



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetrovatelství



Renata Motyčková

**INFORMOVANOST A POSTOJE SESTER
K PROBLEMATICE DŘÍVE VYSLOVENÝCH
PŘÁNÍ**

*Knowledge and attitude of nurses towards
advance directives*

bakalářská práce

Praha, květen 2013

Autor práce: Renata Motyčková

Studijní program: Ošetrovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: **Mgr. Jana Heřmanová**

Pracoviště vedoucího práce: **UK v Praze, 3. lékařská fakulta**

Ústav ošetrovatelství

Odborný konzultant: **PhDr. Hana Janečková**

Pracoviště odborného konzultanta: **UK v Praze, 3. lékařská fakulta**

Ústav ošetrovatelství

Datum a rok obhajoby: 17. června 2013

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do Studijního informačního systému – SIS 3.LF UK jsou totožné

V Praze dne 16. dubna 2013

Renata Motyčková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Janě Heřmanové za metodické vedení a cenné rady a PhDr. Haně Janečkové za cenné připomínky a korekturu výzkumné části bakalářské práce. Své rodině děkuji za podporu a pomoc během celého studia.

Obsah

ÚVOD.....	7
I. TEORETICKÁ ČÁST.....	9
CÍLE TEORETICKÉ ČÁSTI.....	9
1. ZÁKLADNÍ POJMY.....	10
2. DŘÍVE VYSLOVENÁ PŘÁNÍ.....	12
2.1 <i>Obsah dříve vyslovených přání.....</i>	<i>13</i>
2.2 <i>Plánování a vznik dříve vyslovených přání.....</i>	<i>14</i>
3. LIDSKÁ PRÁVA A PRÁVA PACIENTŮ V SOUVISLOSTI S INSTITUTEM DŘÍVE VYSLOVENÝCH PŘÁNÍ.....	14
3.1 <i>Právo na život a zdraví.....</i>	<i>15</i>
3.2 <i>Právo svobodně se rozhodnout.....</i>	<i>15</i>
3.3 <i>Právo na důstojnost.....</i>	<i>16</i>
4. ETICKÉ ASPEKTY DŘÍVE VYSLOVENÝCH PŘÁNÍ.....	16
4.1 <i>Základní principy lékařské etiky.....</i>	<i>17</i>
4.1.1 <i>Princip neškození (nonmaleficence).....</i>	<i>17</i>
4.1.2 <i>Princip dobročinnosti (beneficence).....</i>	<i>17</i>
4.1.3 <i>Respekt k autonomii.....</i>	<i>17</i>
4.1.4 <i>Princip spravedlnosti.....</i>	<i>17</i>
4.1.5 <i>Princip dvojího efektu (duplis effectus).....</i>	<i>18</i>
4.1.5.1 <i>Podávání léků tišících bolest.....</i>	<i>18</i>
5. VZNIK A VÝVOJ DŘÍVE VYSLOVENÝCH PŘÁNÍ.....	19
5.1 <i>Advance directives v USA.....</i>	<i>20</i>
5.1.1 <i>Vznik a vývoj advance directives v USA.....</i>	<i>20</i>
5.1.2 <i>Nejznámější kauzy, které ovlivnily vznik advance directives v USA.....</i>	<i>20</i>
5.1.2.1 <i>Karen Ann Quinlan (1954-1985).....</i>	<i>20</i>
5.1.2.2 <i>Nancy Cruzan (1957-1990).....</i>	<i>21</i>
5.1.3 <i>Současná právní úprava v USA.....</i>	<i>22</i>
5.1.3.1 <i>Patient Self Determination Act.....</i>	<i>22</i>
5.1.4 <i>Existující typy dokumentů v USA.....</i>	<i>22</i>
5.2 <i>Dříve vyslovená přání v Evropě.....</i>	<i>23</i>
5.2.1 <i>Současná právní úprava v Evropě.....</i>	<i>23</i>
5.2.2 <i>Dříve vyslovená přání v Německu.....</i>	<i>24</i>
5.2.3 <i>Zkušenosti s dříve vyslovenými přáními v Evropě.....</i>	<i>25</i>
5.3 <i>Dříve vyslovená přání v České republice.....</i>	<i>25</i>
5.3.1 <i>Zavedení dříve vyslovených přání do české legislativy.....</i>	<i>25</i>
5.3.2 <i>Doporučení odborných společností.....</i>	<i>26</i>
5.3.2.1 <i>Doporučený postup výboru ČLS JEP k neodkladné resuscitaci.....</i>	<i>26</i>
5.3.2.2 <i>Konsenzuální stanovisko k poskytování paliativní péče u nemocných s nezvratným orgánovým selháním vydané Českou</i>	

<i>společností anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny ČLS JEP v lednu 2009</i>	26
5.3.2.3 <i>Doporučení představenstva České lékařské komory k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní č. 1/2010</i>	27
5.3.3 <i>Zákon o zdravotních službách</i>	28
5.3.3.1 <i>Znění § 36</i>	28
5.3.3.2 <i>Písemná forma dříve vysloveného přání</i>	29
5.3.4 <i>Národní registr osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánů</i>	30
6. VÝHODY A NEVÝHODY DŘÍVE VYSLOVENÝCH PŘÁNÍ	30
6.1 <i>Výhody dříve vyslovených přání</i>	30
6.2 <i>Nevýhody dříve vyslovených přání</i>	31
7. ROLE SESTRY	33
II. VÝZKUMNÁ ČÁST	34
8. METODIKA VÝZKUMNÉ ČÁSTI	35
8.1 <i>Cíle a výzkumné otázky</i>	35
8.2 <i>Charakteristika souboru respondentů</i>	36
8.3 <i>Metodika sběru dat</i>	36
8.4 <i>Sběr a zpracování dat</i>	37
9. VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ A JEJICH ANALÝZA	38
9.1 <i>Sociodemografické charakteristiky zkoumaného souboru</i>	38
9.2 <i>Informovanost sester o institutu dříve vyslovených přání</i>	41
9.2.1 <i>Znalosti sester o významu institutu dříve vyslovených přání a jeho existenci v České republice (Ad Cíl 1, výzk. otázka a)</i>	42
9.2.2 <i>Souvislost informovanosti a vzdělání (Ad Cíl 2, výzk. otázka b)</i>	46
9.2.3 <i>Souvislost informovanosti a pracoviště sester (Ad Cíl 1, výzk. otázka c)</i>	49
9.3 <i>Postoje sester k problematice dříve vyslovených přání</i>	51
9.3.1 <i>Postoje k institutu předem vyslovených přání</i>	51
9.3.2 <i>Závislost postojů sester k dříve vysloveným přáním na druhu zdravotního stavu ohrožujícím život (Ad Cíl 2, výzk. otázka a)</i>	56
9.3.3 <i>Souvislost mezi postoji a náboženským vyznáním (Ad Cíl 2, výzk. otázka b)</i>	58
9.4 <i>Postoje sester k tlumení bolesti v termálním stádiu</i>	59
10. DISKUZE	60
ZÁVĚR	64
POUŽITÁ LITERATURA	66
SEZNAM TABULEK A GRAFŮ	71
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	73
SEZNAM PŘÍLOH	74
PŘÍLOHY	75

Úvod

Pro téma bakalářské práce Informovanost a postoje sester k problematice dříve vyslovených přání jsem se rozhodla z několika důvodů. Mé dřívější zkušenosti z doby, kdy jsem pracovala na jednotce intenzivní péče pro extrémně nezralé novorozence, mě již před časem přiměly zamyslet se nad otázkou, zda vše, co současná medicína nabízí a vykonává, je správné. V průběhu času, během práce na dospělém anesteziologicko-resuscitačním oddělení, se mi dařilo tuto otázku pro sebe lépe formulovat. Klíčovým okamžikem, kdy jsem se rozhodla toto téma zpracovat ve své budoucí bakalářské práci, byla osobní zkušenost. Má 85-ti letá příbuzná, se před deseti lety rozhodla nepodstoupit gynekologický zákrok v souvislosti s maligním onemocněním. Již tehdy byla téměř upoutána na lůžko z důvodu jiného onemocnění. Po celou dobu hodnotila svůj život jako nekvalitní a s blížícím se koncem si přála zemřít v klidu doma v blízkosti své dcery.

Vzhledem k absenci domácí hospicové péče v karlovarském kraji byla péče praktického lékaře i občasná hospitalizace na interním oddělení nutností. Jakýkoliv kontakt se zdravotníky vyvolával u staré paní nevoli. Byla připravena zemřít. Po vstoupení zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách v platnost, si přála využít svého práva, to však na straně zdravotníků vyvolalo nejen nejistotu a zmatek, ale i zastrašování rodiny ze strany praktického lékaře, který trval na „komplexní péči“ interního oddělení

Uplynul téměř rok ode dne, kdy zákon zakotvující institut dříve vyslovených přání pacienta vstoupil v platnost a já se domnívám, že jej většina veřejnosti, jak laické, tak zdravotnické nezaznamenala. Současná medicína dokáže dříve nepředstavitelné, s tím také úzce souvisí umírání a smrt jedince versus kvalita jeho života. Tato problematika sebou nese řadu etických otázek, rozličných názorů a přesvědčení, která je třeba respektovat.

