

Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta

Studijní program: specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: navazující magisterský intenzivní péče



Bc. Eva Lamačová

Problematika dříve vyslovených přání v intenzivní péči

The Living Will in Intensive Care

Diplomová práce

Vedoucí závěrečné práce/Školitel: Mgr. et Mgr. Eva Prošková

Praha, 2011

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně, a že jsem uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 2. 5. 2011

Bc. Eva Lamačová

.....

Poděkování:

Ráda bych touto cestou poděkovala paní Mgr. et Mgr. Evě Proškové za cenné rady a věnovaný čas při vedení mé diplomové práce. A rovněž děkuji lidem, kteří se zúčastnili našeho výzkumu a všem, kteří mi jakkoli při vypracování této diplomové práce pomohli.

Identifikační záznam:

LAMAČOVÁ, Eva. *Problematika dříve vyslovených přání v intenzivní péči [The living will in intensive care]*. Praha, 2011. 99 s., 7 příl. Diplomová práce (NMgr). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetřovatelství. Vedoucí práce Prošková, Eva.

Abstrakt v českém jazyce:

Cílem diplomové práce je popsat ošetrovatelské a medicínské aspekty a etické a právní souvislosti dříve vyslovených přání (living will). Práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. V teoretické části se věnuji dříve vysloveným přáním z pohledu ošetrovatelského a medicínského, kde charakterizuji některé závažné stavy v intenzivní péči jako je apalický syndrom, terminální stav aj. V kapitole právní aspekty dříve vyslovených přání je definován pojem lege artis, DNR a jsou zde popsány rozhodování v závažných a terminálních stavech. V kapitole etického pohledu je řešen proces umírání a křesťanský pohled na problematiku umírání. V praktické části zpracovávám výsledky z výzkumného šetření u 104 respondentů laické veřejnosti, kterým byly rozdány dotazníky. Výzkumná část hodnotí informovanost laické veřejnosti o problematice dříve vyslovených přání. V závěrečné diskuzi hodnotím potvrzení stanovených hypotéz a navrhuji doporučení pro praxi.

Klíčová slova: dříve vyslovená přání (living will), etika, resuscitace, terminální stav.

Abstrakt v anglickém jazyce:

The aim of the thesis is to provide description of nursing and medical aspects and offer ethical and legal context concerning the issue of living will. The body of the thesis is divided into theoretical section and practical section. The theoretical section deals with the issue of living will from the nursing and medical point of view with characterization of several serious conditions in intensive care such as apalic syndrome, terminal state etc. The chapter on legal aspects of living will defines the term 'lege artis', 'do not resuscitate – DNR', and characterizes the matter of decision making in the case of serious and terminal states. The chapter on ethical perspective discusses the process of dying and the Christian point of view on the issue of dying. The practical section processes the results of a survey based on 104 non-professional respondents and their replies to a provided questionnaire. The research section analyzes the level of knowledge which non-professional population has of the issue of living will. The closing discussion evaluates the confirmation of established hypotheses and provides practical suggestions.

Keywords: living will, dying, ethic, resuscitation, terminal state.

OBSAH

Úvod

TEORETICKÁ ČÁST

1	Ošetřovatelské a medicínské aspekty dříve vyslovených přání.....	11
1.1	Zachování zdravotního stavu, kvality života	12
1.2	Otázky výživy v terminální fázi onemocnění	13
1.3	Postupy při resuscitaci	15
1.4	Apalický syndrom.....	17
1.5	Léčba zbytečná a marná.....	18
1.6	Konec života, terminální stav	20
2	Právní aspekty dříve vyslovených přání	23
2.1	Definice pojmu lege artis	26
2.2	DNR – Do not resuscitate	28
2.3	Rozhodování v kritických a terminálních stavech.....	29
2.3.1	Ukončení – nezahájení život zachraňující léčby na žádost způsobilé osoby.....	30
2.3.2	Ukončení – nezahájení léčby na základě předem vysloveného přání.....	31
2.3.3	Ukončení – nezahájení léčby bez projevu vůle	32
2.4	Smrt z právního hlediska	33
3	Etické aspekty dříve vyslovených přání	34
3.1	Etika v procesu umírání	36
3.2	Křesťanský pohled na přijetí smrti	37
	PRAKTICKÁ ČÁST	39

4	Výzkumné šetření	39
4.1	Cíl výzkumu.....	39
4.2	Pracovní hypotézy.....	39
4.3	Metody výzkumu	40
4.3.1	Dotazník vlastní konstrukce.....	42

4.4	Organizace výzkumu	42
4.5	Vyhodnocení a výsledky výzkumu	44
5	Diskuse.....	78
6	Závěr a návrh pro praxi.....	82
7	Seznam použité literatury	85

Seznam zkratk

Seznam příloh

Přílohy

Motto:

„Non semper salus, sed voluntas aegroti suprema lex.

(„Ne jen zdraví, ale vůle pacienta je nevyšším právem).“¹

¹ *Centrum zdravotnického práva : Právnická fakulta Univerzity Karlovy* [online]. 2007 [cit. 2011-02-03]. Odborná literatura. Dostupné z WWW: < <http://czp.prf.cuni.cz/?q=node/61> >.

ÚVOD

Téma diplomové práce, Dříve vyslovená přání v intenzivní péči, jsem si zvolila, přestože jsem dosud neměla s touto problematikou žádnou zkušenost. Zaujalo mně, že existují i jiné, méně známé možnosti, na které máme jako pacienti právo, avšak o nich málokdo ví.

Cílem této práce je zjistit informovanost laické veřejnosti o problematice dříve vyslovených přání a jejich postoje a zkušenosti s danou problematikou a dále popsat etické a právní souvislosti dříve vyslovených přání včetně dalších otázek souvisejících s rolí zdravotnického pracovníka při umírání.

Myslím si, že umírání a smrt je stále ještě tabuizované téma. V literatuře se sice dočteme o důstojné smrti, potřebách umírajících pacientů aj. Avšak dopřejeme jim opravdu to, co by si přáli? Dodnes se nemohu zbavit vzpomínky na svého dědu, který nás na jednotce intenzivní péče svými vzkazy na papírku žádal, že nechce být intubován, že ví, že do konce týdne umře. Opravdu se tak stalo, a ještě dnes mě opravdu mrzí, že mu jeho přání nebylo splněno a on poslední týden svého života strávil s nepříjemnou orotracheální intubací. Je pravda, že takovou věc si uvědomíme až s odstupem času, protože dokud děda ještě žil, všichni jsme doufali, že se ještě vrátí domů.

Přesto jsem přesvědčena, že v medicíně nastávají situace, kdy by zdravotní personál měl být rozvážnější. V dnešní době, kdy jde technický pokrok a věda neustále kupředu, je zachraňováno mnoho pacientů, kteří dále žijí kvalitním životem. Ale co Ti, kteří jsou sice „zachráněni“, ale jejich prognóza je více než špatná? Je zřejmé, že pacienti, jichž by se dříve vyslovená přání mohla týkat, jsou vysokého věku, se závažným onemocněním, popřípadě polymorbidní. Sama si nedovedu představit, že by mladý člověk z plného zdraví mohl takové přání vyslovit, jednoduše o tom ještě neuvažuje. A též si myslím, že u mladých lidí by je jejich záchrana měla trvat do poslední chvíle (např. délka resuscitace apod.).

Je jisté, že vzhledem k tomu, že nemám pracovní zkušenosti, jsou mé úvahy a hodnocení situací jiné než zkušeného zdravotnického pracovníka. Připouštím, že nikdy nejsou věci jen černé nebo bílé, a v medicíně to platí dvojnásobně. Ale přesto jsem nabyla dojmu, že by laická veřejnost mohla znát i jiné možnosti, jako jsou dříve vyslovená přání, a nerozebírat jen tak delikátní témata jako je eutanázie.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Ošetřovatelské a medicínské aspekty dříve vyslovených přání

Living will neboli dříve vyslovené přání je vyjádření poslední vůle člověka, který předem odmítne všechny nebo některé zákroky v léčebném procesu pro případ, že by se ocitl v situaci, ve které již nebude schopný rozhodovat o své osobě. Nejedná se tedy jen o naléhavé situace, ale též o situace, kdy pacient dopředu předvídal, že by mohl být v takovém stavu, ve kterém nebude schopen dát svůj platný souhlas nebo nesouhlas se zdravotním výkonem².

Z hlediska medicíny a ošetřovatelství je jedním z principů respektovat přání pacienta. I v případě living will platí zásada, že pokud někdo dříve platně a prokazatelně vyjádřil své přání, je nutné toto přání respektovat. Ovšem takovéto přání zohlednit neznamená jej za každých okolností splnit. Existují totiž další principy jako je beneficence a non-maleficence, kterým je podrobněji věnována 3. kapitola - Etické aspekty dříve vyslovených přání.

Pokud budeme na pacienta nahlížet z hlediska psychologie, je prokázáno, že zdravý člověk má radikálnější postoje o ukončení léčby či její neprovedení, avšak ta samá osoba, v pozici pacienta ve stádiu těžké nemoci, tak radikální rozhodnutí již neprosazuje. Zdravý člověk se nedokáže natolik vžít do situace a pocitů nemocného, aby dokázal předem odhadnout, co si bude ve stádiu těžké nemoci přát. Jak bude například prožívat svou nemoc, jaké to je být v bezvědomí, jak bude případnou bolest vnímat apod. Do jisté míry je veliký rozdíl mezi naším zdravým „já“ a „já“ nemocným. Často je také zdravými lidmi přeceňován problém bolesti. Ve skutečnosti mají strach z nemoci, bolesti, procesu umírání. Dnes lze bolest lékařsky velmi účinně tišit, ovšem do jaké míry je toto tišení vnímáno těžce nemocnými pacienty, lze jen těžko přesně určit a popsat.

Jako další problém může být vnímán vývoj dnešní zdravotní techniky a technologie vůbec. Lékař, jenž se setká s takovým přáním, by si měl být jist, že se přání týkají současné situace, že jsou stále platná i s ohledem na pokroky v medicíně a současné vědě³.

² Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny, čl. 9.

³ MACH, Jan; et al. *Zdravotnictví a právo*. vyd. 2. Praha : Lexis Nexis CZ s.r.o., 2005. 455 s. ISBN 80-86199-93-2.

Avšak na dříve vyslovená přání není možné nahlížet jen z jedné strany. Jsou zde další aspekty, jako je etika, svědomí lékařů, právní pohledy a v neposlední řadě i ekonomický pohled a dopad na celou společnost.

1.1 Zachování zdravotního stavu, kvality života

Kvalita života je velmi široký a složitý pojem. Zahrnuje materiální, psychologické, sociální a duchovní podmínky pro zdravý život člověka. Avšak je nutné brát v úvahu, že hodnoty a kvality se během života člověku posouvají. A významně se prožívání kvalit života mění především v nemoci. To, co by zdravý člověk neoznačil za kvalitní, dostává pro nemocného zcela nový a jiný význam. I život s nemocí může být kvalitní, avšak je nutné v takovém případě chápat, že kvalita života je neoddělitelná od kvality péče⁴.

Kvalita života je úzce spjata s uspokojováním potřeb člověka. Je více než jasné, že nejen potřeby zdravých a nemocných se diametrálně liší, ale i pouze mezi nemocnými lidmi jsou různé, a proto i kvalita života je stále individuální pojem. Pro udržení kvality života je potřebné odhalit nejen potřeby pacienta, ale i potřeby celé jeho rodiny a adekvátně na ně reagovat. Žebříček hodnot každého z nás je jiný, a proto je nutné pochopit, co má pro nemocného opravdovou cenu a přemýšlet o potřebách, které mohou s hodnotami nemocného souviset. V žádném případě není možné tvrdit, že pacientovi ke kvalitnímu prožívání života stačí, aby byl bez bolesti.

Dle Maslowovy klasifikace potřeby dělíme na vyšší potřeby a nižší potřeby člověka. Do vyšších potřeb je zahrnuta seberealizace, uznání, sounáležitosti a lásky. Do nižších potřeb řadíme potřeby bezpečí a fyziologické potřeby. Toto rozdělení se nazývá Maslowova hierarchie potřeb⁵.

⁴ MARKOVÁ, Monika. *Sestra v paliativní péči*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.

⁵ TRACHTOVÁ, Eva, et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. *Potřeby nemocného v ošetrovatelství*, s. 15. ISBN 80-7013-324-4.

1.2 Otázky výživy v terminální fázi onemocnění

Otázkou bývá, jakým způsobem a zda vůbec pacienty v terminálním stádiu nemoci živit. Péče o výživu však není snahou o prodloužení života pacienta, ale provádí se za účelem zlepšení kvality života. Protože je pacient v terminální fázi svého života, může se někdo domnívat, že není potřebné řádně se věnovat problémům výživy a hydratace. Je však zastáván názor, že péče o výživu není snahou o prodloužení života pacienta, ale provádí se za účelem zmírnění symptomů a zlepšení kvality života⁶. Podáváním výživy a tekutin se snažíme zajistit fyzickou pohodu pacienta. Zdravotničtí pracovníci, kteří rozhodují o péči v terminální fázi života, by měli mít na mysli především zájem pacienta a pečlivě zvážit výhody a nevýhody, které každé rozhodnutí pacientovi přináší. Podvýživa a nemožnost najíst se bývá většinou nemocným a jeho rodinou vnímána jako jeden z nejdůležitějších problémů. Protože podávání stravy a tekutin v terminální fázi nemoci je velmi citlivá otázka, potřebují příbuzní i pečovatelé pacienta rady ze stran zdravotnických odborníků. Je nutné jim vysvětlit, že neschopnost jíst nebo nechutenství je součástí procesu umírání. Je vhodné příbuzným poskytnout rady, jak nakupovat, připravovat a podávat stravu, která by pacienta povzbudila. Způsob nutriční péče se liší podle jejího vzniku a typu léčby (dietní intervence, sipping, enterální výživa, parenterální výživa).

Perorální příjem stravy je vždy první metodou volby. Jídlo a pití je nejen přívodem živin a tekutin, ale má významnou psychologickou funkci, která je u pacientů v terminálním stádiu onemocnění velmi důležitá. K udržení orální výživy je u mnoha nemocných nezbytná především péče o dutinu ústní, ale i o zubní náhrady. Velmi častým problémem bývá orální kandidóza, suchost sliznic a v důsledku kachektizace uvolňování zubních náhrad. Běžně jsou doporučována častá jídla o malém objemu, avšak bohatá na energetický příjem. Dietní intervence by vždy měla respektovat přání pacienta. Důležitá je také podoba jídla, jak vypadá, kde je konzumováno, jeho zápach a způsob servírování. Je logické, že pacient již s primárním nechutenstvím nebude povzbuzen k jídlu po spatření blíže neidentifikovatelné kašovitě hmoty na nevzhledném talíři. Jednou z nejběžnějších dietních možností je tekutá výživa. Má výhodu

⁶ O'CONNOR, Margaret, et al. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2005. Výživa a tekutiny, s. 155-162. ISBN 80-247-1295-4.

minimálních nároků na trávení, je možné zařadit kaloricky obohacenější tekutiny a je lépe tolerována. Naproti tomu má horší chuťové vlastnosti a je příliš jednotvárná.

Sondová enterální výživa je další možností výživy. Využívá se nemocných, jež nejsou schopni orálního způsobu výživy. Hlavní výhodou je zachování funkce trávicího ústrojí. Sondová výživa může odstranit napětí a úzkost nemocného neschopného přijímat živiny přirozenou cestou, může zmírnit tělesné chátrání a zabezpečí adekvátní hydrataci. U některých nemocných, kteří mají částečně zachovalý příjem potravy, může sloužit k podání základní dávky výživy, přičemž pacient může navíc podle svého aktuálního stavu přijímat určité množství jídla i perorálně.

Další metodou je parenterální výživa. Nejčastějším důvodem využití této metody je selhání funkce střeva s kontraindikací enterální výživy. Zvažování parenterální výživy může být obtížné rozhodnutí, které je komplikované etickými problémy. Z etického hlediska mnoho autorů uvádí právo pacienta rozhodovat o své léčbě. Konečné rozhodnutí by tedy mělo být provedeno na základě pohovoru s pacientem a jeho příbuznými.

Pacient by neměl v terminální fázi onemocnění zemřít na podvýživu. Doporučení představenstva České lékařské komory č. 1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli, čl. 5 písm. d) popisuje základní priority paliativní péče, které jsou popsány jako: „...zabezpečení fyzických, psychických, sociálních a duchovních potřeb pacienta, odstranění pocitů bolesti, strádání a utrpení s respektováním lidské důstojnosti...“⁷ Avšak výživa by neměla vést pouze k prodlužování přežívání pacienta bez odpovídající kvality života. Z medicínského hlediska není závazné pokračovat v postupu, který se ukázal jako neúčinný a v takovém případě není neetické přerušit život prodlužující léčbu, včetně výživy, a to ani u nemocného, který není schopný o svém současném stavu rozhodovat. Je-li smrt neodvratná, může výživa v posledních dnech života zhoršovat a ztěžovat umírání. Zajímavý je též názor dle Wade: „Existuje více důkazů o tom, že je pro umírajícího pacienta přínosnější dehydratace, pokud ji chápeme jako přirozenou součást procesu umírání“⁸. Nebo dle Andrews a Levine: „V zařízeních paliativní péče, kde mají sestry zkušenosti

⁷ Doporučení představenstva České lékařské komory č.1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli, čl. 5.

⁸ WADE, R. 1998 in O'CONNOR, Margaret, et al. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2005. Výživa a tekutiny, s. 160. ISBN 80-247-1295-4.

s umírajícími pacienty, se dehydratace u pacientů krátce před smrtí nepovažuje za negativní jev.⁹“ Jak uvádí Sláma: „ Pacienti, u kterých je cílem léčby důstojné umírání nebo pacienti nevléčitelně nemocní, kteří chtějí zemřít, již nemají prospěch z umělé výživy.¹⁰“ Podle studií dostupné literatury není možné získat jednoznačné doporučení, za jakých okolností léčit či neléčit dehydrataci v terminální fázi onemocnění. A dle Viola, Wellse a Petersona je doporučeno: „...aby každý pacient byl posuzován individuálně s ohledem na jeho přání i přání rodiny.¹¹“

1.3 Postupy při resuscitaci

Kardiopulmonální resuscitace (dále jen „KPR“) se řídí podle tzv. Guidelines neboli přesným souborem doporučených postupů, jak se při resuscitaci postupuje. Postupy podle těchto doporučení je postupem lege artis. Vycházejí z mnoha studií a zabývá se jimi několik mezinárodních organizací. Jsou jimi prověřovány a přehodnocovány na základě stupně průkaznosti o jejich účinnosti, jedná se o tzv. „medicínu založenou na důkazech-evidence based medicine.¹²“ Z důvodu celosvětové standardizace resuscitačních postupů byly doporučené postupy formulovány a vytvořeny International Liaison Committee on Resuscitation (dále jen „ILCOR“). Ovšem předpisy je nutné upřesnit k daným světadílům, jelikož se liší podmínkami a zvyklostmi. Pro Evropu je to tedy European Resuscitation Council¹³. Novější organizací pro neodkladnou resuscitaci a urgentní medicínu je Česká resuscitační rada jako národní partner European Resuscitation Council pro Českou republiku. Doporučené metodické pokyny České lékařské společnosti J. E. Purkyně vycházejí z doporučených postupů a standardů ILCOR Guidelines.

⁹ANDREWS, M.; LEVINE, A. 1989 in O'CONNOR, Margaret, et al. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2005. Výživa a tekutiny, s. 160. ISBN 80-247-1295-4.

¹⁰ Umírání : Vybrané přednášky z XII. brněnského dne paliativní medicíny [online]. 17. 11. 2006 [cit. 2011-03-11]. Kteří pacienti již nemají prospěch z umělé výživy. Dostupné z WWW: <<http://www.umirani.cz/res/data/005/000629.ppt#256,1>>Kteří pacienti již nemají prospěch z umělé výživy Klinické a etické aspekty>.

¹¹ VIOLA, R.A.; WELLS, G. A.; PETERSON, J., 1997 in O'CONNOR, Margaret, et al. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2005. Výživa a tekutiny, s. 160. ISBN 80-247-1295-4.

¹² BĚHOUNEK, Petr; HORA, Milan; KLEČKA, Jiří. *Medicína založená na důkazech : Evidence based medicíně. Česká urologie. 2011, 15(1), s. 10-14.*

¹³ BRUTHANS, Jan. *Karim-vfn* [online]. 2005 [cit. 2011-03-11]. Pregraduální přednášky_KPR. Dostupné z WWW: <<http://el.lf1.cuni.cz/nm01>>.

Poslední změna v Guidelines byla uskutečněna v říjnu 2010, mnoho změn pro laickou veřejnost však nepřinesla. Základní myšlenkou doporučených postupů je zjednodušení při provádění resuscitace ve všech oblastech a akceptace tzv. „top-less“ resuscitace, ke které se přistupuje v případě neochoty zachránce provádět umělé dýchání (např. z hygienických důvodů u cizího člověka, při obavách z možného přenosu infekce nebo z jakéhokoliv jiného důvodu), při pomoci poskytované nevyškolenými zachránci nebo při resuscitaci prováděné na základě telefonických instrukcí operátorů tísňové linky 155 je možné při resuscitaci dospělého pacienta provádět pouze srdeční masáž bez umělého dýchání¹⁴.

Kardiopulmonální resuscitace je soubor výkonů, který vede k obnovení průtoku krve mozkem, u osoby postižené selháním jedné nebo více základních vitálních funkcí. Pro jednotlivé situace jsou vypracovány algoritmy doporučených postupů 2010, podle nichž jsou resuscitace rozděleny:

- základní neodkladná resuscitace & použití AED (basic life support)
- rozšířená neodkladná resuscitace (advanced life support)
- bradykardie
- tachykardie
- resuscitace v nemocnici
- základní neodkladná resuscitace dítěte
- rozšířená neodkladná resuscitace dítěte
- resuscitace novorozence po porodu¹⁵

(Přílohy č. 1-5; nové algoritmy doporučených postupů 2010)¹⁶

Mezi zásady, kdy neodkladné resuscitaci nezačínáme, patří jisté známky smrti, tj. zranění jednoznačně neslučitelné se životem nebo posmrtné skvrny. Dále nezačínáme, pokud je prokazatelné, že od zástavy krevního oběhu uplynulo více než 15 minut u dospělých za podmínek normotermie. Při hypotermii se tento interval prodlužuje na 40 minut. Dále je to situace, kdy by pokus resuscitovat pacienta ohrožoval zachraňujícího, statut Do not resuscitate (dále jen „DNR“ a „DNAR“), popřípadě terminální fáze onemocnění. Resuscitace je ukončena při obnovení vitálních

¹⁴ Resuscitace.cz [online]. 11. 2. 2011 [cit. 2011-03-11]. Česká resuscitační rada. Dostupné z WWW: <<http://www.resuscitace.cz/?p=1081>>.

¹⁵ Resuscitace.cz [online]. 11. 2. 2011 [cit. 2011-03-11]. Česká resuscitační rada. Dostupné z WWW: <http://www.resuscitace.cz/?page_id=47>.

¹⁶ pozn. č. 15

funkcí. Dále při vyčerpání zachraňujícího nebo pokud je resuscitace neúspěšná déle než 30 minut. Kardiopulmonální resuscitace není tedy indikována automaticky u všech pacientů. Co se týká dříve vyslovených přání, metodické pokyny a zásady resuscitace vůbec neuvažují o této možnosti, že by pacient mohl předem vyslovit svůj nesouhlas s resuscitací. Evropská doporučení pouze ponechávají jednotlivým národním organizacím volnost, aby svá doporučení upravily podle svých kulturních, právních a etických poměrů¹⁷.

