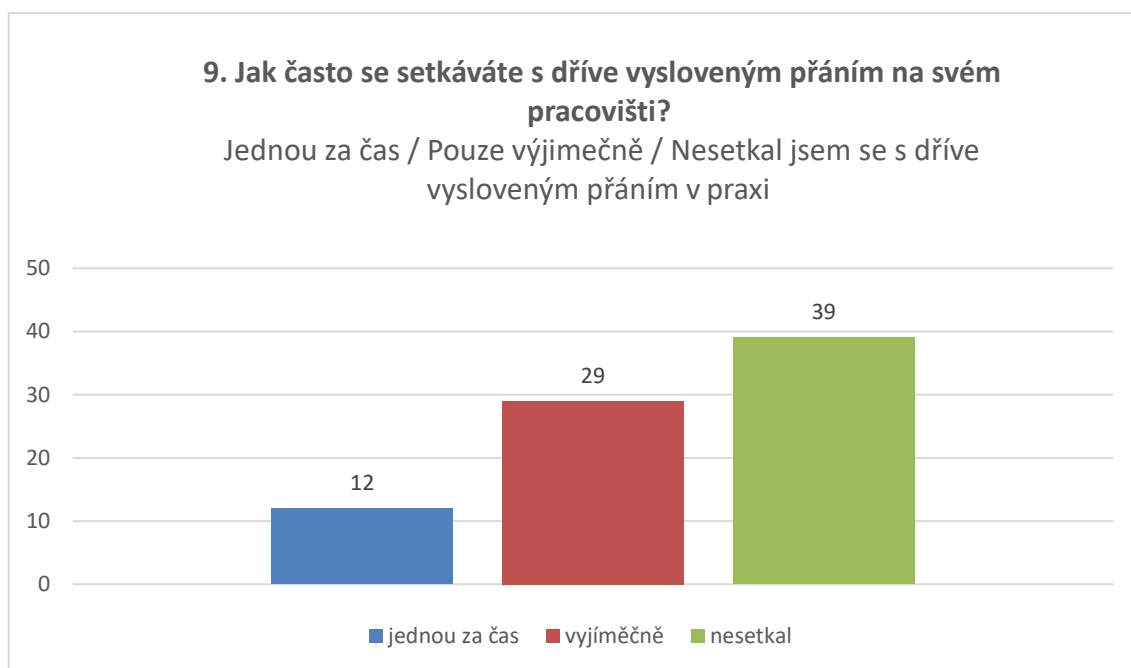
9. Jak často se setkáváte s dříve vysloveným přáním na svém pracovišti?

Jednou za čas / Pouze výjimečně / Nesetkal jsem se s dříve vysloveným přáním v praxi

V této otázce se zjišťovalo, jak často respondenti přicházejí do styku s dříve vyslovenými přáními na svém pracovišti.

Tabulka 9

Odpověď	Počet
Jednou za čas	12
Výjimečně	29
Nesetkal jsem se	39



Graf 14

Komentář

Jednou za čas (15,00 %): Pouze 12 respondentů uvedlo, že se s dříve vyslovenými přáními na svém pracovišti setkávají pravidelně. Pouze výjimečně (36,25 %): Nejvyšší podíl respondentů (29 lidí) se setkává s dříve vyslovenými přáními pouze výjimečně. Tento výsledek může naznačovat, že ačkoliv jde o určitý standard v některých oblastech praxe, jeho frekvence

je nízká. Nesetkal jsem se (48,75 %): Největší část respondentů, konkrétně 39 osob, uvedla, že se s dříve vysloveným přáním v praxi vůbec nesetkali. To může znamenat, že daný koncept není běžně praktikován ve všech zdravotnických zařízeních nebo že se jedná o raritu v praxi.

Tento výsledek ukázal, že pro většinu zdravotníků setkávají s tímto jevem jen výjimečně. Zároveň však část respondentů přiznala, že se s tímto fenoménem nesetkala vůbec. Mohlo by to svědčit o tom, že praxe ohledně přání pacientů je v některých prostředích neznámá nebo nedostatečně podporovaná, nebo si personál nespojí každý DVP s pokyny, které u svých pacientů praktikují.

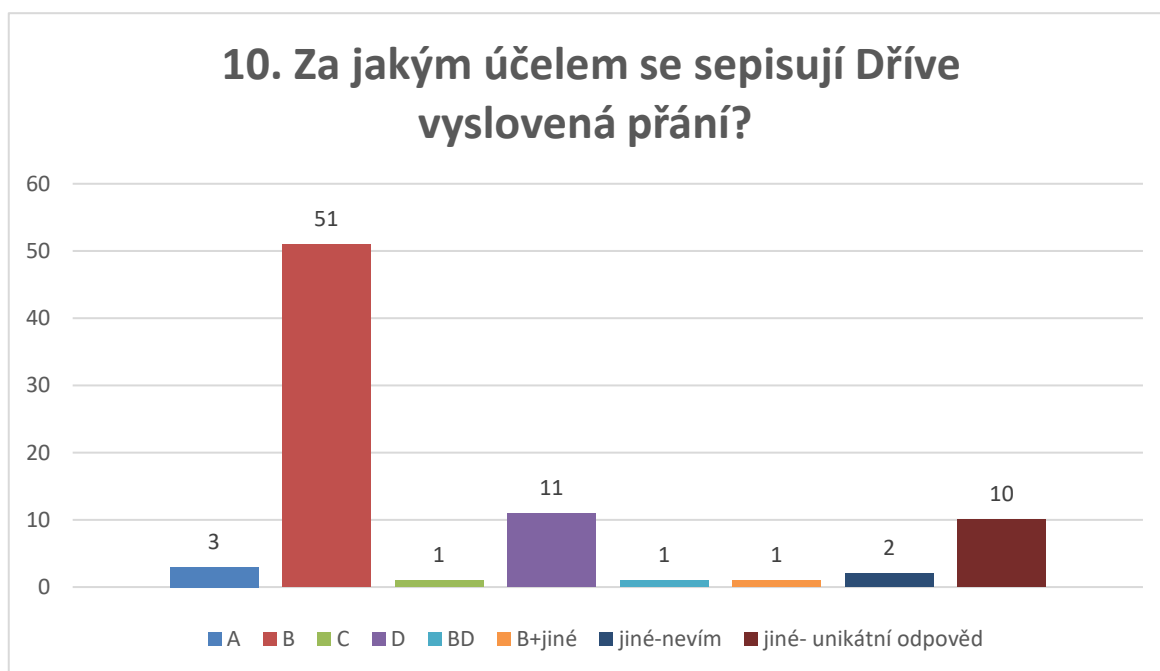
Otázka číslo 10

10. Za jakým účelem se sepisují Dříve vyslovená přání?

- Osoba nedůvěřuje kvalitě poskytované péče
- Osoba nesouhlasí s určitým druhem péče (nejvíce správné po jiné)
- Osoba chce mít v ruce právní dokument pro případ pochybení personálu
- Osoba si přeje ukončit život. DVP je stejné jako eutanázie

Tabulka 10

Odpověď	počet
A	3
B	51
C	1
D	11
BD / B + jiné	2
Jiné – nevím/neznám význam	2
Jiné – unikátní odpověď	10



Graf 15

Komentář

Otázka 10 se zaměřovala na znalost personálu a ověřovala, jestli respondenti znají účel soupisu dříve vysloveného přání. Odpovědělo 80 respondentů, většina respondentů využila nabídku z odpovědí s četnostmi 82,5 % tedy 66 respondentů.

Odpověď A (tedy, že osoba nedůvěřuje kvalitě poskytované péče) vybrali 3 respondenti, kteří pokrývají 3,75 %. Odpověď B (Osoba nesouhlasí s určitým druhem péče): byla nejvíce správná odpověď po variantě jiné kde respondent uvede přesný účel DVP, vybralo jí 51 respondentů tedy 63,75 %. Odpověď C (Osoba chce mít v ruce právní dokument pro případ pochybení personálu): zvolil jeden respondent tedy 1,25 % vzorku. Odpověď D (Osoba si přeje ukončit život. DVP je stejné jako eutanázie): vybralo 11 respondentů 13,75 %. Výjimečná odpověď přišla od respondenta, který zvolil kombinaci odpovědí B a D. Lze usuzovat, že účel DVP vnímá jako možnost odmítnutí péče vedoucí k ukončení života. Tento respondent tedy tvoří 1,25 % vzorku.

Kategorie Jiné byla zvolena 13 respondenty, což činí 16,25 % respondentů, kteří odpověděli jinak než v kategoriích A, B, C, D a BD. Jednotlivé odpovědi činí obvykle jednoho respondenta, který zobrazuje 1,25 % vzorku, jediná výjimka jsou dva respondenti, kteří zaškrtnuli jiné a již nedoplňovali odpověď. Níže jsou uvedeny jednotlivé odpovědi, které respondenti poskytli v kategorii 'Jiné':

- Respondent odpověděl B a zároveň jiné – URČÍ JAK MÁ BÝT PO SMRTI NALOŽENÉ S TĚLEM
- NECHCE RESUSCITOVAT, CHCE MÍT RODINU U SEBE
- UMOŽŇUJE ČLOVĚKU VAJÁDŘENÍ PRO PŘÍPAD
- NEVÍM
- NEZNÁM VÝZNAM
- OSOBA SI PODEPÍŠE, JAKOU LÉČBU A PÉČI SI PŘEJE DO BUDOUCNA AŽ O SOBĚ NEBUDE MOCI ROZHODOVAT DO DOKUMENTU
- OSOBA NECHCE ZACHRANOVAT ŽIVOT
- OSOBA SI NEPŘEJE POSKYTOVAT ZDRAV. PÉČI ČI RESUSITOVAT NAPŘ. PŘI NEHODĚ NEBO ZÁVAŽNÉM ONEMOCNĚNÍ

- PACIENT VYJADŘUJE SVÉ PŘÁNÍ S POSKYTOVÁNÍM ZDRAV. SLUŽEB PRO PŘÍPAD KDYBY SE POZDĚJI NEMOHL SÁM ROZHODOVAT
- PACIENT VYJADŘUJE SVÉ PŘÁNÍ S POSKYTOVÁNÍM, ZDRAV. SLUŽEB PŘES MEDICÍNSKO PRÁVNÍ INSTITUT
- ČLOVĚK CHCE VYJÁDŘIT SVÉ PŘÁNÍ

Kategorii "**Jiné**" zvolilo 16,25 % respondentů, což ukazuje, že někteří respondenti měli velmi specifické důvody, které neodpovídaly běžným kategoriím, a to včetně právních a etických otázek spojených s poskytováním zdravotní péče v budoucnu. Dva respondenti možnost jiné využili, aby vyjádřili, že neznají účel soupisu, zatímco ostatní poskytli velmi přesné odpovědi, což ukazuje, že část respondentů skutečně rozumí tématu a nespokojí se pouze s odpovědí o odmítnutí zdravotní péče, která byla nejpřesnější ze zvolených možností.

Celkově 51 respondentů uvedlo odpověď B a zároveň 10 respondentů poskytlo unikátní správnou odpověď a s jednou odpovědí B + jiné, což dohromady činí 62 respondentů z 80 (77,5 %), tak lze ověřit pravdivost odpovědí v otázce 6, kde bylo zjištěno, že 66 respondentů (82,5 %), že vědí, co je DVP.

Otázka číslo 11

11. Jaký je váš postoj k dříve vyslovenému přání?

☐ o mělo by být umožněno u všech

☐ o mělo by být umožněno jen pokud je validní

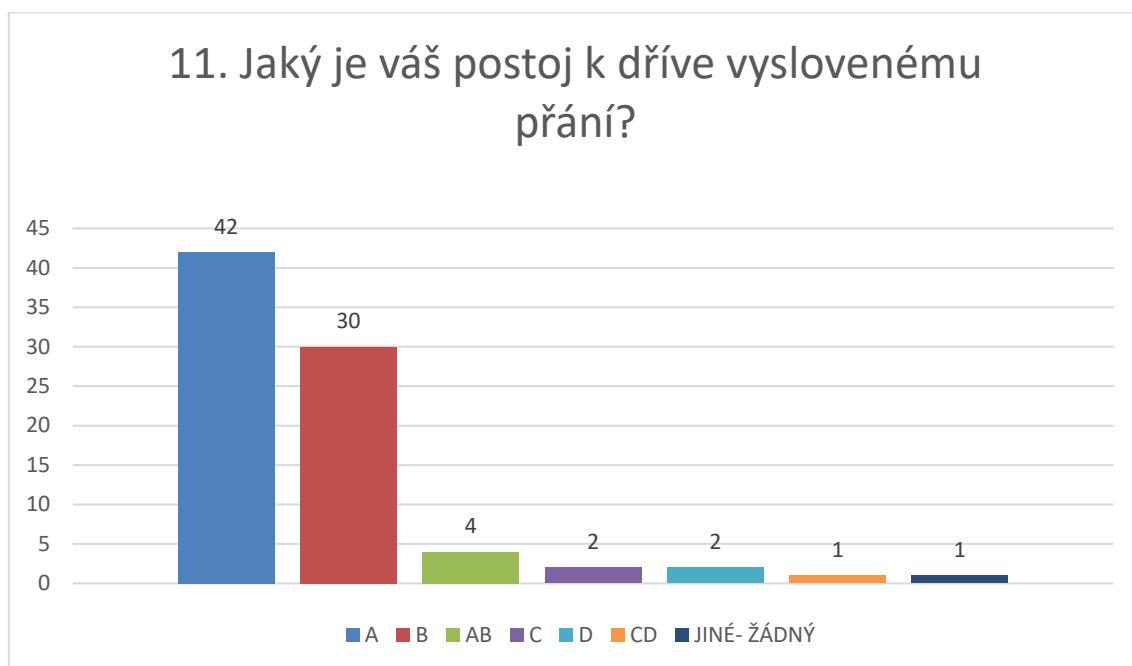
☐ o mělo by být umožněno DNR (neresuscitovat), ale už nic jiného

☐ o nemělo by být umožněno, personál nejlíp ví, jaká péče je adekvátní

☐ o Jiné – uveďte

Tabulka 11

Odpověď	Počet
A	42
B	30
AB	4
C	2
CD	1
D	2
JINÉ – ŽÁDNÝ	1



Graf 16

Komentář

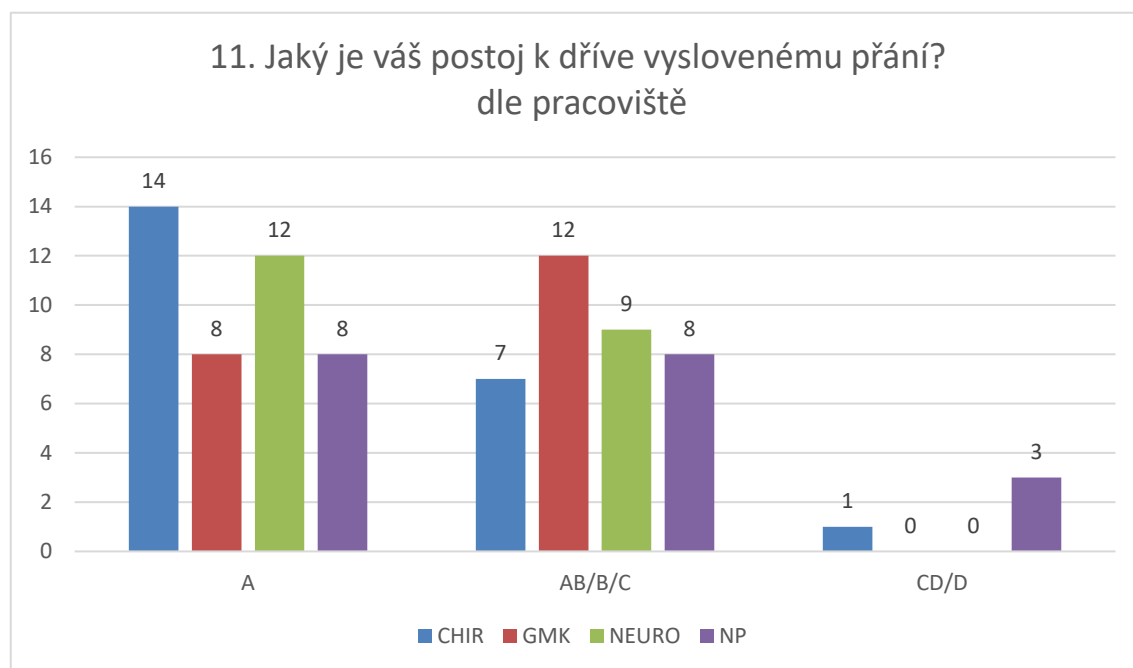
V otázce 11, týkající se postoje k dříve vyslovenému přání (DVP), přicházeli odpovědi několika různých kategorií:

Postoj, že by mělo být umožněno vyjádření DVP u všech pacientů (A) : Tento názor vyjádřilo 42 respondentů, což činí 51,22 % všech odpovědí. Tento postoj je založen na přesvědčení, že každý pacient by měl mít právo rozhodnout o své budoucí péči, a to bez ohledu na její validitu nebo konkrétní obsah. Odpověď B, že by mělo být umožněno vyjádření DVP pouze v případě, že je validní: Tento názor zvolilo 30 respondentů, což činí 36,59 % odpovědí. Respondenti, kteří se přiklánějí k této možnosti, věří, že přání pacienta by mělo splňovat určité právní nebo medicínské normy, aby bylo platné. Kombinace AB (tedy souhlas s možností, že DVP u všech, a zároveň podmíněně validitou): Tuto odpověď zvolili 4 respondenti, což tvoří 4,88 % všech odpovědí. Jeden z respondentů, který zvolil AB zároveň na volné místo připsal : POKUD OSOBA NEBYLA ZBAVENA SVÉPŘÁVNOSTI.

Postoj C, že by mělo být umožněno pouze vyjádření přání týkajícího se resuscitace (DNR): Tento názor vyjádřili 2 respondenti, což tvoří 2,44 % všech odpovědí. Postoj, že by dříve vyslovené přání nemělo být umožněno a personál by měl rozhodovat o adekvátní péči: Tento názor vyjádřili 2 respondenti, což představuje 2,44 % všech odpovědí. Kombinace CD (tedy souhlas s možností, že by mělo být umožněno pouze DNR, ale také odpověď, že by personál měl rozhodovat o adekvátní péči): Tento postoj zvolil 1 respondent, což tvoří 1,22 %

odpovědí. Kategorie "Jiné": Tuto možnost zvolilo 1 respondent, což tvoří 1,22 % odpovědí. Tento respondent vyjádřil v rámci možnosti jiné odpověď: ŽÁDNÝ. V souvislosti s otázkou tím může vyjadřovat, že dle jeho postoje by žádný pacient neměl mít umožněno využít DVP, ale zároveň může svoji odpověď myslet jako - nemám žádný postoj k DVP.

Tento rozbor ukazuje, že většina respondentů podporuje možnost vyjádřit DVP, přičemž existují menší skupiny, které mají výhrady k rozsahu, v jakém by mělo být toto právo umožněno.

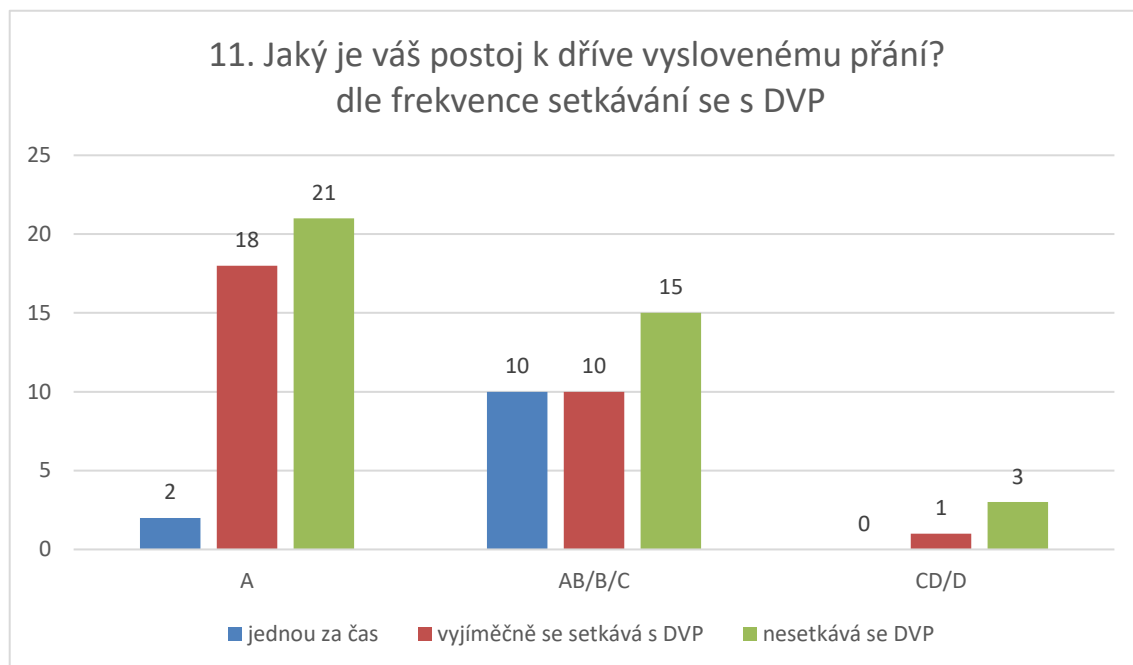


Graf 17

Z výsledků vyplývá, že největší část respondentů (51,22 %) podporuje názor, že dříve vyslovené přání (DVP) by mělo být umožněno u všech pacientů. Nejvíce zastánců tohoto postoje se nachází na chirurgických odděleních (63,64 %), následují neurologická pracoviště (57,14 %) a geriatrická a metabolická klinika (40,00 %). Nejnižší podpora byla na odděleních následné péče (42,11 %).