Domnívám se, že je velmi důležité, aby se vhodným způsobem o možnosti, jak zákonným způsobem vyjádřit svá přání ohledně svých posledních dnů dozvídala celá veřejnost, zvláště pokud uvážíme, že se v médiích stále

objevují názory, podle kterých je nezahájení či nepokračování marné léčby formou eutanazie. Nejprve je však nutné, aby se respekt k právům umírajícího člověka a uvědomění si smrtelnosti jako takové, vryly do podvědomí všech zdravotníků, a aby si uvědomili svou roli při kontaktu s umírajícím člověkem. Problematika kvality života na jeho konci se totiž týká každého z nás. V literatuře se můžeme dočíst o právech umírajících, jejich potřebách nebo důstojné smrti, ale děje se tak skutečně v našich nemocničních zařízeních, kde stále ještě umírá převážná většina pacientů?

Cílem teoretické části je seznámení s institutem dříve vyslovených přání. Především s jeho historií a vývojem, s možností jeho využití a legislativou. Dále jsem se zaměřila na etické aspekty, které s institutem dříve vyslovených přání úzce souvisí a roli sester v péči o umírající pacienty.

Cílem empirické části této práce bylo zmapovat informovanost a postoje sester na jednotlivých odděleních ve zdravotnických zařízeních.

I. TEORETICKÁ ČÁST

CÍLE TEORETICKÉ ČÁSTI

Cíle teoretické části jsou následující:

- seznámit se základními pojmy v souvislosti s problematikou dříve vyslovených přání
- seznámit s legislativními a etickými aspekty problematiky dříve vyslovených přání
- přiblížit historii a vývoj dříve vyslovených přání ve světě
- přiblížit současnou situaci v České republice

1. ZÁKLADNÍ POJMY

Pro snazší orientaci v problematice dříve vyslovených přání jsou níže uvedeny základní pojmy a definice.

- **Advance directives, living will nebo dříve projevená přání pacienta** – odráží projev svobodné vůle každého jednotlivce. Jedná se o dokument, který stanovuje podmínky pro péči o svou osobu v době, kdy se k ní sám nebude moci zodpovědně vyjádřit. „Institut dříve projevených přání pacientů vznikl z nedostatečné komunikace mezi lékařem a pacientem a z obavy pacienta o svůj život v situaci, kdy již nebude schopen se ke své léčbě vyjádřit“.¹
- **Autonomie pacienta**
 - stupeň, v němž jsou pacienti a jejich rodiny vtaženi do rozhodovacích procesů v záležitostech, týkajících se jejich zdraví, za předpokladu jejich předchozího předmětného poučení.²
 - schopnost zvážit a rozlišit jednotlivé alternativy a schopnost uskutečnit vlastní plán, který si člověk předsevzal.³
- **Paternalismus** – označuje vztah mezi dvěma subjekty (osobami, ale i státy, oblastmi či ekonomickými subjekty), z nichž jeden přistupuje ke druhému z nadřazené, ale současně otcovské a chránící pozice. Paternalismus se vyznačuje přesvědčením nadřazené osoby, že ona sama ví, co je pro podřízenou osobu nejlepší. Jde o přesvědčení a z něho vycházející politiku, že jedinci sami nedokáží poznat, co je pro ně dobré, a je třeba jim správné postoje, jednání či názory uložit, předat či "vnutit".⁴
- **Permanentní vegetativní stav** – vegetativní stav, který trvá bez známek reversibility 3 měsíce a déle od vzniku netraumatického poškození mozku

¹ MATĚJEK, Jaromír. *Dříve projevená přání pacientů: výhody a rizika*. 1. vyd. Praha: Galén, 2011, 155 s.

² *Velký lékařský slovník* [online]

³ MUNZAROVÁ, Marta. *Zdravotnická etika od A do Z*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005, 43 s.

⁴ *Wikipedie: Paternalismus* [online]

(např. globální mozkové hypoxie jako následek kardiovaskulárního selhání) nebo 12 a více měsíců po vzniku traumatického poškození mozku⁵

- **Pacient v terminálním stádiu onemocnění** – pacient v konečném stádiu onemocnění, které není slučitelné se životem a není dále léčebně ovlivnitelné.⁶
- **Pacient neschopný o sobě rozhodovat** – 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.⁷
- **Neodkladná resuscitace** – soubor na sebe navazujících léčebných postupů sloužících k neprodlenému obnovení oběhu okysličené krve u osoby postižené náhlou zástavou krevního oběhu s cílem uchránit před nezvratným poškozením zejména mozek a myokard.⁸
- **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 nebo neúčelnou.⁹
- **Nepokračování léčby** – při nemožnosti zastavit postup choroby, navrátit zdraví nebo odvrátit smrt není ve stávající marné a neúčelné léčbě pokračováno a tato je ukončena.¹⁰
- **Marná a neúčelná léčba** – 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.¹¹

⁵ DOLEŽIL, David, CARBONOVÁ, Kamila. *Vegetativní stav (apalický syndrom)*. [online]

⁶ CÍSAŘOVÁ, Dagmar, KOPS, Richard, MARX, David, PETERKOVÁ, Helena, POLICAR, Radek, SALAČ, Josef, ŠUSTEK, Petr, VÁCHA, Marek. *Dříve vyslovená přání a pokyny do not resuscitace v teorii a praxi*. Praha: Univerzita Karlova, Právnická fakulta, 2010, 85 s.

⁷ Tamtéž, 85 s.

⁸ Tamtéž, 72 s.

⁹ Tamtéž, 86 s.

¹⁰ Tamtéž, 86 s.

¹¹ Tamtéž, 85 s.

2. DŘÍVE VYSLOVENÁ PŘÁNÍ

Advance directives, living will nebo dříve projevená přání pacienta jsou relativně novým fenoménem, který vychází ze západní tradice, která zdůrazňuje respekt k autonomii člověka, jeho právo na sebeurčení dle principu autonomie. Jedná se o dokument, který stanovuje podmínky pro péči o svou osobu v době, kdy se k ní sám nebude moci zodpovědně vyjádřit a je projevem svobodné vůle každého jednotlivce.

„Dříve projevená přání tedy můžeme definovat jako více či méně závazné pokyny pacienta ohledně budoucí léčby, které pacient učinil v okamžiku své způsobilosti k takovému právnímu úkonu, a učinil tak pro případ své budoucí nezpůsobilosti vyjádřit se k léčbě. Pacient tedy rozhodne o léčbě, která nepřipadá v úvahu v současnosti, ale v budoucnu, respektive v okamžiku, kdy pacient o sobě ani o léčbě už schopen rozhodovat nebude. Obsahem dříve vyslovených přání může být jak souhlas s budoucí léčbou, tak její odmítnutí.“¹²

V současné době institut dříve vyslovených přání uznává v nejrůznější podobě celá řada států Evropy, USA a Kanada. V Asii je to Japonsko a Korea, kde se dokumenty tohoto typu pomalu dostávají do praxe. Jejich podoba se v jednotlivých zemích liší jak právní úpravou, tak terminologií.

Mohli bychom si položit otázku, z jakého důvodu si lidé pořizují dříve vyslovená přání. Vždyť současná medicína nabízí obrovské možnosti a stále vzdělanější lékaři vědí dobře, jak léčit pacienty, jejichž onemocnění by dříve znamenalo rychlou smrt nebo pacienty v bezvědomí. Matějek soudí, že institut dříve projevených přání pacientů vznikl z nedostatečné komunikace mezi lékařem a pacientem a z obavy pacienta o svůj život v situaci, kdy již nebude schopen se ke své léčbě vyjádřit.¹³ Dovolím si poznamenat, že se jedná o obavy o kvalitu tohoto „zachráněného“ života. Dalo by se tedy říci, že tento dokument vznikl jako ochrana pacienta před zdravotníky, kteří nezdědka dokáží lépe komunikovat s přístroji než s člověkem.

¹² KOCICHOVÁ, Ondřejka. *Dříve vyslovená přání v české legislativě se zaměřením na promítnutí čl. 9 Úmluvy o biomedicině v zákoně o zdravotních službách* [online]

¹³ MATĚJEK, Jaromír. *Dříve projevená přání pacientů: výhody a rizika*. 1. vyd. Praha: Galén, 2011, 155 s.

2.1 Obsah dříve vyslovených přání

Zpravidla se rozhodnutí pacienta, které nazýváme dříve vyslovená přání, týká toho, co se s ním v určité situaci má nebo většinou nemá dělat. Pacienti sepisují tyto dokumenty proto, aby v budoucnosti ovlivnili léčebný postup.