1.4 Apalický syndrom

Termín apalický syndrom je používán především v zemích střední Evropy. Anglosaská literatura považuje za vyhovující termín tzv. vegetativní stav, který dostatečně odpovídá patofyziologickým podstatám syndromu. „*Vegetativní stav je klinický stav kompletní poruchy uvědomování si sebe sama a svého okolí doprovázený cyklem spánek-bdění a zachovalou kompletní nebo parciální autonomní funkcí hypotalamu a mozkového kmene.*“¹⁸ Počty pacientů s vegetativním stavem se každoročně zvyšují. Nejčastěji vzniká po kraniotraumatu, po úspěšné KPR s hypoxickým postižením mozku, cévní mozkové příhodě, toxické poškození nebo při infekčním onemocnění mozku.

Rozlišujeme termíny persistentní vegetativní (dále jen „PVS“) a permanentní vegetativní stav (dále jen „PMVS“), které se liší možností uzdravení nebo setrvání ve vegetativním stavu. Termínem persistentní je označován vegetativní stav, který trvá déle než 1 měsíc od postižení. Permanentní označujeme ten stav, který trvá bez známek reversibility více než 3 měsíce u netraumatického poškození a více než 12 měsíců u traumatického poškození mozku. U pacientů s PVS je možná úprava, oproti pacientům, u nichž je diagnostikováno PMVS je šance na uzdravení téměř nemožná. Lepší prognózu mají pacienti mladí a po traumatickém postižení. „*Přežití pacientů s diagnózou PMVS je obvykle mezi 2–5 lety od stanovení diagnózy, přežívání nad 10 let*

¹⁷ SLÁMA, Ondřej. *Klinické, etické a právní aspekt rozhodování o kardiopulmonální resuscitaci u terminálně onkologicky nemocných pacientů* [on line]. Brno : Brno, 2009. Kardiopulmonální resuscitace, s. 26-31. Disertační práce. Masarykova univerzita Brno, lékařská fakulta. Dostupné z WWW: <is.muni.cz/th/90625/lf_d/Disertace-definitivni.doc>.

¹⁸ DOLEŽAL, David; CARBOLOVÁ, Kamila. Vegetativní stav (apalický syndrom). *Neurologie pro praxi* [online]. 2007, 1, Definice vegetativního stavu, s. 28. [cit. 2011-03-11]. Dostupný z WWW: <<http://www.solen.cz/pdfs/neu/2007/01/07.pdf>>.

je neobvyklé a šance na přežití 15 let od stanovení diagnózy PMVS je vypočítána na 1/15 000 až 1/75 000.¹⁹“

Po akutním těžkém stavu, jako je například kraniotrauma, bezvědomí apod., trvá tento stav zpravidla 4 – 6 týdnů. Postižený je do jisté míry ve stabilizovaném stavu. Základní reflexy jsou zachovány, pacient polyká, dýchá, srdeční frekvence a tlak jsou stabilní²⁰.

Péče o takového pacienta musí nutně zahrnovat péči ošetrovatelskou a rehabilitační. Začlenění konceptu bazální stimulace do péče o apalického pacienta výrazně zvyšuje kvalitu poskytované zdravotnické péče a také kvalitu života takových pacientů. Tento koncept má vypracované rehabilitační techniky pro stimulaci vnímání tělesného schématu, vestibulární stimulaci, chuťovou, optickou aj²¹. Především je kladen důraz na to, aby pacienti rozlišili vnímání dne a noci. Lékařka Jarošová uvádí: „Přes den mají pacienti od rána do večera činnost. Stejně jako každý zdravý člověk s tím rozdílem, že z našich pacientů koukají hadičky, dýchají za ně přístroje a jsou 24 hodin sledováni. Ráno začínají stejně jako já: Vstanu, vyčistím si zuby a nasnídám se.“²² Lékařská péče je dána základním onemocněním a především snahou zabránit přechodu do permanentního vegetativního stavu.

Permanentní stav pak přináší mnoho rozhodování, do jakého rozsahu jsou léčebné postupy přínosné a právně i eticky korektní. Jedná se především o podávání antibiotik, krevních náhrad, provádění hemodialýzy aj²³.

1.5 Léčba zbytečná a marná

Historie marnosti a zbytečné léčby se opírá již o myšlenky Hippokrata, podle něhož by měl lékař rozhodnout, co je zbytečné a neaplikovat léčbu, která je marná

¹⁹ DOLEŽAL, David; CARBOLOVÁ, Kamila. Vegetativní stav (apalický syndrom). *Neurologie pro praxi* [online]. 2007, 1, Prognóza a přežití, s. 28. [cit. 2011-03-11]. Dostupný z WWW: <<http://www.solen.cz/pdfs/neu/2007/01/07.pdf>>.

²⁰ SEIDL, Zdeněk. *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. vyd. 1. Praha : Grada Publishing, a. s., 2008. Trauma mozku a míchy, s. 74. ISBN 978-80-247-2733-2.

²¹ FRIEDLOVÁ, Karolína. *Institut bazální stimulace* [online]. 2004-2011 [cit. 2011-03-23]. Co je bazální stimulace. Dostupné z WWW: <http://www.bazalni-stimulace.cz/bazalni_stimulace.php>.

²² ZEMAN, Bohumil. Zázraky se dějí, ví primářka. *Mladá fronta dnes : Karlovarský kraj* [online]. 21. 3. 2011, s. 2, [cit. 2011-04-15]. Dostupný z WWW: <<http://mfdnes.newton.cz/default.asp?cache=459881>>.

²³ *Resuscitace.cz* [online]. 11. 2. 2011 [cit. 2011-03-11]. Česká resuscitační rada. Dostupné z WWW: <http://www.resuscitace.cz/?page_id=47>.

a nedosahuje svého cíle. Zároveň by si měl být lékař vědom toho, že jen někdy je možné uzdravit, avšak pečovat musí vždy.

Termín futility, jinak marnost se začal převážně rozebírat až v posledních desetiletích. Jak již je několikrát uváděno, z důvodu pokroku technických vymožeností a znalostí je mnoho lidských životů zachráněno, ale i přesto v řadě případů není obnoven stav zdraví pacienta, který by mohl být vnímán jako hodnotný a žádoucí²⁴.

Jednoznačná definice marnosti a zbytečnosti léčby je obtížná a při její koncepci je třeba na problém nahlížet z mnoha úhlů. Protože medicína by neměla být především záležitostí trhu, lékaři by tedy neměli indikovat léčbu, která nevede k předpokládanému cíli a dobru pro pacienta. Zároveň by se však od lékařů neměly požadovat takové lékařské úkony, které považují za špatné, ba dokonce odpudivé. Z pohledu lékařů je pojem zbytečnosti popisován tak, že léčba nevede k cíli, tentýž postup již dříve selhal a zároveň selhává maximální intenzivní péče. A v neposlední řadě je nutné zmínit ekonomické aspekty, které je však třeba od koncepce zbytečnosti odlišovat, jelikož pro nemocného je jeho zátěž zcela neúměrná finančním hodnotám²⁵.

V některých pramenech jsou definice formulovány podle kvantity a kvality. Kvantitativní přístup je odůvodněn velmi nízkou pravděpodobností, že léčba dosáhne požadovaného cíle. Oproti tomu kvalitativní přístup je založený na názoru, že by lékař neměl provádět léčbu, která vede ke stavu, který není považován za příznivý. Typickým příkladem je kardiopulmonální resuscitace s výsledkem vážného neurologického postižení a vigilního koma²⁶.

Podle doporučení představenstva České lékařské komory č. 1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli je v čl. 3 marná léčba definována takto: „...*léčba, která nevede k záchraně života, uchování zdraví či udržení kvality života. Marná a neúčelná léčba není v zájmu pacienta, nemůže mu pomoci a zatěžuje jej zbytečným strádáním či rizikem komplikací.*“²⁷ Dle uvedených doporučení

²⁴ MUNZAROVÁ, Marta. *Euranázie, nebo paliativní péče?*. vyd. 1. Praha : Grada Publishing, a. s., 2005. Co je to vlastně marnost (zbytečnost) léčby?, s. 90-94. ISBN 80-247-1025-0.

²⁵ SLÁMA, Ondřej. *Klinické, etické a právní aspekt rozhodování o kardiopulmonální resuscitaci u terminálně onkologicky nemocných pacientů* [on line]. Brno : Brno, 2009. Koncepce marné (zbytečné) léčby a DNR, s. 34-38. Disertační práce. Masarykova univerzita Brno, lékařská fakulta. Dostupné z WWW: <is.muni.cz/th/90625/lf_d/Disertace-definitivni.doc>.

²⁶ KUŘE, Josef. *Akutne.cz* [online]. 22. 4. 2009 [cit. 2011-03-11]. Etika v intenzivní péči. Dostupné z WWW: <<http://www.akutne.cz/res/publikace/09-etika-v-intenzivni-peci.pdf>>.

²⁷ Doporučení České lékařské komory č.1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli, čl 3.

představenstva České lékařské komory neexistuje povinnost pokračovat v léčbě marné a zbytečné. Pokud je dosud probíhající léčba označena jako marná, je zahájena léčba paliativní. Podnět k jejímu zahájení může dát kdokoli z ošetřujícího týmu. Do rozhodování o zahájení paliativní péče by měli být zahrnuti všichni z ošetřovatelského týmu, tzv. „*shared-approach to end-of-life decision making model*“²⁸. Avšak závěrečné rozhodnutí o zahájení paliativní péče nese vedoucí lékař nebo lékař jím určený. „*Prioritou paliativní péče je odstranění bolesti, dyskomfortu a strádání.*“²⁹

1.6 Konec života, terminální stav

Smrt, mors neboli exitus, je z biologického a lékařského hlediska zastavení životních funkcí v organismu. Je to nezvratný zánik organismu. Umírání je postupný proces, jenž nelze zaměňovat se smrtí, neboť umírání je jedna z fází života organismu. Z filozofického hlediska umíráme postupně již od narození. Z psychologického pohledu umírání začíná tehdy, když nemocného postihne nemoc, která je neslučitelná se životem. Nastává u každého člověka či organismu v jiném věku a ve většině případů ji nelze dopředu přesně určit. Na smrt jako na akt se připravit nelze. Budoucnost umírajícího pacienta, tedy smrt a bezmocnost tuto situaci změnit, výrazně ovlivňuje lidské myšlení a počínání³⁰. Délka života vychází z genetického základu, ale velmi výrazně je ovlivněna vnějšími podněty. Průměrná délka života u člověka se stále prodlužuje, především díky kvalitnější zdravotní péči, pokrokové vědě, hygieně a zdravějšímu životnímu stylu.

Pohled na umírání se s časem změnil. Dříve lidé nahlíželi na umírání jako na přirozenou součást života. Umírající byl v kruhu své rodiny a nejbližších. Ale dnes je s největší pravděpodobností sám v nemocnici. Zdravotničtí pracovníci pacienta vnímají pouze jako případ, sice mu věnují potřebnou péči a pozornost, pouze však na profesionální úrovni. Dnešní společnost si myslí, že svým blízkým nemocným pomůže nejlépe tím, že mu zajistí nejmodernější léčebné postupy. Dnešní společnost tak nabyla dojmu, že umírání je jen záležitostí lékařů, sester a dalších zdravotnických

²⁸ pozn. č. 27

²⁹ pozn. č. 27

³⁰ HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie : Nauka o umírání a smrti*. vyd. 1. Praha : Galén, 2000. Poslední týdny a dny, s. 74. ISBN 80-7262-034-7.

profesionálů. Dnešní společnost si totiž zvykla umírat na „něco“, ne však proto, že jsme smrtelní.³¹

Jak již bylo řečeno, na smrt a umírání můžeme nahlížet z hlediska psychologie, filozofie, etiky, medicíny a ošetrovatelství, popřípadě i z hlediska ekonomiky. Z pohledu filozofie je vývoj smrti podmiňován životem a život je umocňován smrtí. Z pohledu biologie se dá hovořit o programu života, který je vystřídán smrtí, anebo o programu smrti, k jehož spuštění dojde tehdy, pokud byl vyčerpaný program života.

Rychlost smrti je různá, může být náhlá, rychlá nebo pomalá. V obou těchto případech jsou dnes příbuzní obvykle zcela nepřipraveni danou situací přijmout. Dále je možné se setkat s termíny smrti avizovaná a neavizovaná. Pomalá smrt se v relativně delší době ohlašuje, okolí umírajícího má jistý čas se na ztrátu dotyčného připravit. V posledních letech se o smrti též hovoří jako o posledním úkolu nebo fázi posledního zrání. Avšak ani avizovaná smrt neslibuje připravenost okolí. Příbuzní velmi často prožívají úmrtí jako situaci, které nechtějí věřit a jako selhání, ať už své či někoho jiného. Podle věku pacienta, který umírá, můžeme ještě smrt rozdělovat na předčasnou, přiměřenou nebo smrt v pozhnaném věku³². Elizabeth Kübler-Ross odhalila, že se umírající vyjadřuje pomocí náznaků. Popsala tak přehledně fáze umírání: negace, agrese, smlouvání, deprese a smíření³³.

Terminální stav je v lékařské terminologii synonymum pro umírání. Je to klinický stav, kdy dochází k nevratnému selhávání důležitých orgánů a jejich soustav, a proto nelze nebo s ohledem na stav pacienta nemá smysl se o navrácení změn pokoušet. Pacient je v přímém ohrožení života a pokus o nápravu selhávajících orgánů by pacientovi pouze prodloužil jeho dyskomfort v závěru života. Podle doporučení představenstva České lékařské komory (dále jen ČLK) č. 1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli v čl. 3 charakterizován terminální stav onemocnění jako: „...*konečné stádium onemocnění, které není slučitelné se životem a není dále léčebně ovlivnitelné*“ a dále pacient neschopný o sobě rozhodovat:

³¹ KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2007. Etika umírání a smrti, s. 70-75. ISBN 978-80-247-2069-2.

³² *Umírání : Vybrané přednášky z XII. brněnského dne paliativní medicíny* [online]. 17. 11. 2006 [cit. 2011-03-11]. Kteří pacienti již nemají prospěch z umělé výživy. Dostupné z WWW: <<http://www.umirani.cz/res/data/005/000629.ppt#256,1>>Kteří pacienti již nemají prospěch z umělé výživy Klinické a etické aspekty>.

³³ KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2007. Fáze umírání podle Elizabeth Kübler-Ross, s 72. ISBN 978-80-247-2069-2.

„...nemocný s poruchou vědomí, který je vzhledem ke svému aktuálnímu zdravotnímu stavu neschopný posouzení situace a rozhodování o své osobě, není schopen vyjádřit informovaný souhlas.³⁴“ A dále léčba se nezahajuje nebo se v léčbě nepokračuje, pokud: *„...léčebný postup...nemůže zastavit postup choroby, navrátit zdraví nebo odvrátit smrt pacienta, není indikován a není proto zahajován. Takový postup by byl léčbou marnou či neúčelnou...a tato léčba je ukončena (např. vysazení farmakologické podpory oběhu, ukončení hemodialýzy, ukončení ventilační podpory)³⁵.“*

Za terminální stav se obvykle považuje období posledních dnů a hodin, výjimečně týdnů života. V definici terminálního stavu je důležitá ireverzibilita a neovlivnitelnost léčbou. Právě to odlišuje pacienty v terminálním stavu od pacientů v kritickém stavu, u kterých předpokládáme možnost reverzibility patologického stavu. Cílem léčby u pacienta v terminálním stavu je zmírnění tělesných a duševních symptomů, ale také péče o psychickou a duchovní stránku pacienta. Indikovány jsou pouze takové postupy, které zmírňují utrpení pacienta. Dle terminologie ČLK: *„Paliativní léčba - léčba, jejímž cílem je zabránění bolesti, strádání či dyskomfortu nevléčitelně nemocného nebo umírajícího pacienta.³⁶“*

Jak je uvedeno výše, obvykle nejsou předepisovány postupy, které prokazatelně nepřispívají k udržení kvality života pacienta. V této fázi je především důležitá komunikace mezi týmem zdravotnických pracovníků a rodinou pacienta³⁷. Podle Doporučení představenstva České lékařské komory 1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli, čl. 3 písm. g) uvádí: *„Smrt, která je výsledkem přirozeného průběhu onemocnění, nemůže být považována za nepříznivý výsledek zdravotní péče.³⁸“*

³⁴ Doporučení České lékařské komory č.1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli, čl. 3.

³⁵ pozn. č. 34

³⁶ Doporučení České lékařské komory č.1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli, čl. 3.

³⁷ SLÁMA, Ondřej. *Klinické, etické a právní aspekt rozhodování o kardiopulmonální resuscitaci u terminálně onkologicky nemocných pacientů* [on line]. Brno : Brno, 2009. Koncepce marné (zbytečné) léčby a DNR, s. 34-38. Disertační práce. Masarykova univerzita Brno, lékařská fakulta. Dostupné z WWW: <is.muni.cz/th/90625/lf_d/Disertace-definitivni.doc>.

³⁸ pozn. č. 36

2 Právní aspekty dříve vyslovených přání

Současná doba klade na zdravotnické pracovníky nové požadavky, a to nejen z hlediska odbornosti, ale také znalosti právní problematiky. Lékaři a zdravotnický personál se denně setkávají s otázkami, na které mnohdy není jednoduchá odpověď, přesto je nutné správné řešení znát. Tyto otázky se mohou týkat informovanosti pacienta a jeho blízkých nebo, jak postupovat, pokud pacient s léčbou nesouhlasí nebo není schopen dát souhlas s výkonem s ohledem na svůj zdravotní stav. A co když pacient svou vůli projevil prokazatelně již předem? Mělo by být dříve vyslovené přání respektováno³⁹?

Mezi základní prameny upravující problematiku dříve vyslovených přání patří Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny (dále jen Úmluva). Tato úmluva označována též jako Úmluva o biomedicíně je vyhlášena pod č. 96/2001 Sb. Institut dříve vyslovených přání je popsán čl. 9 této Úmluvy a uvádí, že: „*Bude brán zřetel na dříve vyslovená přání pacienta ohledně lékařského zákroku, pokud pacient v době zákroku není ve stavu, kdy může vyjádřit své přání.*“⁴⁰ Smyslem tohoto ustanovení je, aby pacient, který není schopen vyjádřit s ohledem na svůj zdravotní stav souhlas či nesouhlas s konkrétním zákrokem, a který předem vyslovil své přání, mohl tímto vyjádřit svůj postoj ke zdravotnímu výkonu a bylo tímto respektováno přání pacienta. Nemusí tedy nutně jít o aktuální situaci, ale o stav, který mohl pacient do budoucnosti předvídat. Pokud tedy pacient takové přání předem vyslovil, je třeba ho respektovat. Lékař by si však měl být jist, že dříve vyslovené přání se týká situace současné a že je stále platné, a to i s ohledem na pokroky v medicíně⁴¹. Ovšem v čl. 8 též Úmluvy je popsán stav nouze vyžadující neodkladná řešení. Uvádí, že: „*Pokud v situacích nouze nelze získat příslušný souhlas, jakýkoliv nutný lékařský zákrok lze provést okamžitě, pokud je nezbytný pro prospěch zdraví dotyčné osoby.*“⁴² Opravňuje tak lékaře v situacích nouze, aby mohl okamžitě jednat, a to i bez souhlasu od pacienta či jeho zákonného zástupce. Tento postup je omezen pouze na stav nouze, který lékaři znemožňuje získat řádný poučený souhlas pacienta. Platí to pro osoby zbavené způsobilosti k právním úkonům. Může jít ale i o

³⁹ MACH, Jan. *Medicína a právo*. vyd. 1. Praha : C. H. Beck, 2006. Komunikace lékaře s pacientem, Dříve vyslovená přání, s. 29. ISBN 80-7179-810-X.

⁴⁰ Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny, čl. 9.

⁴¹ pozn. č. 39

⁴² Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny, čl. 8.

pacienta, který je plně způsobilý k právním úkonům, ale momentálně je v kómatu a není tedy de facto schopen dát svůj souhlas. A však i v těchto mimořádných situacích musí zdravotníci vyvinout snahu, aby zjistili, co by si sám pacient přál. Tento postup je určen výhradně na nezbytné a neodkladné lékařské zákroky a jsou vyloučeny zákroky, kdy je odklad možný. Avšak nejedná se jen o zákroky život zachraňující, ale o jakékoli urgentní zákroky, bez jejichž okamžitého provedení by mohlo dojít nejen k úmrtí, ale též ke zhoršení zdravotního stavu pacienta⁴³. Podle Macha: „*Zárok musí výlučně sledovat prospěch pro zdraví příslušného pacienta*“⁴⁴.

Dále bychom mohli uvést čl. 5 Úmluvy, jež upravuje podmínky o nutnosti informovaného souhlasu: „*Jakýkoliv zárok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky, že k němu dotčená osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas. Tato osoba musí být předem řádně informována o účelu a povaze zároku, jakož i o jeho důsledcích a rizicích.*“⁴⁵ „*Dotčená osoba může kdykoli svobodně svůj souhlas odvolat.*“ Toto ustanovení potvrzuje obecně mezinárodně uznávané pravidlo, podle kterého nesmí být nikdo nucen podstoupit lékařský zárok bez svého souhlasu. Každý musí mít možnost, rozhodnout se, zda svůj souhlas se zárokem vysloví či nikoliv. Jde tak o vymezení autonomie pacienta ve vztahu k profesionálním zdravotnickým pracovníkům a vede k odchýlení paternalistického přístupu, který by mohl přehlížet pacientovo přání⁴⁶.

Dalším pramenem, který má vztah k problematice dříve vyslovených přání je Listina základních práv a svobod. Byla vyhlášena usnesením předsednictva České národní rady č. 2/1993 Sb. jako součást ústavního pořádku České republiky. Čl. 6 pojednává o ochraně základní hodnoty, a tím je lidský život. Uvádí: „*Každý má právo na život. Lidský život je hoden ochrany již před narozením. Nikdo nesmí být zbaven života. Trest smrti se nepřipouští.*“⁴⁷ Zásadní informaci nese odstavec 4 tohoto článku, který uvádí: „*Porušením práv podle tohoto článku není, jestliže byl někdo zbaven života v souvislosti s jednáním, které podle zákona není trestné.*“⁴⁸ Dále podle čl. 31 této Listiny má každý právo na ochranu zdraví. Každý může tedy podle tohoto ustanovení

⁴³ MACH, Jan; et al. *Zdravotnictví a právo*. vyd. 2. Praha : Lexis Nexis CZ s.r.o., 2005. Komentář k čl. 8, s. 18-19. ISBN 80-86199-93-2.

⁴⁴ MACH, Jan; et al. *Zdravotnictví a právo*. vyd. 2. Praha : Lexis Nexis CZ s.r.o., 2005. Komentář k čl. 8, s. 19. ISBN 80-86199-93-2.

⁴⁵ Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny čl. 5

⁴⁶ pozn. č. 43

⁴⁷ Zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod, čl. 6, odst. 1-3.

⁴⁸ Zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod, čl. 6, odst. 4.

požadovat zdravotní péči, a zároveň potřebná opatření v souladu se současnými poznatky lékařské vědy, které vedou k ochraně života před závažným onemocněním. Pacient má tedy právo být léčen, není to však jeho povinnost.