Názor, že DVP by mělo být umožněno pouze tehdy, pokud je validní, pouze v některých oblastech jako je DNR a jeho variace, zastává 43,90 % respondentů, přičemž největší podíl těchto odpovědí pochází z geriatrické a metabolické kliniky (60,00 %).

Pouze 4,88 % respondentů uvedlo, že by mělo být umožněno pouze DNR (neresuscitovat), ale už žádná jiná omezení péče. Tento postoj byl nejčastěji zastoupen na oddělení následné péče (15,79 %), zatímco na jiných odděleních se vyskytoval minimálně nebo vůbec.



Graf 18

Komentář

Respondenti, kteří uvedli, že se s dříve vysloveným přáním (DVP) setkávají jednou za čas (skupina A), v 83,33 % případů zastávali názor, že DVP by mělo být umožněno pouze pokud je validní nebo jen ve formě DNR (neresuscitovat). Naopak 16,67 % respondentů z této skupiny bylo pro umožnění DVP všem pacientům. Ve skupině A tedy nebyl žádný respondent, který by DVP zcela odmítal. To naznačuje, že sestry, které se s DVP setkávají jednou za čas, mají spíše vstřícnější postoj k této problematice.

Skupina respondentů, kteří se s dříve vysloveným přáním (DVP) setkávají výjimečně, ukázala, že 62,07 % z nich souhlasí s tím, že DVP by mělo být umožněno u všech pacientů (3 body). Tento názor podporují i respondenti ze skupiny, kteří se s DVP nesetkávají, kde 53,85 % také souhlasí s jeho umožněním u všech pacientů.

Další odpověď, která umožňuje DVP pouze v případě, že je validní, byla zvolena 34,48 % respondentů ve skupině výjimečně se setkávajících s DVP, což je o něco méně než 38,46 % ve skupině nesetkávajících se s DVP.

Odpovědi CD/ D tedy mělo by být umožněno DNR a nic jiného, bylo zaznamenáno

ve skupině nesetkávají v 7,69 % odpovědí, což je totožný procento jako u respondentů, kteří se výjimečně setkávají s DVP. Celkově lze říci, že moje hypotéza, že sestry které se s DVP setkávají budou mít více respektující postoj k přání byla mylná a data neukazují žádnou úměru.

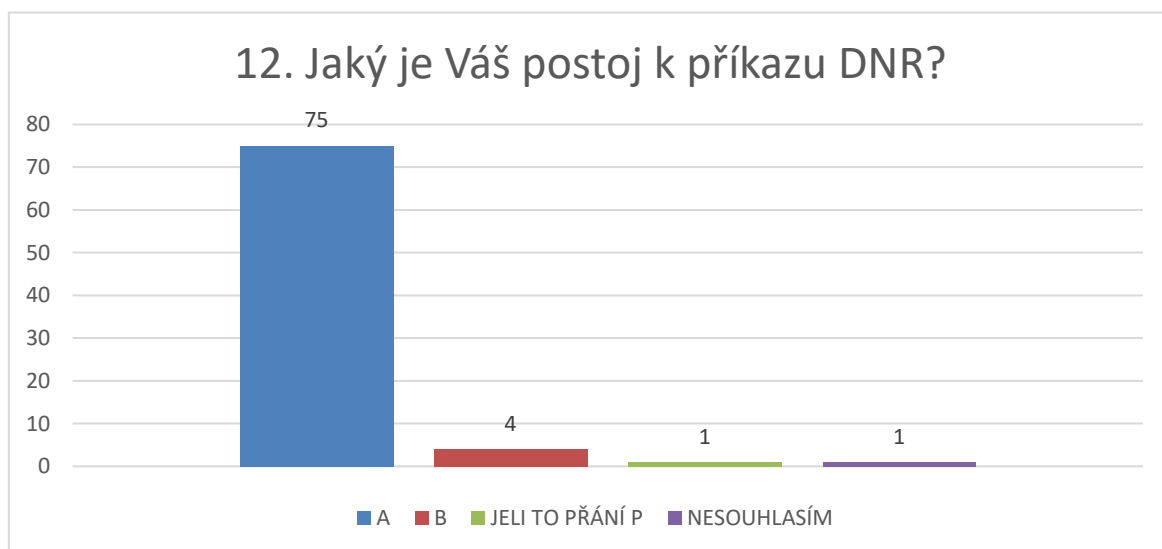
Otázka číslo 12

12. Jaký je Váš postoj k příkazu DNR?

- ☐ o Souhlasím s příkazem DNR u pacientů v terminálním stádiu onemocnění
- ☐ o Nějak se s příkazem vyrovnám, ale není to pro mě jednoduché
- ☐ o Nesouhlasím s příkazem, a je to za mě neetické
- ☐ o Jiné – uveďte

Tabulka 12

Odpověď	Počet
A	75
B	4
C	0
Jiné – jeli to přání P	1
Jiné – nesouhlasím	1



Graf 19

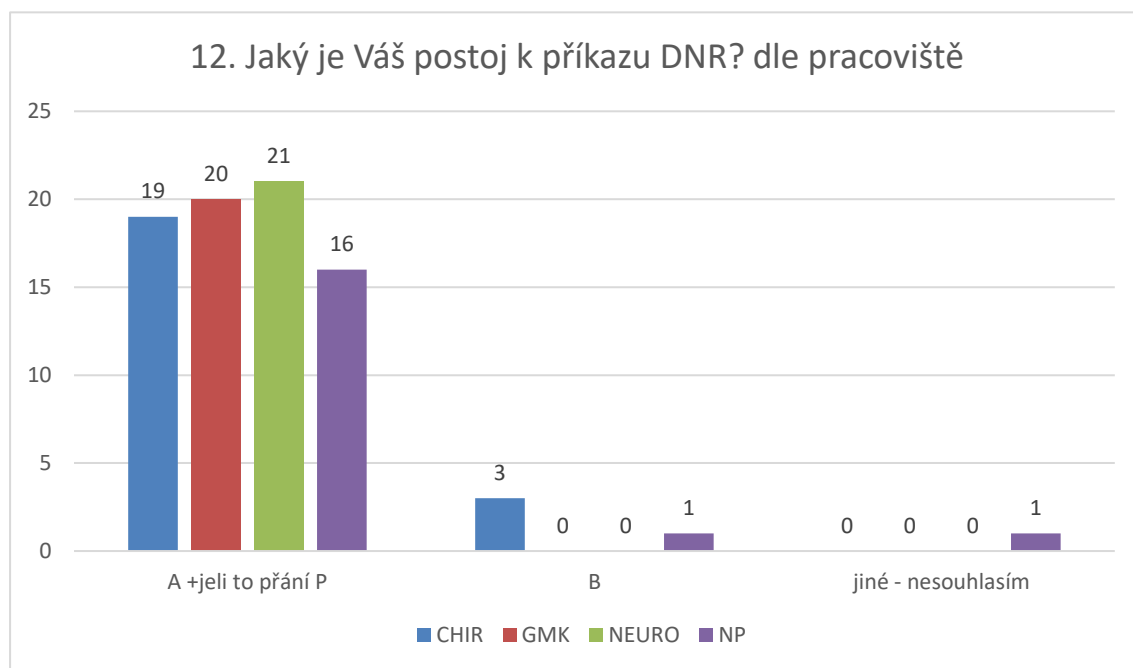
Komentář

V otázce týkající se postoje k příkazu DNR (Do Not Resuscitate) byly zaznamenány různé názory respondentů. Postoj A, tedy souhlas s příkazem DNR u pacientů v terminálním stádiu onemocnění, vyjádřilo 75 respondentů, což představuje 92,59 % všech odpovědí. Tento

názor naznačil, že většina respondentů považuje příkaz DNR za eticky přijatelný v případě pacientů, kteří se nacházejí v terminálním stadiu onemocnění, kdy už není realistická šance na uzdravení. Postoj B, že respondenti s příkazem DNR nejsou zcela spokojeni, ale vyrovnají se s ním, pokud je to nutné, zvolilo 4 respondenti, což činí 4,94 % odpovědí. Tento postoj ukázal, že i když respondenti mohou mít výhrady k aplikaci DNR, dokáží s tímto příkazem nějakým způsobem souhlasit nebo se s ním vyrovnat.

Postoj Jiné, kdy jeden respondent vyjádřil, že souhlasí s příkazem DNR, pokud je to přání pacienta (JELI TO PŘÁNÍ P), tvořilo 1,23 % odpovědí, tedy 1 respondent. Tento postoj ukazuje na respektování pacienta a jeho přání, pokud jde o rozhodování o DNR. Postoj "Jiné – NESOUHLASÍM", kdy jeden respondent vyjádřil nesouhlas s příkazem DNR a považuje jej za neetický, činí také 1,23 % odpovědí, což představuje 1 respondenta.

Celkově bylo na tuto otázku odpovězeno 81 respondentů, což odpovídá 100 % všech odpovědí. Většina respondentů podporuje příkaz DNR v terminálním stadiu onemocnění, ačkoli existuje menší část, která s tímto příkazem nesouhlasí nebo se s ním vyrovnává s určitými výhradami.



Graf 20

Komentář

Nejvyšší míru akceptace příkazu DNR vykazovali respondenti z gerontometabolické kliniky (GMK) a neurologie, kde všichni dotazovaní (100 %) souhlasili s DNR u pacientů v terminálním stadiu onemocnění. Další vysokou míru akceptace zaznamenalo chirurgické

oddělení (86,36 %), následované následnou péčí (NP) s 88,89 %.

Částečnou akceptaci (odpověď B „Nějak se s příkazem vyrovnám, ale není to pro mě jednoduché“) vykazovalo nejčastěji chirurgické oddělení, kde tento postoj zastávalo 13,64 % respondentů. Stejně odpovídalo i 5,56 % pracovníků z NP, avšak na GMK a neurologii se tento postoj neobjevil vůbec.

Otevřený nesouhlas (odpověď „Nesouhlasím s příkazem, a je to za mě neetické“) se nevyskytl u žádného respondenta z chirurgie, GMK ani neurologie. Jediný případ této odpovědi pocházel z oddělení následné péče, kde takto odpověděl jeden respondent, tedy 5,56 % dotazovaných z NP.

Celkově byla akceptace příkazu DNR vysoká napříč všemi pracovišti, přičemž nejvyšší podporu měl na GMK a neurologii, zatímco nejnižší na NP, kde se jako jediné objevily i nesouhlasné odpovědi.

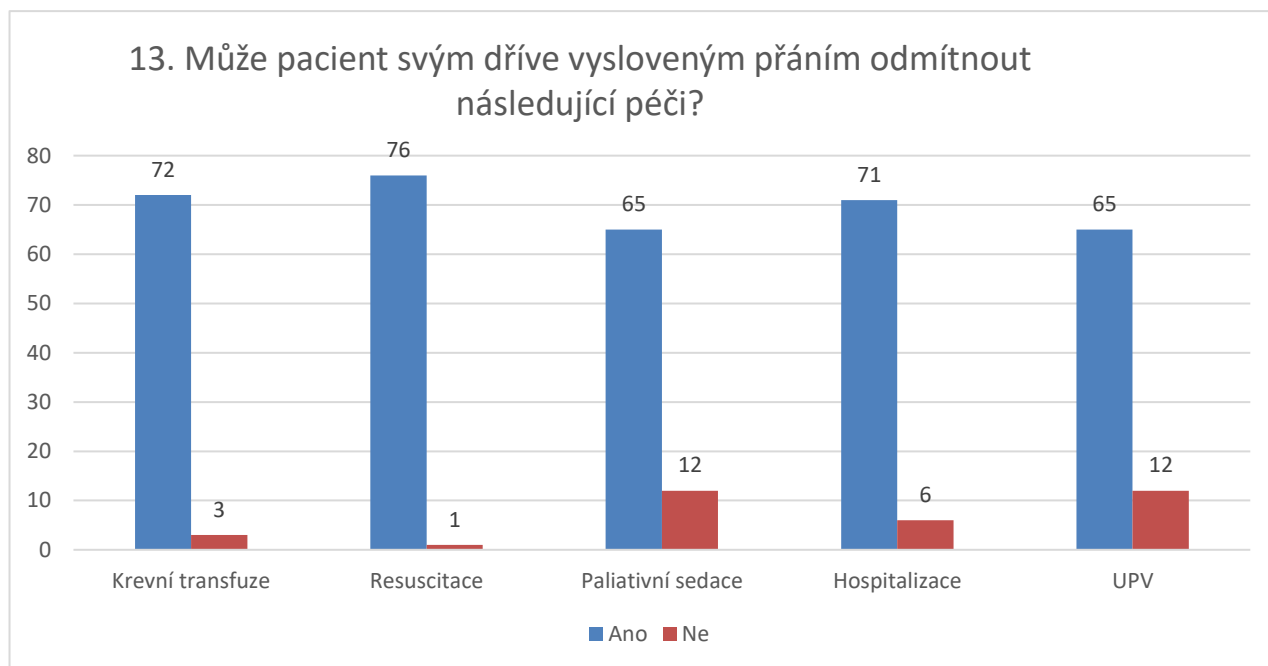
Otázka číslo 13

13. Může pacient svým dříve vysloveným přáním odmítnout následující péči?

Podání krevní transfúze	Ano / Ne
Resuscitace	Ano / Ne
Paliativní sedaci	Ano / Ne
Hospitalizace	Ano / Ne
Připojení k umělé plicní ventilaci	Ano / Ne

Tabulka 13

Druh péče	Počet Ano	Počet Ne
Podání krevní transfúze	72	3
Resuscitace	76	1
Paliativní sedaci	65	12
Hospitalizace	71	6
Připojení k UPV	65	12



Graf 21

Komentář

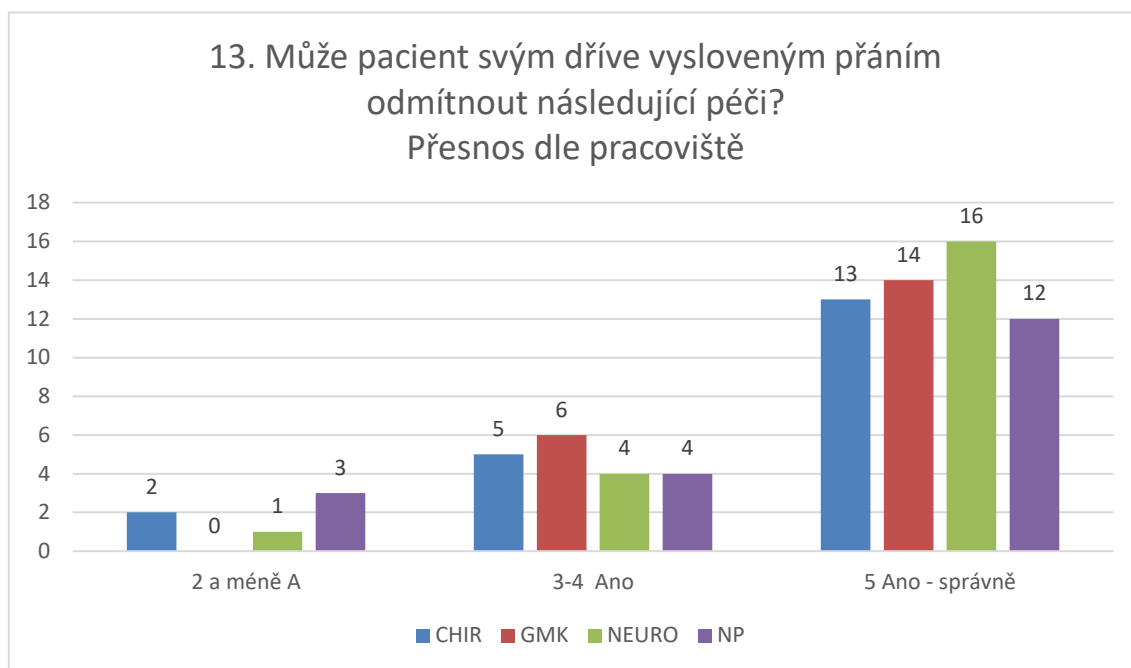
V otázce 13, která se týká možnosti, zda pacient může svým dříve vysloveným přáním odmítnout následující péči, byly položky týkající se různých typů zdravotnických zásahů.

V případě podání krevní transfuze odpovědělo kladně (Ano) 72 respondentů, což představuje 92,31 % všech odpovědí. Tři respondenti (3,85 %) odpověděli "Ne", a tři respondenti (3,85 %) uvedli "Nevím". Čtyři respondenti neodpověděli vůbec, proto je 78 respondentů 100 %.

Na otázku týkající se možnosti odmítnutí resuscitace odpovědělo celkem 77 respondentů. Z toho 76 respondentů (98,70 %) odpovědělo "Ano" a jeden respondent (1,28 %) odpověděl "Ne". Jeden respondent neodpověděl vůbec nebo uvedl "Nevím", což naznačuje určitou nejistotu nebo nejednoznačnost ohledně této problematiky.

Na otázku týkající se možnosti odmítnutí paliativní sedaci 65 respondentů (83,33 %) odpovědělo "Ano" a 12 respondentů (15,38 %) odpovědělo "Ne". Jeden respondent (1,28 %) neodpověděl vůbec.

Respondenti byli tázáni na možnost odmítnutí hospitalizace. Z celkového počtu 78 respondentů bylo 71 (91,03 %) obeznámeno s touto možností a odpovědělo kladně ("Ano"). 6 respondentů (7,79 %) odpovědělo záporně ("Ne"). Zbývajících 1 respondent (1,28 %) neodpověděl. V otázce týkající se možnosti odmítnutí připojení k umělé plicní ventilaci 65 respondentů (83,33 %) odpovědělo "Ano" a 12 respondentů (15,38 %) odpovědělo "Ne". Jeden respondent (1,28 %) neodpověděl.



Graf 22

Komentář

Respondenti, kteří na všechny části péče odpověděli 'Ano', tvoří 53 osob, což je 67,95 %. Zbytek respondentů buď odpověděl 'Ne', nebo neodpověděl na alespoň jednu otázku. Celkově je vidět, že většina respondentů má znalost, že pacient může odmítnout některé zásahy prostřednictvím svého dříve vysloveného přání. Přesto se v některých případech objevují odpovědi, v nichž respondenti dělali chyby ve svých odpovědích, neodpověděli nebo uvedli 'Nevím'. Analýza odpovědí ukázala rozdíly mezi jednotlivými pracovišti v pochopení a aplikaci konceptu dříve vyslovených přání (DVP). Respondenty jsem rozdělila na ty kteří odpověď „ano“ uvedli u všech pěti položek, přičemž nejvyšší podíl těchto správných odpovědí byl na oddělení neurologie (76,19 %) a nejnižší na oddělení NP (63,16 %). To naznačovalo, že na některých pracovištích existovala větší míra porozumění problematice DVP než na jiných.

Odpovědi kde byli čtyři nebo tři správné odpovědi, byla nejčastější na GMK (30 %), zatímco na neurologii se vyskytovala nejméně (19,05 %).

Třetí skupina uvedla správnou odpověď ve dvou nebo méně odpovědích, její podíl byl nejvyšší na oddělení následné péče (15,79 %) a nejnižší na neurologii (4,76 %). Absence této odpovědi na GMK naznačovala, že alespoň částečné povědomí o DVP zde mělo každý respondent.

Celkově se ukázalo, že mezi jednotlivými odděleními existovaly rozdíly v pochopení

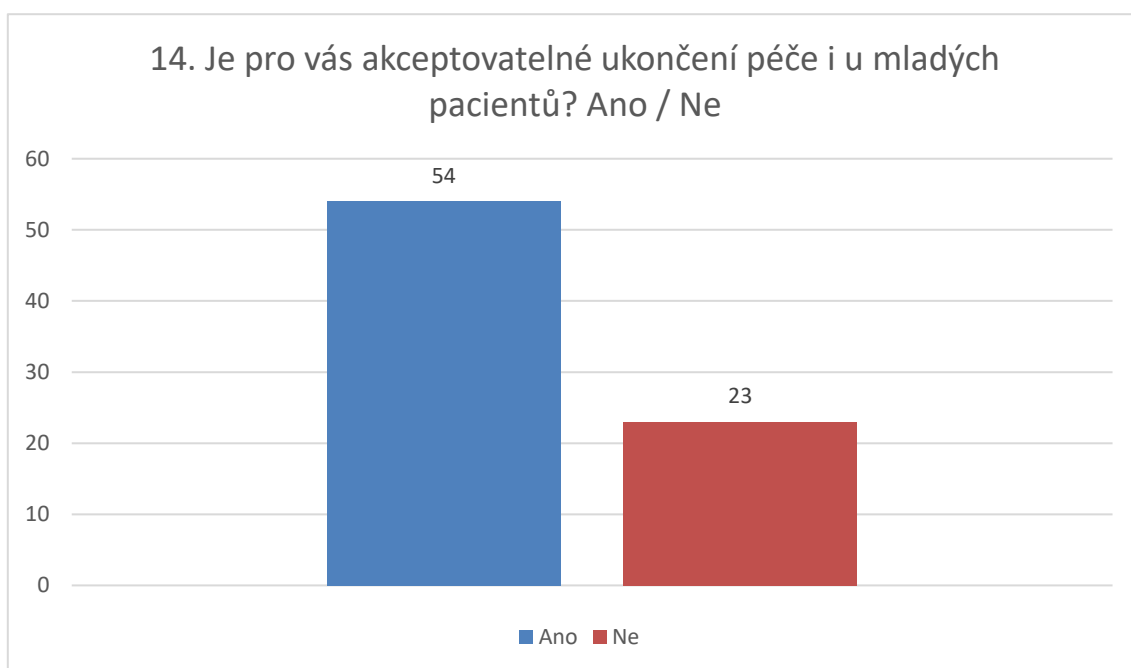
možnosti pacienta odmítnout určitou léčbu na základě DVP. Nejvyšší míru správných odpovědí vykazovali respondenti z neurologie a GMK, zatímco nejnížší míra byla na NP, kde se častěji objevovaly odpovědi indikující nejistotu nebo neznalost této problematiky. Moje hypotéza byla, že nejhůře si povede Chirurgické oddělení, takže moje hypotéza byla chybná.