Nejčastěji bývají uváděna tato přání:

- **Withholding** – nezahajovat další léčbu, ponechat přirozený průběh nemoci.¹⁴
- **Withdrawing** – nepokračovat v léčbě, která se jeví jako marná a neúčelná, jejímž jediným cílem je umělé prodlužování života bez naděje na zlepšení stavu.¹⁵
- **DNR** – Do Not Resuscitate, tj. Not for resuscitation (NFR), což v praxi znamená, že si pacient v případě zástavy srdce nepřeje kardiopulmonární resuscitaci.¹⁶
- neužití respirátoru, dialýzy či vyživovací sondy – pokud by pacient bez těchto prostředků nemohl žít.¹⁷
- jmenování důvěrníka (zástupce) – který buď vykonává funkci vykonavatele poslední vůle pacienta, nebo má právo za pacienta přímo přijímat rozhodnutí o jemu poskytované péči. Při přijímání rozhodnutí za pacienta musí zástupce dbát pravděpodobných přání pacienta, a ne rozhodovat pouze podle sebe. Důvěrník má za úkol odkrýt pravděpodobná, hypotetická přání pacienta, a to na základě důvěrných znalostí pacientových hodnot, zájmů a dřívějších vyjádření.¹⁸

¹⁴ KOCICHOVÁ, Ondřejka. *Dříve vyslovená přání v české legislativě se zaměřením na promítnutí čl. 9 Úmluvy o biomedicině v zákoně o zdravotních službách* [online]

¹⁵ Tamtéž

¹⁶ CÍSAŘOVÁ, Dagmar, KOPS, Richard, MARX, David, PETERKOVÁ, Helena, POLICAR, Radek, SALAČ, Josef, ŠUSTEK, Petr, VÁCHA, Marek. *Dříve vyslovená přání a pokyny do not resuscitate v teorii a praxi*. Praha: Univerzita Karlova, Právnická fakulta, 2010, 11 s.

¹⁷ Tamtéž

¹⁸ VIZINGER, Radek. Předstižné pokyny pacienta (living will) v právní teorii a praxi. *Zdravotnictví a právo*. 2007, 7-8, 3-17, 5 s.

2.2 Plánování a vznik dříve vyslovených přání

Jak již bylo řečeno sepsání dříve vyslovených přání je proces, ve kterém pacient činí rozhodnutí týkající se budoucnosti své lékařské péče. Často se tak děje po konzultaci s poskytovateli zdravotní péče nebo rodinnými příslušníky. Vácha píše o zahraničních zkušenostech, které ukazují, jak velmi záleží na včasném a empatickém přístupu zdravotnického personálu k pacientovi a jeho rodinným příslušníkům, aby došlo k plánování ad včas, ať již z důvodu diagnózy (terminální stádium nemoci) nebo z důvodu sociálních (neexistence rodiny).¹⁹

Z uvedeného jasně vyplývá, že v dané problematice orientovaný zdravotnický personál je v péči o pacienty umírající nebo pacienty se závažným onemocněním, nezbytný. Matějek v těchto souvislostech považuje za velmi přínosný koncept tzv. „*advance care planning*“, kdy tým lidí, kteří pomáhají plánovat dříve vyslovené přání, tvoří nejen zdravotníci, ale i psycholog, právník, sociální pracovník, nebo člověk, který zná zblízka duchovní život konkrétního člověka. Tento tým sestavuje pro pacienta plán péče pro dobu, kdy se pacient nebude schopen vyjádřit, a v jeho nemoci ho pak doprovází.²⁰

3. LIDSKÁ PRÁVA A PRÁVA PACIENTŮ V SOUVISLOSTI S INSTITUTEM DŘÍVE VYSLOVENÝCH PŘÁNÍ

V souvislosti s institutem dříve vyslovených přání často skloňujeme tři základní lidská práva, právo na život, právo svobodně se rozhodnout a právo na důstojnost. Tato tři základní práva se v rámci problematiky dříve vyslovených přání střetávají a narážejí jedno na druhé.

¹⁹ CÍSAŘOVÁ, Dagmar, KOPS, Richard, MARX, David, PETERKOVÁ, Helena, POLICAR, Radek, SALAČ, Josef, ŠUSTEK, Petr, VÁCHA, Marek. *Dříve vyslovená přání a pokyny do not resuscitate v teorii a praxi*. Praha: Univerzita Karlova, Právnická fakulta, 2010, 14 s.

²⁰ MATĚJEK, Jaromír. Místo a význam institutu „dříve projevených přání“ v péči o pacienta – Interpretace a okolnosti porozumění textu. *Praktický Lékař*. 2010, 12, 721-722, 4 s.

3.1 Právo na život a zdraví

Právo na život a zdraví jsou absolutními základními právy a hodnotami. Jedná se o práva, která jsou ve všech zásadních katalogích o lidských právech uvedena na prvních místech. Garantuje je Mezinárodní pakt o občanských a politických právech, evropská Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod, Evropská sociální charta či česká Listina základních práv a svobod. Česká Listina základních práv a svobod (viz příloha č. 1) v článku 6 říká:²¹

- Každý má právo na život.
- Lidský život je hoděn ochrany již před narozením.
- Nikdo nesmí být zbaven života.

Je zřejmé, že právo každého člověka na život a zdraví je nezpochybnitelné.

3.2 Právo svobodně se rozhodnout

Důraz na právo svobodně se rozhodnout neboli právo na sebeurčení klade Úmluva o biomedicině. V čl. 5 této úmluvy je zakotven institut informovaného souhlasu. Pacient má právo, aby byl informován nejenom o povaze poskytované zdravotní péče, o povaze každého léčebného výkonu, vyšetření, možných rizicích léčby, variantách možného postupu v léčbě, ale také aby mu byly poskytnuty veškeré informace shromážděné ve zdravotnické dokumentaci.²²

Práva pacienta (viz příloha č. 2) v bodě č. 3 říkají: „Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického či terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje i více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných

²¹ *Listina základních práv a svobod* [online]

²² KOCICHOVÁ, Ondřejka. *Dříve vyslovená přání v české legislativě se zaměřením na promítnutí čl. 9 Úmluvy o biomedicině v zákoně o zdravotních službách* [online]

alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich účastní.²³

Stejně tak zákon č. 372/ 2011 Sb. O zdravotních službách říká, že „zdravotní služby lze pacientovi poskytnout pouze s jeho svobodným a informovaným souhlasem.“²⁴ Dříve vyslovená přání můžeme tedy chápat jako prodloužení práva na sebeurčení, a vytvářet jimi informovaný souhlas pro budoucnost.

3.3 Právo na důstojnost

Právo na důstojnost je další právo, kterým je každý pacient nadán. V této souvislosti nesmíme opomenout také právo na důstojné umírání a důstojnou smrt.

Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících.“ známé jako Charta práv umírajících (viz příloha č. 3) v bodě 5 říká: „Povinnost respektovat a chránit důstojnost všech nevléčitelně nemocných a umírajících osob je odvozena z nedotknutelnosti lidské důstojnosti ve všech obdobích života. Respekt a ochrana nacházejí svůj výraz v poskytnutí přiměřeného prostředí, umožňujícího člověku důstojné umírání.“²⁵

4. ETICKÉ ASPEKTY DŘÍVE VYSLOVENÝCH PŘÁNÍ

Problematika dříve vyslovených přání představuje celou řadu etických otázek, se kterými je moderní lékařská etika konfrontována. Jedná se především o problematiku kvality života na jeho konci.

²³ *Práva pacientů ČR* [online]

²⁴ *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování č. 372/2011 Sb.* [online]

²⁵ *Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 “O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících”* [online]

4.1 Základní principy lékařské etiky

4.1.1 Princip neškození (nonmaleficence)

„Princip neškození zakazuje ublížit, poškodit nebo dokonce usmrtit jiné a je tedy podporou známého příkazu „nezabiješ“. Má vztah k zásadě „*primum non nocere*“ (především neškodit).“²⁶

4.1.2 Princip dobročinnění (beneficence)

„Princip dobročinnění představuje pozitivní dimenzi neškození, tj. předcházet poškození, odstraňovat je a současně podporovat dobro, tzn. tělesnou a duševní pohodu a veškerý prospěch pro nemocného, včetně pomoci při uskutečňování jeho vlastních plánů.“²⁷

4.1.3 Respekt k autonomii

„Respekt k autonomii znamená respekt ke stavu nezávislého, samostatného jednání, bez zevního ovlivnění (*autos* – sám, *nomos* – zákon). Každý člověk je nejlepším soudcem svých vlastních záměrů a zájmů. Je to forma svobodné aktivity, v níž jednotlivec určuje způsob svého jednání v souladu se svými plány dle svého vlastního výběru, svých vlastních preferencí, přání, hodnot a ideálů. Autonomie předpokládá schopnost zvážit a rozlišit jednotlivé alternativy a schopnost uskutečnit vlastní plán, který si člověk předsevzal.“²⁸

4.1.4 Princip spravedlnosti

„Princip spravedlnosti má souvislost především s rozdělováním prostředků, dobra i zátěže a služeb. Jsou dvě hlavní formy uplatňování tohoto principu: buď pomocí srovnávání potřeb jednotlivců nebo skupin lidí v případě omezených zdrojů, nebo na základě určitého klíče bez komparace.“²⁹

²⁶ MUNZAROVÁ, Marta. *Zdravotnická etika od A do Z*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005, 43 s.

²⁷ Tamtéž

²⁸ Tamtéž, 44 s.

²⁹ MUNZAROVÁ, Marta. *Zdravotnická etika od A do Z*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005, 44 s.

„Primum non nocere“ je pravidlo, které bývá často citováno a upřednostňováno i před dobročinním a vyplývá z něj omezení autonomie každého vzhledem k dobru ostatních.