V zákonu č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, nalezneme též ustanovení, která mají vztah k našemu tématu. § 9 tohoto ustanovení koresponduje s čl. 31 Listiny základních práv a svobod a zároveň čl. 3 Úmluvy o biomedicíně. Dává tak všem občanům právo na poskytování zdravotní péče aj. Toto ustanovení taktéž ukládá povinnost všem občanům poskytnout nezbytnou pomoc osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví. Nesplnění tohoto nařízení je stíháno sankcí podle § 207 odst. 1 trestního zákona. Ze zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, § 17 a § 55, vychází povinnost zdravotního pracovníka léčit a právo pacienta být léčen⁴⁹. Uvádí, že: „Každý zdravotnický pracovník je povinen ... postupovat svědomitě, poctivě, s hluboce lidským vztahem k občanům a s vědomím odpovědnosti ke společnosti.“⁵⁰ A dále § 11 tohoto zákona uvádí: „Zdravotní péči poskytují zdravotnická zařízení ... v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy.“⁵¹ Toto ustanovení je v současné době považováno za definici pojmu „postup lege artis“. Avšak tato formulace je značně diskutabilní. Pojem je tedy vykládán tak, že je třeba využívat těch poznatků lékařské vědy, které jsou dostupné zdravotnickému zařízení, a které jsou k dané diagnóze považovány za obvyklé a jejichž použití znamená odborně správný postup, ale vždy s přihlédnutím ke konkrétním možnostem a to i ekonomickým. Jak Mach uvádí: „Neznamená to tedy, že každý pacient má automaticky právo na tu nejlepší a nejdražší zdravotní péči, byť existuje její levnější alternativa.“⁵² Ovšem každý pacient má nepochybně právo na odborně správný postup při léčbě, který je v souladu se současnými, pro Českou republiku, dostupnými poznatky lékařské vědy. V § 23 odst. 1 tohoto ustanovení jsou upraveny podmínky o poučení a souhlasu nemocného, popř. negativním reversu. A odst. 3 citovaného paragrafu uvádí: „Je-li neodkladné provedení vyšetřovacího nebo léčebného výkonu nezbytné k záchraně života nebo zdraví dítěte anebo osoby zbavené způsobilosti

⁴⁹ Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, § 9.

Listina základních práv a svobod, čl. 31.

Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny, čl. 3.

⁵⁰ Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu § 55 odst. 1.

⁵¹ Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu § 11 odst. 1.

⁵² MACH, Jan; et al. *Zdravotnictví a právo*. vyd. 2. Praha : Lexis Nexis CZ s.r.o., 2005. Komentář k § 11, s. 102. ISBN 80-86199-93-2.

k právním úkonům a odpírají-li rodiče nebo opatrovník souhlas, je ošetřující lékař oprávněn rozhodnout o provedení výkonu.⁵³“

Mezi další zákony, které se vztahují k institutu dříve vyslovených přání, patří zákon č.40/1964 Sb., občanský zákoník a zákon č.40/2009 Sb., trestní zákon.

V návrhu zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), který byl v lednu 2011 rozeslán do připomínkového řízení, byla navržena ustanovení k institutu dříve vyslovených přání. V § 35 je definice dříve vysloveného přání upravena tak, že pacient může pro předvídatelné situace předem vyslovit svůj souhlas či nesouhlas s poskytováním zdravotnických služeb, tedy dříve vyslovené přání.⁵⁴ (příloha č. 6) Ovšem takové přání musí mít písemnou formu s úředně ověřeným podpisem pacienta. Za těchto podmínek se doklad stává součástí zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi. Dále existuje možnost, že pacient vysloví své přání až při přijetí do zdravotnické péče. Takto vyslovené přání se též zaznamená do zdravotnické dokumentace pacienta a je podepsáno pacientem, zdravotnickým pracovníkem a svědkem. Poskytovatel zdravotnické péče je povinen dříve vyslovené přání respektovat, má-li ho a splňuje výše uvedené podmínky. Není však povinen jej respektovat, pokud od doby vyslovení dříve vysloveného přání došlo ke značnému vývoji v poskytování zdravotnických služeb, a můžeme tak předpokládat, že by pacientovo přání změnilo či ovlivnilo. Dále jej nelze respektovat, pokud přání vybízí k takovým metodám, které by vedly k aktivnímu usmrcení organismu nebo pokud poskytovatel zdravotní péče nemá dříve vyslovené přání k dispozici v předepsané podobě⁵⁵.

2.1 Definice pojmu *lege artis*

Pojem „*lege artis*“ je možné doslovně přeložit „podle pravidel umění“, jinde je uváděno „zákonným způsobem“ nebo „podle zákona“⁵⁶. Jedná se o pojem čistě medicínský, avšak se všemi právními důsledky. Je to takový postup při poskytování

⁵³ Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, § 23, odst. 3.

⁵⁴ Návrh zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách).

⁵⁵ MACH, Jan; et al. *Zdravotnictví a právo*. vyd. 2. Praha : Lexis Nexis CZ s.r.o., 2005. Komentář k čl. 9, s. 19. ISBN 80-86199-93-2.

⁵⁶ SOKOL, Tomáš. *Právní rádce* [online]. 21. 4. 2010 [cit. 2011-03-23]. *Lege artis*, známý pojem neznámého obsahu. Dostupné z WWW: <http://pravni.radce.ihned.cz/c4-10078260-42774960-F00000_d-lege-artis-znamy-pojem-neznameho-obsahu>.

zdravotní péče, jenž splňuje požadované podmínky, tzn. takový postup, který je zejména v souladu se současnými dostupnými poznatky vědy, někdy bývá doplňováno v souladu se současnou praxí⁵⁷.

Za legální definici pojmu se považuje § 11 odst. 1 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, který je citován v kap. 2. Další doplnění nalezneme v § 55 téhož zákona: „...každý zdravotnický pracovník je povinen ... postupovat svědomitě, poctivě, s hlubokým lidským vztahem k občanům a s vědomím odpovědnosti ke společnosti.“ . Vše je v souladu s čl. 4 Úmluvy o biomedicíně: „...v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy⁵⁸“. Další doplnění pojmu definice nalezneme v judikátu Nejvyššího soudu České republiky, který uvádí, že: „V trestněprávní nauce se běžně považuje za porušení „lege artis“, pokud lékař při výkonu svého povolání nedodrží rámec pravidel vědy a medicínských způsobů a to v mezích daných rozsahem svých úkolů podle pracovního zařazení i konkrétních podmínek a objektivních možností.⁵⁹“ Je to poskytování zdravotní péče podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů⁶⁰. Pokud existuje několik uznávaných postupů, pak postup podle každého z nich je lege artis.⁶¹

Etický kodex České lékařské komory § 2 odst. 1 uvádí: „Lékař v rámci své odborné způsobilosti a kompetence svobodně volí a provádí ty preventivní, diagnostické a léčebné úkony, které odpovídají současnému stavu lékařské vědy a které pro nemocného považuje za nejvýhodnější. Přitom je povinen respektovat v co největší možné míře vůli nemocného⁶²“. V Kodexu práv pacienta je popsáno pacientovo právo na odbornou zdravotní péči, uvádí: „Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.⁶³“. Zároveň nesmíme opomenout, že součástí správného postupu lege artis je i kvalitní vedení zdravotnické dokumentace pacienta.

⁵⁷ VONDRÁČEK, Lubomír; KURZOVÁ, Hana. *Zdravotnické právo*. Praha : Karolinum, 2002. Postup lege artis, s. 76. ISBN 80-246-0531-7.

⁵⁸ Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny, čl. 4.

⁵⁹ Rozsudek Nejvyššího soudu ČR ze dne 22.3.2005, spisová značka 7 T do 219/2005.

⁶⁰ MACH, Jan. Co je péče „lege artis“, a kdo to posoudí?. *Medicínské právo* [online]. 2007-11-29, č.9, [cit. 2011-03-07]. Dostupný z WWW: <<http://www.medicinskepravo.cz/2007/11/co-je-pecce-lege-artis-kdo-to-posoudi.html>>.

⁶¹ MACH, Jan; et al. *Zdravotnictví a právo*. vyd. 2. Praha : Lexis Nexis CZ s.r.o., 2005. s. 102. ISBN 80-86199-93-2.

⁶² Etický kodex České lékařské komory, § 2, odst 1.

⁶³ Etický kodex práv pacienta, odst. 1.

Problém však nastává v situaci, kdy je třeba rozřešit, zda byla péče poskytována lege artis nebo ne. V žádném právním předpise není výslovně určeno, kdo je oprávněn o tomto rozhodovat. V současné době se nejčastěji k takovému problému vyjadřuje soudní znalec, znalecká komise nebo lékařská komora⁶⁴.

2.2 DNR – Do not resuscitate

Pokyny Do Not Resuscitate popř. Do Not Attempt Resuscitation (dále jen „DNR“ nebo „DNAR“) mají protichůdný charakter. Představují na jedné straně velmi specifickou kategorii dříve vyslovených přání, a jsou tedy realizačním nástrojem práva pacienta na sebeurčení. Na straně druhé je lze naopak považovat za typický nástroj lékařské nadřazenosti, kdy je o pacientovi rozhodováno bez pacienta⁶⁵.

Právní úpravu pokynů DNR určuje ustanovení čl. 9 Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny. Jak je již uvedeno v kap. 2, čl. 9 stanovuje, že bude brán zřetel na dříve vyslovená přání pacienta ohledně lékařského zákroku, pokud pacient v době zákroku není ve stavu, kdy může vyjádřit své přání⁶⁶. Jak uvádí Peterková: „*Tímto je úprava dříve vysloveného přání v českém právním řádu vyčerpána a jde tedy spíše jen o prázdný pojem, vzpomínaný Úmluvou, neboť k přímé aplikovatelnosti dříve vysloveného přání chybí podrobnější zákonná či podzákonná úprava.*“⁶⁷ Mach uvádí: „*Toto ustanovení úmluvy není dosud promítnuto do českého práva. Pokud však pacient vysloví předem určité přání a nebude pochyb, že jde o právně relevantní projev vůle pacienta, je v konkrétním případě třeba jednat v duchu tohoto ustanovení Úmluvy, které není v rozporu s žádným ustanovením českých právních předpisů.*“⁶⁸

Chápeme-li pokyn DNR z pohledu lékaře, který řeší u skutečného pacienta, zda se má zahájit kardiopulmonální resuscitace nebo se naopak zahajovat nemá, platí to samé, co u poskytování zdravotní péče. Lékař má povinnost postupovat lege artis, a to

⁶⁴ VONDRÁČEK, Lubomír; KURZOVÁ, Hana. *Zdravotnické právo*. Praha : Karolinum, 2002. Postup lege artis, s. 76s. ISBN 80-246-0531-7.

⁶⁵ PETERKOVÁ, Helena. *Centrum zdravotnického práva* [online]. 2007 [cit. 2011-02-03]. Pokyny Do Not Resuscitate. Dostupné z WWW: <<http://czp.prf.cuni.cz/?q=node/59>>.

⁶⁶ Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny, čl. 9.

⁶⁷ pozn. č. 65

⁶⁸ MACH, Jan; et al. *Zdravotnictví a právo*. vyd. 2. Praha : Lexis Nexis CZ s.r.o., 2005. Komentář čl. 9, s. 19-20. ISBN 80-86199-93-2.

v souladu s příslušnými standardy a předpisy dle Úmluvy o biomedicíně, čl. 4. Zároveň má povinnost volit postupy: „v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy“⁶⁹ a: „odborně, v souladu s etikou lékařského povolání a způsobem stanoveným zákony a řády komor.“⁷⁰

Podle Peterkové: „*Souhlas a vůle pacienta (a jejich limitace) je tedy leitmotivem celého zdravotnického práva, a to do té míry, že čl. 9 Úmluvy ústavně zakotvuje institut předem vyslovených přání, tj. velmi obecně a rámcově formulovanou povinnost přihlížet k dřívější vůli pacienta, vyslovil-li ji.*“⁷¹ A dále uvádí: „*V ČR neexistuje žádný speciální zákon nebo podzákoný předpis, který by se podrobněji zabýval právy pacienta, jeho rodinných příslušníků, právy a povinnostmi ošetřujících lékařů při ukončování léčby pacienta, a hlavně jejich vzájemnými vztahy. Český právní řád oficiálně nezná formalizovaná paradigmatu typu living will, advanced directives, pokyny DNR.*“⁷² Zásadním problémem je tedy nedostatek pravidel či standardizovaných pokynů pro vyhodnocení dalších postupů, které by byly určeny nemocničním zařízením a zbavily je tak odpovědnosti za každé učiněné rozhodnutí. Jak uvádí Peterková: „*Jakkoli každá diskuse o rozsahu práv pacienta v souvislosti s léčbou, a nejvíce pak s jejím ukončováním, se týká oborů medicíny i etiky, právě právo by mělo být schopno nastavit ony meze, které budou normovat to nejdůležitější. Praxi.*“⁷³

2.3 Rozhodování v kritických a terminálních stavech

Situace, kdy je nutné rozhodnout o pacientovi na základě jeho stavu, můžeme rozřadit do několika situací:

- ukončení – nezahájení život zachraňující léčby na žádost způsobilé osoby
- ukončení – nezahájení léčby na základě předem vysloveného přání
- ukončení – nezahájení léčby bez projevu vůle
- pomoc k sebevraždě
- usmrcení na žádost

⁶⁹ Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, § 11 odst. 1.

⁷⁰ Zákon č. 220/1991 Sb., České národní rady o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře § 2 odst. 1 písm. a).

⁷¹ PETERKOVÁ, Helena. *Centrum zdravotnického práva* [online]. 2007 [cit. 2011-03-26]. Pokyny Do Not Resuscitate. Dostupné z WWW: <<http://czp.prf.cuni.cz/?q=node/55>>.

⁷² pozn. č. 71

⁷³ pozn. č. 71

2.3.1 Ukončení – ne zahájení život zachraňující léčby na žádost způsobilé osoby

Pokud nemocný odmítá doporučenou léčbu, je nutné, aby si lékař vyžádal od pacienta písemné prohlášení- negativní revers, jak je uvedeno v § 23 odst. 2 zákona 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu: „*Odmítá-li nemocný přes náležité vysvětlení potřebnou péči, vyžádá si ošetřující lékař o tom písemné prohlášení (revers)*“⁷⁴. Platný negativní revers chrání zdravotního pracovníka před právní odpovědností: „*Kdo osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví, neposkytne potřebnou pomoc, ač je podle povahy svého zaměstnání povinen takovou pomoc poskytnout, bude potrestán odnětím svobody až na tři léta nebo zákazem činnosti.*“⁷⁵

Nejčastěji se používá, pokud pacient odmítá navrhovanou strategii léčby, ačkoli s ní byl náležitě seznámen a také byl seznámen s tím, že se tímto vystavuje vysokým zdravotním rizikům. Sepsání negativního reversu má svá pravidla, jež musí být dodržena, aby byl dokument plně právně platný pro případ, že se lékař bude muset zodpovídat z neposkytnutí žádoucí léčby.

Pokud pacient není schopen negativní revers podepsat nebo odmítá záznam o prohlášení podepsat, je nutné opatřit záznam jmény svědků, který byl této situaci přítomen. Jde-li o nezletilého pacienta nebo pacienta zbaveného k právní způsobilosti, musí z prohlášení vyplývat, že veškeré informace byly poskytnuty jeho právnímu zástupci a v přiměřeném rozsahu i formě také pacientovi. V tomto případě prohlášení o odmítnutí zdravotního výkonu podepisuje zákonný zástupce. Pokud zákonný zástupce odmítá záznam podepsat, je nutné uvést jméno svědka, jenž byl situaci přítomen⁷⁶.

K odmítnutí léčby se váže celá řada etických i praktických problémů. Je možné, že pacient odmítne jen část léčby, potom je stále možné mu péči poskytovat. Postup je však krytý omezeným informovaným souhlasem pacienta. Jak uvádí Haškovcová: „*V souvislosti s odmítnutím léčby nebo její části bývá tradičně a stereotypně uváděn případ Svědků Jehovových. Pro řadu lékařů jsou obtížně přijatelné argumenty vyplývající z nadřazení hodnoty víry nad hodnotu života. Možná právě proto jsou Svědkové Jehovovi soustavně centrem pozornosti. V této souvislosti je třeba teoreticky diskutovat jednak o problému vztahu informovaného souhlasu k zájmům pacienta, pakliže mezi nimi existuje rozpor, a jednak akceptovat odlišnou hierarchii jednotlivých*

⁷⁴ Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu § 23 odst. 2.

⁷⁵ Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník § 150 odst. 2.

⁷⁶ MACH, Jan; RATH, David. *Právní sebeobrana lékaře*. vyd. 2. [s.l.] : Presstempus s.r.o., 2006. 143 s.

lidí. *Takový respekt k individuálním hodnotovým orientacím je nezbytně nutný, v praxi však může přinést řadu obtíží.*⁷⁷“

Problematické momenty mohou nastat při špatném či nesprávném nebo neúplném poučení pacienta, omylu či okamžité nezpůsobilosti pacienta.

2.3.2 Ukončení – nezahájení léčby na základě předem vysloveného přání

Z Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, čl. 8 vyplývá, že: „*Pokud v situacích nouze nelze získat příslušný souhlas, jakýkoliv nutný lékařský zákrok lze provést okamžitě, pokud je nezbytný pro prospěch zdraví dotyčné osoby.*“ Ale čl. 9 připouští, že: „*Bude brán zřetel na dříve vyslovená přání pacienta...*“⁷⁸“

Z výše uvedeného zde vznikají problematické momenty, a to především z důvodu vágní formulace čl. 9. Je totiž velmi obtížné prokázat projev vůle pacienta, protože není konkrétně stanoveno, zda by projev dříve vysloveného přání měl být v písemné formě, popřípadě notářsky ověřený. Tento problém by měl upravovat návrh zákona o zdravotnických službách⁷⁹. Ovšem osud tohoto zákona a zákonného ustanovení o dříve vyslovených přání je v tuto chvíli ještě nejistý.

Mohli bychom zde zmínit i strategii pasivní eutanázie. Je to jednání, kdy se nečiní žádná opatření, které by prodlužovaly život umírajícího pacienta. Může tak jít o neposkytnutí resuscitace, nepodání lékové terapie, upuštění od podávání výživy a tekutin aj. Jindy užívaný pojem nepřímá eutanázie, tedy aplikace léčebných metod, které mohou uspišit smrt pacienta, nebude trestná, jestliže úmyslem nebude usmrcení pacienta, ale tlumení bolesti.⁸⁰

⁷⁷ HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Informovaný souhlas : Proč a jak?*. vyd. 1. Praha : Galén, 2007. Odmítnutí zdravotní péče a negativní revers, s. 50. ISBN 978-80-7262-497-3.

⁷⁸ Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny, čl. 9.

⁷⁹ Návrh zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). viz také kap. 2

⁸⁰ PROŠKOVÁ, Eva. Etické a právní aspekty eutanázie. *Kontakt* [online]. 2009, no. 1, s. 257 - 264, [cit. 2011-03-26]. Dostupný z WWW: <http://www.zsf.jcu.cz/struktura/utvary/edicni-oddeleni/periodika/kontakt/jednotliva-cisla-casopisu-kontakt-podle-rocniku/kontakt_2009/eticke-a-pravni-aspekty-eutanazie-full/view>.

2.3.3 Ukončení – nezahájení léčby bez projevu vůle

Dle Doporučení České lékařské komory č. 1/2010, k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli je uvedeno: „*Nezahajování léčby – léčebný postup, který nemůže zastavit postup choroby, navrátit zdraví nebo odvrátit smrt pacienta, není indikován a není proto zahajován. Takový postup by byl léčbou marnou či neúčelnou. Nepřijetí pacienta v konečné fázi jeho onemocnění na pracoviště intenzivní medicíny, kdy již nelze zastavit postup choroby, navrátit zdraví či odvrátit smrt, patří mezi opatření nezahajování léčby.*“ a nepokračování v léčbě: „...*při nemožnosti zastavit postup choroby, navrátit zdraví nebo odvrátit smrt, není ve stávající marné a neúčelné léčbě pokračováno a tato léčba je ukončena (např. vysazení farmakologické podpory oběhu, ukončení hemodialýzy, ukončení ventilační podpory).*⁸¹“ Neprodłużováním utrpení je v podstatě umožněno důstojně a klidně odejít, když k odchodu dozrál čas a selhaly životně důležité orgány. Hlavním úmyslem lékaře a zdravotnického personálu je nebránit přirozené smrti⁸².

Ovšem pokud by se jednalo o nezahájení život zachraňující léčby, tak je tento postup dle Trestního zákona č. 40/2009 Sb., § 150 odstavec 2 charakterizován jako neposkytnutí zdravotní pomoci⁸³. Zákon uvádí, že kdo neposkytne pomoc osobě, která je v ohrožení života, ačkoli dotyčný svým charakterem zaměstnání je povinen takovou pomoc poskytnout, bude potrestán odnětím svobody nebo zákazem činnosti. Dále § 11 odstavec 1 zákona 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu⁸⁴ uvádí, že veškerá zdravotnická zařízení poskytují zdravotní péči v souladu se současnými poznatky lékařské vědy. Ještě bychom mohli zmínit § 13 odstavec 1 zákona 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění⁸⁵, jenž udává, že cílem poskytnuté zdravotní péče pojištěnci je zachovat nebo zlepšit jeho zdravotní stav.

⁸¹ Doporučení České lékařské komory č.1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli, čl. 3.

⁸² KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2007. Etika umírání a smrti, s. 70-79. ISBN 978-80-247-2069-2.

⁸³ Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, § 150, odst. 2.

⁸⁴ Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, § 11, odst. 1.

⁸⁵ Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, § 13, odst. 1.

2.4 Smrt z právního hlediska

V české legislativě je smrt definovaná v zákoně 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon) § 2 písm. e) „...*nezvratná funkce celého mozku, včetně mozkového kmene*“ a § 10 téhož zákona dále stanovuje, jak se smrt prokazuje a co je nutné u smrti mozku prokázat⁸⁶.

Ve výše uvedených ustanoveních jsou vymezeny definice základních pojmů, s nimiž operuje citovaný zákon. Žádný z právních předpisů, které před přijetím tohoto zákona problematiku upravovaly, tak jasné definice základních pojmů užívaných v této oblasti nezahrnoval⁸⁷.

Problematika odebírání tkání a orgánů od zemřelého dárce a s tím spojené vymezení náležitostí smrti bylo do schválení transplantačního zákona upraveno jen směrnicí Ministerstva zdravotnictví ČSR č. 24/1977 Věstníku MZ, o mimořádném odnímání tkání a orgánů z mrtvých těl. Již z názvu předpisu lze odvodit, že tento v oblasti zdravotnictví velmi významný dokument postrádal právní sílu a bylo třeba jej nahradit odpovídající právní úpravou⁸⁸.

⁸⁶ Zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon), § 2 písm. e).

⁸⁷ MACH, Jan, et al. *Zdravotnictví a právo*. vyd. 2. Praha : LexisNexis CZ s.r.o., 2005. Komentáře § 2 a § 10, s. 389-400. ISBN 80-86199-93-2.

⁸⁸ MACH, Jan, et al. *Zdravotnictví a právo*. vyd. 2. Praha : LexisNexis CZ s.r.o., 2005. Komentář § 10, s. 399. ISBN 80-86199-93-2.

3 Etické aspekty dříve vyslovených přání

Etika je vědní disciplína, která zkoumá mravnost a určuje tak, co je mravné a co je nemravné. Morálka je systém pravidel a norem, které vymezují chování lidí. Představuje tak předpisovanou stránku mravnosti. Určuje společensky žádoucí a nežádoucí jednání, a tím ovlivňuje chování člověka ve společnosti. Je to schopnost rozpoznat správné od nesprávného či dobro od zla. K tomuto rozpoznání dozajista napomáhá svědomí člověka. Morálka svá přání určitými metodami zdůvodňuje a vznikají tak mravní normy. Ty jsou vymezeny svědomím člověka a veřejným míněním společnosti. Je však nutné rozlišovat mravní zásady od právních zákonů.⁸⁹

Lékařská etika je nedílnou součástí medicíny. Zabývá se situacemi, ve kterých se zdravotnický pracovník musí rozhodnout. Veškeré léčebné zákroky či diagnostická vyšetření znamenají závažná rozhodování. Cílem a snahou lékařské etiky je vyváženost odbornosti, ale i lidskosti (pochopení, laskavost apod.).