Otázka číslo 14

14. Je pro vás akceptovatelné ukončení péče i u mladých pacientů? Ano / Ne

Tabulka 14

Odpověď	Počet
Ano	54
Ne	23



Graf 23

Komentář

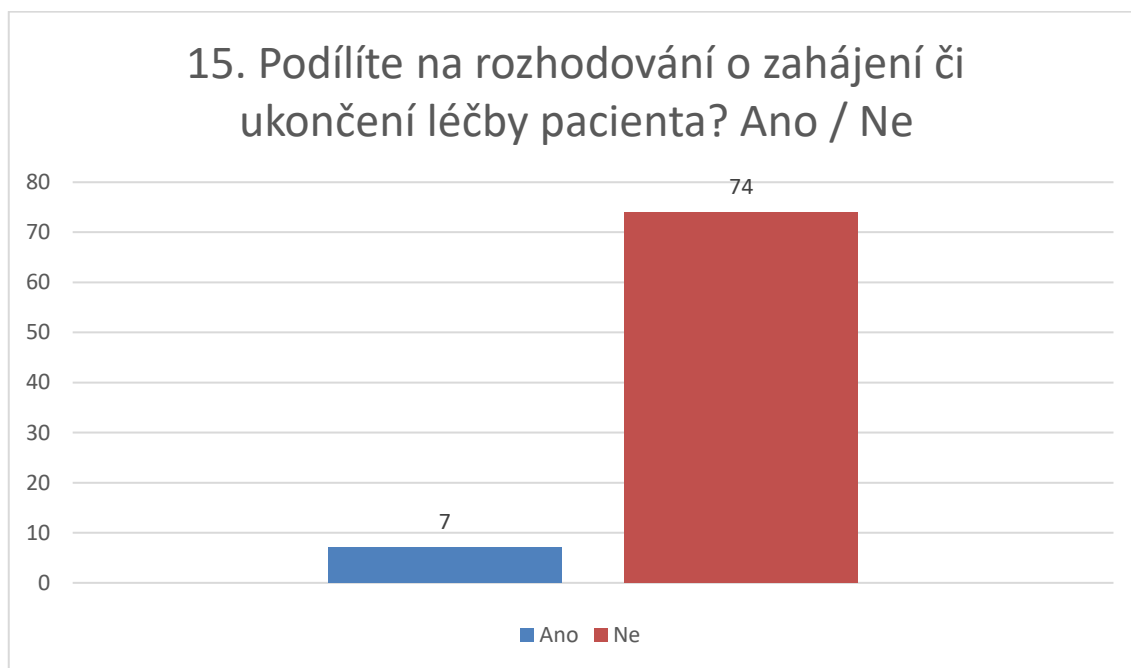
Otázka č. 14 zkoumala postoj respondentů k možnosti ukončení lékařské péče u mladých pacientů. Tato problematika zahrnuje etické a právní aspekty rozhodování o poskytování nebo ukončení zdravotní péče u pacientů v mladším věku. Taková rozhodnutí mohou být ovlivněna faktory, jako je očekávaná kvalita života, prognóza onemocnění a přání samotného pacienta či jeho rodiny. Je důležité zohlednit principy autonomie, beneficence a spravedlnosti při rozhodování o ukončení péče. V otázce 14, která se týká odpovědělo celkem 77 respondentů. Z toho 54 respondentů (70,13 %) odpovědělo "Ano", zatímco 23 respondentů (29,87 %) odpovědělo "Ne". Pět respondentů neodpovědělo vůbec. Dva respondenti k odpovědi "Ano", připsali : PEČOVAT BUDU VŽDY- LÉČBA ANO.

Otázka číslo 15

15. Podílíte na rozhodování o zahájení či ukončení léčby pacienta? Ano / Ne

Tabulka 15

Odpověď	Počet
Ano	7
Ne	74



Graf 24

Komentář

V otázce č. 15, která se týká zapojení respondentů do rozhodování o zahájení či ukončení léčby pacienta, odpovědělo celkem 81 respondentů. Z toho 7 respondentů (8,64 %) uvedlo, že se podílí na tomto rozhodování, zatímco 74 respondentů (91,36 %) se na něm nepodílí. Jeden respondent neodpověděl, což může naznačovat nejistotu nebo nezapojení do tohoto procesu.

Otázka číslo 16

16. Jak vnímáte rozhodnutí pacienta sepsat dříve vyslovené přání?

☐ Neměl by nic sepisovat, zdravotní personál je nejvíce objektivní v nastavení péče

☐ Měl by ho zvážit až po diagnóze onemocnění

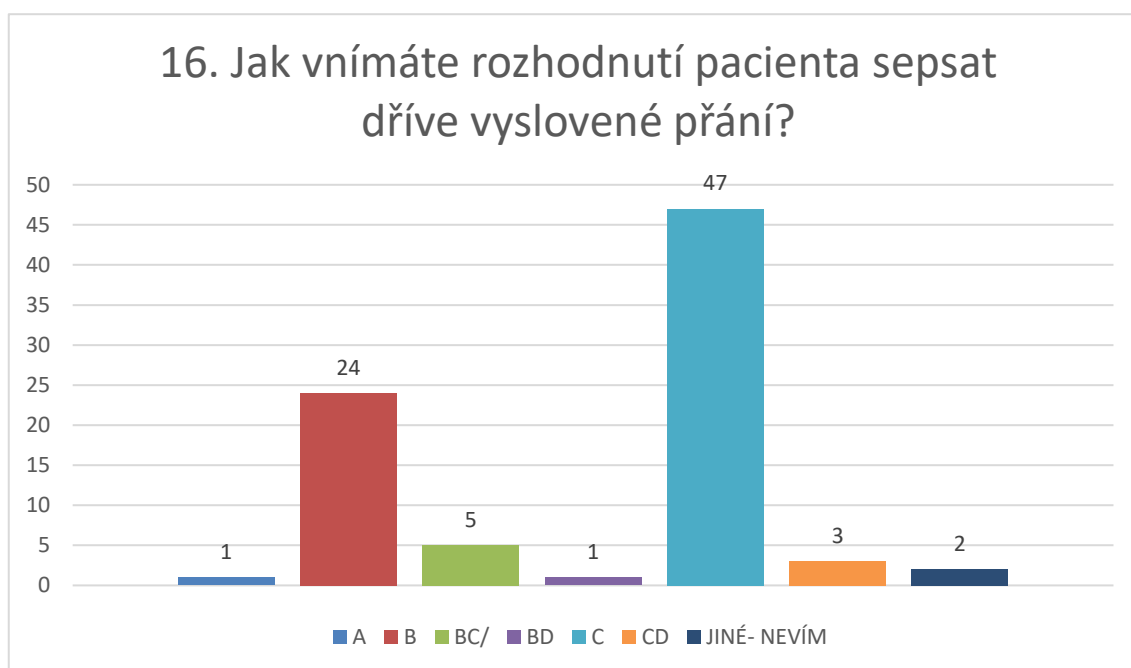
☐ Plně respektuji rozhodnutí i u zdravého člověka sepsat dříve vyslovené přání

☐ S rozhodnutím souhlasím na tolik, že bych ho doporučila svým blízkým

☐ Jiné – uveďte

Tabulka 16

Odpověď	Počet
A	1
B	24
BC	5
BD	1
C	47
CD	3
JINÉ -NEVÍM	2



Graf 25

Komentář

Z výsledků šetření vyplývá, že většina respondentů plně respektuje rozhodnutí pacienta sepsat dříve vyslovené přání i v případě zdravého člověka. Tuto možnost (varianta C) zvolilo 47 respondentů (57,32 %). Dalších 24 respondentů (28,05 %) se domnívá, že by měl pacient o tomto kroku uvažovat až po stanovení diagnózy (varianta B).

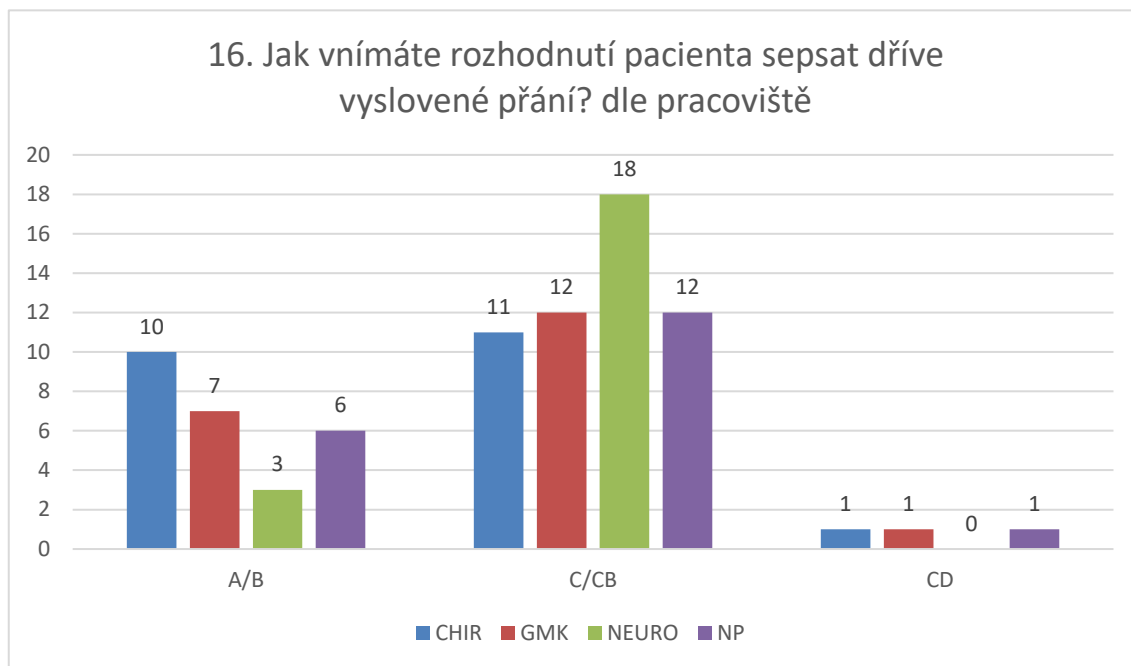
Kombinované odpovědi ukazují určitou míru souhlasu s dříve vysloveným přáním, avšak s různými nuancemi. Například kombinace BC (Plně respektuji DVP + pacient by ho měl zvážit až po diagnóze) – uvedlo 5 respondentů (6,10 %), což naznačuje, že tito lidé sice podporují DVP, ale považují za rozumnější jeho sepsání až ve chvíli, kdy je pacientovi stanovena diagnóza. Pouze 1 respondent (1,22 %) uvedl kombinaci BD, tedy že by souhlasil s rozhodnutím natolik, že by ho doporučil blízkým, ale zároveň si myslí, že je dříve vyslovené přání vhodné zvážit až po diagnóze.

Variantu CD, tedy kombinaci „plně respektuji rozhodnutí i u zdravého člověka“ a „doporučil bych to i blízkým“, zvolili 3 respondenti (3,66 %).

Naopak pouze 1 respondent (1,22 %) zastával názor, že pacient by neměl nic sepisovat, protože zdravotní personál je nejobektivnější (varianta A).

Nejistotu ohledně této problematiky vyjádřili 2 respondenti (2,44 %), kteří uvedli odpověď využili odpověď v kategorii jiné a připsali „Nevím“.

Celkově lze říci, že převažuje respekt k autonomii pacienta a jeho právu rozhodnout o vlastní péči, a to i v předstihu. Významná část respondentů však vnímá otázku dříve vysloveného přání jako něco, co by mělo být zvažováno především po diagnóze, případně by jeho sepsání aktivně doporučila svým blízkým.



Graf 27

Komentář

Nejvyšší míru akceptace DVP (odpovědi CD) vyplnilo na chirurgické klinika, gerontometabolické klinika a následné péči (1 respondent, což činí kolem 5 % z pracoviště.

Nejvíce respondentů volilo střední úroveň podpory DVP (odpovědi C/BC), nejvíce na neurologii (85,71 %), dále na NP (63,16 %) a GMK (60,00 %).

Nejnižší míru akceptace DVP (odpovědi A/B) vykazuje chirurgie (45,45 %), kde téměř polovina respondentů zastává názor, že pacient by DVP neměl sepsovat, nebo by ho měl zvažovat až po diagnóze.

Tento trend naznačuje, že neurologická oddělení a geriatrická péče více podporují autonomii pacienta, zatímco na chirurgických pracovištích přetrvává paternalističtější přístup k rozhodování o péči.

Otázka číslo 17

17. Kdo může sepsat dříve vyslovené přání?

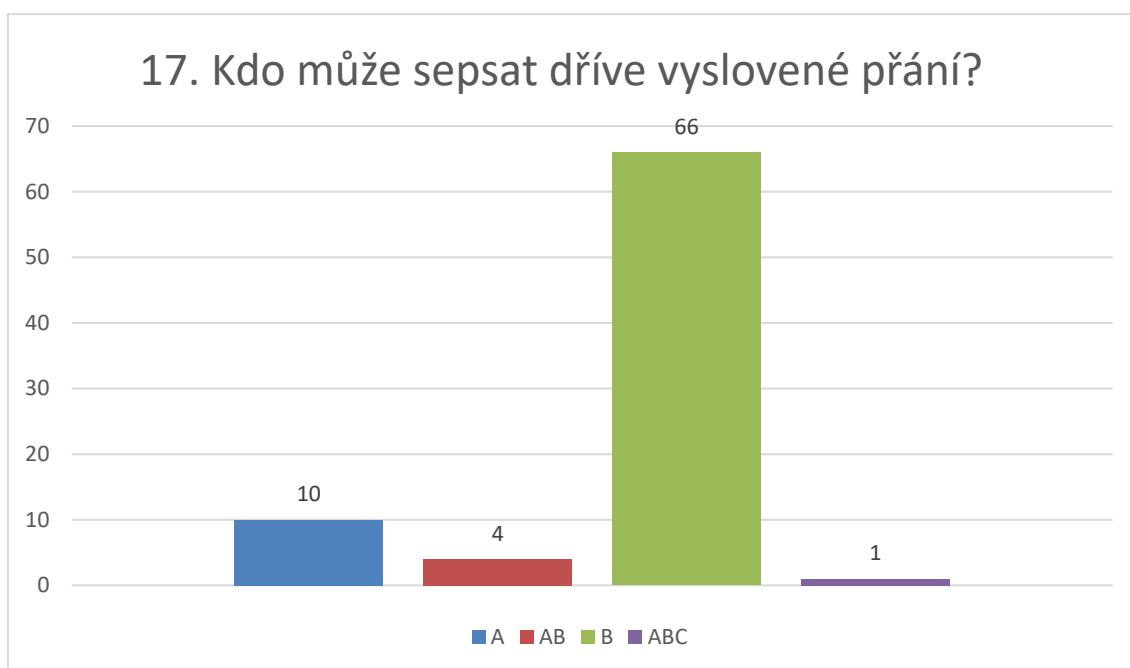
o Pouze svéprávní občané se závažnou nemocí

o Mohou i plně zdraví svéprávní občané

o Mohou i nesvéprávní občané

Tabulka 17

Odpověď	Počet
A	10
B	66
AB	4
ABC	1



Graf 28

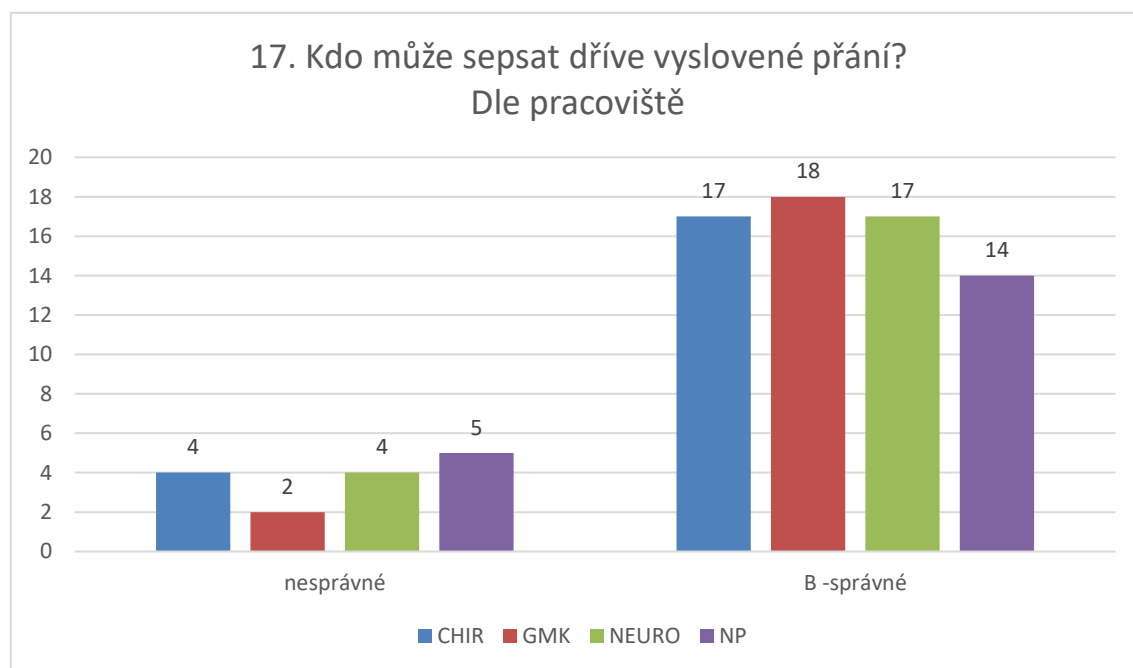
Komentář

Otázka se zaměřila na znalost správných podmínek pro sepsání dříve vysloveného přání (DVP). Nejvíce respondentů, konkrétně 66 (81,48 %), správně uvedlo variantu B, že DVP

mohou sepsat i plně zdraví svéprávní občané. To ukazuje, že většina si je vědoma, že tento dokument není omezen pouze na osoby se zdravotními obtížemi. Naopak 10 respondentů (11,11 %) se domnívá, že DVP mohou sepsat pouze svéprávní občané se závažnou nemocí, což naznačuje mylnou představu o této problematice (A).

Čtyři respondenti (4,94 %) zvolili kombinaci odpovědí, kde připustili možnost sepsání DVP i zdravými občany, ale zároveň se domnívali, že jej mohou sepsat jen osoby se závažnou nemocí. Tato volba může naznačovat nejistotu ohledně přesných pravidel. Jeden respondent (1,23 %) uvedl, že DVP mohou sepsat i nesvéprávní občané, což je nesprávná odpověď, protože nesvéprávné osoby tuto možnost nemají. (Konkrétně vybral všechny typy odpovědí ABC). Jeden respondent neuvedl žádnou odpověď.

Celkově lze říci, že většina dotazovaných má o této problematice dobré znalosti, i když část si není jistá nebo má nepřesné představy o tom, kdo může DVP platně sepsat.



Graf 29

Komentář

Odpověď B, tedy správná varianta „Mohou i plně zdraví svéprávní občané“, byla mezi respondenty nejčastější, a to u 66 z 81 odpovědí, což odpovídalo 81,48 % všech odpovědí.

Rozdělení odpovědi B podle pracovišť ukázalo, že nejvyšší podíl správných odpovědí byl na GMK (90,00 %), následovaly chirurgie a neurologie (shodně 80,95 %), zatímco nejnižší podíl správných odpovědí byl na NP (73,68 %). Opět to vyvrátilo moji hypotézu, že v chirurgických oborech bude nižší podíl správně vyplněných znalostních otázek.