Existují však situace, kdy může dojít k nezamýšlenému poškození pacienta, aniž by to bylo v rozporu s principem nonmaleficence. činnost, ve které z jednoho zákroku plynou dva účinky, dobrý a špatný nazýváme „princip dvojího účinku“. Naopak princip spravedlnosti nesmí být u pacientů, o nichž v souvislosti s institutem dříve vyslovených přání hovoříme, porušen.

4.1.5 Princip dvojího efektu (duplicis effectus)

Princip dvojího efektu znamená, že: „Je dovoleno zapříčinit jednání, ze kterého bezprostředně pochází dvojí účinek- jeden dobrý a druhý zlý, pokud je dobrý účinek zamýšlen, zlý z přiměřené příčiny připuštěn,“³⁰ neboli pozitivní efekt převažuje nad efektem negativním nebo je aspoň stejný.

4.1.5.1 Podávání léků tišících bolest

Podávání léků tišících bolest, v tomto případě podávání opioidů nevyléčitelně nemocným pacientům nebo pacientům v terminálním stádiu onemocnění, je ukázkou situace, kdy dochází k uplatnění principu dvojího efektu. Podávání opioidů sebou přináší celou řadu nežádoucích účinků, jako je snížení motility střev, útlum dechového centra, hypotenze, nebo návykovost. Ne vždy však pro tlumení bolesti existuje alternativa a podávání opioidů se stane nutností. V tomto případě platí, že „dobrem“ je tlumit bolest a to i za cenu vedlejších nežádoucích účinků.

Onkology nursing forum v roce 2005 uveřejnil studii týkající se postojů onkologických sester v USA, kde respondenti většinou souhlasili (97%) s tvrzením, že by se u pacientů měla dostatečně tlumit bolest, i kdyby to mělo uspišit jejich smrt,³¹ což odráží důraz kladený v onkologii na adekvátní zvládnání bolesti v závěru života.

³⁰ MATĚJEK, Jaromír. *Dříve projevená přání pacientů: výhody a rizika*. 1. vyd. Praha: Galén, 2011, 97 s.

³¹ JEZEWSKI, Mary Ann, BROWN, Jean K, BILL WU, Yow-Wu, MEEKER, Mary Ann, FENG, Jui-Ying, BU, Xiaoyan. Oncology nurses' knowledge, attitudes, and experiences regarding advance directives. *Oncology nursing forum*. 2005, 2, 319-327.

5. VZNIK A VÝVOJ DŘÍVE VYSLOVENÝCH PŘÁNÍ

Dříve vyslovená přání tedy odráží projev svobodné lidské vůle. Otázkou svobodné lidské vůle se v minulosti zabývali mnozí významní filozofové. Například John Locke zdůrazňoval svobodu člověka a jeho právo rozhodovat se svobodně o vlastní osobě i majetku. Odkazoval na rozum, který činí člověka nezávislým a svobodným v uvedeném slova smyslu. V 18. století to byl Imanuel Kant, kdo zdůrazňoval respekt k autonomii člověka, který vychází z víry v lidskou důstojnost. První zmínka o úvaze, vztahující se k popisované problematice je z USA z roku 1914, kdy soudce Benjamin Cardozo prohlásil: „Každá dospělá lidská bytost, jasně myslí, má právo určit, co se bude dít s jejím vlastním tělem.“³²

Pro budoucí vznik dokumentu dříve vyslovených přání bylo však významné století 20. Klíčovým momentem byl překotný technologický vývoj. V oblasti medicíny tento vývoj umožnil významně zasahovat do biologické oblasti lidského života a situace, které dříve končily rychlou smrtí, začaly přetrvávat týdny, měsíce a v některých případech i roky. Někteří autoři v této souvislosti hovoří o medicíně jako o „medicíně vítězné“. Pod dojmem vítězství už dosažených nebo dosažených jistě velmi brzy, došlo, bohužel, ke ztrátě komunikace mezi pacientem a zdravotnickým personálem a přestalo být důležité, jak svůj zdravotní problém vnímá pacient.

Druhým důležitým faktorem bylo období po druhé světové válce, zejména po Norimberském procesu vyšly najevo mimo jiné i válečné zločiny lékařů v koncentračních táborech. V kontextu těchto událostí dochází k „posunu od paternalismu, k většímu uvědomění si vlastní autonomie, vlastní důstojnosti a především nedotknutelnosti vlastní osoby“³³

Z podstaty rozdílných dějin a kulturních zvyklostí je odlišný jak vývoj dříve vyslovených přání v USA a v Evropě, tak i současný postoj k tomuto dokumentu a jeho využívání.

³² MATĚJEK, Jaromír. *Dříve projevená přání pacientů: výhody a rizika*. 1. vyd. Praha: Galén, 2011, 14 s.

³³ MATĚJEK, Jaromír. *Dříve projevená přání pacientů: výhody a rizika*. 1. vyd. Praha: Galén, 2011, 47 s.

5.1 Advance directives v USA

5.1.1 Vznik a vývoj advance directives v USA

Jak již bylo uvedeno výše, první zmínka vztahující se k problematice advance directives je z roku 1914 (termín advance directives pocházející z USA byl do češtiny přeložen jako dříve vyslovená přání). Za průkopníka advance directives je považován Luis Kutner. Tento americký právník, bojovník za lidská práva a jeden ze zakladatelů organizace Amnesty International, již v 50. letech minulého století použil termíny advance directives a living will v souvislosti s předem učiněným pokynem pacienta, aby případně nebyl dlouhodobě udržován při životě prostřednictvím přístrojové techniky.³⁴ Vycházel z právního předpokladu, že „pacient má právo odmítnout léčbu, když je „in extremis“ (v terminálním stavu), za předpokladu, že je dospělý a je schopen dát souhlas. Na základě tohoto předpokladu navrhl dokument, podle kterého by mělo dojít k ukončení léčby v případě, že tělo jedince je ve vegetativním stavu a je jisté, že již nedojde k obnovení fyzických a mentálních funkcí.“³⁵

Prvním státem, ve kterém living wills získaly v roce 1976 právní podporu, byla Kalifornie. Pro lepší pochopení si připomeňme, že tyto události se odvíjely v době, kdy federální právní řád USA posuzoval činy jedinců, kteří zabili ze soucitu, stejně jako činy nemilosrdných vrahů, kteří zabili se zlým úmyslem.

5.1.2 Nejznámější kauzy, které ovlivnily vznik advance directives v USA

5.1.2.1 Karen Ann Quinlan (1954-1985)

21-letá Karen Ann upadla do bezvědomí v dubnu 1975 po studentské party. Účinky alkoholu a drog způsobily, že přestala minimálně dvakrát dýchat, pokaždé v délce 15 minut. Lékaři jí sice zachránili život, ale poškození mozku hypoxií bylo natolik závažné, že upadla do perzistentního vegetativního stavu (který se v současné době označuje jako permanentní vegetativní stav). Vzhledem

³⁴ CÍSAŘOVÁ, Dagmar, KOPS, Richard, MARX, David, PETERKOVÁ, Helena, POLICAR, Radek, SALAČ, Josef, ŠUSTEK, Petr, VÁCHA, Marek. *Dříve vyslovená přání a pokyny do not resuscitate v teorii a praxi*. Praha: Univerzita Karlova, Právnická fakulta, 2010, 41 s.

³⁵ HEŘMANOVÁ, Jana, ŠIMEK, Jiří. Dříve vyslovená přání (advance directives) v USA. *Praktický Lékař*. 2009, 10, 552-555.

k tomu, že pacientka nevykazovala známky mozkové smrti, nemohla být odpojena od ventilátoru. Karenina matka a manžel započali právní bitvu o to, aby mohla být odpojena. Rozhodnutí nižšího soudu nevyhovělo přání rodiny Karen od ventilátoru odpojit. V roce 1976 ovšem nejvyšší soud v New Jersey toto rozhodnutí zvrátil s konstatováním, že rodina jedná v zájmu své dcery a jakožto nejbližší jistě dobře znají životní hodnoty a postoje své dcery a manželky, a že „kdyby se Karen zázračně mohla na chvíli probrat ze svého stavu a rozvážit svou situaci, jistě by souhlasila se svým odpojením od přístrojů i v případě, že by následkem byla přirozená smrt.“ (monografie strana 12) Po tomto rozsudku byla Karen odpojena od ventilátoru, začala však sama spontánně dýchat. V komatu zůstala dalších deset let, kdy zemřela na zápal plic bez podání antibiotik.³⁶

5.1.2.2 Nancy Cruzan (1957-1990)

11. prosince 1983 po automobilové nehodě padla Nancy Cruzan do příkopu naplněného vodou. Doba, kdy byl její mozek bez kyslíku, byla později stanovena na 12 – 14 minut. Původně byla Nancy prohlášena za mrtvou, avšak poté ji záchranáři zresuscitovali tak, že začala dýchat spontánně. I v tomto případě bylo poškození mozku ireverzibilní a pacientka upadla do perzistentního vegetativního stavu (který se v současné době označuje jako permanentní vegetativní stav). Po třech letech začala rodina požadovat, aby jí byla odebrána umělá výživa. Nemocniční personál ovšem k tomuto činu vyžadoval soudní rozhodnutí. Nejvyšší soud ve státě Missouri rozhodl, že rodina neposkytla „jasný a přesvědčivý důkaz“ o tom, že by se Nancy nepřála pokračovat v životě, a že kvalita života konkrétního občana není v centru pozornosti státu. Tento verdikt potvrdil i Nejvyšší soud USA. Poté se rodina Cruzan rozhodla požádat o obnovení procesu. Byli přivoláni svědci, kteří se rozpomněli, že jim Nancy dříve sdělila, že by nikdy nechtěla být udržována při životě pomocí přístrojů. Na základě těchto