V posledních desetiletích se významně změnil vztah mezi lékařem a pacientem. Paternalistický model je postupně nahrazován modelem partnerským. V paternalistickém modelu je vztah lékaře a pacienta naprosto nesouměrný. Léčebná rozhodnutí jsou v tomto modelu automaticky považována za rozhodnutí odborná, která náleží lékaři-specialistovi, nikoli pacientovi⁹⁰. Lékař by měl rozhodovat v pacientově nejlepším zájmu. Zde se uplatňují dva základní principy lékařské etiky:

- princip beneficence (dobročinnost)
- princip normaleficience (druhému neškodit)

Podle zásady beneficence to znamená, usilovat o dobro pacienta a jednat vždy v zájmu života a zdraví nemocného. Podklad nacházíme již v hippokratovské zásadě: „*Salus aegroti suprema lex.*“ (*Zdraví nemocného je nejvyšším zákonem*“), jak uvádí Kořenek⁹¹. Tento princip dále určuje základní pravidla lékařského jednání: ochrana života, obnovení zdraví, zlepšení kvality život a úleva od strádání a bolesti⁹².

⁸⁹ HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 3. rozš. vyd. Praha : Galén, 2002. Abychom si rozuměli aneb základní pojmy, s. 13-17. ISBN 80-7262-132-7.

⁹⁰ SLÁMA, Ondřej. *Klinické, etické a právní aspekty rozhodování o kardiopulmonální resuscitaci u terminálně onkologicky nemocných pacientů* [online]. Brno : Brno, 2009. Lékařská etika, s. 11-12. Dizertační práce. Masarykova univerzita Brno, lékařská fakulta. Dostupné z WWW: <is.muni.cz/th/90625/lf_d/Dizertace-definitivni.doc>.

⁹¹ KOŘENEK, Josef. *Lékařská etika*. Praha : Triton, 2002. Lékařská etika, s. 53. ISBN 80-7254-235-4.

⁹² pozn. č. 91

Princip normaleficience vystihuje požadavek, aby lékař omezil možná rizika pro pacienta nebo jim předcházel. U pacienta se předpokládá důvěra v dobrý úmysl lékaře, v jeho odbornou způsobilost a tedy jeho souhlas s navrženým postupem. Základ opět vychází z hippokratovské zásady: „*Nil nocere!*“ („*Především neškodit*“), uvádí Kořenek⁹³.

V modelu partnerském je mnohem větší důraz kladen na pacientovu autonomii. Je to právo pacienta rozhodovat o všem, co se týká jeho zdraví, zdravotní péče a jeho tělesné integrity. Všechny diagnostické i léčebné postupy mohou být prováděny až na výjimky pouze se souhlasem plně informovaného pacienta. Pacient má právo odmítnout navrhovanou léčbu a to i tehdy, pokud se tím vystavuje nebezpečí vážné poruchy zdraví nebo smrti. Z hlediska etického tak někdy dochází k rozporu dvou základních etických povinností: povinnosti ochraňovat zdraví a života pacienta (princip beneficence) a povinnosti respektovat jeho sebeurčení. V posledních letech je větší váha kladena na respekt pacientovi autonomie. Je přínosem, že spoluúčast pacienta v rozhodování nabyla většího významu, protože se jedná především o vlastní život pacienta. Avšak ve spojitosti s péčí o pacienty v závěru života vyvstává eticky důležitá otázka, jaká léčba je pro pacienta v této fázi prospěšná a jaké je naopak marná, zbytečná.⁹⁴ Této problematice je věnována podkapitola 1.5.

Snaha o zohlednění pacientovi autonomie nabízí možnost naplánovat předem postupy, které by si ve stavu umírání, dlouhého a nezvratného bezvědomí, těžkého poškození mozku či v podobných situacích přál nebo nepřál. Jsou pro to užívány termíny living will (poslední pořízení), advance directives (předem určené) nebo DNR (přání neresuscitovat) apod.

⁹³ PETERKOVÁ, Helena. *Centrum zdravotnického práva* [online]. 2007 [cit. 2011-02-03]. Pokyny Do Not Resuscitate. Dostupné z WWW: <<http://czp.prf.cuni.cz/?q=node/59>>.

⁹⁴ MUNZAROVÁ, Marta. *Lékařská etika od A do Z*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2005. Etika a právo, s. 95. ISBN 80-247-1024-2.

3.1 Etika v procesu umírání

Umírání a smrt je z pohledu etiky obtížné odborné téma. Zdravotničtí pracovníci se denně setkávají se smrtí, a proto nemohou existenci smrti tak lehce popírat, jak je tomu ve společnosti běžné. Problematika umírání a smrti byla dlouho tabuizována. Přístup lidí k umírání a ke smrti je ovlivněn také kulturou dané společnosti. Většinu laiků a možná i odborníků zajímají pouze některé atraktivní otázky, jako je například problematika eutanázie. Ovšem úkolem zdravotníka je umírajícího nepřehlížet a zajistit mu důstojný odchod⁹⁵.

Existují dvě varianty, jak přistupovat k umírajícímu pacientovi. První možností je, že pacient zůstává do poslední chvíle v intenzivní péči a jsou využívány veškeré prostředky k prodloužení života. Druhým přístupem je příprava na důstojný odchod, pacientovi je dopřán kontakt s jeho blízkými a možnost rozloučit se. Děje se tomu tak v nemocnici, hospici či doma⁹⁶. Současné době se hledají alternativy a varianty nového rituálu umírání, např. ponechat umírajícího doma a zajistit mu kvalitní odbornou péči nebo přijmout rodinu umírajícího do nemocnice, popř. kombinace obou možností.

Mezi zásady a úkoly zdravotnických pracovníků v péči o umírajícího pacienta bychom mohli zařadit především vnímání a respektování přání nemocného, a to i v případě dříve vysloveného přání. Ovšem střetávají se zde argumenty, které jsou jednak pro projev vůle pacienta dříve vysloveným přáním, ale také argumenty, které mohou svědčit proti tomu. Argumenty, které svědčí pro, mohou být: právo jedince na sebeurčování, v případě utrpení nebude prodlužováno zbytečnou léčbou, strach pacientů z bolesti, strach ze ztráty lidské důstojnosti aj. Naproti tomu důvody, které svědčí proti respektování dříve vysloveného přání, jsou: povinnost zdravotníka je léčit, existence mnoha prostředků k tišení bolesti apod.⁹⁷

⁹⁵ HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 3. rozš. vyd. Praha : Galén, 2002. Etické problémy umírání a smrti, s. 202-216. ISBN 80-7262-132-7.

⁹⁶ KOŘENEK, Josef. *Lékařská etika*. Praha : Triton, 2002. Etika v procesu umírání, s. 154-155. ISBN 80-7254-235-4.

⁹⁷ KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2007. Living will, s. 87-88. ISBN 978-80-247-2069-2.

3.2 Křesťanský pohled na přijetí smrti

Traduje se, že věřící lidé se s umíráním vyrovnávají snadněji, protože jim víra poskytne naději na další život. Pojetí podstaty je jistě komplikovanější, ale je jisté, že některým věřícím skutečně víra pomáhá. Jiní však zase mohou prožívat pochybnosti o dobrotě Boha, který připustil jejich utrpení.⁹⁸

V Bibli je nemoc popsána v kapitole Izajáš, kde se píše o Ezechijášově (Chizkijášově) nemoci. Ezechijáš byl izraelský král, který těžce onemocněl. Jak na nemoc reagoval, je popsáno ve verši: „*Ach, Hospodine, rozpomeň se prosím, že jsem chodil před Tebou opravdově a se srdcem rozděleným a že jsem činil, co je dobré v Tvých očích. A Ezechijáš se dal do velikého pláče.*“⁹⁹ Podle uvedeného i věřící Ezechijáš prožívá strach a zoufalství¹⁰⁰. Dále je psáno: „*Izajáš poručil, ať přinesou suché fíky, potřou mu vřed a zůstane na živu.*“¹⁰¹ Fíky byly použity proto, že z nich tehdy byla vyráběna hojivá mast, šlo tedy zřejmě o léčebný prostředek starověké medicíny. Je tedy dovoleno použít medicínské léčebné postupy. Avšak není správné nejdříve hledat pomoc v medicíně, a když selže, tak teprve potom u Boha. Podle verše se Ezechijáš nejdříve spoléhal na Hospodina a potom přijal Boží uzdravení z rukou proroka Izajáše¹⁰².

Podle Bible nám nemoc dává příležitost se zastavit. Každý křesťan má ve své nemoci hledat Pána a přitom může narazit na vlastní hříchy. Skutečná víra v Boha toleruje a dovoluje užívat dostupných prostředků pro záchranu života, ať už jde o léky, transplantace orgánů včetně krevních převodů apod. Podle Ruckého: „*Užívej lékařskou pomoc a léčbu s modlitbou a přitom důvěřuj v Boží vedení a pomoc.*“¹⁰³

Bible praví, že smrt člověka znamená „*oddělení*“, není to však konec. Bible mluví o smrti trojí: duchovní, tělesné a věčné. Podle Ruckého máme tři skupiny umírajících. První skupinu tvoří ti, kteří Ježíše Krista přijali jakového Spasitele a Pána a v závěru svého života potřebují svou víru. Druhou skupinou jsou ti, kteří o Ježíši Kristu slyšeli, ale nikdy se však pro něho nerozhodli a nepřijali jeho nabídku spásy, ale

⁹⁸ HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie : Nauka o umírání a smrti*. vyd. 1. Praha : Galén, 2000. Fenomén naděje, s. 74. ISBN 80-7262-034-7.

⁹⁹ *Bible překlad s výkladem*. Praha : Kalich, 1978. Starý zákon, Izajáš, s. 285.

¹⁰⁰ RUCKI, Štěpán, et al. *Mezi biblí a medicínou*. Albrechtice : Křesťanský život, 2007. Zdraví a nemoc, s. 72-78. ISBN 978-80-7112-121-3.

¹⁰¹ pozn. 100

¹⁰² pozn. 100

¹⁰³ pozn. 100

mají touhu po věčném životě. A třetí jsou lidé, kteří o spasení v Ježíši Kristu nemají zájem. Podle křesťanů lidé umírající bez Krista mají těžší umírání. Když je člověk přesvědčen, že všechno končí smrtí, má před sebou jen nicotu¹⁰⁴.

Méně je však známo, že i nevěřící může zemřít v klidu, smířen se svým životem. Podle Hennzelové: „*Není to víra, ale plnost života, který má člověk za sebou, co mu umožňuje odevzdat se do náruče smrti.*“¹⁰⁵ Haškovcová tvrdí, že: „...víra v Boha je vhodným předpokladem pro zvládnutí extrémní zátěže, jakou reprezentuje i umírání, ale rozhodně není sama o sobě zárukou, že se tak stane.“¹⁰⁶

¹⁰⁴ RUCKI, Štěpán, et al. *Mezi biblí a medicínou*. Albrechtice : Křesťanský život, 2007. 156 s. ISBN 978-80-7112-121-3.

¹⁰⁵ HENNZEL, M. *Smrt z blízka-umírající nás učí žít*. in HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie : Nauka o umírání a smrti*. vyd. 1. Praha : Galén, 2000. Fenomén naděje, s. 74. ISBN 80-7262-034-7.

¹⁰⁶ HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie : Nauka o umírání a smrti*. vyd. 1. Praha : Galén, 2000. Fenomén naděje, s. 74. ISBN 80-7262-034-7.

PRAKTICKÁ ČÁST

4 Výzkumné šetření

4.1 Cíl výzkumu

Zjistit jaká informovanost laické veřejnosti o problematice dříve vyslovených přání a jejich postoje a zkušenosti s danou problematikou.

4.2 Pracovní hypotézy

Pro výzkum jsem si stanovila následující hypotézy:

Hypotéza č. 1

Předpokládám, že převážná většina dotazovaných neumí definovat dříve vyslovená přání.

Hypotéza č. 2

Předpokládám, že o možnosti se vyjádřit dříve vysloveným přáním uvažují lidé starší 50 let.

Hypotéza č. 3

Předpokládám, že nejvyšší ukončené vzdělání respondentů neovlivňuje jejich informovanost o problematice dříve vyslovených přání.

Hypotéza č. 4

Předpokládám, že povolání zdravotníka zásadně ovlivní informovanost respondentů o problematice dříve vylovených přání.

4.3 Metody výzkumu

Výzkum byl prováděn u osob všech věkových kategorií. Dotazníky byly rozdány laické veřejnosti, a to v tištěné nebo elektronické podobě. Abych předešla zkreslení získaných údajů, předem jsem dle složení obyvatel České republiky podle Českého statistického úřadu¹⁰⁷ stanovila věkové skupiny. Tímto jsem se snažila zaručit zastoupení všech věkových kategorií jako je tomu ve složení obyvatelstva České republiky.

Věkové skupiny byly stanoveny takto:

- 1. skupina: věk do 20 let
- 2. skupina: od 21 do 40 let
- 3. skupina: od 41 do 60 let
- 4. skupina: od 61 do 80 let
- 5. skupina: od 81 do 100 let

Podle složení obyvatel dle Českého statistického úřadu celkový počet obyvatel na území České republiky ke dni 31. 12. 2009 je 10 506 813 obyvatel a věkový průměr obyvatel České republiky je 40,6 let¹⁰⁸.

¹⁰⁷ Český statistický úřad [online]. 30.4. 2010 [cit. 2011-02-01]. Věkové složení obyvatelstva v roce 2009. Dostupné z WWW: <[http://www.czso.cz/csu/2010edicniplan.nsf/t/0C001BB2A3/\\$File/400310007.pdf](http://www.czso.cz/csu/2010edicniplan.nsf/t/0C001BB2A3/$File/400310007.pdf)>.

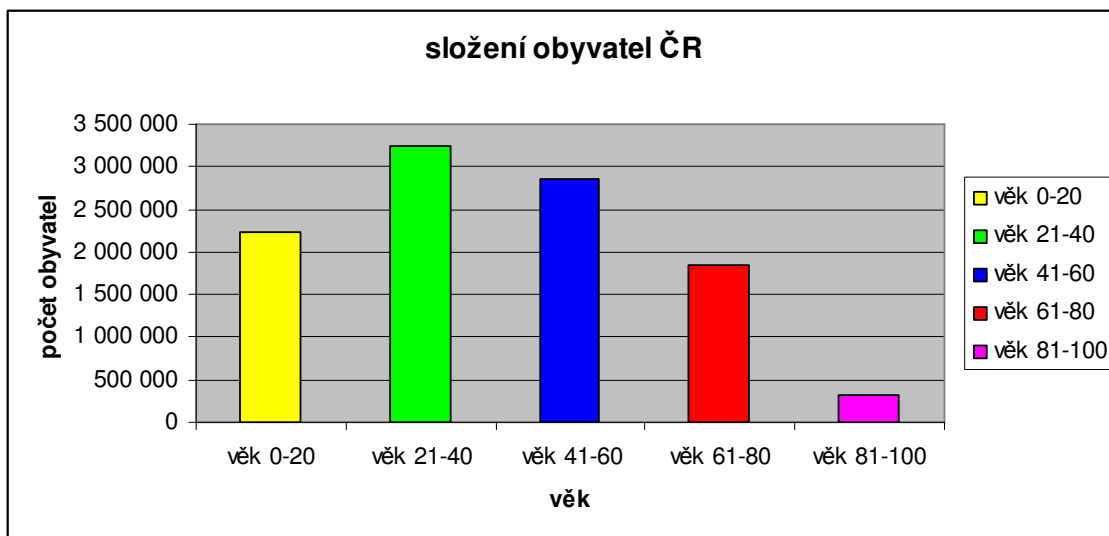
¹⁰⁸ pozn. č. 107

Tabulka 1

věk 0-20		věk 21-40		věk 41-60		věk 61-80		věk 81-100	
věk 0	118 609	věk 21	139 678	věk 41	137 049	věk 61	150 887	věk 81	50 247
1	120 290	22	139 440	42	137 083	62	155 175	82	44 967
2	115 180	23	142 557	43	138 694	63	149 133	83	41 071
3	106 813	24	146 138	44	144 336	64	119 428	84	36 505
4	103 653	25	147 136	45	150 674	65	123 264	85	32 594
5	98 791	26	147 417	46	145 264	66	118 499	86	28 524
6	94 995	27	151 278	47	130 902	67	103 457	87	23 594
7	94 143	28	151 912	48	127 573	68	97 770	88	19 079
8	92 473	29	161 178	49	125 525	69	94 287	89	13 656
9	90 558	30	177 360	50	123 959	70	81 990	90	9 035
10	89 338	31	182 504	51	133 918	71	77 408	91	4 077
11	90 584	32	185 195	52	144 162	72	71 594	92	3 202
12	91 000	33	189 583	53	148 542	73	69 070	93	2 628
13	91 164	34	192 862	54	150 170	74	67 675	94	2 473
14	96 779	35	194 394	55	150 502	75	66 620	95	2 450
15	107 819	36	181 931	56	151 500	76	65 083	96	1 578
16	121 887	37	164 825	57	154 054	77	65 805	97	1 151
17	122 935	38	155 356	58	154 252	78	62 688	98	755
18	130 795	39	149 458	59	151 382	79	60 626	99	507
19	132 555	40	143 699	60	146 577	80	54 224	100	730
20	132 927								
Σ	2 243 288		3 243 901		2 846 118		1 854 683		318 823
Σ	21 %		31 %		27 %		18 %		3 %

109

Graf 1



¹⁰⁹ Český statistický úřad [online]. 30.4. 2010 [cit. 2011-02-01]. Věkové složení obyvatelstva v roce 2009. Dostupné z WWW: <[http://www.czso.cz/csu/2010ediciplan.nsf/t/0C001BB2A3/\\$File/400310007.pdf](http://www.czso.cz/csu/2010ediciplan.nsf/t/0C001BB2A3/$File/400310007.pdf)>.

4.3.1 Dotazník vlastní konstrukce

Dotazník (příloha č. 7) se skládal z jednotlivých otázek. Všechny otázky měly předem stanovené možnosti. Bylo to z důvodu neochoty respondentů se samostatně vyjadřovat a dotazníku věnovat více času. Soudila jsem tak dle vlastních zkušeností získaných u zpracování bakalářské práce. I přesto jsem na závěr dotazníku umístila volný prostor pro vyjádření k tématu. Někteří z respondentů tento prostor zajímavě využili.

Dotazník se skládal z 12 otázek, kdy se každá zaměřovala na jednu z výše uvedených hypotéz. Nejprve jsem zjišťovala pohlaví, zda je respondent povoláním zdravotnického pracovníka, věk a nejvyšší ukončené vzdělání respondentů. Dále jsem se ptala, zda vědí o možnosti sepsat předem své dříve vyslovené přání, jakou by v případě bezvědomí požadovali léčbu a jak by se rozhodli, kdyby se taková situace stala příbuzné osobě. V otázkách, které jsou zaměřeny na informovanost, jsem se ptala, v čem si myslí, že mohou svou vůli vyjádřit a zda mají právní možnost rozhodnout, jak by se zacházelo s jejich příbuznými.

Dotazník jsem se snažila volit krátký a výstižný, a to z důvodu již zmiňovaného, neochoty vyplňovat rozsáhlé dotazníky.

4.4 Organizace výzkumu

V období od února 2011 do března 2011 bylo rozdáno 150 dotazníků respondentům všech věkových skupin. Záměrně jsem se snažila získávat dotazníky v předem stanoveném procentuálním zastoupení:

- 1. skupina: 21 % (32 dotazníků)
- 2. skupina: 31 % (47 dotazníků)
- 3. skupina: 27 % (41 dotazníků)
- 4. skupina: 18 % (26 dotazníků)
- 5. skupina: 3 % (4 dotazníky)

Návratnost dotazníků byla 118, tj. 78,66 %. Vyřazeno bylo 5 dotazníků z důvodu nezodpovězení všech otázek v dotazníku a dále 9 dotazníků, na kterých respondenti uvedli, že ho nechtějí vyplnit. Převážně se jednalo o starší věkové kategorie lidí a někteří uvedli důvod, že jsou jim tyto otázky nepříjemné. Sledovaný soubor se skládá

ze 104 dotazníků, které byly zpracovány, tj. 69, 33 % rozdaných. Zjištěné výsledky byly matematicky zpracovány do tabulek a grafů pomocí programu EXCEL.

4.5 Vyhodnocení a výsledky výzkumu

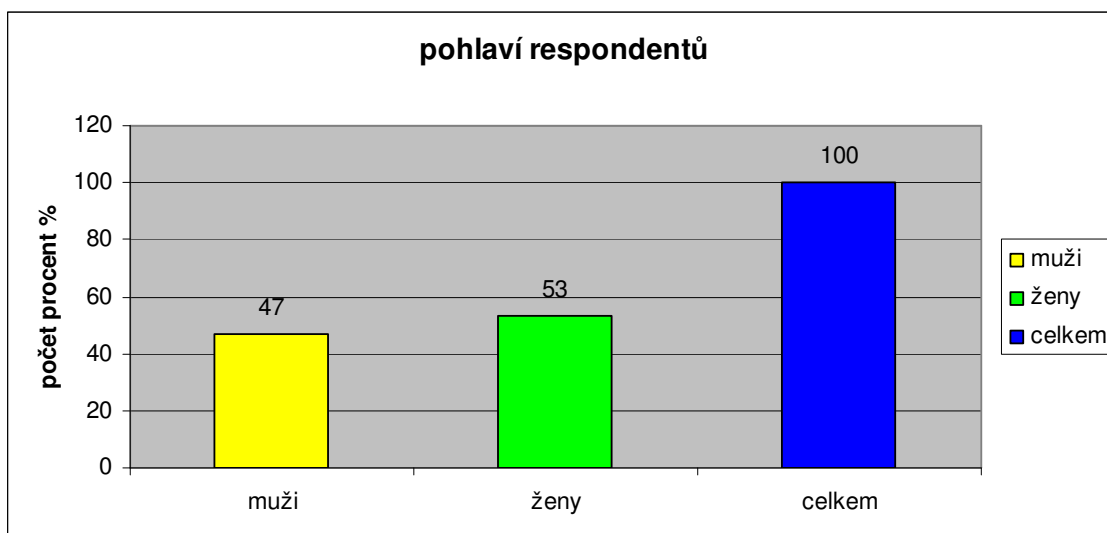
1. Jste muž nebo žena?

Tabulka 2

Udává pohlaví respondentů.

pohlaví respondentů	n_i	f_i [%]
muži	49	47%
ženy	55	53%
Σ	104	100%

Graf 1



Z celkového počtu 104 dotazovaných respondentů bylo 49 mužů (47 %) a 55 žen (53 %).

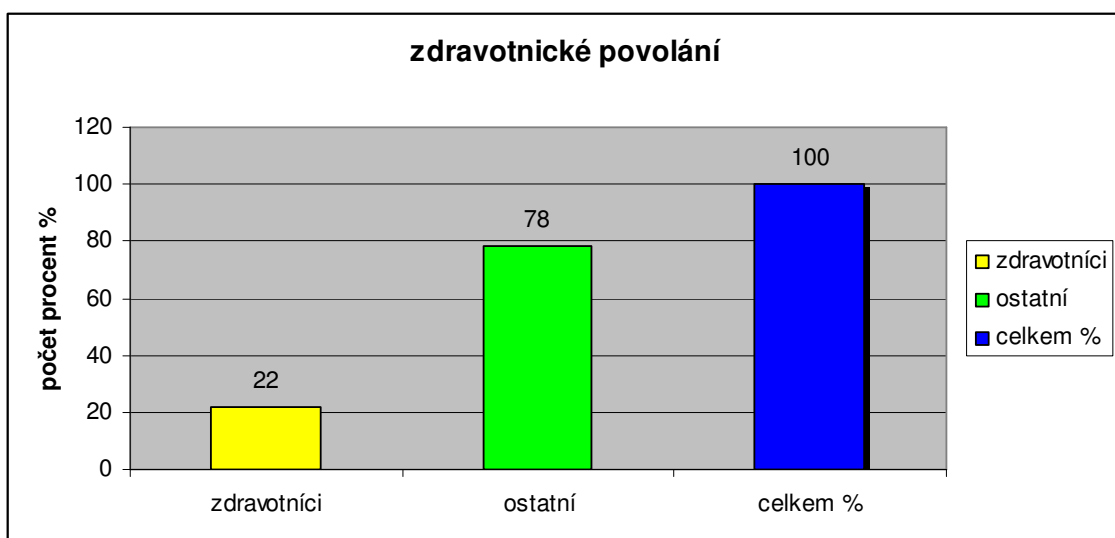
2. Jste zdravotník?