Otázka číslo 18

18. Lékař může dříve vysloveného přání do dokumentace zapsat pokud:

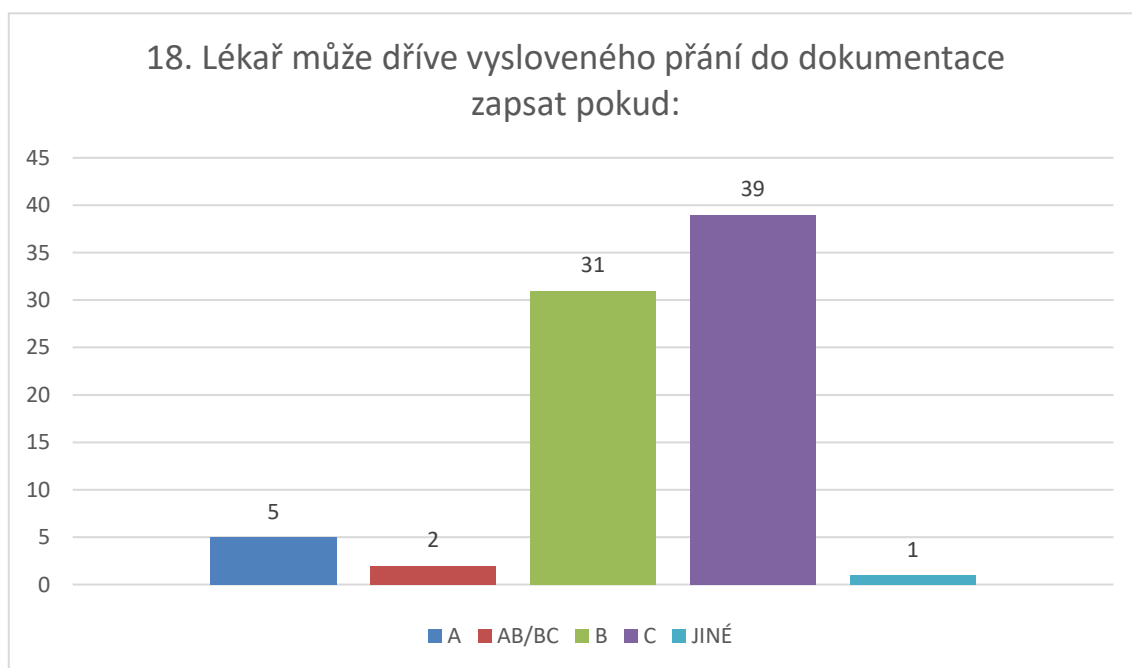
o Pacient si sám našel informace o onemocnění a nesouhlasí s další léčbou

o Pacientovi ústně sdělí informace a prognózu lékař, včetně rizik z nepodrobení se léčbě a poskytne mu alternativy léčby

o Pacientovi sdělí informace a prognózu lékař v písemné podobě včetně rizik z nepodrobení se léčbě

Tabulka 18

Odpověď	Počet
A	5
AB/BC	2
B	31
C	39
Jiné – nesetkal jsem se s problematikou	1
Neodpověděl	4



Graf
30

Komentář

Celkový počet odpovědí na otázku, za jakých podmínek může lékař zapsat dříve vyslovené přání (DVP) do dokumentace, je 78, přičemž u čtyř respondentů chybí odpověď. Tato otázka ověřuje znalosti správného postupu a rozdíly v odpovědích ukazují na různé úrovně povědomí o této problematice.

Nejvíce respondentů, konkrétně 39 (50,00 %), zvolilo variantu C, která uvádí, že lékař může DVP do dokumentace zapsat, pokud pacientovi poskytne informace a prognózu v písemné podobě, včetně rizik spojených s nepodrobením se léčbě. Tato možnost byla vybrána nejčastěji, což naznačuje, že polovina respondentů považuje písemnou formu sdělení za nutnou podmínku.

Variantu B, která uvádí, že lékař může DVP zapsat, pokud pacientovi ústně sdělí informace a prognózu, včetně rizik z nepodrobení se léčbě, a poskytne mu alternativy léčby, zvolilo 31 respondentů (39,74 %). Tato možnost je rovněž častá, což ukazuje, že část respondentů vnímá jako dostačující i ústní informování pacienta lékařem.

Pouze 5 respondentů (6,41 %) vybralo variantu A, která tvrdí, že lékař může DVP zapsat, pokud si pacient sám našel informace o svém onemocnění a nesouhlasí s další léčbou. Tato možnost však není správná, protože zákon vyžaduje, aby informace pacientovi poskytl lékař.

Kombinaci varianty AC zvolil 1 respondent (1,28 %), což naznačuje nejasnosti v porozumění tomu, zda si pacient může sám zjistit informace a zda je písemná forma nutná. Stejný počet respondentů (1,28 %) vybral kombinaci B a C, což může znamenat, že považují za správné jak ústní, tak písemné sdělení informací.

Jeden respondent (1,28 %) odpověděl, že se s touto problematikou dosud nesetkal a neví, jaká odpověď je správná.

Výsledky ukazují, že zatímco polovina respondentů považuje za nutnou písemnou formu sdělení informací pacientovi, významná část se domnívá, že ústní sdělení lékařem je dostačující. Malá část má nepřesné představy o tom, zda si pacient může sám vyhledat informace a na základě toho nechat DVP zapsat.

Otázka číslo 19

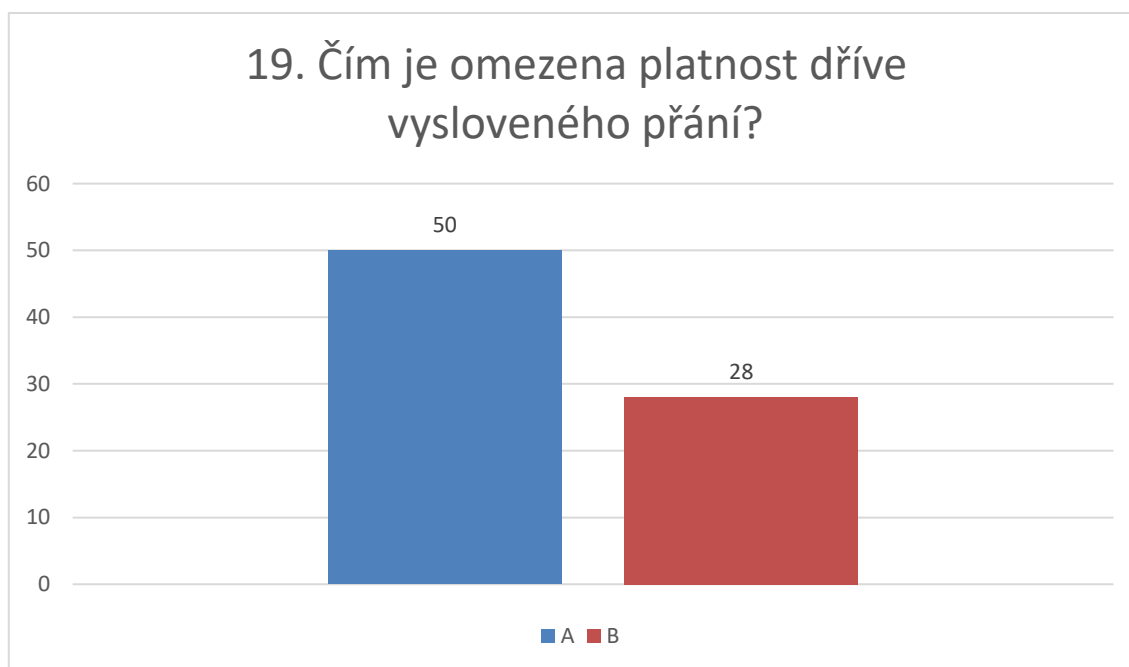
19. Čím je omezena platnost dříve vysloveného přání?

o Odvoláním pacienta

o Odvoláním pacienta nebo vypršením doby platnosti

Tabulka 19

Odpověď	Počet
A	50
B	28



Graf
31

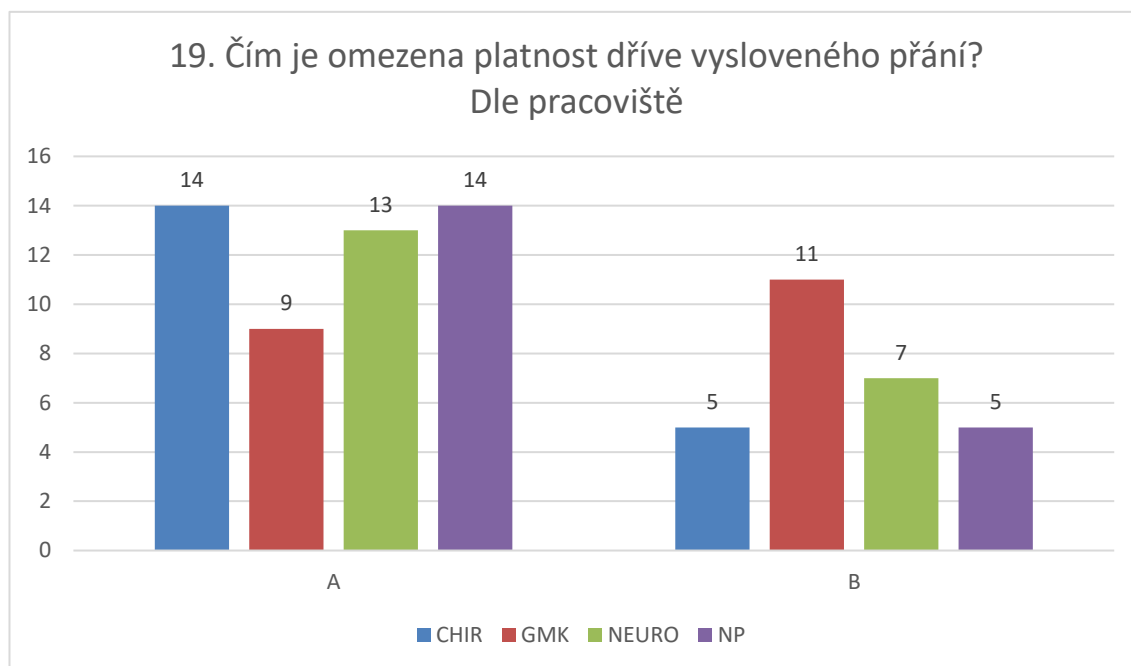
Komentář

Celkový počet odpovědí na otázku o omezení platnosti dříve vysloveného přání (DVP) je 78, přičemž u čtyř respondentů chybí odpověď. Tato otázka ověřuje znalost podmínek, za kterých přestává být DVP platné.

Správnou odpovědí je, že platnost DVP je omezena pouze odvoláním pacienta. Tuto možnost zvolilo 50 respondentů, což odpovídá 64,10 % všech odpovědí. Většina dotazovaných tedy správně chápe, že DVP zůstává v platnosti, dokud ho sám pacient neodvolá.

Naopak 28 respondentů (35,90 %) se domnívá, že DVP může ztratit platnost buď odvoláním pacienta, nebo uplynutím určité doby. Tato odpověď je nesprávná, protože DVP není automaticky časově omezeno a jeho platnost se neřídí žádnou pevně stanovenou lhůtou.

Z výsledků je patrné, že většina respondentů má správné povědomí o tom, jak dlouho je DVP platné, ale významná část se domnívá, že může být omezeno i vypršením doby, což je častý omyl v této oblasti.



Graf 32

Komentář

Odpověď A byla celkově častější, zvolilo ji 64,1 % respondentů, zatímco odpověď B si vybralo 35,9 %. Největší podíl odpovědi A byl na chirurgii a na NP, kde ji zvolilo shodně 73,68 % respondentů. Podobně tomu bylo i na neurologii, kde se pro tuto odpověď rozhodlo 65 % dotázaných. Na rozdíl od těchto pracovišť bylo GMK jediné, kde převládla odpověď B, a to s podílem 55 %. Tento rozdíl naznačuje odlišný postoj nebo jinou informovanost respondentů na jednotlivých odděleních. Celkově se však většina odpovědí přikláněla k variantě A, s výjimkou GMK, kde byla situace opačná.

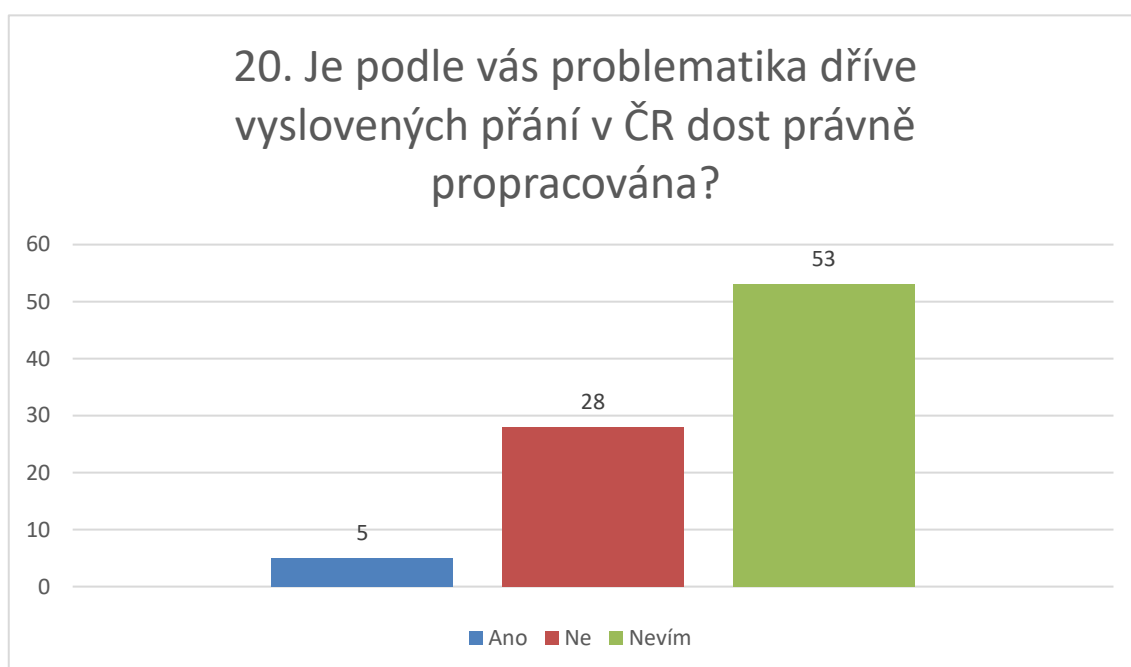
Otázka číslo 20

20. Je podle vás problematika dříve vyslovených přání v ČR dost právně propracována?

Ano / ne / nevím

Tabulka 20

Odpověď	Počet
Ano	5
Ne	24
Nevím	53



Graf 33

Komentář

Celkový počet odpovědí na otázku, zda je problematika dříve vyslovených přání (DVP) v České republice dostatečně právně propracovaná, je 82.

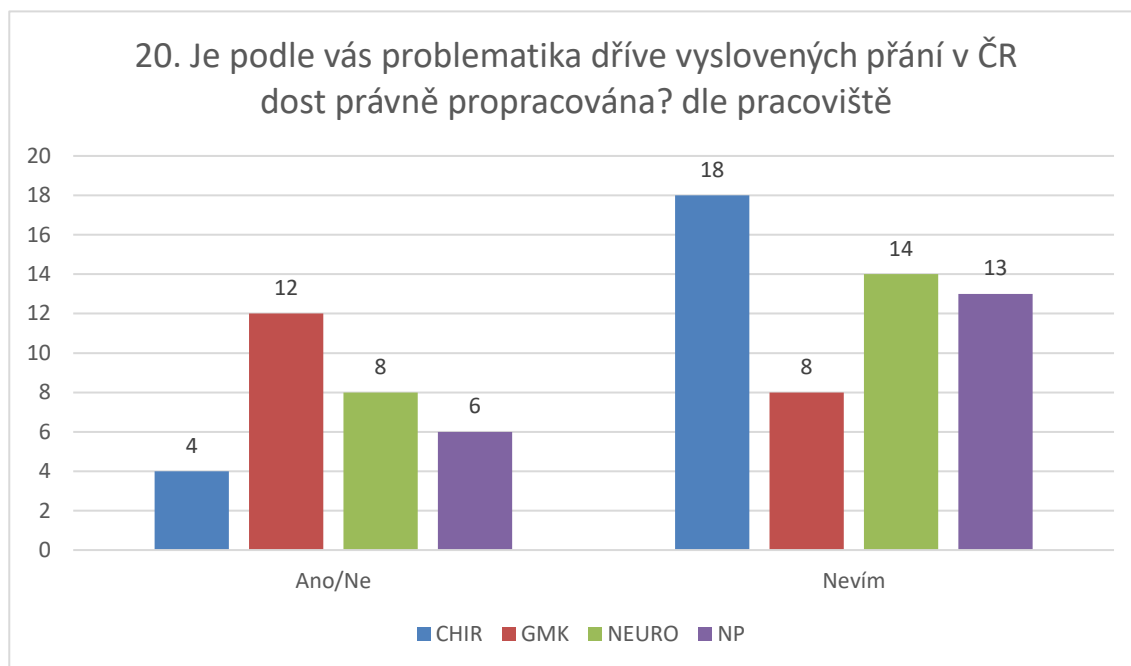
Nejvíce respondentů, konkrétně 53 (64,63 %), uvedlo, že si nejsou jistí a odpověděli „nevím“. Tento výsledek naznačuje, že mnoho lidí nemá dostatek informací o právním ukotvení DVP.

Dalších 24 respondentů (29,27 %) odpovědělo, že právní úprava DVP v ČR není

dostatečně propracovaná. To ukazuje na vnímání možných nedostatků v současném systému, například nejasností v aplikaci zákona nebo v jeho praxi.

Pouze 5 respondentů (6,10 %) uvedlo, že právní úpravu považují za dostatečnou. To je výrazná menšina, což může naznačovat, že právní rámec v této oblasti buď není dostatečně srozumitelný, nebo skutečně obsahuje mezery, které brání jeho efektivnímu využívání v praxi.

Celkově výsledky ukázali, že právní stránka DVP je pro velkou část respondentů nejasná a pouze malá část ji považuje za dostatečně propracovanou.



Graf 34

Komentář

Nejvyšší podíl respondentů, kteří měli na právní úpravu dříve vyslovených přání jasný názor (odpověď „ano“ nebo „ne“), byl zaznamenán na gerontometabolické klinice (GMK), kde tento postoj vyjádřilo 60 % dotazovaných. Další jasné odpovědi byli na neurologii (33,33 %) a následné péči (31,58 %).

Naopak nejvyšší podíl respondentů, kteří nebyli o právní úpravě informováni nebo si nebyli jistí (odpověď „nevím“), pocházel z chirurgického oddělení (81,82 %). Rovněž na neurologii (66,67 %) a následné péči (68,42 %) převažovali zdravotníci s nevyjasněným postojem. Nejnižší podíl nejistých odpovědí byl na GMK, kde pouze 40 % respondentů uvedlo, že nemají o právní problematice dostatek informací.

Celkově měli nejvyhraněnější názor na právní úpravu DVP zdravotníci z GMK, zatímco na chirurgii byl největší podíl těch, kteří neměli v této otázce jasno.

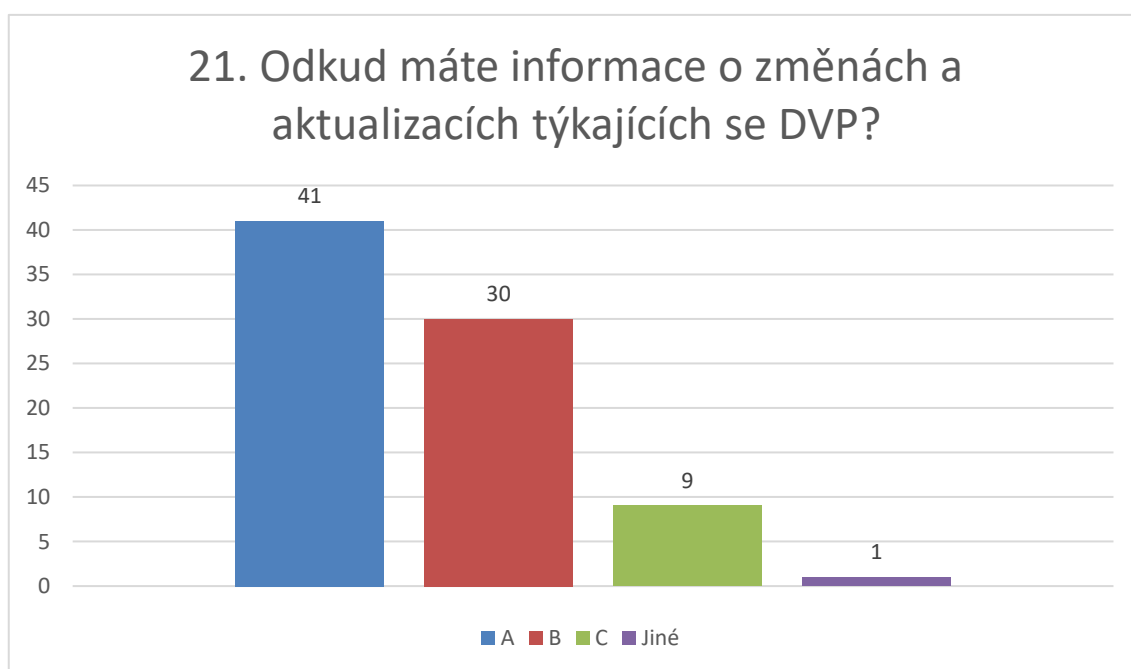
Otázka číslo 21

21. Odkud máte informace o změnách a aktualizacích týkajících se DVP?

- o Nejsem informován
- o Vlastní zdroje (internet, odborný tisk,...)
- o Organizovaně v rámci seminářů + vlastní zdroje
- o Jiné – uveďte

Tabulka 21

Odpověď	Počet
A	41
B	30
C	9
Jiné – v rámci oddělení	1



Graf 35

Komentář

Celkový počet odpovědí na otázku, odkud měli respondenti informace o změnách a aktualizacích týkajících se dříve vyslovených přání (DVP), byl 81, přičemž jeden respondent

na otázku neodpověděl. Výsledky ukázaly rozdílné zdroje informací mezi respondenty.

Největší skupinu tvořilo 41 respondentů (50,62 %) – odpověď A, kteří uvedli, že nebyli informováni o změnách a aktualizacích týkajících se DVP. To naznačovalo, že více než polovina dotázaných neměla přístup k aktuálním informacím nebo se o tuto problematiku aktivně nezajímala.