³⁶ CÍSAŘOVÁ, Dagmar, KOPS, Richard, MARX, David, PETERKOVÁ, Helena, POLICAR, Radek, SALAČ, Josef, ŠUSTEK, Petr, VÁCHA, Marek. *Dříve vyslovená přání a pokyny do not resuscitate v teorii a praxi*. Praha: Univerzita Karlova, Právnická fakulta, 2010, 12 s.

svědectví změnil soud své rozhodnutí a umožnil odebrání umělé výživy a hydratace. Nancy zemřela po jedenácti dnech 26. prosince 1990.³⁷

5.1.3 Současná právní úprava v USA

V současné době existuje v každém ze států právní úprava institutu advance directives a to buď ve formě living will nebo health care proxy. Na federální úrovni tuto problematiku upravuje „Patient Self Determination Act“.

5.1.3.1 Patient Self Determination Act

Patient Self Determination Act byl přijat v roce 1990 jako součást Omnibus Budget Reconciliation Act, s platností od 1. prosince 1991. „Podle tohoto zákona všechny instituce, které poskytují zdravotnickou péči a jsou dotované z federálních zdrojů, musí informovat všechny pacienty o jejich právu na souhlas s léčbou nebo odmítnutí léčby. Kromě možnosti souhlasit, nebo nesouhlasit s léčbou dostávají pacienti také možnost sepsat living will a určit zástupce, který bude rozhodovat o jejich zdravotní péči v případě, že pacienti sami nebudou toho schopni (durable power of attorney, health care proxy).“³⁸

Patient Self Determination Act v zásadě neumožňuje poskytovateli zdravotní péče provést ty léčebné úkony, které pacient prostřednictvím tohoto dokumentu odmítá. Tento právní nárok ovšem není bezvýjimečný a za určitých podmínek lze uplatnit tzv. námitku z důvodu svědomí. Tato námitka opravňuje lékaře jednat proti přání pacienta, avšak pouze z velmi závažných důvodů. Celý postup dále podléhá zpětnému přezkumu.

5.1.4 Existující typy dokumentů v USA

- **Advance directives (dříve vyslovená přání)** jsou všechny dokumenty, které umožňují pacientům předem vyjádřit svá přání ohledně léčby a zdravotnické péče v době, kdy o nich nebudou moci sami rozhodovat.

³⁷ CÍSAŘOVÁ, Dagmar, KOPS, Richard, MARX, David, PETERKOVÁ, Helena, POLICAR, Radek, SALAČ, Josef, ŠUSTEK, Petr, VÁCHA, Marek. *Dříve vyslovená přání a pokyny do not resuscitate v teorii a praxi*. Praha: Univerzita Karlova, Právnická fakulta, 2010, 13 s.

³⁸ HEŘMANOVÁ, Jana, ŠIMEK, Jiří. Dříve vyslovená přání (advance directives) v USA. *Praktický Lékař*. 2009, 10, 552-555.

- **Living wills** jsou dokumenty, které vyjadřují přání pacienta ohledně rozsahu a způsobu léčby, kterou si pacient v určitých situacích přeje.
- **Durable power of attorney (health care proxy)** jsou dokumenty, v nichž pacient označí osobu, kterou pověřuje rozhodováním o otázkách souvisejících s léčbou a péčí v případě, že toho pacient nebude sám schopen.³⁹
- **Five wishes** je nejmodernější typ advance directive, který v roce 1997 představila organizace Aging with Dignity založená právníkem Jimem Toveyem. Princip Five Wishes vychází ze skutečnosti, že předchozí dokumenty a zákony nezlepšily komunikaci zdravotníků s pacienty a využívala je pouze necelá čtvrtina pacientů. Five wishes kombinuje living will s durable power of attorney a je psán srozumitelnou řečí. Pacienti tedy mohou detailně vyjádřit svá přání ohledně péče a určit jednu nebo více osob, které za ně mohou v případě potřeby rozhodovat o zdravotní péči. Díky tomu se dokument stal velmi populární, využilo jej již 1,5 milionu rodin (3).⁴⁰ Mnozí zaměstnavatelé zahrnují možnost získání brožury do zaměstnaneckých výhod. Věřící, že dokument pomůže zaměstnancům řešit problémy, které mohou mít jejich starší a nemocní rodinní příslušníci.⁴¹

5.2 Dříve vyslovená přání v Evropě

Není překvapením, že evropský pohled na problematiku dříve vyslovených přání je v porovnání s USA zdrženlivější. Konzervativní a paternalistická Evropa jen velmi pomalu připouští, že je to právě pacient, kdo je v konečném důsledku plně zodpovědný za svůj život. Také proto se dříve vyslovená přání do Evropské legislativy dostávají s relativně velkým zpožděním. Zemí, ve které byla přibližně o deset let později první dříve vyslovená přání sepsána, byla Velká Británie.

³⁹ HEŘMANOVÁ, Jana, ŠIMEK, Jiří. Dříve vyslovená přání (advance directives) v USA. *Praktický Lékař*. 2009, 10, 552-555.

⁴⁰ HEŘMANOVÁ, Jana, ŠIMEK, Jiří. Dříve vyslovená přání aneb o lidské svobodě a důstojnosti. *Praktický Lékař*. 2009, 9, 480-482.

⁴¹ HEŘMANOVÁ, Jana, ŠIMEK, Jiří. Dříve vyslovená přání (advance directives) v USA. *Praktický Lékař*. 2009, 10, 552-555.

5.2.1 Současná právní úprava v Evropě

Právní úprava i terminologie ve Spojeném království se v současnosti odlišuje od úpravy americké. Pro právně závazné advance directives zvolila formy advance decision (předem učiněné rozhodnutí) a lasting power of attorney.⁴² Obě tyto formy jsou zakotveny v Mental Capacity Act z roku 2005. Také ostatní evropské země přijímají příslušnou legislativu až po roce 2000.

„V současné době je legislativně upraveno používání předem vyslovených přání v celkem 11 evropských zemích, ze zemí bývalého sovětského bloku je ve výčtu zastoupeno pouze Maďarsko. Tato situace se však neustále mění, jak je vidět na příkladu České republiky, kde tuto problematiku řeší zákon č.372/2011. Z toho, že některé země (například Francie, Německo, Rakousko) přijaly zákony, které umožňují pacientům sepsat dříve vyslovené přání po roce 2000, lze usuzovat na skutečnost, že k šíření této myšlenky významně přispělo schválení a uvedení do praxe jednoho ze zásadních právních a etických dokumentů poslední doby, Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny (často se používá zkrácený název Úmluva o lidských právech a biomedicíně). Dokument byl přijat Výborem ministrů Rady Evropy v roce 1997.“⁴³

5.2.2 Dříve vyslovená přání v Německu

Drobnou výjimku tvoří Německo, kde institut dříve vysloveného přání byl německou právní teorií i medicínskou praxí uznáván dlouhá léta bez ohledu na existenci článku 9 Úmluvy o biomedicíně, aniž by kdy byl výslovně upraven zákonem. Německá právní teorie dříve vyslovená přání - Patientenverfügung definuje jako předem učiněný pokyn pacienta, který se použije v případě, že pacient později ztratí způsobilost k odsouhlasení zákroku, a kterým pacient předem rozhoduje o přípustnosti rozsahu a intenzitě léčby.“⁴⁴ Zákon o dříve

⁴² CÍSAŘOVÁ, Dagmar, KOPS, Richard, MARX, David, PETERKOVÁ, Helena, POLICAR, Radek, SALAČ, Josef, ŠUSTEK, Petr, VÁCHA, Marek. *Dříve vyslovená přání a pokyny do not resuscitate v teorii a praxi*. Praha: Univerzita Karlova, Právnická fakulta, 2010, 47 s.

⁴³ HEŘMANOVÁ, Jana, ŠIMEK, Jiří. Advance directives v Evropě. *Praktický Lékař*. 2010, 2, 78-80.