Tabulka 3

Udává počet respondentů se zdravotnickým vzděláním.

zdravotnické povolání	n_i	f_i [%]
zdravotníci	23	22%
ostatní	81	78%
Σ	104	100%

Graf 3



Z celkového počtu 104 dotazovaných bylo 23 osob zdravotnického povolání a 81 respondentů se zařadilo mezi nezdravotnická povolání.

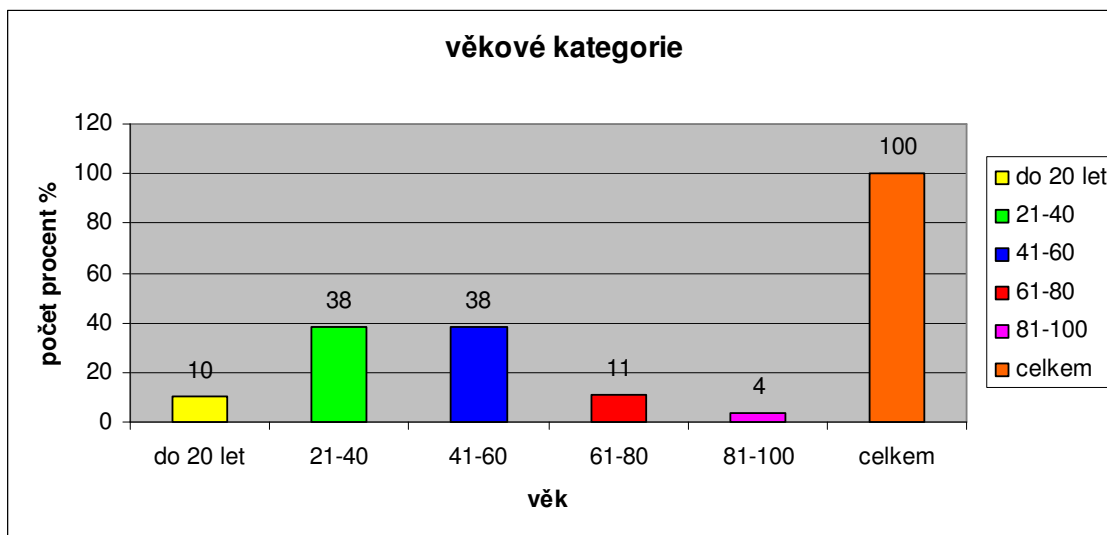
3. Uveďte svůj věk?

Tabulka 4

Udává počty respondentů v jednotlivých věkových kategoriích.

věkové kategorie	n_i	f_i [%]
do 20 let	10	10%
21-40	39	38%
41-60	40	38%
61-80	11	11%
81-100	4	4%
Σ	104	100%

Graf 4



Ve věkové skupině do 20 let jsme získali 10 vyplněných dotazníků, ve skupině od 21 do 40 let jsme měli k dispozici 39 dotazníků, ve věkové kategorii bylo 40 dotazníků, ve věku od 61 do 80 let odpovědělo 11 respondentů a ve věkové hranici 81 do 100 let jsem získala 4 dotazníky.

Věkový průměr všech respondentů činil 50, 4 let, čímž se od věkového průměru obyvatel České republiky dle Českého statistického úřadu (tj. 40,6 let)¹¹⁰ významněji liší.

¹¹⁰ Český statistický úřad [online]. 30. 4. 2010 [cit. 2011-02-01]. Věkové složení obyvatelstva v roce 2009. Dostupné z WWW: <[http://www.czso.cz/csu/2010edicniplan.nsf/t/0C001BB2A3/\\$File/400310007.pdf](http://www.czso.cz/csu/2010edicniplan.nsf/t/0C001BB2A3/$File/400310007.pdf)>.

Věkové průměry v jednotlivých kategoriích jsou:

- 1. skupina	(věk do 20 let)	17,4 let
- 2. skupina	(od 21 do 40 let)	26,4 let
- 3. skupina	(od 41 do 60 let)	51, 2 let
- 4. skupina	(od 61 do 80 let)	72,6 let
- 5. skupina	(od 81 do 100 let)	84,3 let
-	celkový průměr	50,4 let

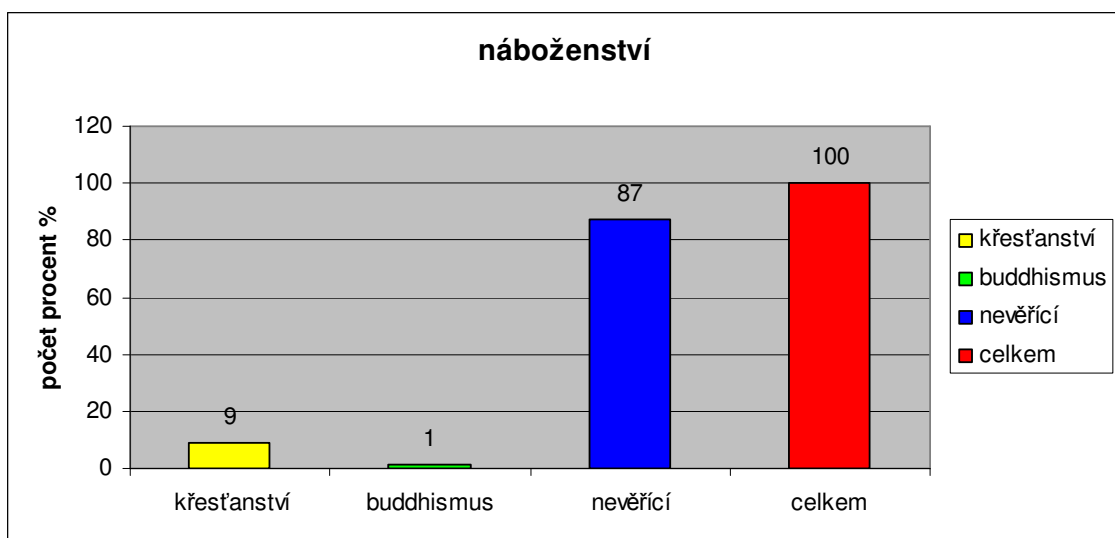
4. Jste věřící? Prosím uveďte název víry.

Tabulka 5

Udává náboženskou víru respondentů.

náboženství	n_i	f_i [%]
křesťanství	9	9%
buddhismus	1	1%
nevěřící	87	87%
celkem	100	100%

Graf 5



Ze všech dotazovaných respondentů se většina zařadila mezi nevěřící (87%), ostatní dotazování uvedli křesťanství (9%) a jedna osoba uvedla náboženství buddhismus.

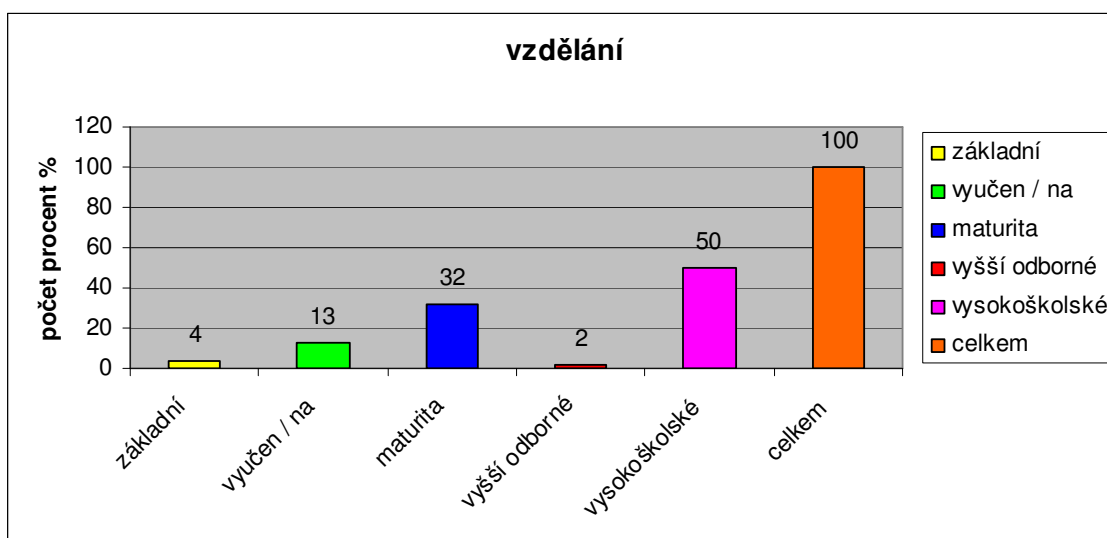
5. Jaké je Vaše nejvyšší ukončené vzdělání?

Tabulka 6

Udává nejvyšší ukončené vzdělání respondentů.

vzdělání	n_i	f_i [%]
základní	4	4%
vyučen / na	13	13%
maturita	33	32%
vyšší odborné	2	2%
vysokoškolské	52	50%
Σ	104	100%

Graf 6



Ze získaného vzorku respondentů má 50 % z nich vysokoškolské vzdělání, vyšší odborné vzdělání mají 2 %, vzdělání s maturitou má 31,4 %, vyučeno je 12,5 % respondentů a základní vzdělání má 3,8 % respondentů. Pro nízký počet respondentů s vyšším odborným vzděláním jsem později sloučila se skupinou osob se vzděláním vysokoškolským.

6. Víte o možnosti sepsat předem, jak chcete, aby s Vámi bylo zacházeno v případě nezbytné zdravotní péče?

Tabulka 7a

Udává míru informovanosti dotazovaných v závislosti na věku.

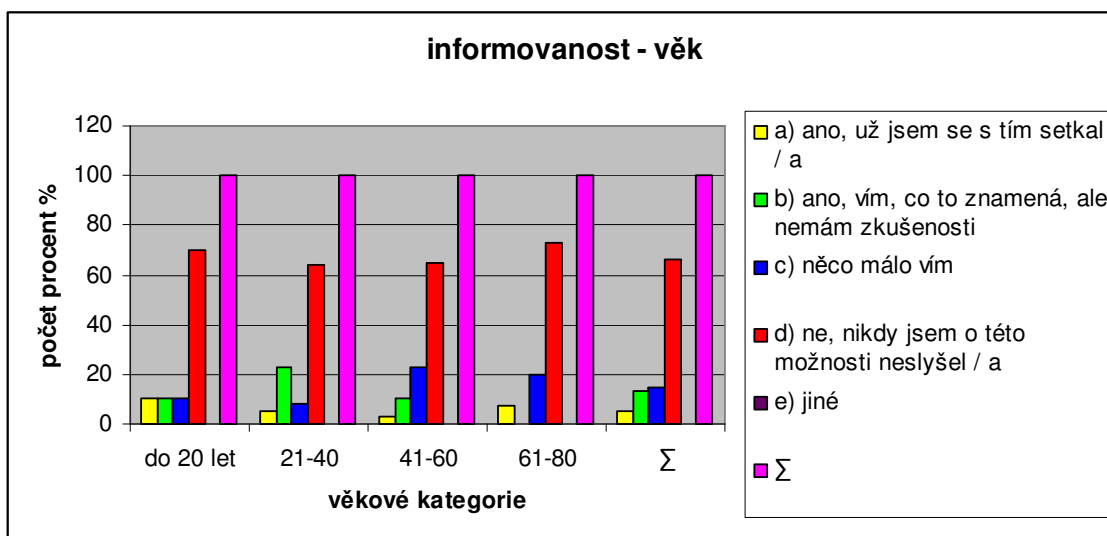
informovanost - věk	$n_{i'}$	$n_{i''}$	$n_{i'''}$	$n_{i''''}$	$n_{i'''''} $	n_i
	do 20 let	21 - 40	41 - 60	61 - 80	81 - 100	Σ
a) ano, už jsem se s tím setkal/a	1	2	1	1	0	5
b) ano, vím, co to znamená, ale nemám zkušenosti	1	9	4	0	0	14
c) něco málo vím	1	3	9	2	1	16
d) ne, nikdy jsem o této možnosti neslyšel/a	7	25	26	8	3	69
e) jiné	0	0	0	0	0	0
Σ	10	39	40	11	4	104

Tabulka 7b

Udává míru informovanosti dotazovaných v závislosti na věku v procentech (%).

informovanost - věk	$f_{i'}$ [%]	$f_{i''}$ [%]	$f_{i'''}$ [%]	$f_{i''''}$ [%]	$f_{i'''''} $ [%]	f_i [%]
	do 20 let	21 - 40	41 - 60	61 - 80	81 - 100	Σ
a) ano, už jsem se s tím setkal/a	10%	5%	3%	9%	0%	5%
b) ano, vím, co to znamená, ale nemám zkušenosti	10%	23%	10%	0%	0%	13%
c) něco málo vím	10%	8%	23%	18%	25%	15%
d) ne, nikdy jsem o této možnosti neslyšel/a	70%	64%	65%	73%	75%	66%
e) jiné	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Σ	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Graf 7



Z celkového počtu 104 respondentů bez ohledu na věkové kategorie uvádí 69 dotazovaných, že o možnosti dříve vyslovených přání nikdy neslyšeli, 16 dotazovaných odpovědělo, že něco málo ví, 14 dotazovaných odpovědělo, že tuto možnost znají, ale nemají s ní zkušenosti a 5 respondentů odpovědělo, že už se s možností dříve vyslovených přání setkala. Ovšem z následujících údajů zjistíme, že to neznamena, že by 5 dotazovaných mělo přímou zkušenost s dříve vysloveným, ale spíše odpověď pochopili tak, že už o této možnosti pouze slyšeli.

V jednotlivých věkových skupinách se výsledky výrazně neliší. Ve všech věkových kategoriích je nejčetnější odpověď, že respondenti o dříve vyslovených přáních nikdy neslyšeli.

Dále k otázce č. 6. Víte o možnosti sepsat předem, jak chcete, aby s Vámi bylo zacházeno v případě nezbytné zdravotní péče?

Tabulka 8a

Udává míru informovanosti v závislosti na zdravotnickém povolání.

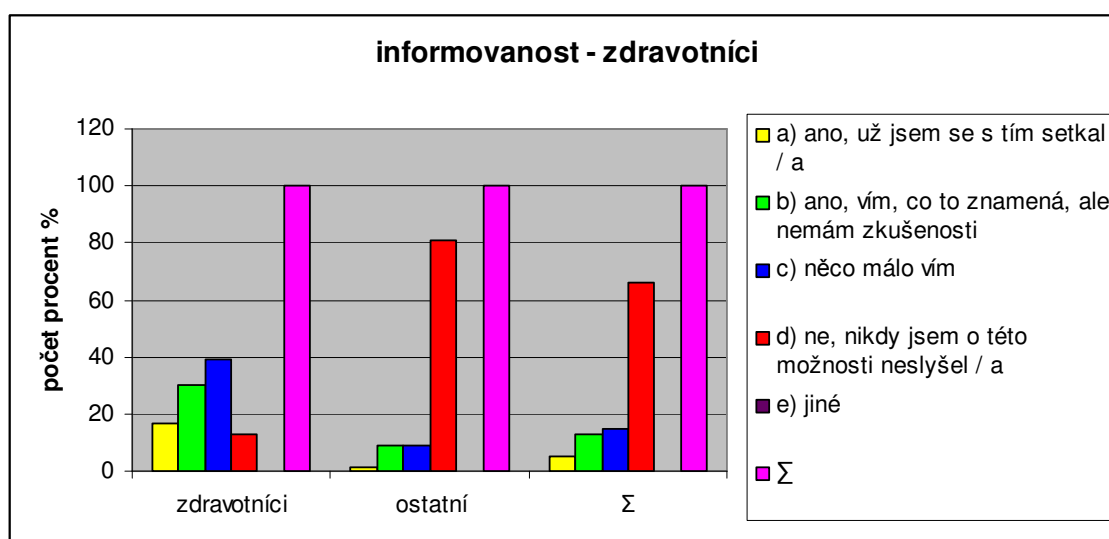
informovanost - zdravotníci	$n_{i'}$	$n_{i''}$	n_i
	zdravotníci	ostatní	Σ
a) ano, už jsem se s tím setkal / a	17	1	5
b) ano, vím, co to znamená, ale nemám zkušenosti	30	9	13
c) něco málo vím	39	9	15
d) ne, nikdy jsem o této možnosti neslyšel / a	13	81	66
e) jiné	0	0	0
Σ	100	100	100

Tabulka 8b

Udává míru informovanosti v závislosti na zdravotnickém povolání v procentech (%).

informovanost - zdravotníci	$f_{i'}$ [%]	$f_{i''}$ [%]	f_i [%]
	zdravotníci	ostatní	Σ
a) ano, už jsem se s tím setkal / a	17%	1%	5%
b) ano, vím, co to znamená, ale nemám zkušenosti	30%	9%	13%
c) něco málo vím	39%	9%	15%
d) ne, nikdy jsem o této možnosti neslyšel / a	13%	81%	66%
e) jiné	0%	0%	0%
Σ	100%	100%	100%

Graf 8



Z celkového počtu 23 zdravotnických pracovníků odpověděli 4, už se s možností dříve vyslovených přání setkali, 7 zdravotníků odpovědělo, že ví, co možnost dříve vyslovených přání znamená, ale nemají s ním zkušenosti a 9 odpovědělo, že něco málo ví a 3 odpověděli, že o této možnosti nikdy neslyšeli.

Respondenti s jiných než zdravotnickým vzděláním nejčastěji odpovídali, že o této možnosti nikdy neslyšeli, tj. 66 dotazovaných.

Výsledky nejsou zcela výrazné, můžeme tuto skutečnost přisoudit tomu, že jsme získali převážněší počet osob s jiným než zdravotnickým vzděláním.

Dále k otázce č. 6. Víte o možnosti sepsat předem, jak chcete, aby s Vámi bylo zacházeno v případě nezbytné zdravotní péče?

Tabulka 9a

Udává míru informovanosti v závislosti na nejvyšším dosaženém vzdělání.

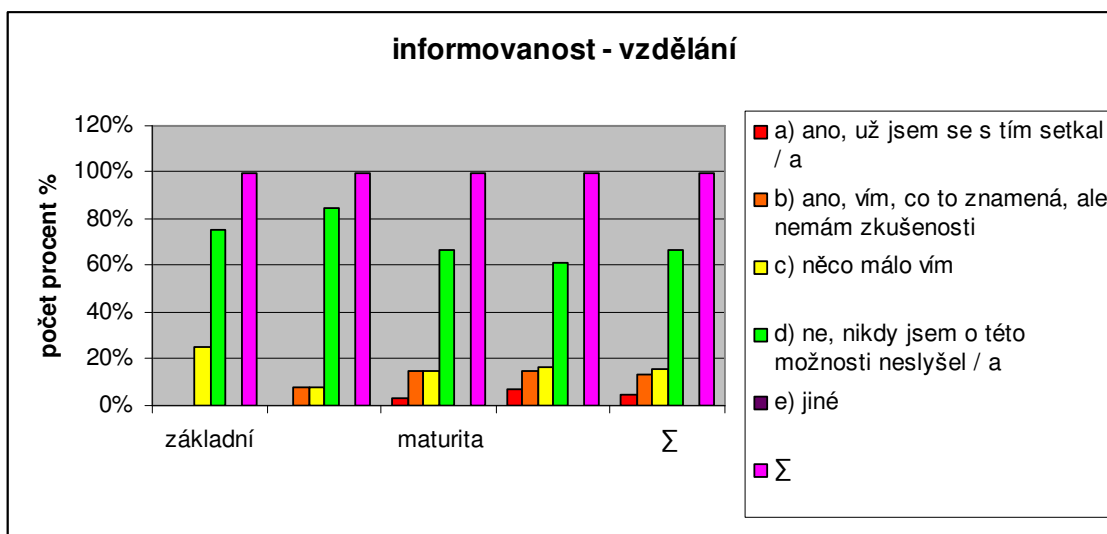
informovanost - vzdělání	$n_{i'}$	$n_{i''}$	$n_{i'''}$	$n_{i''''}$	n_i
	základní	vyučen / a	maturita	vyšší odborné a vysokoškolské	Σ
a) ano, už jsem se s tím setkal/a	0	0	1	4	5
b) ano, vím, co to znamená, ale nemám zkušenosti	0	1	5	8	14
c) něco málo vím	1	1	5	9	16
d) ne, nikdy jsem o této možnosti neslyšel/a	3	11	22	33	69
e) jiné	0	0	0	0	0
Σ	4	13	33	54	104

Tabulka 9b

Udává míru informovanosti v závislosti na nejvyšším dosaženém vzdělání v procentech (%).

informovanost - vzdělání	$f_{i'}$ [%]	$f_{i''}$ [%]	$f_{i'''}$ [%]	$f_{i''''}$ [%]	f_i [%]
	základní	vyučen / a	maturita	vyšší odborné a vysokoškolské	Σ
a) ano, už jsem se s tím setkal / a	0%	0%	3%	7%	5%
b) ano, vím, co to znamená, ale nemám zkušenosti	0%	8%	15%	15%	13%
c) něco málo vím	25%	8%	15%	17%	15%
d) ne, nikdy jsem o této možnosti neslyšel / a	75%	85%	67%	61%	66%
e) jiné	0%	0%	0%	0%	0%
Σ	100%	100%	100%	100%	100%

Graf 9



Dotazované osoby nejčastěji odpovídali, že nikdy o možnosti dříve vyslovených přáních neslyšeli, tj. 69 respondentů z celkových 104 dotazovaných. Ve všech úrovních vzdělání je tato odpověď nejčetnější. Avšak odpověď, že tuto možnost znají, využili nejvíce respondenti s vysokoškolským vzděláním, tj. 7 dotazovaných. Nepřesnosti mohou vznikat nevyrovnaným počtem dotazovaných v úrovni vzdělání. Se základním vzděláním jsem získala pouze 4 dotazníky, oproti vysokoškolskému vzdělání, jichž jsem získala 52.