30 respondentů (37,04 %) – odpověď B, uvedlo, že čerpali informace z vlastních zdrojů, jako byly internet nebo odborný tisk. To ukazovalo na individuální snahu získávat informace, přičemž nebylo jasné, zda byly tyto zdroje vždy dostatečně spolehlivé.

Dalších 9 respondentů (11,11 %) – odpověď C, se vzdělávalo organizovaně v rámci seminářů, ale zároveň využívalo i vlastní zdroje. Tato skupina tak pravděpodobně získávala nejkomplexnější informace, které mohly být více odborně podložené. Nicméně podíl těch, kteří se vzdělávali skupinově a organizovaně, byl poměrně nízký. To naznačovalo, že v oblasti formálního vzdělávání o DVP chyběla širší dostupnost nebo větší zájem o tyto semináře. Skupinové semináře mohly poskytovat cenné informace, avšak pokud nebyly povinné nebo běžně dostupné, zůstávala většina vzdělávání na individuální iniciativě.

Pouze 1 respondent (1,23 %) – odpověď „jiné“, uvedl, že informace získával v rámci oddělení, kde pracoval. To naznačovalo, že pouze minimum dotázaných mělo přímý přístup k informacím v rámci svého pracovního prostředí.

Celkové výsledky ukázaly, že informovanost o DVP byla u značné části respondentů nízká, přičemž polovina neměla žádné informace. Velká část se spoléhala na vlastní vyhledávání, zatímco jen menší skupina využívala organizované formy vzdělávání, které se však jevily jako poměrně omezené.

Otázka číslo 22

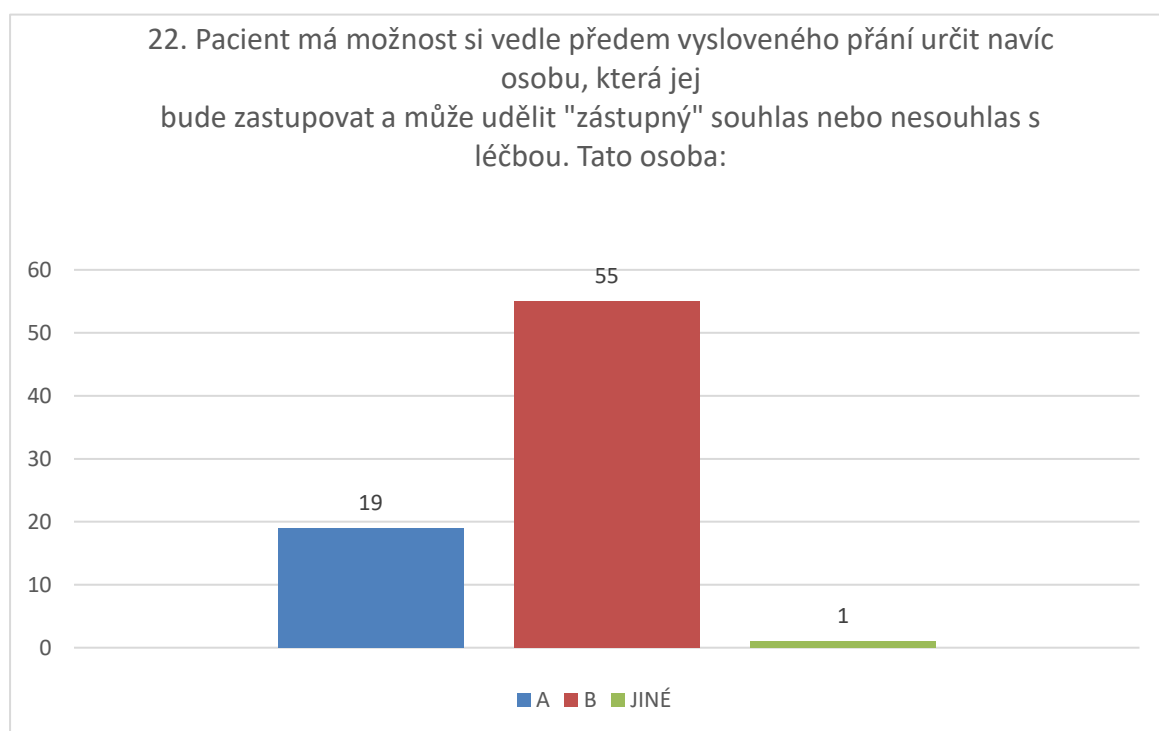
22. Pacient má možnost si vedle předem vysloveného přání určit navíc osobu, která jej bude zastupovat a může udělit "zástupný" souhlas nebo nesouhlas s léčbou. Tato osoba:

o Může provádět změny s DVP

o Musí respektovat DVP

Tabulka 22

Odpověď	Počet
A	19
B	55
Jiné - nevím	1



Graf 36

Komentář

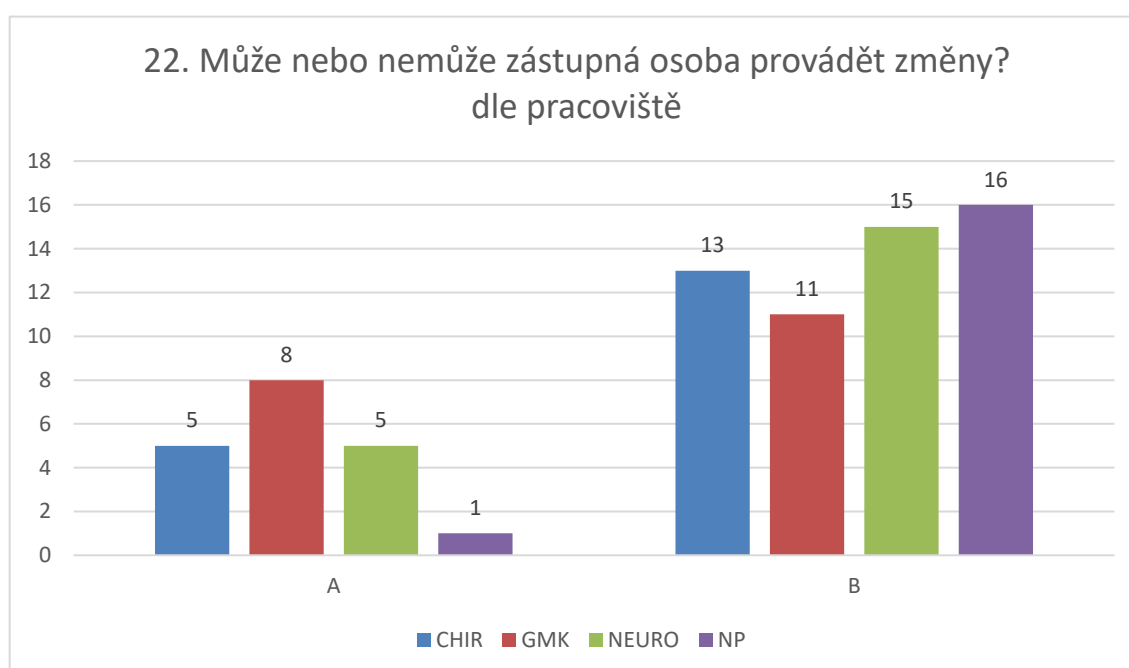
Celkový počet odpovědí na otázku, zda osoba, kterou si pacient určil jako svého zástupce, mohla provádět změny v dříve vysloveném přání (DVP) nebo jej musela respektovat, byl 75, přičemž 7 respondentů na otázku neodpovědělo.

Většina respondentů, konkrétně 55 (73,33 %) – odpověď B, uvedla, že zástupce musí DVP respektovat. To naznačovalo, že si většina dotázaných byla vědoma toho, že zástupná osoba nemohla svévolně měnit rozhodnutí pacienta ohledně jeho zdravotní péče.

Naopak 19 respondentů (25,33 %) – odpověď A, se domnívalo, že zástupce mohl provádět změny v DVP. Tento podíl ukazoval na určité nejasnosti nebo mylné představy o pravomocích zástupce ve vztahu k předem vyslovenému přání.

Jeden respondent (1,33 %) – odpověď „nevím“ uvedl, že se v problematice neorientoval.

Celkové výsledky ukázaly, že i když většina respondentů chápala, že zástupce musí respektovat DVP, čtvrtina z nich měla nesprávnou představu o možnostech změny tohoto dokumentu. To naznačovalo prostor pro lepší informovanost a vzdělávání v oblasti práv pacienta a role zástupné osoby.



Graf 37

Komentář

V otázce týkající se možnosti pacienta určit zástupnou osobu, která by mohla vyjádřit souhlas nebo nesouhlas s léčbou, se většina respondentů přiklonila k odpovědi B, tedy že tato osoba musí respektovat dříve vyslovené přání (DVP). Celkově tuto odpověď zvolilo 74,32 % respondentů, přičemž nejvýrazněji byla preferována na NP (94,12 %) a neurologii (75 %). Na

chirurgii a GMK byl podíl odpovědi B o něco nižší, ale stále dominantní (72,22 % a 57,89 %).

Odpověď A, která připouštěla možnost provádět změny v DVP, byla méně častá a celkově ji zvolilo pouze 25,68 % dotázaných. Nejvyšší podíl měla na GMK (42,11 %), zatímco na NP byla téměř opomíjena (5,88 %). Tento trend ukazuje, že mezi pracovišti mohou existovat rozdíly v chápání role zástupné osoby a míry jejího rozhodovacího prostoru vůči DVP pacienta.

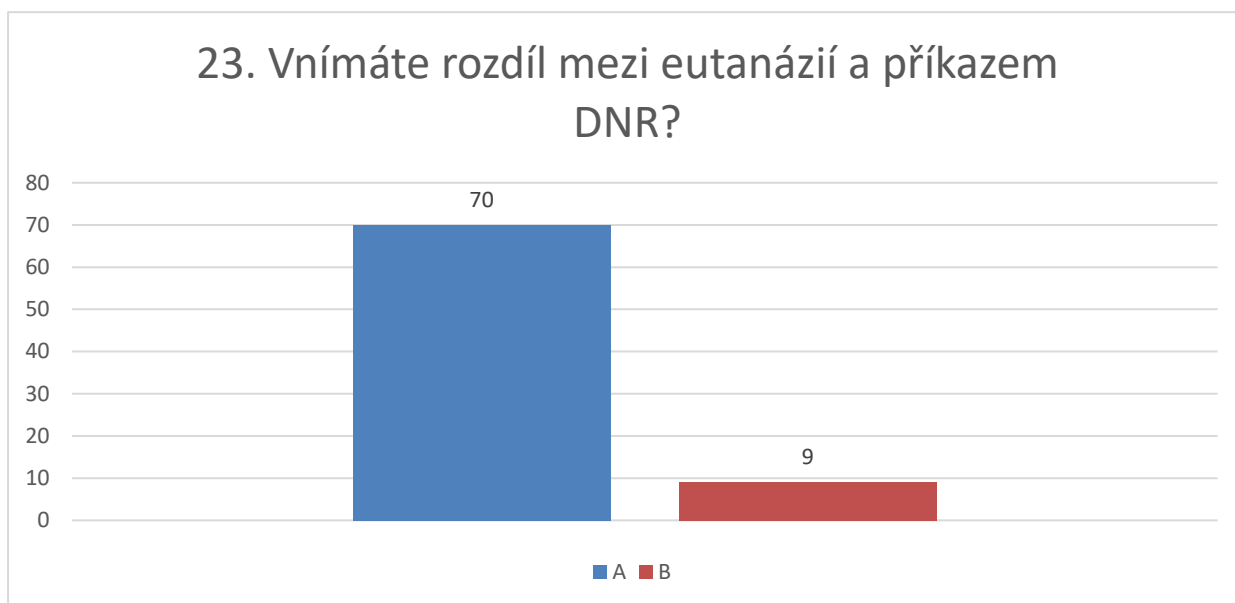
Otázka číslo 23

23. Vnímáte rozdíl mezi eutanázií a příkazem DNR?

- o Ano, jedná se o úplně odlišnou problematiku
- o Spíše ne, příkaz DNR je podobný eutanázii
- o Ne, jedná se o jedno a to samé

Tabulka 23

Odpověď	Počet
A	70
B	9



Graf 38

Komentář

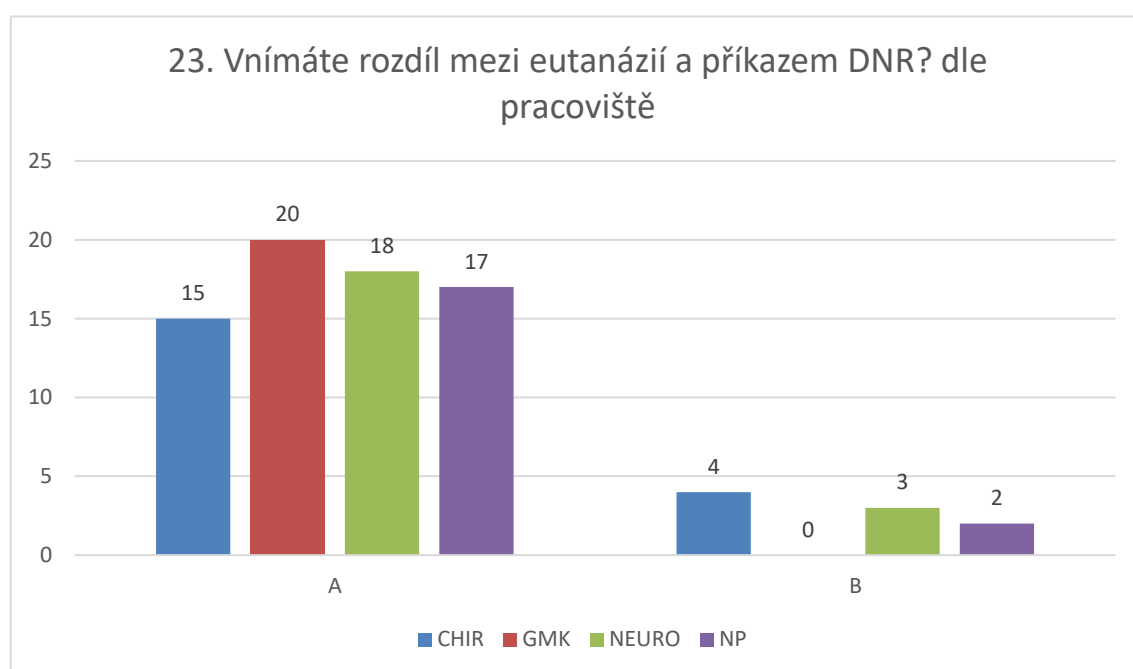
Celkový počet odpovědí na otázku, zda respondenti vnímali rozdíl mezi eutanázií a příkazem DNR (Do Not Resuscitate – nepodávat resuscitaci), byl 79.

Většina respondentů, konkrétně 70 (88,61 %) – odpověď A, uvedla, že se jedná o zcela odlišnou problematiku. To naznačovalo, že si byli vědomi rozdílů mezi aktivním ukončením života na žádost pacienta (eutanazie) a rozhodnutím neprovádět resuscitaci v případě zástavy životních funkcí.

Naopak 9 respondentů (11,39 %) – odpověď B, uvedlo, že považovali příkaz DNR za podobný eutanazii. To mohlo znamenat, že vnímali oba koncepty jako způsoby ukončení života, i když jejich právní a etické postavení bylo výrazně odlišné.

Odpověď C, tedy že DNR a eutanazie jsou jedno a totéž, nezvolil žádný respondent. To naznačovalo, že alespoň v základním smyslu si všichni dotázaní uvědomovali určité rozdíly mezi těmito pojmy.

Výsledky ukázaly, že většina respondentů měla poměrně jasnou představu o rozdílech mezi těmito dvěma koncepty, avšak menší část stále vnímala určitý překryv mezi DNR a eutanazií. To mohlo naznačovat prostor pro lepší osvětu a vysvětlení těchto pojmů, zejména v



Graf 39

oblasti medicínské etiky a práva.

Komentář

Na gerontometabolické klinice (GMK) všichni respondenti (100 %) rozlišovali mezi eutanazií a příkazem DNR jako zcela odlišnými pojmy. Na ostatních pracovištích podíl těch, které tento rozdíl vnímaly, byl mírně nižší: na neurologii 85,71 %, na následné péči 89,47 % a na chirurgii 78,95 %.

Nesprávné vnímání příkazu DNR jako formy eutanazie bylo nejčastější na chirurgii, kde tento názor zastávalo 21,05 % respondentek. Na neurologii takto odpovědělo 14,29 % a na pracovišti následné péče 10,53 %. Žádná z respondentek na GMK tuto možnost nevybrala.

Otázka číslo 24, situace 1

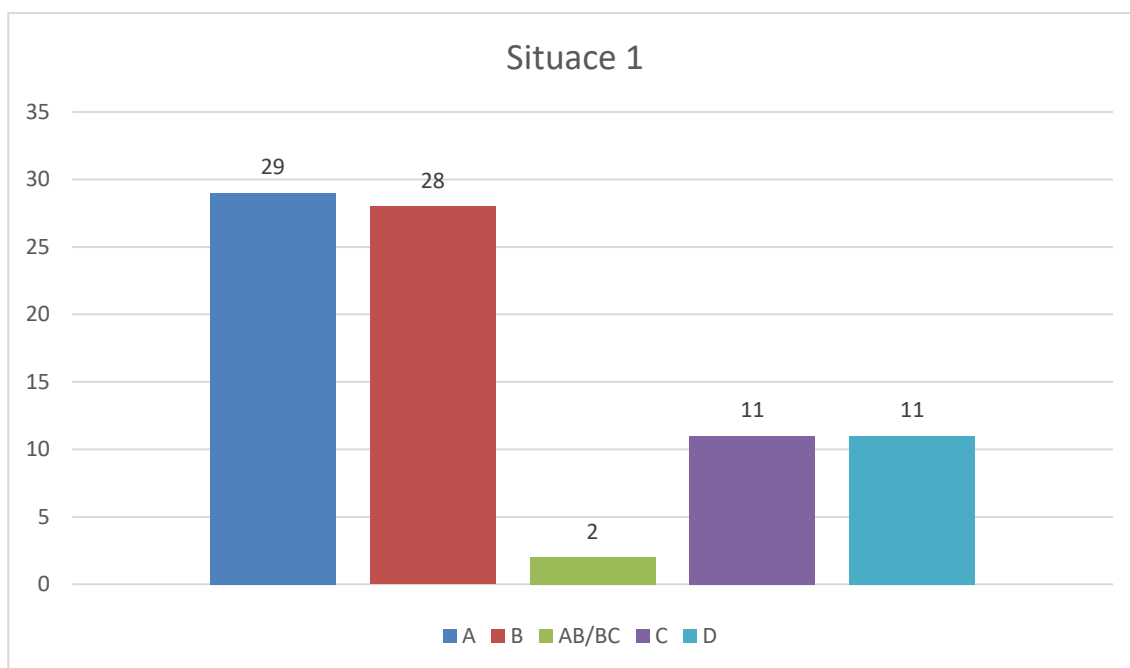
24. Jak se zachováte v nastíněná situaci 1 a 2

Situace 1 - Klient si v DVP sepsal v počáteční fázi onemocnění, přál si nepodávat analgetika. Nyní má silné bolesti a nemůže své přání změnit. Navrhnete lékaři napsat / podáte analgetika i přes to, že je to právně napadnutelné?

- ☐ Ano, nemocnému neprospěje zažívat bolest
- ☐ Nevím, je to komplexní rozhodnutí
- ☐ Ne, respektuji přání pacienta
- ☐ Ne, se přáním pacienta sice nesouhlasím, ale bojím se právních dopadů

Tabulka 24

Odpověď	Počet
A	29
B	28
AB/BC	2
C	11
D	11



Graf 40

Komentář

Celkový počet odpovědí na otázku, jak by respondenti reagovali v situaci, kdy klient v dříve vysloveném přání (DVP) požadoval nepodávat analgetika, ale nyní trpí silnými bolestmi a nemůže své přání změnit, byl 81.

29 respondentů (35,8 %) – odpověď A uvedlo, že by navrhli lékaři napsat analgetika, protože nemocnému neprospěje zažívat bolest. Tento výsledek naznačoval, že tito respondenti byli více zaměřeni na zmírnění bolesti pacienta a kladli důraz na jeho komfort, i když to znamenalo porušení jeho předchozího přání.

28 respondentů (34,6 %) – odpověď B odpovědělo, že nevěděli, jak se rozhodnout, protože se jedná o komplexní rozhodnutí. Tato skupina vyjadřovala pochybnosti ohledně správnosti rozhodnutí v takto eticky a právně citlivé situaci, což ukazovalo na těžkost vyvážení práv pacientova přání a potřeby poskytnout úlevu od bolesti. Odpověď AB (1 odpověď): Respondent zvolil kombinaci, která ukazuje, že by navrhl napsání analgetik lékaři, protože pacientovi neprospěje zažívat bolest, ale zároveň měl určité pochybnosti a považoval situaci za komplexní rozhodnutí. Tato kombinace ukazuje, že respondenti se vyrovnávali s etickými a právními otázkami v kontextu DVP, a to i přes zjevný zájem na zmírnění bolesti pacienta. Odpověď BC (1 odpověď): Tento respondent by respektoval přání pacienta a nepodával analgetika, ale zároveň vyjádřil pochybnosti o celkové složitosti rozhodnutí. Tento přístup může ukazovat na morální dilema, kdy respondent sice dodržuje přání pacienta, ale je si vědom

složitosti a komplikací spojených s tímto rozhodnutím.