⁴⁴ CÍSAŘOVÁ, Dagmar, KOPS, Richard, MARX, David, PETERKOVÁ, Helena, POLICAR, Radek, SALAČ, Josef, ŠUSTEK, Petr, VÁCHA, Marek. *Dříve vyslovená přání a pokyny do not resuscitate v teorii a praxi*. Praha: Univerzita Karlova, Právnická fakulta, 2010, 53 s.

vyslovených přáních byl v Německu schválen v červnu 2009 jako tzv. třetí novela opatrovnického práva. Německo tedy vyžaduje opatrovníka, který je potom lékařem partnerem a interpretuje pacientova prohlášení. Matějka píše, že je to Německo, kde je problematika dříve vyslovených přání nejvíce propracovaná a domnívá se, že právě tam by se měla v této souvislosti Česká republika poohlížet.⁴⁵

5.2.3 Zkušenosti s dříve vyslovenými přáními v Evropě

Zkušenost ukazuje, že i v zemích, kde je používání dříve vyslovených přání legislativně upraveno, a lékaři by měli na přání pacientů brát zřetel, je podle dostupných informací patrné, že pro mnohé z nich je velmi obtížné se s těmito dokumenty ztotožnit a řídit se přáním pacienta. „Mezi nejčastěji uváděnými důvody nesouhlasného postoje nebo obtížného přijetí toho, že o lékařských zákrocích by mohl rozhodovat pacient, patří mimo jiné strach z obvinění ze zavinění smrti pacienta, stále nevyjasněná terminologie (aktivní a pasivní eutanazie, vysazení nebo nenasazení život udržující léčby), otázka lékařova svědomí a zodpovědnosti za pacienta.“⁴⁶ Evropské lékaři se domnívají, že jsou za pacienta, konkrétně za jeho dobro, zodpovědní i v jeho nevědomí.

5.3 Dříve vyslovená přání v České republice

5.3.1 Zavedení dříve vyslovených přání do české legislativy

Do českého zdravotnického práva bylo dříve vyslovené přání poprvé zavedeno výše zmiňovanou Úmluvou o biomedicíně s účinností od roku 2001. Součástí byla i vysvětlující zpráva k tomuto ustanovení, která nejen že popisuje problematiku velice obecně, ale v některých bodech se dostávala do střetu s novelou českého trestního zákoníku, který vešel v platnost v lednu 2010.

Tento zákon nedefinuje zcela přesně okolnosti „společenské škodlivosti“ a hypoteticky tak vystavuje lékaře trestněprávním důsledkům. Císařová soudí, že „respektování dříve vyslovených přání, ať už jsou staršího data, či nikoliv, ať už

⁴⁵ MATĚJEK, Jaromír. *Dříve projevená přání pacientů: výhody a rizika*. 1. vyd. Praha: Galén, 2011.

⁴⁶ HEŘMANOVÁ, Jana, ŠIMEK, Jiří. Advance directives v Evropě. *Praktický Lékař*. 2010, 2, 78-80.

byla sepsána u notáře nebo nebyla, může znamenat pro zdravotníka trestně právní zodpovědnost. V úvahu přichází nejčastěji trestní zodpovědnost za spáchání trestného činu neposkytnutí pomoci a za spáchání trestného činu účasti na sebevraždě.⁴⁷ Nutným předpokladem pro zavedení dříve vyslovených přání do praxe byla tedy vnitrostátní právní úprava daného problému. Tuto úpravu přináší až zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách, který vešel v platnost 1. dubna 2012.

V tomto období vydávají jednotlivé odborné společnosti svá stanoviska a doporučení, k problematice péče o pacienty v terminálním stádiu nevléčitelné nemoci, nebo v hlubokém bezvědomí. Tyto dokumenty jsou však právně nezávazné a slouží pouze jako doporučení.

5.3.2 Doporučení odborných společností

5.3.2.1 Doporučený postup výboru ČLS JEP k neodkladné resuscitaci

Na základě potřeby zdravotnických pracovníků poskytujících jak přednemocniční neodkladnou péči, tak péči primární, vznikl „Doporučený postup výboru ČLS- JEP- spol. UM a MK- NEODKLADNÁ RESUSCITACE, který byl aktualizován 29. 6. 2009. Toto doporučení v části II.: Zásady zahájení a ukončení NR, v bodě 2. říká, že NR není indikována, jestliže nevléčitelně nemocný je v terminálním stádiu nevléčitelné nemoci (viz příloha č. 4).⁴⁸

5.3.2.2 Konsenzuální stanovisko k poskytování paliativní péče u nemocných s nezvratným orgánovým selháním vydané Českou společností anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny ČLS JEP v lednu 2009

Toto stanovisko formuluje principy a rámcová doporučení pro poskytování paliativní péče u dospělých pacientů, kteří nejsou schopni o sobě rozhodovat v konečné fázi jejich dále léčebně neovlivnitelného onemocnění. Patří sem například pacienti s multiorgánovým selháním nebo pacienti v hlubokém

⁴⁷ CÍSAŘOVÁ, Dagmar, KOPS, Richard, MARX, David, PETERKOVÁ, Helena, POLICAR, Radek, SALAČ, Josef, ŠUSTEK, Petr, VÁCHA, Marek. *Dříve vyslovená přání a pokyny do not resuscitace v teorii a praxi*. Praha: Univerzita Karlova, Právnická fakulta, 2010, 53 s.

⁴⁸ *Neodkladná resuscitace – Doporučený postup výboru ČLS JEP – spol. UM a MK – Aktualizace 29.6.2009* [online].

bezvědomí, u nichž nelze odůvodněně předpokládat obnovení integrity mozkových funkcí (viz příloha č. 5).⁴⁹

5.3.2.3 Doporučení představenstva České lékařské komory k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní č. 1/2010

Tento dokument podporuje stanovisko ČSARIM popsané v 5.3.2.2. a podrobněji rozpracovává danou problematiku (viz příloha č. 6). Zároveň se stává nejvýznamnějším dokumentem tohoto typu v České republice. Cílem tohoto dokumentu je mimo jiné zdůraznit etické aspekty poskytování intenzivní péče. Zmiňuje respektování předchozího názoru pacienta, zachování důstojnosti a zajištění maximálně možného komfortu nemocných. Dále klade důraz na omezení marné a neúčelné léčby v situacích, kdy přínos této léčby nepřevažuje nad rizikem strádání pacienta a nedává možnost příznivě ovlivnit zdravotní stav pacienta.

Vybrané citace z tohoto doporučení lze chápat jako stanovisko odborné veřejnosti k problematice dříve vyslovených přání.

- čl. 9: odst. 4 písm. e říká, že „je vždy nutné přihlédnout a respektovat předchozí názor pacienta, pokud je dostupný a relevantní.“⁵⁰
- V odst. 4 písm. g stojí, že „nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby neznamená omezení pacientových práv, ale je sledován zájem pacienta, aby nedošlo k porušení základních medicínských a etických principů včetně nechtěného nedůstojného prodlužování umírání. Smrt, která je výsledkem přirozeného průběhu onemocnění, nemůže být považována za nepříznivý výsledek zdravotní péče.“⁵¹
- v odst. 6 písm. b je zároveň stanoveno, že „kdykoliv je to možné, pacientovo přání a názor rodiny či blízkých musí být zahrnuty do rozhodování o zahájení paliativní léčby.“⁵²

⁴⁹ *Konsensuální stanovisko k poskytování paliativní péče u nemocných s nezvratným orgánovým selháním* [online].

⁵⁰ *Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli* [online].

⁵¹ Tamtéž

⁵² Tamtéž

- čl. 4 písm. c Doporučení představenstva ČLK říká: „Všeobecným cílem zdravotní péče je udržovat život, ne prodlužovat umírání.“⁵³
- V čl. 4 písm. e je obsaženo, že „je vždy nutné brát zřetel na předchozí názor pacienta, pokud je dostupný a je nepochybné, že jde o dříve vyslovené přání příslušného pacienta.“⁵⁴

5.3.3 Zákon o zdravotních službách

Jak již bylo výše uvedeno, od 1. dubna 2012 vešel v platnost zák. č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, který mimo jiné přináší i úpravu dříve vyslovených přání. Ta jsou upravena v § 36.

5.3.3.1 Znění § 36

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

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

(3) Dříve vyslovené přání musí mít písemnou formu a musí být opatřeno úředně ověřeným podpisem pacienta. Součástí dříve vysloveného přání je písemné poučení podle odstavce 2. Platnost dříve vysloveného přání je 5 let.

(4) Pacient může učinit dříve vyslovené přání též při přijetí do péče poskytovatelem nebo kdykoliv v průběhu hospitalizace, a to pro poskytování

⁵³ *Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli* [online].

⁵⁴ Tamtéž

zdravotních služeb zajišťovaných tímto poskytovatelem. Takto vyslovené přání se zaznamená do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi; záznam podepíše pacient, zdravotnický pracovník a svědek; v tomto případě se nepostupuje podle odstavce 3.

(5) Dříve vyslovené přání

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

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

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

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

(6) Dříve vyslovené přání nelze uplatnit, jde-li o nezletilé pacienty nebo pacienty zbavené způsobilosti k právním úkonům.⁵⁵

5.3.3.2 Písemná forma dříve vysloveného přání

Ministerstvo zdravotnictví v souvislosti se uvedením dříve vyslovených přání v platnost zveřejňuje na svých internetových stránkách formulář (viz příloha č. 7), který mohou pacienti v případě zájmu použít nebo se jím nechat inspirovat. Zmiňovaný formulář požaduje vyplnit tyto údaje:

- identifikační údaje
- uvést situace, u kterých si pacient nepřeje zahajovat určité zdravotní výkony a dále tyto výkony specifikovat
- poučení lékaře o důsledcích rozhodnutí o nezahájení zdravotních výkonů
- vymezuje platnost tohoto dříve vysloveného přání
- vymezuje podmínky, za jakých dle platné legislativy není třeba dříve vyslovená přání respektovat

⁵⁵ *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování č. 372/2011 Sb.* [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky: © 2010 [cit. 18.1.2013].