7. Napadlo Vás někdy, že byste mohl /a být dlouhodobě v bezvědomí (i několik měsíců) a jakou byste požadoval /a léčbu?

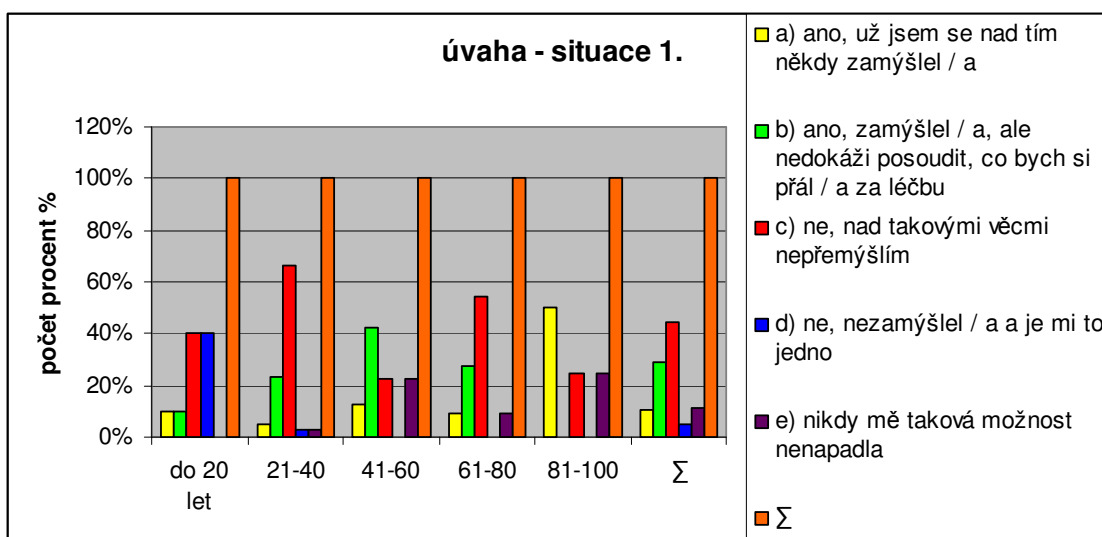
Tabulka 10a

úvaha - situace 1.	$n_{i'}$	$n_{i''}$	$n_{i'''}$	$n_{i''''}$	$n_{i'''''} $	n_i
	do 20 let	21 - 40	41 - 60	61 - 80	81 - 100	Σ
a) ano, už jsem se nad tím někdy zamýšlel/a	1	2	5	1	2	11
b) ano, zamýšlel/a, ale nedokáží posoudit, co bych si přál/a za léčbu	1	9	17	3	0	30
c) ne, nad takovými věcmi nepřemýšlím	4	26	9	6	1	46
d) ne, nezamýšlel/a, a je mi to jedno	4	1	0	0	0	5
e) nikdy mě taková možnost nenapadla	0	1	9	1	1	12
Σ	10	39	40	11	4	104

Tabulka 10b

úvaha - situace 1.	$f_{i'}$ [%]	$f_{i''}$ [%]	$f_{i'''}$ [%]	$f_{i''''}$ [%]	$f_{i'''''} $ [%]	f_i [%]
	do 20 let	21-40	41-60	61-80	81-100	Σ
a) ano, už jsem se nad tím někdy zamýšlel / a	10%	5%	13%	9%	50%	11%
b) ano, zamýšlel / a, ale nedokáží posoudit, co bych si přál / a za léčbu	10%	23%	43%	27%	0%	29%
c) ne, nad takovými věcmi nepřemýšlím	40%	67%	23%	55%	25%	44%
d) ne, nezamýšlel / a a je mi to jedno	40%	3%	0%	0%	0%	5%
e) nikdy mě taková možnost nenapadla	0%	3%	23%	9%	25%	12%
Σ	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Graf 10



Ze získaného počtu 104 dotazníků bylo u uvedené otázky nejčastěji odpovídáno (46 dotazovaných), že nad takovými věcmi nepřemýšlí nebo, že se již zamysleli, ale nedokáží posoudit, co by si přáli (30 dotazovaných). Ve věkové skupině do 20 let bylo nejčastěji odpovídáno, že nad takovými věcmi respondenti nepřemýšlí a zajímavé je, že pouze v této kategorii respondenti využili odpověď, že je jim to jedno. U starších věkových kategorií tuto odpověď nevyužil nikdo. Ve věkové skupině 21 - 40 let byla nejčastější odpověď, že nad takovými věcmi dotazovaní nepřemýšlí. Ve skupině 41 - 60 let byla nejčastější odpověď, že nad takovou situací se již zamýšleli, ale nedokáží posoudit, co by si přáli. Ve věku od 61 do 80 let byla častá odpověď „nad takovými věcmi nepřemýšlím“. A od 81 do 100 let respondenti nejvíce volili odpověď, že se nad takovou situací již zamýšleli.

K otázce č. 7. Napadlo Vás někdy, že byste mohl /a být dlouhodobě v bezvědomí (i několik měsíců) a jakou byste požadoval /a léčbu?

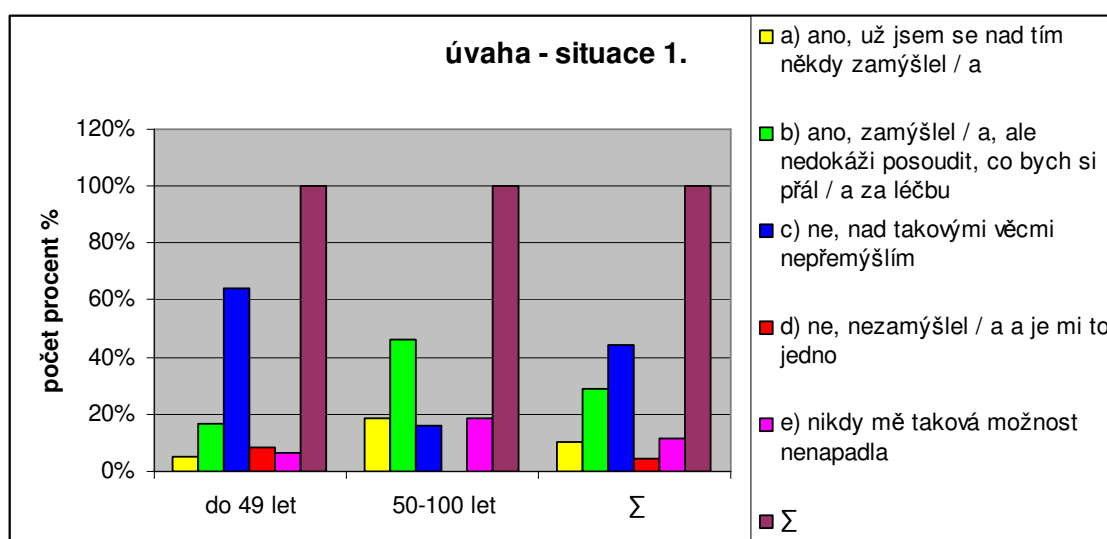
Tabulka 11a

úvaha - situace 1.		$n_{j'}$	$n_{j''}$	n_i
		do 49 let	50 - 100 let	Σ
a)	ano, už jsem se nad tím někdy zamýšlel/a	3	8	11
b)	ano, zamýšlel/a, ale nedokáží posoudit, co bych si přál/a za léčbu	10	20	30
c)	ne, nad takovými věcmi nepřemýšlím	39	7	46
d)	ne, nezamýšlel/a a je mi to jedno	5	0	5
e)	nikdy mě taková možnost nenapadla	4	8	12
Σ		61	43	104

Tabulka 11b

úvaha - situace 1.		$f_{j'}$ [%]	$f_{j''}$ [%]	f_i [%]
		do 49 let	50 - 100 let	Σ
a)	ano, už jsem se nad tím někdy zamýšlel / a	5%	19%	11%
b)	ano, zamýšlel / a, ale nedokáží posoudit, co bych si přál / a za léčbu	16%	47%	29%
c)	ne, nad takovými věcmi nepřemýšlím	64%	16%	44%
d)	ne, nezamýšlel / a a je mi to jedno	8%	0%	5%
e)	nikdy mě taková možnost nenapadla	7%	19%	12%
Σ		100%	100%	100%

Graf 11



Ze získaných výsledků je zřejmé, že nad takovou situací se více zamýšlí lidé vyššího věku. Respondenti nad 50 let častěji odpovídali, že se nad situací zamýšleli. Ve věku do 49 let byla nejčastější odpověď, že nad takovými věcmi dotazovaní nepřemýšlí.

8. Představte si situaci, že nejste schopni rozhodovat o tom, jaká péče Vám bude poskytnuta. Jste v bezvědomí, vnímáte bolest, ale nemůžete se žádným způsobem vyjadřovat. Jak byste chtěl /a, aby v takovém případě bylo s Vámi zacházeno?

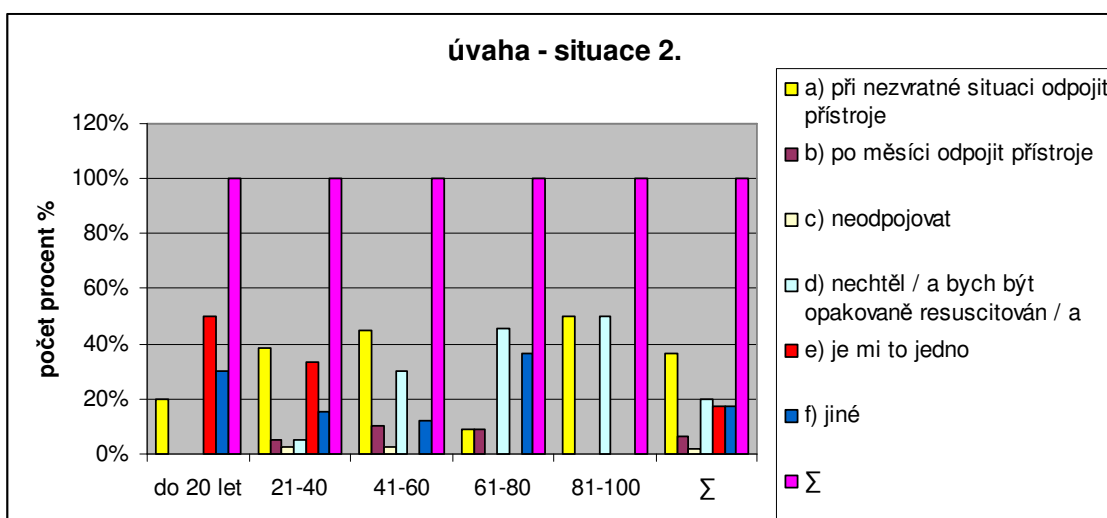
Tabulka 12a

úvaha - situace 2.	n_i	$n_{i'}$	$n_{i''}$	$n_{i'''} $	$n_{i''''}$	n_i
	do 20 let	21 - 40	41 - 60	61 - 80	81 - 100	Σ
a) při nezvratné situaci odpojit přístroje	2	15	18	1	2	38
b) po měsíci odpojit přístroje	0	2	4	1	0	7
c) neodpojovat	0	1	1	0	0	2
d) nechtěl/a bych být opakovaně resuscitován/a	0	2	12	5	2	21
e) je mi to jedno	5	13	0	0	0	18
f) jiné	3	6	5	4	0	18
Σ	10	39	40	11	4	104

Tabulka 12b

úvaha - situace 2.	f_i [%]	$f_{i'}$ [%]	$f_{i''}$ [%]	$f_{i'''} $ [%]	$f_{i''''}$ [%]	f_i [%]
	do 20 let	21-40	41-60	61-80	81-100	Σ
a) při nezvratné situaci odpojit přístroje	20%	38%	45%	9%	50%	37%
b) po měsíci odpojit přístroje	0%	5%	10%	9%	0%	7%
c) neodpojovat	0%	3%	3%	0%	0%	2%
d) nechtěl / a bych být opakovaně resuscitován / a	0%	5%	30%	45%	50%	20%
e) je mi to jedno	50%	33%	0%	0%	0%	17%
f) jiné	30%	15%	13%	36%	0%	17%
Σ	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Graf 12



Z celkového počtu byla nejčastější odpověď v dané situaci odpojit přístroje, odpovědělo tak 38 dotazovaných. Dále 21 respondentů odpovědělo, že by nechtěli být opakovaně resuscitováni, 18 dotazovaných odpovědělo, že je jim to jedno a 18 odpovědělo jinak, než bylo uvedeno. Do kolonky „jiné“ často uváděli, že neví nebo, že nad tím nechtějí přemýšlet.

Dále bylo ze získaných dotazníků zřejmé, že mladí lidé do 20 let se nechtějí nad takovými věcmi zamýšlet, často byla uváděna odpověď nevím, nechce se mi přemýšlet apod. Popřípadě nejmladší věkové skupiny uvedly, že je jim to jedno; tuto odpověď u starších věkových skupin nenalezneme. Dále mladší věkové skupiny častěji uváděli, že by chtěli při nezvratné situaci odpojit přístroje.

K otázce č. 8. Představte si situaci, že nejste schopni rozhodovat o tom, jaká péče Vám bude poskytnuta. Jste v bezvědomí, vnímáte bolest, ale nemůžete se žádným způsobem vyjadřovat. Jak byste chtěl /a, aby v takovém případě bylo s Vámi zacházeno?

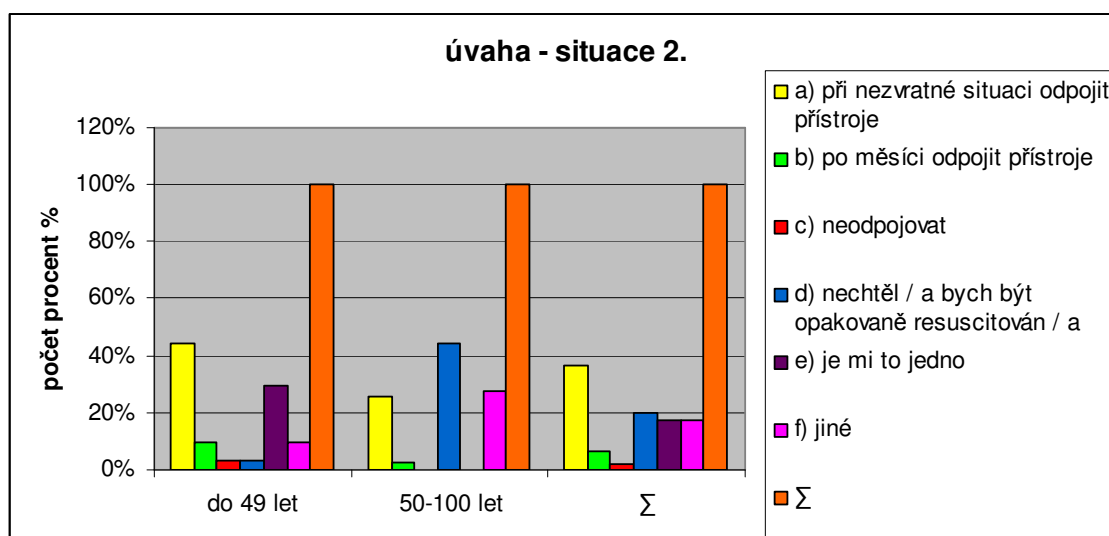
Tabulka 13a

úvaha - situace 2.	$n_{i'}$	$n_{i''}$	n_i
	do 49 let	50 - 100 let	
a) při nezvratné situaci odpojit přístroje	27	11	38
b) po měsíci odpojit přístroje	6	1	7
c) neodpojovat	2	0	2
d) nechtěl/a bych být opakovaně resuscitován/a	2	19	21
e) je mi to jedno	18	0	18
f) jiné	6	12	18
Σ	61	43	104

Tabulka 13b

úvaha - situace 2.	$f_{i'}$ [%]	$f_{i''}$ [%]	f_i [%]
	do 49 let	50-100 let	
a) při nezvratné situaci odpojit přístroje	44%	26%	37%
b) po měsíci odpojit přístroje	10%	2%	7%
c) neodpojovat	3%	0%	2%
d) nechtěl / a bych být opakovaně resuscitován / a	3%	44%	20%
e) je mi to jedno	30%	0%	17%
f) jiné	10%	28%	17%
Σ	100%	100%	100%

Graf 13



Závěrem tak můžeme k této otázce říci, že mladí lidé do 49 let často odpovídají při nezvratné situaci odpojit přístroje, je tedy možné tvrdit, že mladí lidé jsou v přístupu razantnější. Popřípadě uvedli, že je jim to jedno. Starším osobám nad 50 let je možná taková situace bližší a uvažují jinak, ne již tak razantně. Nikdo z osob nad 50 let neuvedl, že by mu taková věc byla lhostejná. Ze získaných údajů můžeme potvrdit, že lidé nad 50 let více uvažují a přemýšlí nad podobnými situacemi.

9. Kdyby se podobná situace stala Vašemu příbuznému, jak byste za něj rozhodli?

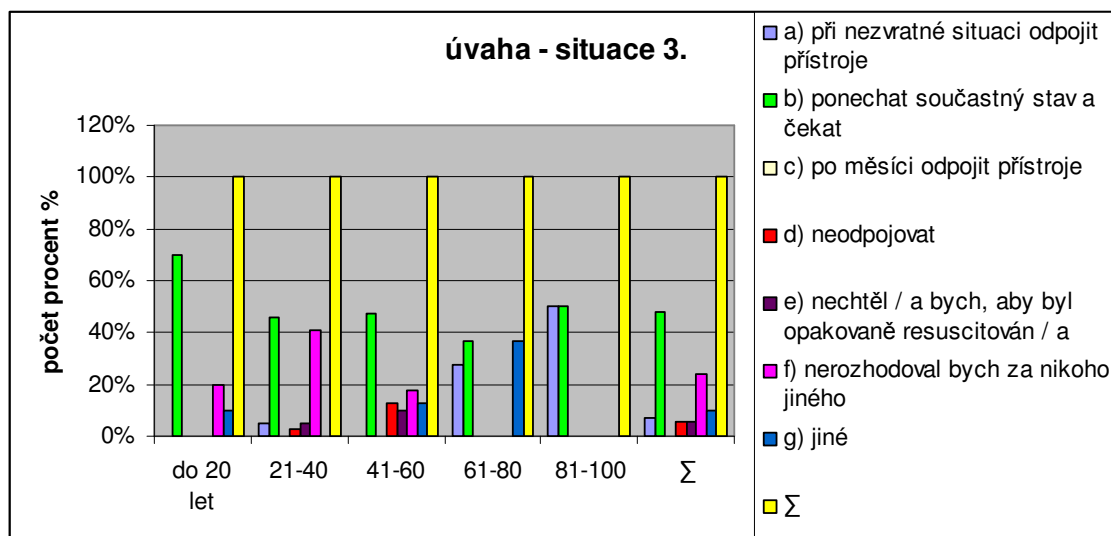
Tabulka 14a

úvaha - situace 3.	$n_{i'}$	$n_{i''}$	$n_{i'''}$	$n_{i''''}$	$n_{i'''''}\dots$	n_i
	do 20 let	21 - 40	41 - 60	61 - 80	81 - 100	Σ
a) při nezvratné situaci odpojit přístroje	0	2	0	3	2	7
b) ponechat současný stav a čekat	7	18	19	4	2	50
c) po měsíci odpojit přístroje	0	0	0	0	0	0
d) neodpojoovat	0	1	5	0	0	6
e) nechtěl/a bych, aby byl opakovaně resuscitován/a	0	2	4	0	0	6
f) nerozhodoval bych za nikoho jiného	2	16	7	0	0	25
g) jiné	1	0	5	4	0	10
Σ	10	39	40	11	4	104

Tabulka 14b

úvaha - situace 3.	$f_{i'}$ [%]	$f_{i''}$ [%]	$f_{i'''}$ [%]	$f_{i''''}$ [%]	$f_{i'''''}\dots$ [%]	f_i [%]
	do 20 let	21-40	41-60	61-80	81-100	Σ
a) při nezvratné situaci odpojit přístroje	0%	5%	0%	27%	50%	7%
b) ponechat současný stav a čekat	70%	46%	48%	36%	50%	48%
c) po měsíci odpojit přístroje	0%	0%	0%	0%	0%	0%
d) neodpojoovat	0%	3%	13%	0%	0%	6%
e) nechtěl / a bych, aby byl opakovaně resuscitován / a	0%	5%	10%	0%	0%	6%
f) nerozhodoval bych za nikoho jiného	20%	41%	18%	0%	0%	24%
g) jiné	10%	0%	13%	36%	0%	10%
Σ	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Graf 14



Z celkového počtu byla nejčastější odpověď, ponechat současný stav a čekat, odpovědělo tak 50 dotazovaných. 25 dotazovaných odpovědělo, že by nerozhodovali za nikoho jiného, 10 respondentů zadalo kolonku jiné a nejčastěji doplnili na rady lékařů nebo, že neví, jak by se zachovali, popřípadě, že se nedokáží do této situace vcítit. 7 respondentů uvedlo, že by při nezvratné situaci nechali odpojit přístroje a 6 odpovědělo, že by naopak přístroje nenechali odpojit. Nikdo neuvedl, že by odpojil přístroje po měsíci takového stavu příbuzného pacienta.

K otázce č. 9. Kdyby se podobná situace stala Vašemu příbuznému, jak byste za něj rozhodli?

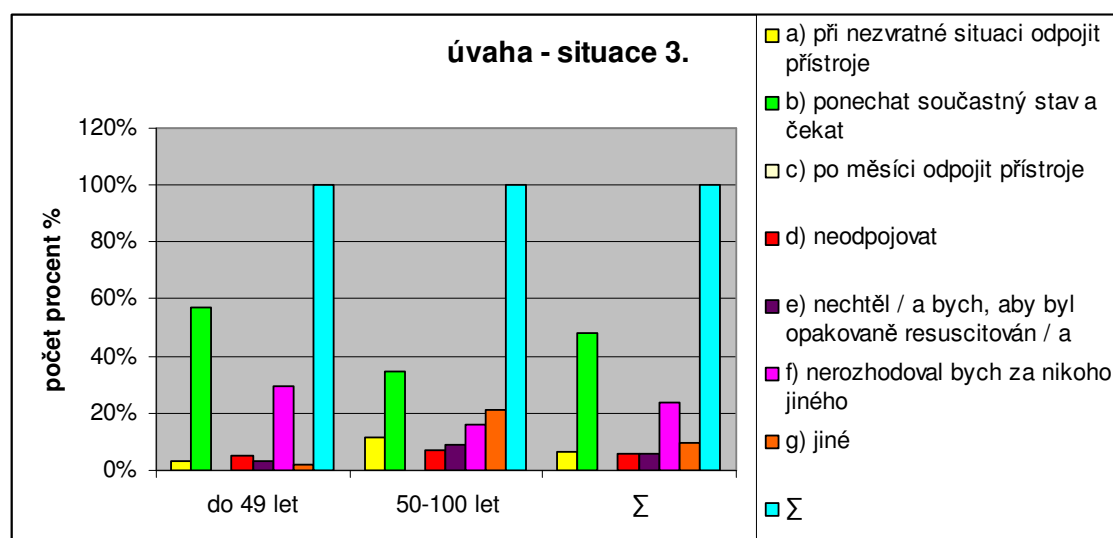
Tabulka 15a

úvaha - situace 3.	$n_{j'}$	$n_{j''}$	n_i
	do 49 let	50 - 100 let	
a) při nezvratné situaci odpojit přístroje	2	5	7
b) ponechat současný stav a čekat	35	15	50
c) po měsíci odpojit přístroje	0	0	0
d) neodpojovat	3	3	6
e) nechtěl/a bych, aby byl opakovaně resuscitován/a	2	4	6
f) nerozhodoval bych za nikoho jiného	18	7	25
g) jiné	1	9	10
Σ	61	43	104

Tabulka 15b

úvaha - situace 3.	$f_{j'}$ [%]	$f_{j''}$ [%]	f_i [%]
	do 49 let	50-100 let	
a) při nezvratné situaci odpojit přístroje	3%	12%	7%
b) ponechat současný stav a čekat	57%	35%	48%
c) po měsíci odpojit přístroje	0%	0%	0%
d) neodpojovat	5%	7%	6%
e) nechtěl / a bych, aby byl opakovaně resuscitován / a	3%	9%	6%
f) nerozhodoval bych za nikoho jiného	30%	16%	24%
g) jiné	2%	21%	10%
Σ	100%	100%	100%

Graf 15



K této otázce můžeme říci, že respondenti do 49 let i nad 50 let odpovídali velmi podobně. Obě skupiny nejčastěji volily stejnou odpověď, ponechat současný stav a čekat. Je zřejmé, že lidé jinak pohlížejí na tento stav, pokud se stane jim osobně a jinak pokud se jedná o příbuzného. Je možné, že lidé nechtějí na sebe přebírat zodpovědnost za druhé.