V souhrnu se v případě kombinovaných odpovědí objevil malý počet (2 kombinace) odpovědí, které naznačují rozpor mezi etickými a právními aspekty, což odráží složitost rozhodování v praxi. Většina respondentů se rozhodovala mezi přímým respektem k přání pacienta a obavou o právní dopady, což je běžná praxe v případě citlivých rozhodnutí týkajících se zdraví pacienta.

11 respondentů (13,6 %) – odpověď C uvedlo, že by respektovali přání pacienta a nepodali analgetika. Tito respondenti se rozhodli plně dodržet přání pacienta, i když to znamenalo, že pacient bude trpět bolestmi. Tento přístup byl nejvíce v souladu s etikou respektování autonomních rozhodnutí pacientů.

11 respondentů (13,6 %) – odpověď D uvedlo, že by respektovali přání pacienta, ale obávali se právních dopadů. Tento výběr naznačoval, že respondenti by sice byli ochotni se držet přání pacienta, ale jejich rozhodnutí bylo motivováno obavou z právních problémů, které by mohly vzniknout, pokud by postupovali jinak.

Celkové rozložení odpovědí ukázalo, že většina respondentů (69,2 %) by se rozhodla podávat analgetika nebo by o rozhodnutí měla pochybnosti. Pouze 13,6 % respondentů by plně respektovalo přání pacienta za účelem respektovat předchozí autonomní rozhodnutí. Odpověď D ukázala, že někteří respondenti by respektovali přání pacienta, ale jejich motivace byla spíše z obavy z právních důsledků a sankcí než z etických důvodů. Tato data naznačují, že v praxi může být rozhodování o respektování DVP komplikované a zohledňuje jak etické, tak právní aspekty. Také je třeba zmínit, že respondenti využívali volné místo v dotazníku k upřesňujícím dotazům, popsáním níže s komentářem.

Odpověď A +

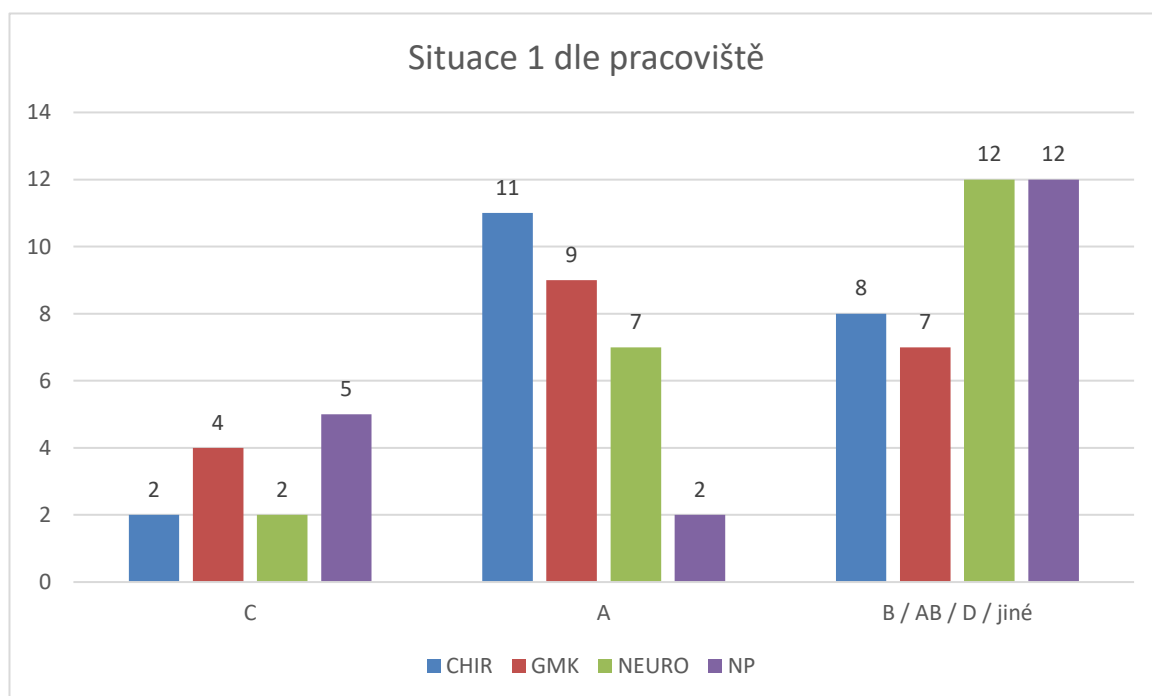
- PROČ NEMŮŽE SVÉ ROZHODNUTÍ ZMĚNIT? -v otázce nebylo přímo řečeno, že jde o pacienta, který není v stavu, kdy nemůže vyjádřit svojí vůli, což byla chyba a někteří respondenti si nebyli jistí jak se k situaci postavit, každopádně DVP se vždy týká stavů kde o sobě pacient nemůže již rozhodovat.
- NEVÍM, ZDA BY SI NĚKDO V DVP PŘÁL NEPODÁVAT ZROVNA ANALGETIKA – DVP, kde se osoba staví k podávání analgosedace je výjimečný, ale pacient má možnost si to přát
- PODLE MĚ MÁ PRÁVO ZMĚNIT NAZOR, PROČ BY TO MĚLO BÝT PROML

PŘÁVNĚ NAPADNUTELNÉ, MÁ SVĚDKY, KDE SOUHLASIL S PODÁNÍM – Stejně nedorozumění jako s prvním doplňkem k odpovědi.

- PACINET CHCE CO? JE MOŽNÉ S NÍM KOMUNIKOVAT? – není možné s ním komunikovat proto nahlížíme k DVP, zároveň je vidět, že respondent přemýšlel o možnosti nekomunikovat s pacientem a stejně by analgezií.

Odpověď B +

- OSOBA VYBRALA B, U ODPOVĚDI D ŠRTLÁ PRÁVO A DOPSALA NESOUHLÁSÍM S PŘÁNÍM, ALE RESPEKTUJI HO
- OSOBA VYBRALA B, U ODPOVĚDI D ALE VYŠKTLÁ PRÁVNÍ DOPADY – NESOUHLÁSÍM RESPEKTUJI – tyto dva respondenti zřejmě spolupracovali při posledních dvou otázkách a chtěli vyjádřit že i když jde o složitou situaci, spíš by přání respektovali přes svůj nesouhlas a to nikoliv, protože by se obávali sankcí, ale kvůli vůli pacienta.
- B, ALE PRAVDĚPODOBNĚ SE JEDNÁ O ODŮVODNĚNÉ NERESPEKTOVÁNÍ PŘÁNÍ – Tohle doplnění otázky bylo dobrou úvahou, samozřejmě je v ideálním případě zároveň určená zástupná osoba, která je schopná se vyjádřit jestli se přání váže na konkrétní situaci a etická komise řeší jestli je přání v daném znění platné a dává přesnější pokyny ohledně výkladu přání.



Graf 41

Komentář

Nejvíce respektující postoj k DVP vyjádřili respondenti, kteří odpověděli „Ne, respektuji přání pacienta“ (C), což bylo nejčastější v následné péči (26,32 %), následované gerontometabolickou klinikou (20,00 %), neurologií (9,52 %) a chirurgií (9,52 %).

Druhou skupinou byli respondenti, kteří si nebyli jistí rozhodnutím nebo jej chtěli konzultovat („Nevím, je to komplexní rozhodnutí“ – B, „Navrhnu lékaři napsat analgetika, ale zároveň je to komplexní rozhodnutí“ – AB, „Ne, nesouhlasím, ale bojím se právních dopadů“ – D, případně jiné odpovědi). Tato skupina byla nejvíce zastoupena v následné péči (63,16 %), poté v neurologii (57,14 %), gerontometabolické klinice (35,00 %) a chirurgii (38,10 %).

Nejmenší respekt k DVP vyjádřili ti, kteří se rozhodli podat analgetika bez ohledu na přání pacienta (A), což bylo nejčastější na chirurgii (52,38 %) a gerontometabolické klinice (45,00 %). V neurologii tuto odpověď zvolilo 33,33 % respondentů a v následné péči pouze 10,53 %.

Celkově tedy nejvíce respektovali DVP pracovníci následné péče a gerontometabolické kliniky, zatímco respondenti z chirurgické a neurologické kliniky častěji volili postup, který s přáním pacienta nebyl plně v souladu.

Otázka číslo 24, Situace 2

Situace 2 – Klient si dle DVP nepřeje být na uměle plicní ventilaci (UPV). Personál, který neměl DVP k dispozici, klienta na UPV napojil s cílem zachovat život. Nyní DVP k dispozici je a lékař chce rozhodnout o případném odpojení na základě názorů celého týmu. Jak se k odpojení stavíte? Klient by...

o Měl být odpojen, protože si to přeje

o Neměl být odpojen, protože jde o aktivní usmrcení tzn. právně komplikované

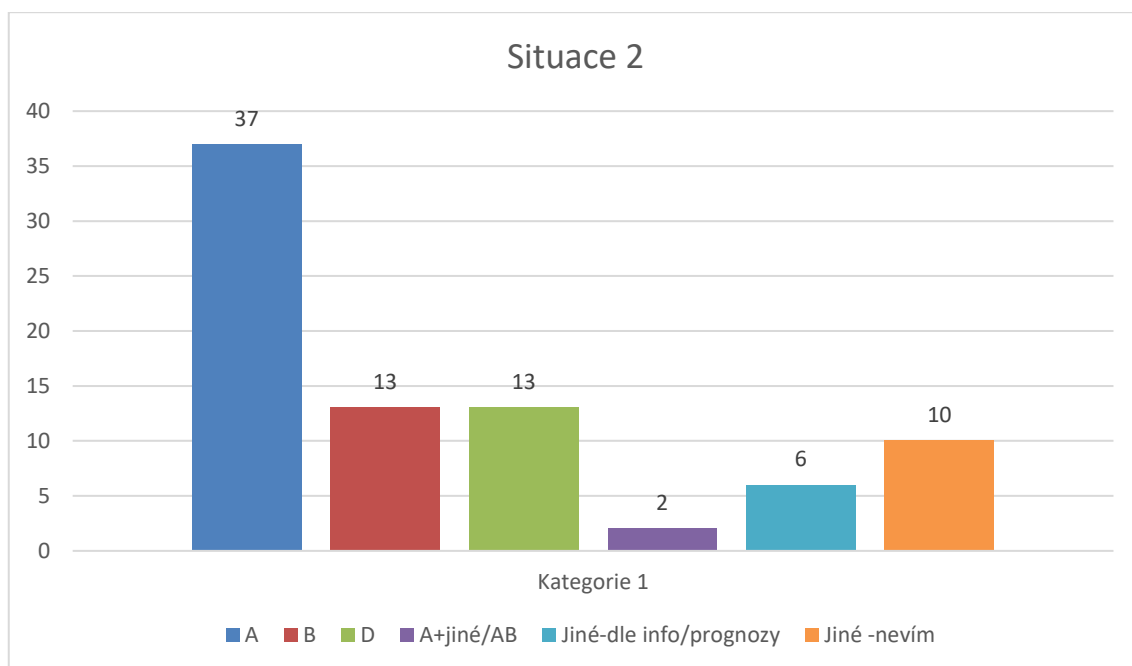
o Neměl být odpojen, protože to způsobí smrt, což je nemorální

o Měl mít soudní řízení vedené rodinou, kde soud rozhodne o případném odpojení UPV

o Jiné – uveďte

Tabulka 25

Odpověď	Počet
A	37
B	13
D	13
A + jiné	1
AB dle prognózy	1
Jiné – nevím	10
Jiné – nemám dost informací	3
Jiné – dle prognózy	3



Graf 42

Komentář

V Situaci 2 se respondenti vyjadřovali k tomu, jak by se měli postavit k odpojení pacienta od umělé plicní ventilace (UPV) na základě DVP, když pacient si přál, aby nebyl na UPV, ale v současnosti je na ní a DVP je nyní k dispozici. Výsledky odpovědí byly následující:

Odpověď A (Měl být odpojen, protože si to přeje) byla zvolena 37krát, což představuje 45,68 % respondentů. Odpověď B (Neměl být odpojen, protože jde o aktivní usmrcení, tzn. právně komplikované) byla zvolena 13krát, což představuje 16,05 %. Odpověď D (Měl mít soudní řízení vedené rodinou, kde soud rozhodne o případném odpojení UPV) byla zvolena 13krát, což také představuje 16,05 %.

V kombinaci se vyskytla odpověď A + JINÉ (respondent vybral A a zároveň přidal ,že záleží na prognóze, z jakého důvodu je na UPV, jak dlouho a zda má šanci na uzdravení) byla zvolena 1krát, což představuje 1,23%. Odpověď A ČI B DLE PROGNOZY (Podle prognózy) byla zvolena 1krát, což představuje 1,23 %.

Respondenti využívali často odpověď jiné a uváděli následující skrz ní odpovědi:

- NEVÍM : 9krát (11,11 %).
- NEVÍM A MÉ ODPOVĚDI ASI NEBUDOU SPRÁVNÉ, NĚKDE NEBUDU ODPOVÍDAT, S TOUTO PROBLEMTIKOU JSEM SE NESETKAL: 1krát (1,23 %).
- Jiné bez doplnění: 1krát (1,23 %).

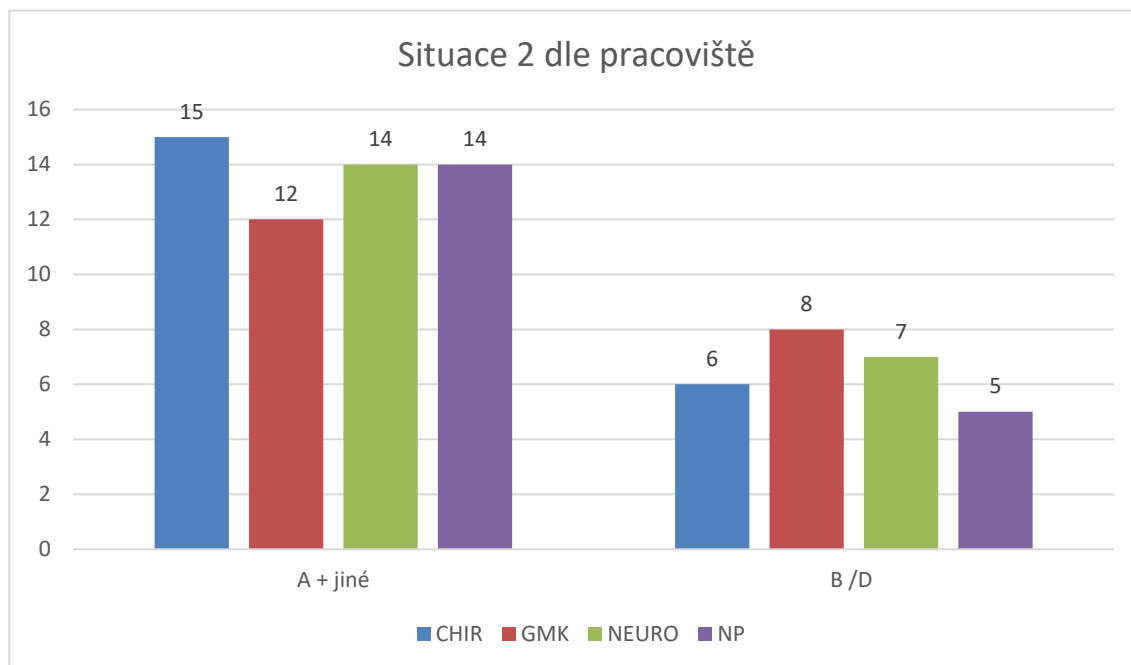
- JE TO VELMI KOMPLEXNÍ PROBLÉM OTÁZKA MNOHA FAKTORŮ: 1krát (1,23 %).
- NECHCI ABY PACIENT TRPĚL: 1krát (1,23 %).
- NEMÁM DOSTATEK INFORMACÍ (ZDRAVOTNÍ STAV, PROGNOZA, CELKOVÁ SITUACE, ABYCH SE MOHL VALIDNĚ ROZHODNOUT): 1krát (1,23 %).
- POKUD VÍME, ŽE SE STAV NEZLEPŠÍ, ŠPATNÁ PROGNOZA ATD. A SOUHLASÍ LÉKAŘ TAK ODPOJIT: 1krát (1,23 %).
- PŘI NEPŘÍZNIVÉ PROGNOZE BYCH ODPOJIL: 1krát (1,23 %).

Celkový počet odpovědí činil 81. Procentuální rozdělení odpovědí je následující:

Odpověď A: 45,68 %, **Odpověď B:** 16,05 %, nikdo neodpověděl C

Odpověď D: 16,05 %, **Jiné odpovědi:** 22,22 %

V souhrnu odpovědi ukázali, že většina respondentů souhlasí s tím, že pacient by měl být odpojen, protože si to přál (45,68 %). Ostatní se rozhodovali na základě právních, etických a prognostických faktorů, přičemž některé odpovědi ukazují na komplexnost situace a nedostatek informací pro validní rozhodnutí.



Graf 43

Komentář

V otázce týkající se odpojení pacienta od umělé plicní ventilace (UPV) na základě dříve vysloveného přání (DVP) jsem za podporu pro zjednodušení dat přijala odpověď A + jiné odpovědi, které velmi často ukazovali, že respondentům chybí všechny informace, což považuji za snahu obhájit nejlepší zájem pacienta a přemýšlení co by si v této konkrétní situaci pacient skutečně přál. Největší podíl odpovědi podporující přání byl na následné péči 73,68 % odpovědí, dále na chirurgii s 71,43 %. Na neurologické klinice by se k odpojení či jiné odpovědi přihlásilo 66.67 % respondentů a v gerontometabolické klinice 60 %.

Nejnižší míra ponechání na UPV byla 26,32 % na následné péči a nejvyšší na gerontometabolické klinice 40 %.

4.7 Přehled předchozích výzkumů k tématu „dříve vyslovené přání“

Pro účely porovnání výsledků v diskusi byla provedena vlastní rešerše dostupných odborných prací a výzkumů, které se zabývají tématem dříve vyslovených přání. Zaměřila jsem se především na obsahovou podobnost a aktuálnost zjištění, přičemž jen okrajově byly využity veřejně dostupné databáze odborných a studentských prací jako Theses.cz

Z rešerše vyplynulo, že problematika dříve vyslovených přání zatím není v českém prostředí dostatečně zpracovaná. Do diskuse jsem proto zařadila ty práce, které nejvíce odpovídají mému výzkumnému zaměření a věnují se podobným otázkám.

Největší tematickou i metodologickou podobnost vykazuje práce Štěpána Motyčky – *Příkaz Do Not Resuscitate a dříve vyslovené přání* (2019). Autor se ve své práci zaměřuje na vnímání příkazu DNR a jeho propojení s institutem DVP, přičemž analyzuje postoje zdravotnického personálu i konkrétní rozhodovací situace, což odpovídá i hlavnímu zaměření mého výzkumu.

Jisté podobnosti lze nalézt také v práci Renaty Motyčkové – *Informovanost a postoje sester k problematice dříve vyslovených přání* (2013), která se stejně jako moje práce zaměřuje na informovanost a postoje sester, avšak v užším rozsahu otázek i analyzovaných souvislostí.

Práce Elišky Petránkové – *Dříve vyslovená přání a jejich implementace v praxi* (2018) se věnuje především praktickému zavádění DVP do klinické praxe a identifikaci překážek, které tomu mohou bránit. Její přínos spočívá zejména ve zvýraznění potřeby metodického vedení a institucionální podpory při práci s DVP.

Ve srovnání s těmito pracemi se moje vlastní práce liší především výběrem vzorku respondentů a zaměřením na konkrétní klinická pracoviště, včetně rozdílů v délce praxe. Díky tomu nabízí pohled na informovanost, postoje a zkušenosti sester s DVP v širším spektru kontextů. Zároveň se opírá o aktuální data a reflektuje potřebu dalšího vzdělávání zdravotnického personálu v oblasti právních a etických aspektů dříve vysloveného přání.

5 Diskuse

První dílčí výzkumná otázka zněla: Zjistit úroveň informovanosti sester o problematice DVP pacienta. K této výzkumné otázce se vztahovaly otázky číslo 6,10,13,17,19,22 dotazníku. Mezi důležité výsledky patří :

V celkových odpovědích byl zjištěn mírně vyšší podíl sester, které projevíly povědomí o problematice dříve vyslovených přání (DVP) pacienta. Z odpovědí vyplynulo, že většina sester má alespoň základní povědomí o DVP, a to především v souvislosti s terminálním stádiem onemocnění. Některé odpovědi ale vyjádřily, že ačkoli jsou obeznámeny s tímto pojmem, nejsou si vždy jisté, jakým způsobem správně implementovat DVP do klinické praxe, zejména pokud jde o oblasti, kde se může DVP uplatnit.

Nejlépe je v tomto ohledu čitelná otázka 6, kde 82,5 % respondentů uvedlo že ví co je DVP. Nejúspěšnější byly respondenti z gerontometabolické kliniky a nejméně úspěšní respondenti z chirurgické kliniky. V porovnání podle délky praxe se neukázala přesná úměrnost, pouze respondenti s nejdelší praxí byli mírně méně informovaní. Všichni zaměstnanci, kteří prošli školením o DVP, věděli, co DVP je. V roce 2013 se Motyčková ve své bakalářské práci ptala na podobný dotaz „ Na první otázku odpovědělo kladně 27 (57%) respondentů, 8 respondentů (17%) se s termínem setkala, ale neví, co znamená, ostatní o něm nikdy neslyšeli.....“. To naznačuje vývoj v povědomí sester za posledních 12 let.