- vymezuje podmínky, za jakých dle platné legislativy lékař nesmí dříve vyslovená přání respektovat⁵⁶

5.3.4 Národní registr osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánů

V České republice za formu dříve vysloveného přání lze považovat předem vyslovený nesouhlas s posmrtným odběrem orgánů. V roce 2004 byl zřízen ve spolupráci s ministerstvem zdravotnictví ČR Národní registr osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánů. Každý občan má možnost se z jakéhokoliv důvodu rozhodnout pro to, aby po případné mozkové smrti nebyly jeho orgány a tkáně odebrány a následně transplantovány každý občan má právo svůj názor a nesouhlas vyjádřit, popřípadě se zaevidovat do Národní registr osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánů. „K datu 13. 3. 2012 je v registru evidováno celkem 1149 osob. Muži jsou zastoupeni 50,4% a ženy 49,6%.“⁵⁷

6. VÝHODY A NEVÝHODY DŘÍVE VYSLOVENÝCH PŘÁNÍ

6.1 Výhody dříve vyslovených přání

Výhody institutu dříve vyslovených přání jsou zřejmé. Zahraniční studie například ukazují, že sestry i lékaři by si pro sebe nepřáli zahájení tzv. „život udržující léčby“, pokud by se měli dostat do ireverzibilního komatu. Téměř 70% účastníků téže studie si dokonce myslí, že umírání na jednotce intenzivní péče je neetické.⁵⁸ Vidíme, že sami zdravotníci mají o léčebných metodách spojených s koncem života vážné pochybnosti. Dokumenty typu dříve vyslovených přání dávají pacientům možnost vyjádřit své představy o důstojném životě a umírání. Je

⁵⁶ *Písemná forma dříve vysloveného přání dle § 36 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování* [online].

⁵⁷ *Národní registr osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánů* [online].

⁵⁸ KIM, Shinmi, LEE, Yunjung. Korean nurses' attitudes to good and bad death, life-sustaining treatment and advance directives. *Nursing ethics*. 2003, 10(6), 624-637.

třeba zdůraznit, že vnímání hodnot je individuální, proto by rozhodující slovo v plánování lékařské péče měl mít, samozřejmě za plné informovanosti, pacient. Dokumenty tohoto typu dávají pacientovi šanci ovlivnit svou budoucí léčbu, přestože dokument sám o sobě nezaručuje, že jeho přání budou skutečně respektována

6.2 Nevýhody dříve vyslovených přání

Vácha uvádí několik argumentů kritiky dříve vyslovených přání. Zmiňuje například situaci, kdy je obtížné rozhodnout, zda pacientův aktuální stav koresponduje s jeho living will. Uvádí, že například sousloví “reálná šance na uzdravení“ se dá interpretovat v různých situacích různě. Dále uvádí fakt, že pacient v relativní pohodě a při vědomí nemusí být nutně schopen předem správně odhadnout, co by pro něj bylo nejlepší, až se reálně dostane do situace, kdy nebude schopen svá přání artikulovat.⁵⁹ Pro lepší představu zde uvádím konkrétní kazuistiku:

28-letý pacient se rozhoduje ukončit chronickou renální dialýzu, neboť kvalitu svého života považuje za velmi nízkou a cítí se být přítěží pro rodinné příslušníky. Pacient je těžký diabetik, je slepý a z důvodu progresivní neuropatie nemůže chodit. Jeho manželka spolu s ošetřujícím lékařem souhlasí s tímto přáním a je dohodnuto toliko poskytování léků ulevujících od bolesti. Dále manželka a lékař souhlasí s tím, že pacientovi již nebude poskytnuta dialýza a to ani v případě, že by o ni z důvodu bolesti žádal (zvyšující se množství močoviny v krvi způsobené selhávajícími ledvinami může vést k pozměněným mentálním stavům). Ve chvíli, kdy pacient umírá v nemocnici, se na chvíli probírá, stěžuje si na prudkou bolest a žádá, aby z důvodu odstranění bolesti byl napojen na dialýzu. Manželka se ve shodě s lékařem a pacientovým dříve vysloveným přáním rozhodují jednat dle tohoto dříve vysloveného přání a na dialýzu jej nenapojují.

⁵⁹ CÍSAŘOVÁ, Dagmar, KOPS, Richard, MARX, David, PETERKOVÁ, Helena, POLICAR, Radek, SALAČ, Josef, ŠUSTEK, Petr, VÁCHA, Marek. *Dříve vyslovená přání a pokyny do not resuscitate v teorii a praxi*. Praha: Univerzita Karlova, Právnická fakulta, 2010, 15 s.

Pacient umírá po několika hodinách.⁶⁰ Na tomto případě ilustruji především veliký etický problém dříve vyslovených přání.

Další otázky vyvstávají, pokud se například setkáme s living will, kde osamělá žena konstatuje: „v tomto domě jsem se narodila a vyrostla, zde jsem žila a zde chci také zemřít.“ Dostává ovšem Alzheimerovu chorobu a je nutné ji umístit do ústavu.⁶¹

Z výše uvedeného vyplývá, jak důležitý je při plánování a sepisování dříve vyslovených přání vztah s ošetřujícím lékařem a jak důležité je konzultovat budoucí možné situace, včetně řádného poučení. „Pro pacienta není řešení prosadit svůj názor navzdory mínění lékaře. Ve vztahu je nutno akcentovat komunikaci a spolupráci, protože pro porozumění a naplnění textu pacientova prohlášení je komunikace a spolupráce nezbytně nutná.“⁶²

Domnívám se, že důvěra pacienta k lékaři a především obnova komunikace mezi nemocným a lékařem tedy hraje v problematice dříve vyslovených přání hlavní roli.

V této souvislosti nesmíme opomenout roli sestry, která je, dle mého soudu, neméně důležitá, neboť v českých zemích opouštíme paternalistický model jen velmi pomalu.

⁶⁰ BEAUCHAMP, T.L., CHILDRESS, J.F. *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford and New York: Oxford University Press, 2009, 110 s. IN CÍSAŘOVÁ, Dagmar, KOPS, Richard, MARX, David, PETERKOVÁ, Helena, POLICAR, Radek, SALAČ, Josef, ŠUSTEK, Petr, VÁCHA, Marek. *Dříve vyslovená přání a pokyny do not resuscitate v teorii a praxi*. Praha: Univerzita Karlova, Právnická fakulta, 2010, 16 s.

⁶¹ CÍSAŘOVÁ, Dagmar, KOPS, Richard, MARX, David, PETERKOVÁ, Helena, POLICAR, Radek, SALAČ, Josef, ŠUSTEK, Petr, VÁCHA, Marek. *Dříve vyslovená přání a pokyny do not resuscitate v teorii a praxi*. Praha: Univerzita Karlova, Právnická fakulta, 2010, 16 s.

⁶² MATĚJEK, Jaromír. Vztah mezi lékařem a pacientem v kontextu institutu „dříve projevená přání pacientů“. *Praktický Lékař*. 2011, 3, 155-157.

7. ROLE SESTRY

Jak jsem již uvedla, paternalistický model postavení lékaře a pacienta v našich zdravotnických zařízeních stále převládá. Z toho logicky vyplývá i submisivní postavení pacienta ve vztahu k lékaři, které řadě pacientů do jisté míry vyhovuje, avšak vymezuje jen velmi málo prostoru pro jakékoli pacientovy připomínky či přání. Tento chybějící prostor pak nahrazují sestry, ke kterým má řada pacientů zejména starší generace, „lidsky blíž“.

Moderní ošetrovatelství přisuzuje sestrám jako jednu z rolí, roli „advokáta“. Setkáváme se tedy s termínem „sestra, advokát pacienta“. V českém jazyce není tento termín zcela přesný, můžeme ale tuto roli chápat jako roli zprostředkovatele, obhájce nebo ochránce, tedy osoby, které můžeme důvěřovat.

Domnívám se, že právě tato role by měla mít v souvislosti s dříve vysloveným přáním největší význam.

Role sestry by také měla vycházet ze skutečnosti, že jsou to právě sestry, které bezpochyby tráví z celého interdisciplinárního týmu s pacienty nejvíce času. Z této podstaty jsou to tedy ony, kdo má jedinečnou možnost zavést s pacientem včasný rozhovor o jeho přáních a cílech ohledně závěru života a role ochránce je zde jistě na místě.

Úloha sestry by v tomto případě byla nejen vhodným způsobem tlumočit pacientova přání a požadavky lékaři nebo rodině a pozorně si všímat pacientových pocitů, ale také informovat pacienta o jeho právech, zajistit, aby pacient dostal všechny informace nutné k informovanému rozhodnutí, a aby k tomu došlo v důstojných podmínkách bez spěchu a bez nevyžádaných svědků. Je zřejmé, že sestry by mohly částečně převzít pacientovu motivaci a tím zvýšit reálnou šanci, že jeho přání budou vyslyšena a respektována. K tomu je ale nezbytné, aby sestry uměly dobře naslouchat svým pacientům i jejich blízkým, znaly dobře jejich zdravotní stav a rozpoznaly dobře známky fyzického i psychického strádání.