10. V čem si myslíte, že můžete svou vůli vyjádřit?

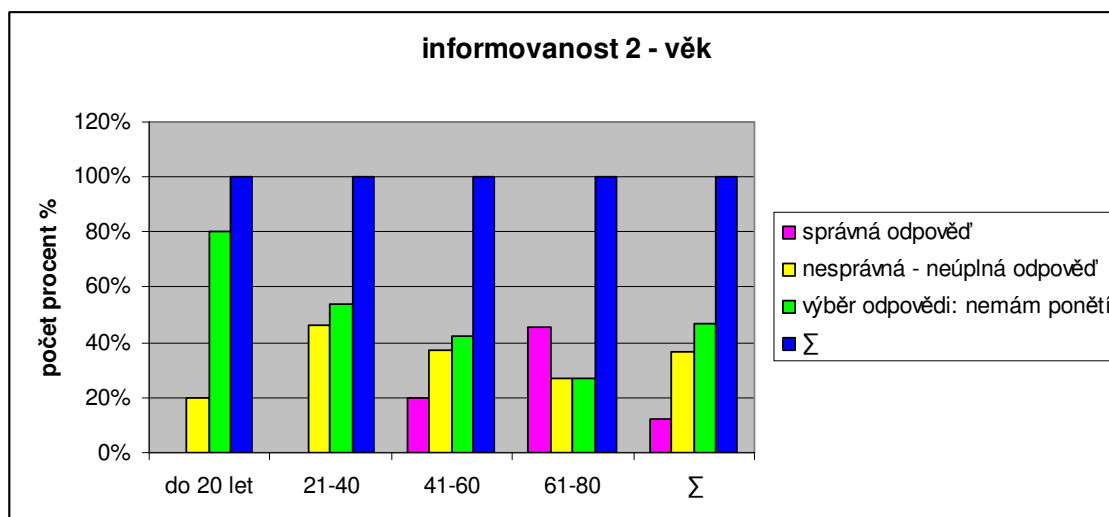
Tabulka 16a

informovanost 2 - věk	$n_{i'}$	$n_{i''}$	$n_{i'''}$	$n_{i''''}$	$n_{i'''''} $	n_i
	do 20 let	21 - 40	41 - 60	61 - 80	81 - 100	Σ
správná odpověď	0	0	8	5	1	14
nesprávná - neúplná odpověď	2	18	15	3	1	39
výběr odpovědi: nemám ponětí	8	21	17	3	2	51
Σ	10	39	40	11	4	104

Tabulka 16b

informovanost 2 - věk	$f_{i'}$ [%]	$f_{i''}$ [%]	$f_{i'''}$ [%]	$f_{i''''}$ [%]	$f_{i'''''} $ [%]	f_i [%]
	do 20 let	21-40	41-60	61-80	81-100	Σ
správná odpověď	0%	0%	20%	45%	25%	13%
nesprávná - neúplná odpověď	20%	46%	38%	27%	25%	38%
výběr odpovědi: nemám ponětí	80%	54%	43%	27%	50%	49%
Σ	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Graf 16



Za správné odpovědi jsem v této otázce považovala: zákaz resuscitace, zákaz transfuze a dárcovství orgánů. Za nesprávnou odpověď jsem hodnotila odpojení od přístrojů, protože v České republice je tato situace hodnocena jako vražda, popřípadě pomoc k sebevraždě a je trestná. Zákaz resuscitace může pacient vyjádřit předem

vysloveným přáním¹¹¹, odmítnout transfuzi může pacient na základě negativního reversu¹¹² a zákaz dárčovství vlastních orgánů může každý učinit během svého života projevem nesouhlasu s posmrtným dárčovstvím, a to formou zápisu do registru osob nesouhlasících s posmrtným odběrem orgánů a tkání¹¹³.

Z celkového počtu dotazovaných správně odpovědělo pouhých 14 respondentů. 39 zodpovědělo tuto otázku špatně nebo neúplně a 51 dotazovaných volilo možnost, že vůbec neví. Nejvíce správných odpovědí měla skupina 41 - 60 let. Ve věkových kategoriích do 20 let a 21 - 40 let neodpověděl správně nikdo.

¹¹¹ viz kap. 2.2 DNR - do not resuscitace.

¹¹² viz kap. 2.3.1 Ukončení – nezahájení život zachraňující léčby na žádost způsobilé osoby.

¹¹³ *Koordináční středisko transplantací* [online]. 2007 [cit. 2011-04-19]. Náboženství a transplantace. Dostupné z WWW: <<http://www.kst.cz/web/download/nabozenstvi-a-transplantace.pdf>>.

K otázce č. 10. V čem si myslíte, že můžete svou vůli vyjádřit?

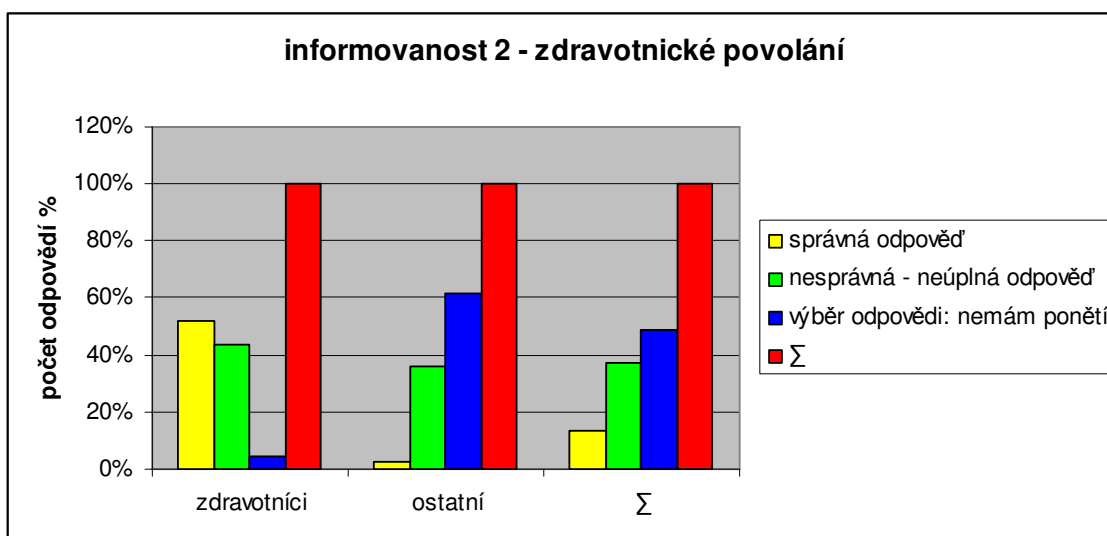
Tabulka 17a

informovanost 2 - zdravotnické povolání	$n_{i\cdot}$	$n_{\cdot j}$	n_i
	zdravotníci	ostatní	Σ
správná odpověď	12	2	14
nesprávná - neúplná odpověď	10	29	39
výběr odpovědi: nemám ponětí	1	50	51
Σ	23	81	104

Tabulka 17b

informovanost 2 - zdravotnické povolání			
	zdravotníci	ostatní	Σ
správná odpověď	52%	2%	13%
nesprávná - neúplná odpověď	43%	36%	38%
výběr odpovědi: nemám ponětí	4%	62%	49%
Σ	100%	100%	100%

Graf 17



Z celkového počtu 23 zdravotnických pracovníků správně odpovědělo 12 dotazovaných a 10 odpovědí bylo špatně či neúplně, jeden zdravotník odpověděl, že nemá ponětí. U této otázky by bylo ještě zajímavé zjišťovat, jaké mají zdravotníci zaměření nebo na jakém oddělení pracují. Respondenti bez zdravotnického vzdělání nejčastěji odpovídali, že nemají ponětí.

K otázce č. 10. V čem si myslíte, že můžete svou vůli vyjádřit?

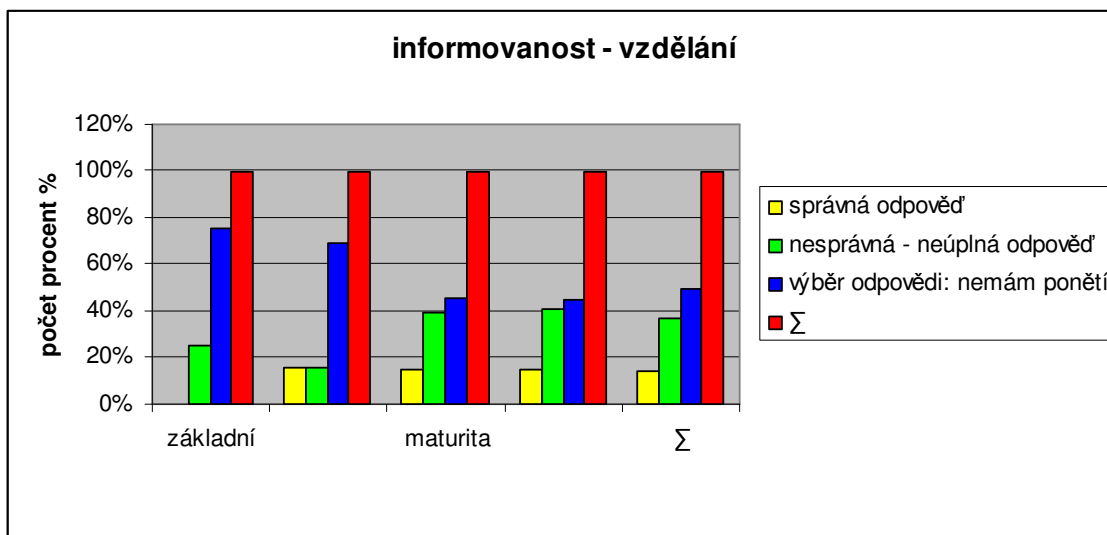
Tabulka 18a

informovanost 2 - vzdělání	$n_{i'}$	$n_{i''}$	$n_{i'''}$	$n_{i''''}$	n_i
	základní	vyučen / a	maturita	vyšší odborné a vysokoškolské	Σ
správná odpověď	0	2	5	8	15
nesprávná - neúplná odpověď	1	2	13	21	38
výběr odpovědi: nemám ponětí	3	9	15	24	51
Σ	4	13	33	54	104

Tabulka 18b

informovanost 2 - vzdělání	$f_{i'}$ [%]	$f_{i''}$ [%]	$f_{i'''}$ [%]	$f_{i''''}$ [%]	f_i [%]
	základní	vyučen / a	maturita	vyšší odborné a vysokoškolské	Σ
správná odpověď	0%	15%	15%	15%	14%
nesprávná - neúplná odpověď	25%	15%	39%	41%	37%
výběr odpovědi: nemám ponětí	75%	69%	45%	44%	49%
Σ	100%	100%	100%	100%	100%

Graf 18



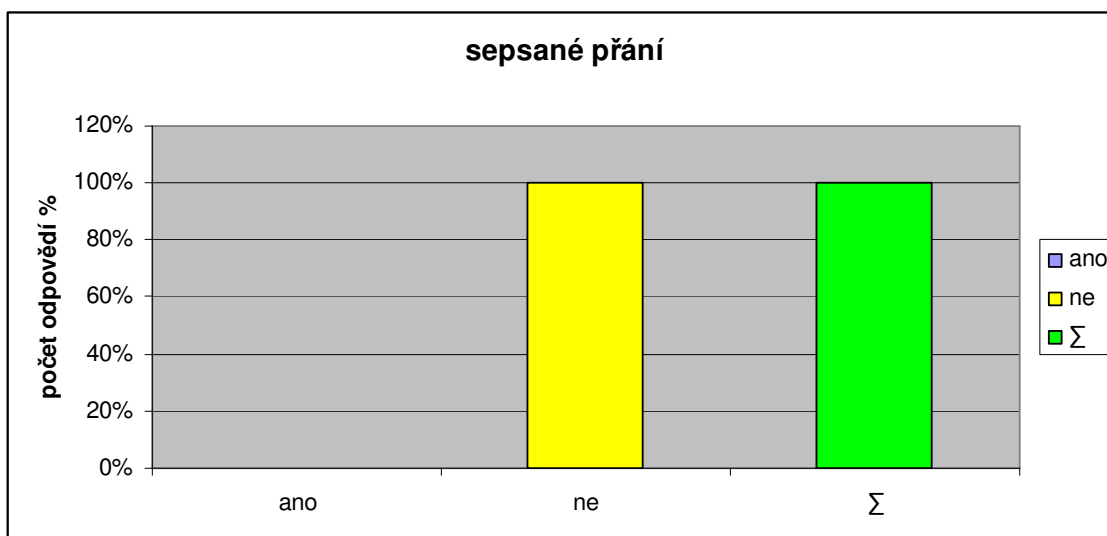
Žádný respondent se základním vzděláním neodpověděl správně na tuto otázku. Vyučení respondenti odpověděli pouze 2 správně, s maturitou odpovědělo správně 5 dotazovaných a s vysokoškolským vzděláním odpovědělo správně 8 dotazovaných.

11. Napsal jste již takové přání nebo někdo z Vašich blízkých?

Tabulka 19

sepsané přání	n_i	f_i [%]
ano	0	0%
ne	104	100%
Σ	104	100%

Graf 19



Z celkového počtu dotazovaných nikdo nese-psal dříve vyslovené přání a ani nikdo z jeho příbuzných.

12. Myslíte si, že máte právní možnost rozhodnout, jak by se zacházelo s Vašimi příbuznými?

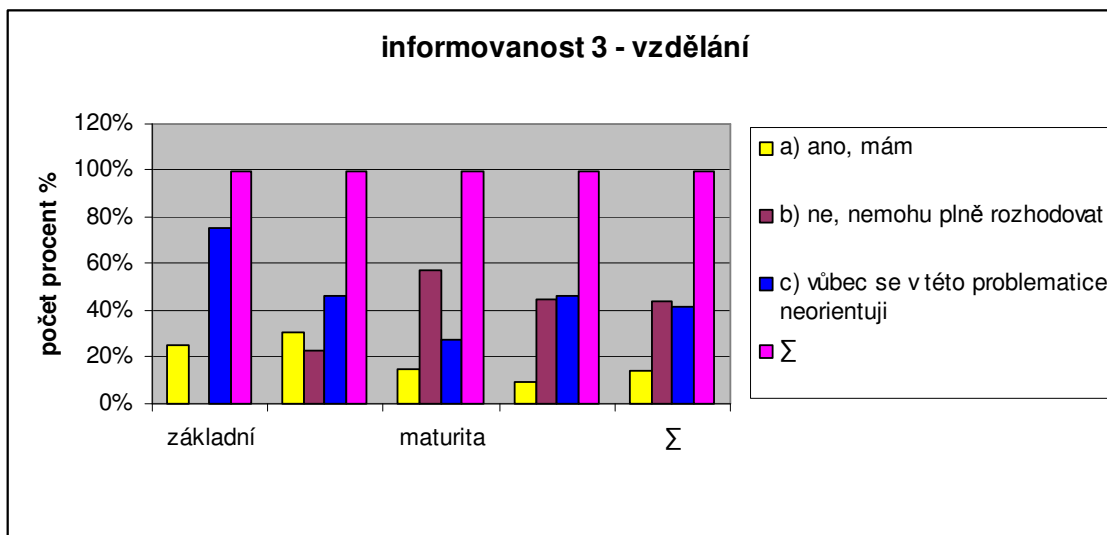
Tabulka 20a

informovanost 3 - vzdělání	$n_{i\cdot}$	$n_{\cdot j}$	$n_{\cdot\cdot}$	$n_{i\cdot\cdot\cdot}$	n_i
	základní	vyučen / a	maturita	vyšší odborné a vysokoškolské	
a) ano, mám	1	4	5	5	15
b) ne, nemohu plně rozhodovat	0	3	19	24	46
c) vůbec se v této problematice neorientuji	3	6	9	25	43
Σ	4	13	33	54	104

Tabulka 20b

informovanost 3 - vzdělání	$f_{i\cdot}$ [%]	$f_{\cdot j}$ [%]	$f_{\cdot\cdot}$ [%]	$f_{i\cdot\cdot\cdot}$ [%]	f_i [%]
	základní	vyučen / a	maturita	vyšší odborné a vysokoškolské	Σ
a) ano, mám	25%	31%	15%	9%	14%
b) ne, nemohu plně rozhodovat	0%	23%	58%	44%	44%
c) vůbec se v této problematice neorientuji	75%	46%	27%	46%	41%
Σ	100%	100%	100%	100%	100%

Graf 20



Z celkového počtu dotazovaných odpovědělo 15 respondentů, že má možnost rozhodnout o případné péči o příbuzné, 46 dotazovaných odpovědělo, že rozhodovat nemůže a 43 zadalo, že se v této problematice vůbec neorientují. Respondenti se

základním vzděláním nejčastěji odpovídali, že se v problematice neorientují. Vyučení dotazovaní také nejvíce označili odpověď, že se v problematice neorientují, respondenti s maturitou odpovídali nejlépe, že o péči příbuzných nemohou rozhodovat a s vysokoškolských vzdělání 24 respondentů odpovědělo, že rozhodovat nemohou a 24 odpovědělo, že se v této problematice neorientují.

K otázce č. 12. Myslíte si, že máte právní možnost rozhodnout, jak by se zacházelo s Vašimi příbuznými?

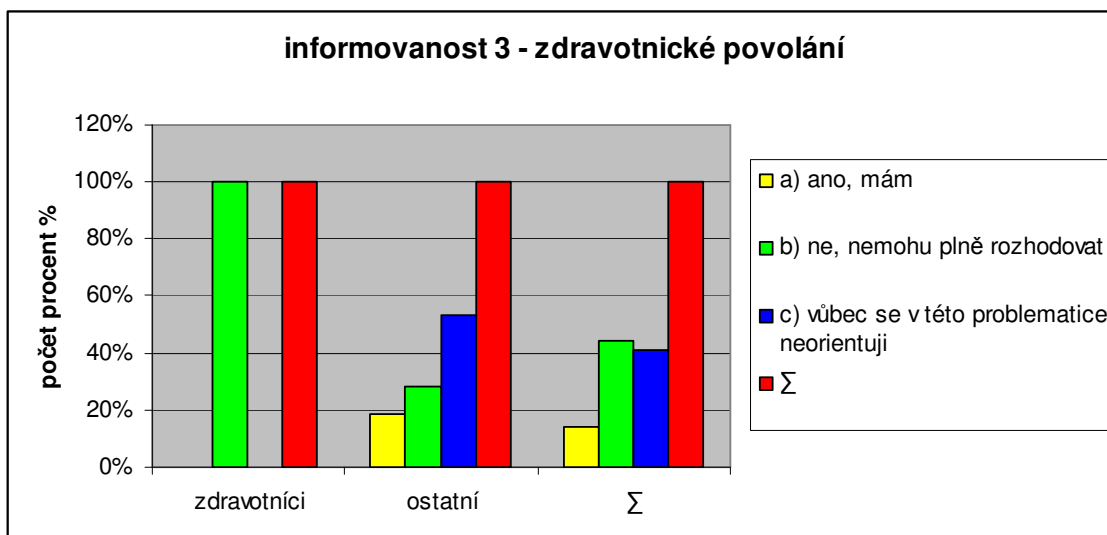
Tabulka 21a

informovanost 3 - zdravotnické povolání	n_i	$n_{i'}$	n_i
	zdravotníci	ostatní	Σ
a) ano, mám	0	15	15
b) ne, nemohu plně rozhodovat	23	23	46
c) vůbec se v této problematice neorientuji	0	43	43
Σ	23	81	104

Tabulka 21b

informovanost 3 - zdravotnické povolání	f_i [%]	$f_{i'}$ [%]	f_i [%]
	zdravotníci	ostatní	Σ
a) ano, mám	0%	19%	14%
b) ne, nemohu plně rozhodovat	100%	28%	44%
c) vůbec se v této problematice neorientuji	0%	53%	41%
Σ	100%	100%	100%

Graf 21



Z celkového počtu 23 zdravotnických pracovníků všichni odpověděli, že nemohou rozhodovat o případné péči o příbuzné osoby. Z celkového počtu 81 respondenti s jiným než zdravotnickým vzděláním, odpovědělo 43 dotazovaných, že se

v této problematice vůbec neorientují, 23 odpovědělo, že nemohou rozhodovat a 15 odpovědělo, že rozhodovat mohou.

13. Chtěl/a byste mi ještě něco sdělit?

Mezi nejzajímavější příspěvky považuji vyjádření muže ve věku 89 let, který uvedl: „Přál bych si, aby byla v české republice uzákoněna eutanázie.“

Zajímavé bylo také vyjádření ženy ve věku 58 let, která napsala: „Tento dotazník mě přiměje zamyslet se nad problémy související se stářím a nemocemi.“

Dále se objevili příspěvky, kterými respondenti sdělovali, že se do takových situací nedokázali vcítit nebo že se jim o těchto problémech nechce přemýšlet.

Své vypovídá i prohlášení 19ti leté dívky, která uvedla: „Musela bych se nad tím více zamyslet, a to se mi nechce.“

5 Diskuse

Hypotéza č. 1: Předpokládám, že převážná většina dotazovaných neumí definovat dříve vyslovená přání.

Hypotézu č. 1 jsem ověřovala otázkami:

6. Víte o možnosti sepsat předem, jak chcete, aby s Vámi bylo zacházeno v případě nezbytné zdravotní péče?

10. V čem si myslíte, že můžete svou vůli vyjádřit?

11. Napsal jste již takové přání nebo někdo z Vašich blízkých?

Ze sledovaných respondentů uvedlo 69 osob, že nikdy neslyšeli o možnosti sepsat předem své přání o nezbytné zdravotní péči. A pouhých 19 osob odpovědělo, že tuto možnost znají nebo se s ní setkali, ale při podrobnějším zkoumání zjistíme, že se s tímto nesešel nikdo a že respondenti pochopili odpověď „ano, už jsem se tím setkal/a“ jako znalost názvu, ne ovšem setkání se situací jako takovou. Na otázku, zda takové přání již někdo z nich nebo jejich blízkých sepsal, odpověděli všichni dotazovaní, že nesešli.

Hypotézu č. 1 považuji za potvrzenou, protože převážná část dotazovaných odpověděla, že o této možnosti vůbec nikdy neslyšela. Respondenti, kteří odpověděli, že mají zkušenosti s touto problematikou, ve většině případů tuto skutečnost neprokázali, jelikož odpovídali chybně v dalších otázkách.

Hypotéza č. 2: Předpokládám, že o možnosti se vyjádřit dříve vysloveným přáním uvažují lidé starší 50 let.

Hypotézu č. 2 jsem ověřovala otázkami:

7. Napadlo Vás někdy, že byste mohl /a být dlouhodobě v bezvědomí (i několik měsíců) a jakou byste požadoval /a léčbu?

8. Představte si situaci, že nejste schopni rozhodovat o tom, jaká péče Vám bude poskytnuta. Jste v bezvědomí, vnímáte bolest, ale nemůžete se žádným způsobem vyjadřovat. Jak byste chtěl /a, aby v takovém případě bylo s Vámi zacházeno?

9. Kdyby se podobná situace stala Vašemu příbuznému, jak byste za něj rozhodli?

Při zkoumání úvah a postojů respondentů k dané situaci č. 1 (Napadlo Vás někdy, že byste mohl/a být dlouhodobě v bezvědomí (i několik měsíců) a jakou byste požadoval /a léčbu?) se potvrdilo, že nad možnostmi dříve vyslovených přání uvažují lidé vyššího věku, v našem případě uvádím věkovou hranici 50 let. U této otázky mohlo dojít k nedorozumění, jelikož dotaz obsahuje 2 otázky. Původní, záměrem bylo zjistit, zda respondenti nad takovou možností uvažovali, ne však jakou by si přáli léčbu. Přesto můžeme závěrem dle získaných údajů tvrdit, že věk ovlivňuje zamýšlení respondentů nad takovými situacemi.