V odpovědích na otázku 10, která se zaměřovala na informovanost sester o účelu soupisu DVP, byla obvyklá odpověď, že osoba nesouhlasí s určitým druhem péče, což je nejvíce správná odpověď, po odpovědi „jiné“, které byly také četné.

V otázce 13, kde měli respondenti vybírat ke kterým oblastí se může DVP vyjádřit a správně byli všechny uvedené oblasti. Respondenti nejčastěji znali že lze odmítnout resuscitaci, krevní transfuzi. Nejistota byla u paliativní sedace a umělé plicní ventilace. Nejvyšší podíl správných odpovědí byl na oddělení neurologie (76,19 %) a nejnižší na oddělení NP (63,16 %).

Na otázku 17. Kdo může sepsat DVP , 81,48 % respondentů uvedlo správnou odpověď, nejvyšší podíl (90%) zaznamenalo pracoviště gerontometabolické. Otázka 19. Čím je omezena platnost DVP byla pro respondenty obtížná, správně odpovědělo 64,1 % respondentů, s nejvyšší úspěšností na chirurgické klinice a nejnižší na gerontometabolické.

Na otázku 22, která se ptá jestli zástupná osoba může nebo nemůže v DVP provádět změny, 73,33 % respondentů uvedlo, že je musí respektovat, tedy správnou odpověď.

Nejvýraznější přesnost má následná péče a nejnižší gerontometabolická klinika

Druhý dílčí cíl bylo zjistit, jaké jsou postoje sester k problematice dříve vyslovených přání a autonomii pacienta (tj. k možnosti odmítnutí a nezačínání léčby).

K této výzkumné otázce se vztahovaly otázky číslo 11, 12, 14, 16, 20, 23 a 24 dotazníku. Mezi důležité výsledky patří:

Otázka 11 ukázala, že převažuje názor že by přání měl mít možnost využít kdokoliv, někteří vyjádřili by mělo být sepsané jen pokud je validní. Nejvyšší bezvýhradnost vyjadřují respondenti z chirurgie a nejnižší s následné péče.

U otázky č. 12, týkající se příkazu DNR, se objevila vysoká podpora napříč pracovišti. Stejných výsledky ve své analýze výzkumu měl v roce 2019 Motyčka, který dělal výzkum napříč zdravotními záchranáři a na jednotkách intenzivní péče a standartních lůžkách. V 14. Otázce, co zkoumala podmínění respektování přání v mladém věku bylo 70,13 % kladných odpovědí. Motyčka 2019 měl opět shodnou otázku a pro různé provozy zjistil podporu u 73,08 %, 71 %, 90,91 % respondentů, tedy celkově vyšší podporu příkazu DNR u mladých pacientů. Otázka 16. Jak vnímáte rozhodnutí pacienta sepsat dříve vyslovené přání? Se setkala s vysokou mírou respektování napříč pracovišti. Na neurologické klinice, dokonce pouze 3 respondenti z 21 uvedli jinou odpověď než že plně souhlasí s rozhodnutím přání sepsat.

Otázka č. 20 se věnovala právní problematice, více než polovina respondentů nezaujala jasný postoj, z těch co si byli jistější spíše panoval názor, že právně je DVP v české republice nedostatečně propracováno. Nejjasnější názory byli na gerontometabolické klinice.

Pro otázku 23 jsem analyzovala výsledky, které ukazují že 88, 61 % respondentů vnímá eutanázii a příkaz do not resuscitate jako zcela odlišnou problematiku, na GMK dokonce v 100 %.

Otázka č. 24 hodnotila postoje k situacím, kdy pacient uvedl své přání v DVP, ale personál se ocitl v situaci, kdy bylo nutné rozhodovat o podání analgetik či odpojení od UPV. V otázce č. 24.1 (analgetika) byl častější přístup, že bolest pacienta je nutné mírnit i navzdory DVP, následovaný odpovědí, že jde o komplexní situaci. Dříve vyslovené přání by 13,6 % respektovalo z důvodů autonomie pacienta a stejný podíl by ho respektoval, protože se bojí právních dopadů. Nejčastěji by přání respektovali respondenti následné péče, na chirurgické klinice by nejčastěji podali analgetika v rozporu s DVP. Ve výzkumu od Motyčky 2019 byli následující výsledky: „Ze standartních oddělení 8 (30,77 %) odpovědělo, že ano, 16 (61,54 %) neví, jak by se v dané situaci zachovalo a 3 (11,54 %) by přání neporušili. Z oddělení ARO a

JIP by 10 (47,62 %) osob v dané situaci přání porušilo a 11 (52,38 %) neví, jak by se v dané situaci zachovalo....“ (dále ZZS nemá porovnání s mým výzkumem a u JIP vychází, že by nikdo nerespektoval DVP s jistotou). Můj vzorek respondentů v této situaci více respektoval DVP.

U otázky č. 24.2 (odpojení od UPV) se ukázala větší míra respektování přání než u analgetik, konkrétně 45,68 %. Největší podpora odpojení v souladu s DVP projevila v následné péči a nejnižší v gerontometabolické klinice.

Třetí dílčí cíl byl zjistit vlastní zkušenosti sester s DVP.

K této výzkumné otázce se vztahovaly otázky číslo 7, 8, 9, 15, 18 a 21 dotazníku. Mezi důležité výsledky patří

Otázka 7 ukázala vysokou míru zkušeností s příkazem DNR a to až 86,4 %, nejméně se s příkazem neresuscitovat setkávaly sestry s nejkratší a nebo nejdelší praxí.

V otázce 8 pouze 11,39 % respondentů uvedlo, že se účastnily školení týkající se DVP, nejvíce se školení účastnily sestry s delší praxí. V otázce 9 jsem zkoumala, jak často se respondenti setkávají s přáním, 15% se s ním setká jednou za čas, 36,25 % výjimečně a zbytek nemá s DVP zkušenost z praxe. V výzkumu od Motyčky 2019 měli respondenti na výběr odpovědi Ano/Ne, pro standardní lůžka mu vyšlo, že se s DVP setkala 46,15 % respondentů a pro jednotky intenzivní péče 52,38 % respondentů, jeho další respondenti jsou zařazení v zdravotní záchranné službě (nemají v mojí práci skupinu respondentů k porovnání) a ti v 40,91 % odpověděli kladně. Celkově lze říci, že vzorek v výzkumu Motyčky měl vyšší zkušenosti s DVP než moji respondenti.

V otázce 15 91,36 % odpovědí uvedlo, že se nepodílí na rozhodování o zahájení nebo ukončení léčby pacienta a 8,64 % respondentů má zkušenost, že se do rozhodování zapojili.

Otázka 18 zkoumala zkušenost s tím jak může být DVP zapsáno do dokumentace, 50% respondentů správně uvedlo, že pacient musí být poučen písemně.

V otázce 21 jsem zkoumala odkud mají respondenti informace o změnách získajících se DVP, nejvíce četná byla odpověď, že nejsou informovaní v 50,62 %, další byli vlastní zdroje 37,04 %, 11,11 % byli vzdělávání organizované.

Všechny dílčí výzkumné otázky byly splněny a tím byla také splněn hlavní výzkumný cíl: Zjistit úroveň informovanosti ošetrovatelského personálu o problematice dříve vysloveného přání, analyzovat jejich znalosti a povědomí o právních a etických aspektech této

problematiky a porovnat úroveň informovanosti mezi jednotlivými skupinami ošetrovatelského personálu.

Celkově tak vyplynulo, že sestry z gerontometabolické kliniky a neurologie měly více zkušeností s DVP a měly také větší povědomí o právních aspektech této problematiky. Naopak v chirurgii a následné péči byly zkušenosti s DVP méně časté, což se mohlo odrazit i v nižší informovanosti a vyšší míře nejistoty u některých rozhodovacích situací.

6 Aplikace do praxe

Analýza výsledků poskytla důležité informace, které mohou sloužit jako podklad pro další vzdělávání zdravotnického personálu v oblasti právních a etických aspektů dříve vysloveného přání. Výsledky ukázaly rozdíly v informovanosti mezi jednotlivými pracovišti, přičemž nejvyšší znalosti a zkušenosti s DVP měli respondenti. To naznačuje, že je třeba přizpůsobit vzdělávací programy potřebám konkrétních oddělení.

Doporučením pro praxi je proto zaměřit se na zlepšení vzdělávání o DVP, a to zejména v oblastech, kde se s touto problematikou zdravotníci setkávají méně často. Vzdělávání by mělo být zaměřeno nejen na teoretickou rovinu, ale především na praktické scénáře a rozhodovací procesy, které mohou nastat při implementaci DVP v klinické praxi. Důležité je také zdůraznit právní aspekty a objasnit povinnosti zdravotníků v souvislosti s respektováním přání pacientů.

Klíčovým opatřením by mělo být zavedení lépe dostupných školení, která by poskytovala zdravotnickému personálu aktuální informace o DVP. Tato školení by mohla být součástí kontinuálního profesního vzdělávání a měla by zahrnovat i interaktivní prvky, jako jsou kazuistiky nebo modelové situace.

Dalším krokem ke zlepšení praxe je vytvoření jasné metodiky pro implementaci DVP na jednotlivých pracovištích. Tato metodika by měla zahrnovat standardizované postupy pro zápis DVP do zdravotnické dokumentace, doporučení pro komunikaci s pacienty a jejich rodinami a návody pro řešení nejasných či sporných situací.

Vedle vzdělávání zdravotnického personálu je důležité zpřístupnit informace o DVP také pacientům a jejich rodinám, tématu se týkají jiné práce, ale výsledky ukazují, že povědomí o DVP u veřejnosti je nízké. Laická veřejnost by měla mít snadný přístup k informacím o možnostech a důsledcích sepsání DVP, a to například prostřednictvím informačních materiálů u praktických lékařů či online zdrojů. Zvýšení povědomí mezi pacienty by mohlo vést k lepší spolupráci mezi zdravotníky a rodinami a snížit nejistotu v rozhodovacích situacích.

V neposlední řadě je důležité podporovat mezioborovou spolupráci mezi lékaři, sestrami a dalším personálem jako jsou sociální pracovníci, aby byla rozhodnutí týkající se DVP přijímána s respektem k autonomii pacienta a v souladu s platnou legislativou. Zavedení těchto opatření by mohlo přispět k větší jistotě zdravotnického personálu při rozhodování a ke zlepšení kvality péče poskytované pacientům v souladu s jejich přáním.

Závěr

Tato práce se zaměřila na problematiku dříve vysloveného přání (DVP) pacienta a úroveň informovanosti ošetrovatelského personálu v této oblasti. Prostřednictvím dotazníkového šetření byla analyzována znalost sester o DVP, jejich postoje k této problematice a vlastní zkušenosti s jeho aplikací v praxi.

Výsledky ukázaly, že většina sester má alespoň základní povědomí o DVP, avšak míra informovanosti a jistota v rozhodování se lišila podle pracoviště i délky praxe. Nejvyšší míru informovanosti prokázaly sestry pracující na gerontometabolické klinice a neurologii, kde se s problematikou DVP setkávají častěji. Naopak nejistota a nižší povědomí byly patrné u respondentů z chirurgie a následné péče, kde se DVP v klinické praxi vyskytuje méně často.

Druhým důležitým aspektem byla analýza postojů sester k DVP. Převážná většina respondentů respektuje autonomii pacienta a podporuje možnost vyjádření přání ohledně léčby. U některých rozhodovacích situací, jako je podání analgetik v rozporu s DVP, však byla patrná vyšší míra dilemat a rozdílné přístupy mezi jednotlivými odděleními. Problematická se ukázala i právní stránka DVP, kterou většina respondentů vnímá jako nedostatečně propracovanou v českém zdravotnickém systému nebo pro ně neznámou.

Co se týče praktických zkušeností, nejčastěji se sestry setkávaly s příkazem DNR, ale méně často měly přímou zkušenost se sepsáním či implementací DVP v klinické praxi. Významným zjištěním bylo, že pouze malá část respondentů prošla organizovaným školením na toto téma, přičemž právě školení se ukázalo jako faktor zvyšující informovanost a jistotu v rozhodování.

Na základě těchto zjištění lze konstatovat, že ačkoliv sestry mají obecné povědomí o DVP, existují rozdíly v jeho aplikaci mezi jednotlivými pracovišti a určité oblasti, ve kterých přetrvává nejistota. Doporučením pro praxi je proto zaměřit se na zlepšení vzdělávání o DVP, zejména v oblastech, kde je méně časté, a posílit právní povědomí o jeho využití. Zajištění pravidelných školení a jasnější metodiky implementace DVP v praxi by mohlo vést ke zlepšení informovanosti a větší jistotě sester při rozhodování o respektování přání pacientů.

Abstrakt

Autor: Kateřina Jünglingová
Instituce: Ústav nelékařských studií
Název práce: Princip dříve vysloveného přání
Vedoucí práce: doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.
Počet stran: 134
Počet příloh: 8

Rok obhajoby: 2025

Klíčová slova: Dříve vyslovená přání, institut dříve vysloveného přání, autonomie, informovanost sester, etické aspekty, právní rámec, zdravotnický personál, ukončení léčby, Úmluva o lidských právech a biomedicíně

Bakalářská práce pojednává o dříve vyslovené přáních (DVP), které představují nástroj pro zajištění autonomie pacienta v situacích, kdy není schopen sám rozhodovat o léčbě. Cílem práce bylo analyzovat úroveň informovanosti ošetrovatelského personálu o DVP, jejich postoje a zkušenosti s jeho uplatněním v praxi. Teoretická část se zaměřuje na definici a právní zakotvení DVP v České republice, etické aspekty rozhodování a mezinárodní srovnání přístupů.

V empirické části byla provedena kvantitativní analýza pomocí dotazníkového šetření mezi sestrami z různých oddělení. Výsledky ukázaly rozdíly v informovanosti – vyšší povědomí měli pracovníci gerontometabolické kliniky a neurologie, nejistotu naopak pracovníci z chirurgie a následné péče. Práce doporučuje podporu uplatňování DVP a zlepšení mezioborové spolupráce.

Abstract

Author: Kateřina Jünglingová
Institution: Department of Non-Medical Studies
Title: The Principle of Advance Directives
Supervisor: doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.

Number of pages: 134

Number of appendices: 8

Year of Defense: 2025

Keywords: Advance directives, institute of advance directives, autonomy, nursing staff awareness, ethical aspects, legal framework, healthcare personnel, end-of-life care, Convention on Human Rights and Biomedicine

This bachelor thesis discusses advance directives (ADs), which represent a tool for ensuring patient autonomy in situations where the patient is no longer able to make decisions about their treatment. The aim of the thesis was to analyze the level of nursing staff awareness about ADs, their attitudes, and experiences with their implementation in practice. The theoretical part focuses on the definition and legal framework of ADs in the Czech Republic, ethical aspects of decision-making, and an international comparison of approaches.

The empirical part conducted a quantitative analysis using a questionnaire survey among nurses from different departments. The results showed differences in awareness – higher awareness was observed among staff from the gerontometabolic clinic and neurology, while uncertainty was found among staff from surgery and long-term care. The thesis recommends supporting the implementation of ADs and improving interdisciplinary cooperation.

Použité zdroje

1. CÍSAŘOVÁ, Dagmar. *Dříve vyslovená přání a pokyny Do Not Resuscitate v teorii a praxi: monografie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, 2010. ISBN 978-80-87146-31-6.
2. DOLEŽAL, Tomáš a DOLEŽAL, Adam. *Informovaný souhlas ve zdravotnictví: právní a etické aspekty*. Praha: Ústav státu a práva AV ČR, v.v.i, 2023. ISBN 978-80-87439-59-3.
3. PTÁČEK, Radek a BARTŮNĚK, Petr. *Eutanazie - pro a proti*. Praha: Mladá fronta, 2019. ISBN 978-80-204-5339-6.
4. PTÁČEK, Radek, BARTŮNĚK, Petr a kolektiv. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2014. 520 s. ISBN 978-80-247-5471-0.
ŠIMEK, Jiří. *Lékařská etika*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. 224 s. ISBN 978-80-247-9884-4.
5. GŘIVA, Martin. *Paliativní péče v kardiologii: racionální přístup u pacientů v pokročilé fázi kardiologických onemocnění*. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton, 2018. ISBN 978-80-7553-481-1.
1. Kapitola, Dříve vyslovená přání (Helena Krejčíková), s. 52-57.
6. KREJČÍKOVÁ, Helena. *Ukončování léčby pacienta a trestní odpovědnost lékaře*. Praha: Galén, 2014. ISBN 978-80-7492-167-4.
7. MATĚJEK, Jaromír. *Dříve projevená přání pacientů: výhody a rizika*. Praha: Galén, c2011. ISBN 978-80-7262-850-6.
8. BLÁHOVÁ, Hana. *Dříve vyslovená přání – jako (možný) nástroj rozhodování o zdravotní péči na konci života*. *Medicína pro praxi*. 2016, roč. 13, č. 4, s. 168-170. ISSN 1214-8687. DOI: <https://doi.org/10.36290/med.2016.045>. Dostupné také online z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2016/04/12.pdf>
9. *Umírání.cz*. *Dříve vyslovené přání*. [online]. 2024 [cit. 24. 10. 2024]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/rady-a-informace/drive-vyslovene-prani>.
10. KUBÁČKOVÁ, Petra, ANTONOVÁ, Barbora, MARKOVÁ, Alžběta, SLÁMOVÁ, Regina. *Praktický průvodce koncem života*. Praha: Albatros Media, 2018. 160 s. ISBN 978-80-266-1291-9.
11. ONDRIOVÁ, Iveta. *Etické problémy a dilemata v ošetrovatelské praxi*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2021. 144 s. ISBN 978-80-271-1696-6.
12. *NZIP.cz*. *Právo na učinění dříve vysloveného přání*. [online]. 2024 [cit. 24. 10. 2024]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/234-pravo-na-ucineni-drive-vysloveneho-prani>.
13. *The Case of Nancy Cruzan*. Online. Center for Practical bioethic. 2021, roč. 2021, č. 1, s.

25. Dostupné z: <https://www.practicalbioethics.org/shared-decision-making-and-advance-care-planning/end-of-life-ethics/the-case-of-nancy-cruzan/>. [cit. 2024-08-18].
14. MATĚJEK, Jaromír. Dříve vyslovená přání poznatky z projektu. Online. Zdravotnický deník. 2017, roč. 2017, č. nečíslováno, s. nečíslováno. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/blog/drive-vyslovena-prani-poznatky-z-projektu/>. [cit. 2024-11-02].
15. Vincent Lambert case reignites the end of life debate in France and beyond. Online. By Bioethics Observatory - Institute of Life Sciences UCV. 2019, roč. 2019, č. nečíslováno, s. nečíslováno. Dostupné z: <https://bioethicsobservatory.org/2019/05/end-of-life-paradigmatic-debate/30645/>. [cit. 2024-11-02].
16. SUPREME COURT OF NEW JERSEY. Matter of Quinlan. Online. Center for Practical bioethic. 1976. Dostupné z: <https://www.practicalbioethics.org/shared-decision-making-and-advance-care-planning/end-of-life-ethics/case-study-matter-of-quinlan/>. [cit. 2024-11-02].
17. ŠIMEK, Jiří. Lékařská etika. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. 224 s. ISBN 978-80-247-9884-4.
18. DOLEŽAL, Adam. Dříve vyslovená přání (advance directives). Právní a etické úvahy. Online. ČASOPIS ZDRAVOTNICKÉHO PRÁVA A BIOETIKY. Právní prostor. 2018. Dostupné z: <https://www.pravniprostor.cz/clanky/obcanske-pravo/drive-vyslovena-prani-advance-directives-pravni-a-eticke-uvahy>. [cit. 2024-11-02].
19. KOUBOVÁ, Michaela. Dříve vyslovené přání- první krůček k tomu, aby závěr života vypadal podle našich představ. Online. Zdravotnický deník. 2015. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2015/06/drive-vyslovena-prani-prvni-kruccek-k-tomu-aby-zaver-zivota-vypadal-podle-nasich-predstav/>. [cit. 2024-11-02].
20. HEŘMANOVÁ, J. a ŠIMEK, J. Dříve vyslovená přání (advance directives) v USA. Online. Pro lékaře. 2009. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2009-10/drive-vyslovena-prani-advance-directives-v-usa-15681>. [cit. 2024-11-16].
21. Dříve vyslovené přání. Online. Umirani.cz. 2020, 2024. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/rady-a-informace/drive-vyslovene-prani>. [cit. 2024-11-17].
22. BLÁHOVÁ, Hana. Institut dříve vyslovených přání a praxe českého zdravotnictví. Online. Umirani.cz. 2016. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/rady-a-informace/drive-vyslovene-prani>. [cit. 2024-11-17].
23. ŽDÁREK, Roman. Dříve vyslovená přání a nutnost jejich respektování. Urgentní medicína: časopis pro neodkladnou péči, 2012, roč. 15, č. 1, s. 25. Dostupné na: http://urgentnimedicina.cz/casopisy/UM_2012_01.pdf [cit. 2024-11-17].
24. Dříve vyslovená přání. Online. Můj právník. 2021. Dostupné z: <https://muj-pravnik.cz/drive-vyslovene-prani/>. [cit. 2024-11-25].
25. ZÁVADOVÁ, MUDr. Irena. *Co je a není eutanázie*. Online. Umírání.cz. 2012. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/poradna/co-je-a-neni-eutanazie>. [cit. 2025-03-22].

26. WASSERMAN, David. *Assisted Death: A Study in Ethics and Law*, by L. W. Sumner. Online. ReseargeGate. 2014. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/269622062_Assisted_Death_A_Study_in_Ethics_and_Law_by_L_W_Sumner. [cit. 2025-03-22].
27. ČESKO. 2011. *Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách*. Online. Zákony pro lidi. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>. [Cit. 2025-03-22].
28. TOMEŠOVÁ, JUDr. Jana. *Dříve vyslovené přání – předem vyslovený (ne)souhlas s poskytnutím léčby*. Online. Právní prostor. 2016. Dostupné z: https://www.pravniprostor.cz/clanky/obcanske-pravo/drive-vyslovene-prani-predem-vysloveny-ne-souhlas-s-poskytnutim-lecby?strana_do=43. [cit. 2025-03-22].
29. MOTYČKOVÁ, Renata. *Informovanost a postoje sester k problematice dříve vyslovených přání* [online]. Praha, 2013. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, 3. lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství. Vedoucí práce Mgr. Jana Heřmanová. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/57112/130101956.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [cit. 2025-04-07].
30. MOTYČKA, Štěpán. *Příkaz Do Not Resuscitate a dříve vyslovené přání*. Pardubice, 2019. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, obor zdravotnický záchrannář. Vedoucí práce Mgr. Martina Rabová. Dostupné z: https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/73825/MotyckaS_PrikazDNR_MR_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y [cit. 2025-04-07].
31. PETRÁNKOVÁ, Eliška. *Dříve vyslovená přání a jejich implementace v praxi*. Praha, 2018. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, 3. lékařská fakulta. Vedoucí práce Mgr. Jana Heřmanová, Ph.D. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/99949/130233696.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [cit. 2025-04-07].
32. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. Grada, 2007. ISBN 978-80-247-6568-6. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/etika-v-osetrovatelstvi-2792/>. [cit. 2025-04-17].

Seznam zkratek

Zkratka	Význam
DVP	Dříve vyslovené přání
ČR	Česká republika
ZZS	Zákon o zdravotních službách
GMK	Gerontometabolická klinika
NP	Následná péče
NEURO	Neurologická klinika
CHIR	Chirurgická klinika
ÚBP	Úmluva o ochraně lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny (Úmluva o biomedicíně)
VS	Všeobecná sestra
PS	Praktická sestra
BC	Bakalářské studium
MGR	Magisterské studium
SPEC	Specializační kurz
A	Ano
N	Ne
EHR	Electronic Health Records (Elektronické zdravotní záznamy)
UPV	Umělá plicní ventilace
DNR	Příkaz nerescutitovat
PSDA	Patient Self-Determination Act (Zákon o právu pacientů na rozhodování o léčbě)

Seznam grafů

Graf 1.....	45
Graf 2.....	47
Graf 3.....	48
Graf 4.....	50
Graf 5.....	52
Graf 6.....	54
Graf 7.....	55
Graf 8.....	56
Graf 9.....	57
Graf 10.....	58
Graf 11.....	59
Graf 12.....	60
Graf 13.....	61
Graf 14.....	62
Graf 15.....	64
Graf 16.....	68
Graf 17.....	69
Graf 18.....	70
Graf 19.....	72
Graf 20.....	73
Graf 21.....	75
Graf 22.....	77
Graf 23.....	79
Graf 24.....	80
Graf 25.....	82
Graf 26.....	83
Graf 27.....	83
Graf 28.....	84
Graf 29.....	85
Graf 30.....	86
Graf 31.....	88
Graf 32.....	89
Graf 33.....	90
Graf 34.....	91
Graf 35.....	92
Graf 36.....	94
Graf 37.....	95
Graf 38.....	97

Graf 39.....	98
Graf 40.....	100
Graf 41.....	102
Graf 42.....	105
Graf 43.....	106

Seznam tabulek

Tabulka 1.....	45
Tabulka 2.....	47
Tabulka 3.....	48
Tabulka 4.....	50
Tabulka 5.....	52
Tabulka 6.....	54
Tabulka 7.....	57
Tabulka 8.....	59
Tabulka 9.....	62
Tabulka 10.....	64
Tabulka 11.....	67
Tabulka 12.....	72
Tabulka 13.....	75
Tabulka 14.....	79
Tabulka 15.....	80
Tabulka 16.....	81
Tabulka 17.....	84
Tabulka 18.....	86
Tabulka 19.....	88
Tabulka 20.....	90
Tabulka 21.....	92
Tabulka 22.....	94
Tabulka 23.....	97
Tabulka 24.....	99
Tabulka 25.....	104

Přílohy

Příloha 1

Úmluva o lidských právech a biomedicíně

Čl. 9: Dříve vyslovená přání

Bude brán zřetel na dříve vyslovená přání pacienta ohledně lékařského zákroku, pokud pacient v době zákroku není ve stavu, kdy může vyjádřit své přání (Kutnohorská, 2007, s. 127).

Příloha 2

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

§ 36

Dříve vyslovené přání

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

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

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

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

(5) Dříve vyslovené přání

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

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

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

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

(6) Dříve vyslovené přání nelze uplatnit, jde-li o nezletilé pacienty nebo pacienty s omezenou svéprávností (§ 36 zákona č. 372/2011 Sb.)

Příloha 3

Dotazník – Princip dříve vysloveného přání

Dobrý den,

jsem studentkou Všeobecného ošetřovatelství na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové a prosím Vás o vyplnění krátkého dotazníku na téma: Princip dříve vysloveného přání.

Dotazník je určen pro sesterský personál a je zcela anonymní.

Výsledky budou využity pro zpracování praktické části bakalářské práce. Jedná se o 24 otázek včetně části demografických údajů. Vyplněný dotazník využiji v empirické části bakalářské práce. Děkuji za spolupráci Kateřina Jünglingová.

Zkratky: DVP – dříve vyslovené přání, DNR – příkaz neresuscitovat

Blok otázek na vzorek respondentů

1. Jaké je Vaše pracoviště? Chirurgické/ Interní-GMK/ Interní-Neuro /Následná péče

2. Jaké je Vaše pohlaví? Muž / Žena

3. Jaké je vaše pracovní zařazení?

praktická sestra/ všeobecná sestra / jiné

4. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

střední odborné / vyšší odborné / bakalářské / magisterské / specializační kurz

5. Jak je dlouhá vaše praxe?

0-5 let / 5-10 let / 10-15 let / 15-20 let /20-25 let /více jak 25 let

Blok dříve vyslovené přání

6. Víte, co je dříve vyslovené přání (dále i DVP)? Ano / Ne

7. Setkáváte se s problematikou příkazu DNR (neresuscitovat)? Ano / Ne

8. Účastnil/a jste se někdy školení, týkajícího se DVP? Ano / Ne

9. Jak často se setkáváte s dříve vysloveným přáním na svém pracovišti?

Jednou za čas / Pouze výjimečně / Nesetkal jsem se s dříve vysloveným přáním v praxi

10. Za jakým účelem se sepisují Dříve vyslovená přání?

- Osoba nedůvěřuje kvalitě poskytované péče
- Osoba nesouhlasí s určitým druhem péče
- Osoba chce mít v ruce právní dokument pro případ pochybení personálu
- Osoba si přeje ukončit život. DVP je stejné jako eutanázie

- Jiné – uveďte

11. Jaký je váš postoj k dříve vyslovenému přání?

- mělo by být umožněno u všech
- mělo by být umožněno jen pokud je validní
- mělo by být umožněno DNR (neresuscitovat), ale už nic jiného
- nemělo by být umožněno, personál nejlíp ví, jaká péče je adekvátní
- Jiné – uveďte

12. Jaký je Váš postoj k příkazu DNR?

- Souhlasím s příkazem DNR u pacientů v terminálním stádiu onemocnění
- Nějak se s příkazem vyrovnám, ale není to pro mě jednoduché
- Nesouhlasím s příkazem, a je to za mě neetické
- Jiné – uveďte

13. Může pacient svým dříve vysloveným přáním odmítnout následující péči?

Podání krevní transfúze	Ano	/	Ne
Resuscitace	Ano	/	Ne
Paliativní sedace	Ano	/	Ne
Hospitalizace	Ano	/	Ne
Připojení k umělé plicní ventilaci	Ano	/	Ne

14. Je pro vás akceptovatelné ukončení péče i u mladých pacientů? Ano / Ne

15. Podílíte na rozhodování o zahájení či ukončení léčby pacienta? Ano / Ne

16. Jak vnímáte rozhodnutí pacienta sepsat dříve vyslovené přání?

- Neměl by nic sepsovat, zdravotní personál je nejvíce objektivní v nastavení péče
- Měl by ho zvážit až po diagnóze onemocnění
- Plně respektuji rozhodnutí i u zdravého člověka sepsat dříve vyslovené přání
- S rozhodnutím souhlasím na tolik, že bych ho doporučila mým blízkým
- Jiné – uveďte

17. Kdo může sepsat dříve vyslovené přání?

- Pouze svéprávní občané se závažnou nemocí
- Mohou i plně zdraví svéprávní občané
- Mohou i nesvéprávní občané

18. Lékař může dříve vysloveného přání do dokumentace zapsat pokud:

- Pacient si sám našel informace o onemocnění a nesouhlasí s další léčbou
- Pacientovi ústně sdělí informace a prognózu lékař, včetně rizik z nepodrobení se léčbě a poskytne mu alternativy léčby
- Pacientovi sdělí informace a prognózu lékař v písemné podobě včetně rizik z nepodrobení se léčbě

19. Čím je omezena platnost dříve vysloveného přání?

- Odvoláním pacienta
- Odvoláním pacienta nebo vypršením doby platnosti

20. Je podle vás problematika dříve vyslovených přání v ČR dost právně propracována?

Ano / ne / nevím

21. Odkud máte informace o změnách a aktualizacích týkajících se DVP?

- Nejsem informován
- Vlastní zdroje (internet, odborný tisk,..)
- Organizovaně v rámci seminářů + vlastní zdroje
- Jiné – uveďte

22. Pacient má možnost si vedle předem vysloveného přání určit navíc osobu, která jej bude zastupovat a může udělit "zástupný" souhlas nebo nesouhlas s léčbou. Tato osoba:

- Může provádět změny s DVP
- Musí respektovat DVP

23. Vnímáte rozdíl mezi eutanázií a příkazem DNR?

- Ano, jedná se o úplně odlišnou problematiku
- Spíše ne, příkaz DNR je podobný eutanázii
- Ne, jedná se o jedno a to samé

24. Jak se zachováte v nastíněná situaci 1 a 2

Situace 1 - Klient si v DVP sepsal v počáteční fázi onemocnění, přál si nepodávat analgetika. Nyní má silné bolesti a nemůže své přání změnit. Navrhnete lékaři napsat / podáte analgetika i přes to, že je to právně napadnutelné?

- Ano, nemocnému neprospěje zažívat bolest
- Nevím, je to komplexní rozhodnutí
- Ne, respektuji přání pacienta
- Ne, se přáním pacienta sice nesouhlasím, ale bojím se právních dopadů

Situace 2 – Klient si dle DVP nepřeje být na uměle plicní ventilaci (UPV). Personál, který neměl DVP k dispozici, klienta na UPV napojil s cílem zachovat život. Nyní DVP k dispozici je a lékař chce rozhodnout o případném odpojení na základě názorů celého týmu. Jak se k odpojení stavíte? Klient by...

- Měl být odpojen, protože si to přeje
- Neměl být odpojen, protože jde o aktivní usmrcení tzn. právně komplikované
- Neměl být odpojen, protože to způsobí smrt, což je nemorální
- Měl mít soudní řízení vedené rodinou, kde soud rozhodne o případném odpojení UPV
- Jiné – uveďte

Děkuji za Váš čas, výsledky budou zpracovány anonymně.

Příloha 4



Fakultní nemocnice Hradec Králové
Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové - Nový Hradec Králové

Žádost o výzkum ve FN HK v rámci závěrečné/seminární práce

Příjmení a jméno studenta, titul:	Jünglingová Kateřina
Datum narození:	2.6.2002
Adresa bydliště (ulice, čp, PSČ, město):	Dobeš 3, Hořice 508 01
Telefonní kontakt:	733 763 087
E-mail:	junglink@lfhk.cuni.cz
Název školy, fakulta:	Univerzita Karlova – Lékařská fakulta v Hradci Králové
Studijní obor, ročník:	Všeobecné ošetřovatelství
Typ práce (bakalářská, diplomová, disertační, habilitační, absolventska, seminární):	Bakalářská
Téma:	Princip dříve vysloveného přání
Jméno vedoucího práce:	doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc
Skupina respondentů / předpokládaný počet:	Ošetřovatelský personál, 50 osob
Klinika – pracoviště, kde bude výzkum prováděn:	FNHK-Chirurgická klinika, Neurologická klinika, Gerontometabolická klinika a Levitovo Centrum Hořice
Metodika výzkumu:	Dotazníkové šetření
Období výzkumu (od – do):	25.11-31.12.2024
Souhlas vedení pracoviště s výzkumem	
Jméno:	
Razítko, podpis, datum:	29.11.2024

FAKULTNÍ NEMOCNICE
náměstkyň pro ošetr. péči
500 05 Nový Hradec Králové

V případě, že není se školou sepsána Rámcová dohoda o zabezpečení odborných praxí, slouží shora uvedené údaje k vypracování Dohody o odborné praxi – výzkumu ve FN HK.

Beru na vědomí Informace o zpracování osobních údajů dle obecného nařízení o ochraně osobních údajů (GDPR) na www.fnhk.cz pod odkazem: <https://www.fnhk.cz/o-fakultni-nemocnici/ochrana-osobnich-udaju>.

Datum:

Podpisy:

Vedoucí práce

Student

Příloha 5

Vážená paní

...

Náměstkyně ošetrovatelské péče
adresa

13.10.2024

Žádost o povolení výzkumného šetření následné péče

Vážený paní

dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření ve vašem centru, jež by mělo být součástí závěrečné bakalářské práce studentky Kateřiny Jünglingové, narozené 2.6.2002, posluchačky 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, prezenční formy, LF UK v Hradci Králové.

Cílem této práce je zmapovat úroveň informovanosti sester o problematice dříve vyslovených přání pacienta. Zjistit jaké jsou postoje sester k problematice dříve vyslovených přání a autonomie pacienta (tj. k možnosti odmítnutí a ne zahájení léčby). Zjistit postoj sester k DVP v konkrétně nastíněných situacích. Náš předpokládaný cíl je dokázat, že personál se s dříve vyslovenými přání setkává při své praxi a rozumí jim a případně najít mezery ve vědomostech o dříve vyslovených přáních.

Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku, který je přiložen k žádosti.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením doc. PhDr. Jany Kutnohorské, CSc., funkce vedoucího práce.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí

S pozdravem

doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.

Univerzita Karlova – Lékařská fakulta v HK

Šimkova 870

500 03 Hradec Králové

E-mail: kutnohorskaj@lfhk.cuni.cz

Vyjádření vedení instituce:

- ☒ Souhlasím „Souhlasíme s podmínkou, že pracoviště zůstane v anonymitě.“
☐ Nesouhlasím

Datum: 28. 1. 2025

Podpis a razítko

S vyjádřením pracoviště, kde bude prováděn výzkum, souhlasím.

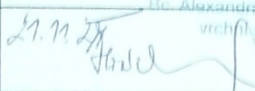
Jana Kutnohorská

Příloha 6



Fakultní nemocnice Hradec Králové
Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové - Nový Hradec Králové

Žádost o výzkum ve FN HK v rámci závěrečné/seminární práce

Příjmení a jméno studenta, titul:	Jünglingová Kateřina
Datum narození:	2.6.2002
Adresa bydliště (ulice, čp, PSČ, město):	Dobeš 3, Hořice 508 01
Telefonní kontakt:	733 763 087
E-mail:	junglink@lfhk.cuni.cz
Název školy, fakulta:	Univerzita Karlova – Lékařská fakulta v Hradci Králové
Studijní obor, ročník:	Všeobecné ošetřovatelství
Typ práce (bakalářská, diplomová, disertační, habilitační, absolventská, seminární):	Bakalářská
Téma:	Princip dříve vysloveného přání
Jméno vedoucího práce:	doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc
Skupina respondentů / předpokládaný počet:	Ošetřovatelský personál, 50 osob
Klinika – pracoviště, kde bude výzkum prováděn:	FNHK-Chirurgická klinika, Neurologická klinika, Gerontometabolická klinika a Levitovo Centrum Hořice
Metodika výzkumu:	Dotazníkové šetření
Období výzkumu (od – do):	25.11-12.12.2024
Souhlas vedení pracoviště s výzkumem	
Jméno:	
Razítko, podpis, datum:	 Mg. Alexandra Horáková vrchol. sestra

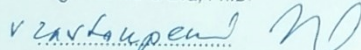
V případě, že není se školou sepsána Rámcová dohoda o zabezpečení odborných praxí, slouží shora uvedené údaje k vypracování Dohody o odborné praxi – výzkumu ve FN HK.

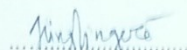
Beru na vědomí Informace o zpracování osobních údajů dle obecného nařízení o ochraně osobních údajů (GDPR) na www.fnhk.cz pod odkazem: <https://www.fnhk.cz/o-fakulni-nemocnici/ochrana-osobnich-udaju>.

Datum: 11. 11. 2025

Podpisy:

Mgr. Vachková Eva, Ph.D


Vedoucí práce


Student

Příloha 7



Fakultní nemocnice Hradec Králové
Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové - Nový Hradec Králové

Žádost o výzkum ve FN HK v rámci závěrečné/seminární práce

Příjmení a jméno studenta, titul:	Jünglingová Kateřina
Datum narození:	2.6.2002
Adresa bydliště (ulice, čp, PSČ, město):	Dobeš 3, Hořice 508 01
Telefonní kontakt:	733 763 087
E-mail:	junglink@lfhk.cuni.cz
Název školy, fakulta:	Univerzita Karlova – Lékařská fakulta v Hradci Králové
Studijní obor, ročník:	Všeobecné ošetřovatelství
Typ práce (bakalářská, diplomová, disertační, habilitační, absolventská, seminární):	Bakalářská
Téma:	Princip dříve vysloveného přání
Jméno vedoucího práce:	doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc
Skupina respondentů / předpokládaný počet:	Ošetřovatelský personál, 50 osob
Klinika – pracoviště, kde bude výzkum prováděn:	FNHK-Chirurgická klinika, Neurologická klinika, Gerontometabolická klinika a Levitovo Centrum Hořice
Metodika výzkumu:	Dotazníkové šetření
Období výzkumu (od – do):	25.11-12.12.2024
Souhlas vedení pracoviště s výzkumem	
Jméno:	Dr. Miloš Ulrich Vedoucí kliniky
Razítko, podpis, datum:	 Fakultní nemocnice Hradec Králové Sokolská č. 581, 500 05 Hradec Králové III. interní gerontometabolická klinika 21.11.2024

V případě, že není se školou sepsána Rámcová dohoda o zabezpečení odborných praxí, slouží shora uvedené údaje k vypracování Dohody o odborné praxi – výzkumu ve FN HK.

Beru na vědomí Informace o zpracování osobních údajů dle obecného nařízení o ochraně osobních údajů (GDPR) na www.fnhk.cz pod odkazem: <https://www.fnhk.cz/o-fakulni-nemocnici/ochrana-osobnich-udaju>.

Datum: 11. 11. 2025

Podpisy:

Mgr. Vachková Eva Ph.D.

Vedoucí práce

Student

Příloha 8



Fakultní nemocnice Hradec Králové
Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové - Nový Hradec Králové

Žádost o výzkum ve FN HK v rámci závěrečné/seminární práce

Příjmení a jméno studenta, titul:	Jünglingová Kateřina
Datum narození:	2.6.2002
Adresa bydliště (ulice, čp, PSČ, město):	Dobeš 3, Hořice 508 01
Telefonní kontakt:	733 763 087
E-mail:	junglink@lfhk.cuni.cz
Název školy, fakulta:	Univerzita Karlova – Lékařská fakulta v Hradci Králové
Studijní obor, ročník:	Všeobecné ošetřovatelství
Typ práce (bakalářská, diplomová, disertační, habilitační, absolventská, seminární):	Bakalářská
Téma:	Princip dříve vysloveného přání
Jméno vedoucího práce:	doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc
Skupina respondentů / předpokládaný počet:	Ošetřovatelský personál, 50 osob
Klinika – pracoviště, kde bude výzkum prováděn:	FNHK-Chirurgická klinika, Neurologická klinika, Gerontometabolická klinika a Levitovo Centrum Hořice
Metodika výzkumu:	Dotazníkové šetření
Období výzkumu (od – do):	25.11.-31.12.2024
Souhlas vedení pracoviště s výzkumem	
Jméno:	
Razítko, podpis, datum:	

V případě, že není se školou sepsána Rámcová dohoda o zabezpečení odborných praxí, slouží shora uvedené údaje k vypracování Dohody o odborné praxi – výzkumu ve FN HK.

Beru na vědomí Informace o zpracování osobních údajů dle obecného nařízení o ochraně osobních údajů (GDPR) na www.fnhk.cz pod odkazem: <https://www.fnhk.cz/o-fakultni-nemocnici/ochrana-osobnich-udaju>.

Datum: 15. 11. 2025

Podpisy:

Mgr. Vachková Eva Ph.D.

Vedoucí práce

Student