U situace č. 2 (Představte si situaci, že nejste schopni rozhodovat o tom, jaká péče Vám bude poskytnuta. Jste v bezvědomí, vnímáte bolest, ale nemůžete se žádným způsobem vyjadřovat. Jak byste chtěl/a, aby v takovém případě bylo s Vámi zacházeno?) bylo nejčastěji odpovídáno „při nezvratné situaci odpojit přístroje“, a to především u osob mladších 50 let. Je zřejmé, že mladí, zdraví lidé jsou v takovém rozhodování razantnější a nekompromisní. Dotazovaní nad 50 let nejčastěji odpověděli, že by si nepřáli být opakovaně resuscitováni.

Při posuzování situace č. 3 (Kdyby se podobná situace stala Vašemu příbuznému, jak byste za něj rozhodli?) jsou odpovědi zcela jiné než v předchozí otázce. Nejčtenější odpověď byla „ponechat současný stav a čekat“. Je až překvapující, jak se názor na stejnou situaci změnil u sebe samé a u osoby nám blízké. Je zřejmé, že všichni dotazovaní mají obavu z vlastního utrpení a bolesti. Avšak pokud by se tak dělo o příbuznou osobu, raději respondenti volí možnost čekat a pacienta nechat „trpět“.

Hypotézu č. 2 považuji za potvrzenou. Z výsledků je zřejmé, že věk nad 50 let ovlivňuje myšlení lidí nad touto problematikou.

Hypotéza č. 3: Předpokládám, že nejvyšší ukončené vzdělání respondentů neovlivňuje jejich informovanost o problematice dříve vyslovených přání.

Hypotézu č. 3 jsem ověřovala otázkami viz hypotéza č. 1 a porovnávala je s věkem (věkovými skupinami).

Co se týče vzdělání, tak ze získaných údajů nelze prokázat, že by nejvyšší ukončené vzdělání zásadně ovlivnilo míru informovanosti respondentů v této problematice. Na první pohled to sice vypadá, že vzdělání informovanost ovlivňuje, ale tento vztah nelze prokázat pro nízký počet respondentů se základním vzděláním.

Naproti tomu nejvíce dotazníků bylo od respondentů s vysokoškolským vzděláním a rozdíl v počtu správných odpovědí není až tak výrazný. Proto soudím, že nejvyšší ukončené vzdělání neovlivnilo míru informovanosti respondentů v této problematice.

Hypotézu č. 3 považuji za potvrzenou.

Hypotéza č. 4: Předpokládám, že povolání zdravotníka zásadně ovlivní informovanost respondentů o problematice dříve vylovených přání.

Hypotézu č. 4 jsem ověřovala otázkami viz hypotéza č. 1 a porovnávala je s povoláním.

Při porovnávání odpovědí u zdravotnických pracovníků nejsou výsledky zcela výrazné, můžeme tuto skutečnost přisoudit tomu, že jsme získali převážněji počet osob s jiným než zdravotnickým vzděláním. Dále nebyla zjišťována odbornost zdravotníků, zda to jsou lékaři, zdravotní sestry, laboranti, pracující na ortopedii, gynekologii či anesteziologicko resuscitačním oddělení (dále jen ARO) apod. Tato skutečnost by též mohla výrazně ovlivnit naše výsledky. Je pochopitelné, že do této problematiky jsou více zataženi zdravotničtí pracovníci, kteří se problematikou umírání denně setkávají.

Ohledně informovanosti o vyjádření vůle (otázka č. 10) odpovědělo 51 dotazovaných, že nemá ponětí. 39 odpovědí bylo nesprávných či neúplných a 14 odpovědí bylo správných, ovšem jednalo se převážně o osoby se zdravotnickým vzděláním. U této otázky mohlo dojít k nepřesnosti, protože jsem nezdůraznila možnost mnohočetné odpovědi a respondenti pak zpravidla vybírali jen jednu.

Hypotézu č. 4 považuji za potvrzenou pouze částečně. Jak jsem již zmínila, nezískali jsem rovnocenný počet zdravotnických pracovníků a nezdravotníků, a proto výsledky nemusejí být zcela objektivní. Vzhledem k tomu, že původním záměrem diplomové práce bylo prověřit informovanost laické veřejnosti, nepovažuji tuto skutečnost chybnou.

Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 104 respondentů. Předem byly stanoveny věkové skupiny. První do 20 let, druhá skupina 21 - 40 let, třetí skupina 41 - 60 let a čtvrtá a pátá kategorie 61 - 80 let a 81 - 100 let. Z důvodu příliš malého počtu osob ve čtvrté a páté věkové skupině, byly tyto kategorie později sloučeny. Věkový průměr všech dotazovaných byl 50, 4 let. Z celkového počtu dotazovaných bylo 47 % mužů a 53 % žen. A vzdělání mělo 54 osob vysokoškolské nebo vyšší odborné

vzdělání. Protože jsem získala pouze 2 respondenty s vyšším odborným vzděláním, přiřadila jsem je do skupiny k vysokoškolskému vzdělání, jinak by interpretace výsledků této skupiny podléhala spíše náhodě. Vzdělání s maturitou mělo 33 respondentů, vyučeno bylo 13 dotazovaných a základní vzdělání měli 4 osoby. Ze všech dotazovaných bylo 90,4 % nevěřících a ostatní uvedli křesťanství (8,7 %) a jedna osoba uvedla jako svou víru buddhismus. Ze všech 104 dotazovaných bylo 23 osob zdravotnického povolání.

Závěr a návrh pro praxi

Dnes žijeme v době, kdy se obrovskou rychlostí rozšiřují možnosti v získávání informací, nových poznatků a všude kolem nás je mnoho nových způsobů, jak si jednoduše zajistit kvalitní přísun odborných poznatků různých odvětví. Co se týče problematiky dříve vyslovených přání, je všeobecná informovanost naproti veškerým možnostem nulová a nedostačující. Lidé tuto možnost vůbec neznají.

Cílem této práce bylo zjistit míru informovanosti laické veřejnosti v této problematice a odhalit, zda věk, vzdělání a povolání zdravotníka ovlivní úvahy a postoje lidí k naší problematice.

Domnívala jsem se, že tematika dříve vyslovených přání nebude laické veřejnosti vůbec známa. Míra a rozsah informovanosti v této problematice je opravdu velice nízká, můžeme říci, že téměř žádná.

Celkem jsem si stanovila 4 hypotézy:

1. Předpokládám, že převážná většina dotazovaných neumí definovat dříve vyslovená přání.
2. Předpokládám, že o možnosti se vyjádřit dříve vysloveným přáním uvažují lidé starší 50 let.
3. Předpokládám, že nejvyšší ukončené vzdělání respondentů neovlivňuje jejich informovanost o problematice dříve vyslovených přání.
4. Předpokládám, že povolání zdravotníka zásadně ovlivní informovanost respondentů o problematice dříve vylovených přání.

Hypotézy č. 1-3 jsem ve své práci potvrdila, hypotézu č. 4 jsem zhodnotila jako potvrzenou pouze částečně.

Dnes žijeme v době, kdy se obrovskou rychlostí rozšiřují možnosti v získávání informací, nových poznatků a všude kolem nás je mnoho nových způsobů, jak si jednoduše zajistit kvalitní přísun odborných poznatků různých odvětví. Co se týče problematiky dříve vyslovených přání, je všeobecná informovanost naproti veškerým možnostem nulová a nedostačující. Lidé tuto možnost vůbec neznají. Informovanost v této problematice není ovlivněna věkem. Nutné je však podotknout, že se lišily počty respondentů s nejvyšším ukončeným vzděláním, nejméně bylo osob se základním ukončeným vzděláním a nejvíce s vysokoškolským. Navíc někteří z dotazovaných jsou ještě studenti.

Věk však ovlivnil úvahy a postoje k daným situacím. Je zřejmé, že na možnost závažného onemocnění či zdravotního stavu více pomýšlejí lidé starší, popřípadě nemocní. Pravděpodobně je to přirozený chod našeho vývoje. K mládí přirozeně patří plná síla a zdraví. A za plného zdraví se nikomu z nás nechce uvažovat o tom, co bude, až zdraví nebudeme.

Vzdělání zdravotníka částečně ovlivnilo informovanost. K nepřesnostem mohlo dojít z již zmiňovaných důvodů, a to nízkého počtu zdravotnických pracovníků. A dále nebylo zjištěno o jaké zdravotnické pracovníky a v jakém oboru se jednalo. Bylo by zajímavé porovnat výsledky obdobné studie pro zdravotnický personál a přesněji pak rozlišit lékaře, zdravotní sestry, zdravotnické asistenty aj.

Jako hlavní příčiny neinformovanosti o této problematice bych uvedla neochotu lidí se o oblast umírání a smrti blíže zajímat. Je to tematika, která nás začne zajímat až tehdy, týká-li se nás bezprostředně. Když nám závažně onemocní někdo blízký, popřípadě my sami. Do té doby je to pro nás tabuizované téma. Další příčinou této skutečnosti by mohla být též neochota zdravotníků hovořit se svými pacienty o jejich možnostech a právech ohledně umírání a smrti. Během své praxe na stážích jsem zjišťovala zkušenosti zdravotnických pracovníků z oddělení ARO jejich zkušenosti. Nikdo z nich se s takovým přáním pacienta ještě nesetkal. Je tomu tak zřejmě proto, že pacientům není tato možnost ani nabízena. Popřípadě pokud by někdo takové přání učinil, věřím, že by vyvolalo mnoho rozpaků v ošetrovatelském týmu, jak s takovým přáním naložit, zda by lékaři nesli zodpovědnost apod.

Po prostudování této problematiky jsem nabyla dojmu, že je to vcelku dobrý způsob, jak předem zajistit péči tak, jak by si sám pacient přál. Moje představa je taková, že by pacient, který je přijímán k hospitalizaci ze závažného důvodu (např. nádorová onemocnění, senilní demence aj.), dostal nabídnuto takové přání sepsat. Bylo by poté součástí dokumentace pacienta. Nebo je možnost, že by o této možnosti informovali své pacienty například obvodní lékaři, kteří by svého pacienta měli znát nejlépe a též i jejich onemocnění, obavy a problémy.

Zásadním problémem však je nepřesná formulace čl. 9 Úmluvy o biomedicíně. Nejsou dána přesná kritéria, jak by mělo takové přání vypadat, zda je nutné notářské ověření podpisu, jak dlouho je platné apod. Je uvedeno, že by si měl být lékař jistý, že je takové přání stále platné a že pacient takové přání učinil i s ohledem na současný pokrok ve vědě a medicíně. Tímto je odpovědnost opět přesunuta na lékaře a

zdravotnický personál a je pochopitelné, že ošetřovatelský tým si nebude komplikovat svou práci tím, že bude svým pacientům tuto možnost ještě nabízet a informovat je. Neposledním problémem je také to, že neexistuje žádný registr pacientů, kteří by své dříve vyslovené přání učinili. Pro zdravotnický personál je tedy téměř nemožné se o takovém přání dozvědět, bylo-li sepsáno.

Závěrem proto doporučuji, aby se touto problematikou zabývali nejen jednotlivý zdravotničtí pracovníci ošetřovatelského týmu, ale i Ministerstvo zdravotnictví České republiky a Česká lékařská komora, kteří by společně stanovili nejen doporučení, ale i rozhodující stanoviska, jak se k takovým přáním zachovat, aniž by byl ošetřující personál trestán za neposkytnutí pomoci aj. Určitou změnu by jistě přinesl již zmiňovaný registr pacientů s dříve vysloveným přáním, který by mohl být obdobný, jako je registr osob nesouhlasících s posmrtným odběrem orgánů a tkání.

6 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BĚHOUNEK, Petr; HORA, Milan; KLEČKA, Jiří. Medicína založená na důkazech : Evidence based medicine. *Česká urologie*. 2011, 15 (1), s. 10 - 14.
2. *Bible překlad s výkladem*. Praha : Kalich, 1978. Starý zákon, Izajáš, s. 285.
3. BRUTHANS, Jan. *Karim-vfn* [online]. 2005 [cit. 2011-03-11]. Pregraduální přednášky_KPR. Dostupné z WWW: <<https://el.lf1.cuni.cz/nm01>>.
4. BURIÁNEK, Jan. *Lékařské tajemství, zdravotnická dokumentace a související právní otázky*. Praha : Linde, Praha a.s., 2006. 204 s.
5. *Centrum zdravotnického práva* [online]. 11. 8. 2009 [cit. 2011-03-23]. 8 Tdo 1421/2008 . Dostupné z WWW: <<http://czp.prf.cuni.cz/?q=node/96>>.
6. *Česká lékařská komora* [online]. 2010 [cit. 2011-03-11]. Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010. Dostupné z WWW: <http://www.lkcr.cz/document3.php?param=news_file,NEWS_FILE_ID,,TYPE,NAME,DATE_AKT&id=89222>.
7. *Český statistický úřad* [online]. 30. 4. 2010 [cit. 2011-03-31]. Věkové složení obyvatelstva v roce 2009. Dostupné z WWW: <[http://www.czso.cz/csu/2010edicniplan.nsf/t/0C001BB2A3/\\$File/400310007.pdf](http://www.czso.cz/csu/2010edicniplan.nsf/t/0C001BB2A3/$File/400310007.pdf)>.
8. DOLEŽAL, David; CARBOLOVÁ, Kamila. Vegetativní stav (apalický syndrom). *Neurologie pro praxi* [online]. 2007, 1, [cit. 2011-03-11]. Dostupný z WWW: <<http://www.solen.cz/pdfs/neu/2007/01/07.pdf>>.
9. DOLEŽAL, Tomáš; DOLEŽAL, Adam. *Ochrana práv pacienta ve zdravotnictví*. Praha : Linde Praha, a.s., 2007. 138 s. ISBN 978-80-7101-684-6.
10. FRIEDLOVÁ, Karolína. *Institut bazální stimulace* [online]. 2004-2011 [cit. 2011-03-23]. Co je bazální stimulace. Dostupné z WWW: <http://www.bazalni-stimulace.cz/bazalni_stimulace.php>.
11. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *České ošetřovatelství 9 : Jak učit a jak se naučit lékařskou etiku*. vyd. 1. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků, 2001. 57 s. ISBN 80-7013-349-X.
12. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Informovaný souhlas : Proč a jak?*. vyd. 1. Praha : Galén, 2007. 104 s. ISBN 978-80-7262-497-3.

13. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 3. rozš. vyd. Praha : Galén, 2002. 272 s. ISBN 80-7262-132-7.
14. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie : Nauka o umírání a smrti*. vyd. 1. Praha : Galén, 2000. 191 s. ISBN 80-7262-034-7.
15. HENNZEL, Marie. *Smrt z blízka-umírající nás učí žít*. Praha : ETC Publishing, 1997. 190 s.
16. *Koordináční středisko transplantací* [online]. 2007 [cit. 2011-04-19]. Náboženství a transplantace. Dostupné z WWW: <<http://www.kst.cz/web/download/nabozenstvi-a-transplantace.pdf>>.
17. KOŘENEK, Josef. *Lékařská etika*. Praha : Triton, 2002. 276 s. ISBN 80-7254-235-4.
18. KÜBLER-ROSSOVÁ, Elisabeth. *O smrti a umírání*. vyd. 1. Turnov : Arica, 1993. 251 s. ISBN 80-900134-6-5.
19. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2007. 163 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
20. KUŘE, Josef. *Akutne.cz* [online]. 22. 4. 2009 [cit. 2011-03-11]. Etika v intenzivní péči. Dostupné z WWW: <<http://www.akutne.cz/res/publikace/09-etika-v-intenzivni-peci.pdf>>.
21. MACH, Jan. Co je péče „lege artis“, a kdo to posoudí?. *Medicínské právo* [online]. 2007-11-29, č.9, [cit. 2011-03-07]. Dostupný z WWW: <<http://www.medicinskepravo.cz/2007/11/co-je-pece-lege-artis-kdo-to-posoudi.html>>.
22. MACH, Jan. *Medicína a právo*. vyd. 1. Praha : C. H. Beck, 2006. 257 s. ISBN 80-7179-810-X.
23. MACH, Jan; RATH, David. *Právní sebeobrana lékaře*. vyd. 2. [s.l.] : Presstempus s.r.o., 2006. 143 s. ISBN 80-903350-6-3.
24. MACH, Jan, et al. *Zdravotnictví a právo*. vyd. 2. Praha : LexisNexis CZ s.r.o., 2005. 455 s. ISBN 80-86199-93-2.
25. MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.
26. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. 2009 [cit. 2011-02-03]. Návrh zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Dostupné z WWW: <http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/navrh-zakona-o-zdravotnich-sluzbach-a-podminkach-jejich-poskytovani_2070_1043_3.html>.

27. MUNZAROVÁ, Marta. *Eutanazie, nebo paliativní péče?*. vyd. 1. Praha : Grada Publishing, a.s., 2005. 108 s. ISBN 80-247-1025-0.
28. MUNZAROVÁ, Marta. *Lékařská etika od A do Z*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2005. 151 s. ISBN 80-247-1024-2.
29. MUNZAROVÁ, Marta, et al. *Proč ne eutanazii aneb být či nebýt?*. Kostelní Vydří : Karmelitánské nakladatelství, 2008. 88 s. ISBN 978-80-7195-258-9.
30. O'CONNOR, Margaret, et al. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
31. PETERKOVÁ, Helena. *Centrum zdravotnického práva* [online]. 2007 [cit. 2011-02-03]. Pokyny Do Not Resuscitate. Dostupné z WWW: <<http://czp.prf.cuni.cz/?q=node/59>>.
32. PETRŮ, Marek. *Umírání* [online]. 30. 1. 2008 [cit. 2011-02-03]. Technologie umírání. Dostupné z WWW: <<http://www.umirani.cz/res/data/007/000787.pdf?seek=1208206607>>.
33. PROŠKOVÁ, Eva. Etické a právní aspekty eutanázie. *Kontakt* [online]. 2009, no. 1, s. 257 - 264, [cit. 2011-03-26]. Dostupný z WWW: <http://www.zsf.jcu.cz/struktura/utvary/edicni-oddeleni/periodika/kontakt/jednotliva-cisla-casopisu-kontakt-podle-rocniku/kontakt_2009/1-2009/eticke-a-pravni-aspekty-eutanazie-full/view>. ISSN 1212-4117.
34. *Resuscitace.cz* [online]. 11. 2. 2011 [cit. 2011-03-11]. Česká resuscitační rada. Dostupné z WWW: <<http://www.resuscitace.cz/?p=1081>>.
35. *Resuscitace.cz* [online]. 11. 2. 2011 [cit. 2011-03-11]. Česká resuscitační rada. Dostupné z WWW: <http://www.resuscitace.cz/?page_id=47>.
36. ROTTER, Hans. *Důstojnost lidského života : Základní otázky lékařské etiky*. vyd. 1. Praha : Vyšehrad, spol. s.r.o., 1999. 107 s. ISBN 80-7021-302-7.
37. RUCKI, Štěpán, et al. *Mezi biblí a medicínou*. Albrechtice : Křesťanský život, 2007. 156 s. ISBN 978-80-7112-121-3.
38. SEIDL, Zdeněk. *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. vyd. 1. Praha : Grada Publishing, a.s., 2008. 168 s. ISBN 978-80-247-2733-2.
39. SLÁMA, Ondřej. *Klinické, etické a právní aspekty rozhodování o kardiopulmonální resuscitaci u terminálně onkologicky nemocných pacientů* [online]. Brno : Brno, 2009. 94 s. Dizertační práce. Masarykova univerzita Brno,

- lékařská fakulta. Dostupné z WWW: <is.muni.cz/th/90625/lf_d/Dizertace-definitivni.doc>.
40. SLÁMA, Ondřej. Lze klinicky definovat pacienta v 'terminálním stavu' a co je u takového pacienta péčí 'lege artis'?. *Databáze tuzemských onkologických konferenčních abstrakt* [online]. 24. 4. 2010, č.138, [cit. 2011-03-03]. Dostupný z WWW: <http://www.linkos.cz/odbornici/kongresy/abstrakta_vypis.php?ID=3755>.
41. SLÁMA, Ondřej, et al. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha : Galén, 2007. str. 301-311 s. ISBN 978-80-7262-505-5.
42. SOKOL, Tomáš. *Právní rádce* [online]. 21. 4. 2010 [cit. 2011-03-23]. Lege artis, známý pojem neznámého obsahu. Dostupné z WWW: <http://pravniradce.ihned.cz/c4-10078260-42774960-F00000_d-lege-artis-znamy-pojem-neznameho-obsahu>.
43. THOMASMA, David C.; KUSHNEROVÁ, Thomasine. *Od narození do smrti : Etické problémy v lékařství*. vyd. 1. Praha : Mladá fronta, 2000. 389 s. ISBN 80-204-0883-5.
44. VONDRÁČEK, Lubomír. *Právní předpisy nejen pro hlavní, vrchní, staniční sestry*. vyd. 1. Praha : Grada Publishing, a.s., 2005. 100 s. ISBN 80-247-1198-2.
45. VONDRÁČEK, Lubomír; KURZOVÁ, Hana. *Zdravotnické právo*. Praha : Karolinum, 2002. 142 s. ISBN 80-246-0531-7.
46. VORLÍČEK, Jiří, et al. *Paliativní medicína*. 2. přeprac. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2004. 537 s. ISBN 80-247-0279-7.
47. ZEMAN, Bohumil. Zázraky se dějí, ví primářka. *Mladá fronta dnes : Karlovarský kraj* [online]. 21. 3. 2011, str. 2, [cit. 2011-04-15]. Dostupný z WWW: <<http://mfdnes.newton.cz/default.asp?cache=459881>>.

Legislativní dokumenty

Doporučení představenstva České lékařské komory č.1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli.

Etický kodex České lékařské komory.

Etický kodex práv pacienta.

Návrh zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách).

Rozsudek Nejvyššího soudu ČR ze dne 22.3.2005, spisová značka 7 T do 219/2005.

Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny : Úmluva o lidských právech a biomedicíně.

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu.

Zákon č. 220/1991 Sb., České národní rady o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře.

Zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod.

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

Zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon).

Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník.

SEZNAM ZKRATEK

aj.	a jiné
apod.	a podobně
ARO	anesteziologicko resuscitační oddělení
atd.	a tak dále
č.	číslo
ČLK	Česká lékařská komora
DNR	Do not resuscitate
DNAR	Do not attempt resuscitation
et al.	et alii (a kolektiv)
ILCOR	International Liaison Committee on Resuscitation
kap.	kapitola
KPR	kardiopulmonální resuscitace
odst.	odstavec
pozn.	poznámka
PMVS	permanentní vegetativní stav
PVS	persistentní vegetativní stav
s.	strana
Sb.	sbírky
tj.	to je
transplantační zákon	zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantací tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon)
Úmluva	Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha č. 1 - základní neodkladná resuscitace & použití AED
(basic life support)
- Příloha č. 2 - rozšířená neodkladná resuscitace (advanced life support)
algoritmus bradykardie
- Příloha č. 3 - rozšířená neodkladná resuscitace (advanced life support)
algoritmus tachykardie
- Příloha č. 4 - resuscitace v nemocnici
- Příloha č. 5 - univerzální algoritmus¹¹⁴
- Příloha č. 6 - Návrh zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich
poskytování (zákon o zdravotních službách), § 35
- Příloha č. 7 - dotazník vlastní konstrukce

¹¹⁴Resuscitace.cz [online]. 11. 2. 2011 [cit. 2011-03-11]. Česká resuscitační rada. Dostupné z WWW: <http://www.resuscitace.cz/?page_id=47>.