Pro případ, že by došlo k sepisování dříve vyslovených přání pacienty v našich nemocnicích, je nutné ověřit, jaký postoj sestry zaujímají k takovýmto dokumentům, stejně jako jejich ochotu řídit se jimi.

II. VÝZKUMNÁ ČÁST

Výzkumnému šetření předcházelo studium odborné literatury a článků popisujících danou problematiku. Dle dostupných informací otázkou informovanosti sester v oblasti dříve vyslovených přání a jejich postoji k této problematice se v České republice dosud nikdo nezabýval. Pomocí elektronického vyhledávače ve studijním informačním systému Univerzity Karlovy byla nalezena pouze jedna diplomová práce zabývající se postoji veřejnosti k tomuto tématu. Zahraniční databáze dostupné přes portál 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy nabídly několik zahraničních prací, které poměrně podrobně popisují a analyzují znalosti, postoje a zkušenosti sester v USA, Kanadě a Jižní Koreji. Pravděpodobně nejvýznamnější intervenční studie, která se zabývá rozhodnutím v závěru života, je studie, kterou provedla Nadace Robert Word Johnson. Pětiletý výzkumný projekt, nazvaný The Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatment (Studie k pochopení prognóz a preferencí výsledků a rizik léčby). Výzkumníci se ve studii snažili pochopit preference pacientů v léčbě a komunikaci lékařů s pacienty ohledně předběžného plánování péče. Po pěti letech výzkumu, včetně výzkumu prováděných intervencí, se ukázalo, že pacienti nedostávali v závěru života péči, kterou si přáli, a že efektivní komunikace s pacienty ohledně dříve vyslovených přání (advance directives) nebyla běžnou součástí práce lékařů, přesto že legislativa (Patient self determination Act) zdravotnickým zařízením tuto povinnost ukládá. Úloha sester v této studii byla sledovat, koordinovat a dokumentovat komunikaci mezi pacienty, lékaři a členy rodiny, což mělo přispívat ke zlepšení nedostatků v komunikaci. V diskusi o této studii byla zopakována slova mnoha dalších výzkumníků, že totiž sestry, které jsou každý den v jedinečném a blízkém kontaktu s pacienty, se dostanou nejbližší k umírajícím pacientům a jejich rodinám, ale nemají potřebné znalosti a dovednosti, aby vyřešily komplexní problémy vztahující se k péči v závěru života.⁶³ Důležitou úlohu v této problematice hrají také stanoviska profesních organizací, například Americká

⁶³ JEZEWSKI, Mary Ann, BROWN, Jean K, BILL WU, Yow-Wu, MEEKER, Mary Ann, FENG, Jui-Ying, BU, Xiaoyan. Oncology nurses' knowledge, attitudes, and experiences regarding advance directives. *Oncology nursing forum*. 2005, 2, 319-327.

asociace sester (The American Nurses Association) potvrdila, že sestry by měly hrát hlavní roly při dodržování příslušné legislativy (Patient Self Determination Act).⁶⁴

Podle dostupných informací Česká asociace sester ani jiné profesní sdružení nelékařských profesí v České republice k této problematice prozatím žádné stanovisko nezaujalo, což je pochopitelné vzhledem k rozsahu kompetencí sester. Právě snaha sester o rozšiřování kompetencí by mohla být motivací k dalšímu vzdělávání nejen v této oblasti. Proto pochopení znalostí a postojů v problematice dříve vyslovených přání je nezbytné k případnému správnému stanovení jejich kompetencí a cílů.

8. METODIKA VÝZKUMNÉ ČÁSTI

8.1 Cíle a výzkumné otázky

Cíle:

1. Zmapovat úroveň **informovanosti** sester o problematice dříve vyslovených přání pacienta.
2. Zjistit jaké jsou **postoje** sester k problematice dříve vyslovených přání a autonomii pacienta (tj. k možnosti odmítnutí a nezačínání léčby).
3. Zjistit **postoj** sester k tišení bolesti u nevléčitelně nemocných pacientů.

Dílčí cíle:

Ad Cíl 1: Informovanost sester o institutu dříve vyslovených přání a jeho existenci v České republice.

⁶⁴ JEZEWSKI, Mary Ann, BROWN, Jean K, BILL WU, Yow-Wu, MEEKER, Mary Ann, FENG, Jui-Ying, BU, Xiaoyan. Oncology nurses' knowledge, attitudes, and experiences regarding advance directives. *Oncology nursing forum*. 2005, 2, 319-327.

Výzkumná otázka a) Jak velký podíl respondentů není informován o existenci institutu dříve vyslovených přání v České republice?

Výzkumná otázka b) Existuje souvislost mezi informovaností sester a jejich vzděláním?

Výzkumná otázka c) Existuje souvislost mezi informovaností sester a oborem, ve kterém pracují?

Ad Cíl 2: Postoje sester k dříve vysloveným přáním.

Výzkumná otázka a) Liší se postoje sester k dříve vysloveným přáním v závislosti na druhu zdravotního stavu, který ohrožuje život?.

Výzkumná otázka b) Liší se postoje sester k dříve vysloveným přáním v závislosti na náboženském vyznání?

Ad Cíl 3: Postoj sester k tišení bolesti u nevléčitelně nemocných pacientů.

Výzkumná otázka a) Souhlasí všechny sestry s tišením bolesti u nevléčitelně nemocných pacientů, i kdyby to mělo uspišit jejich smrt?

8.2 Charakteristika souboru respondentů

Soubor respondentů tvořily cíleně vybrané všeobecné sestry z Prahy. Snažila jsem se, aby byly zastoupeny všechny věkové kategorie a všechny typy pracovišť. Respondenty jsem volila z řad současných i bývalých kolegyně - studentek z lékařské fakulty, dále pak sestry, se kterými se setkávám pravidelně v rámci výkonu svého povolání a sestry, se kterými se setkávám já a moji známí, jako pacienti.

8.3 Metodika sběru dat

Pro kvantitativní empirické šetření byla ke sběru dat využita technika dotazníku vlastní konstrukce. Před vlastním šetřením byl proveden předvýzkum, při kterém byl dotazník předložen deseti všeobecným sestrám. Respondentky hodnotily šetřené téma jako „těžké“ a poukazovaly na nutnost se nad jednotlivými

otázkami zamyslet. Na základě připomínek účastníků a získání prvních výsledků z předvýzkumu a se souhlasem vedoucí bakalářské práce byl tento dotazník upraven a distribuován.

Při sestavování dotazníku pro tuto práci jsem vycházela z předpokladu, že sestry v České republice budou nedostatečně nebo téměř vůbec seznámeny s institutem dříve vyslovených přání jako takovým i s jeho právní úpravou. Otázky jsem pokládala za sebou tak, aby nabízené možnosti nedávaly odpověď na otázky následující, a aby po sobě logicky následovaly. Téměř všechny otázky obsahují možnost odpovědi „nevím“, což by mělo snížit možnost odhadování a dávalo možnost odpovědi i těm, kteří si nebyli odpovědí jistí.

8.4 Sběr a zpracování dat

Pro sběr dat výzkumného šetření jsem použila cíleně konstruovaný dotazník, který obsahoval celkem 19 otázek, z nichž 9 bylo uzavřených a 10 polootevřených.

Otázky v dotazníku (viz příloha č. 8) jsem rozdělila na tři části, z nichž jedna zahrnovala otázky týkající se znalostí institutu dříve vyslovených přání, druhá zkoumala postoje respondentů k dané problematice a třetí zjišťovala základní sociodemografické údaje.

Jednotlivé otázky dotazníku byly zaměřeny zejména na získání těchto dat:

- Otázky č. 1 - 6 se dotazovaly na sociodemografické údaje respondentů.
- Otázky č. 10 - 14 jsou zaměřeny na znalost institutu dříve vyslovených přání a jeho právní úpravy v České republice – (ad cíl 1).
- Otázky č. 7 - 9 zjišťovaly postoje sester k odmítnutí a nezačínání léčby (tj. k autonomii pacienta) – (ad cíl 2).
- Otázky č. 15 - 18 zjišťují faktory, které ovlivňují postoje respondentů k institutu dříve vyslovených přání (náboženství, druh onemocnění...) – (ad cíl 2).

- Otázka č. 19 se týká postoje sester k tlumení bolesti u pacientů v terminálním stádiu onemocnění – (ad cíl 3).

Potenciální respondenty (všeobecné zdravotní sestry) jsem osobně, telefonicky nebo pomocí elektronické pošty oslovila a poté vyzvala k vyplnění dotazníku v listinné podobě, který jsem jim buď předala osobně nebo poslala elektronickou poštou a požádala o vytisknutí. Dotazníkové šetření bylo prováděno od 5.1.2013 do 31.1.2013. Celkem bylo rozdáno 60 dotazníků, vráceno bylo 48 dotazníků, návratnost tedy byla velmi vysoká, činila 80%. Jeden dotazník musel být vyřazen z důvodu nevyplnění všech otázek. Celkový počet respondentů byl 47.

Získaná data byla zpracována pomocí programu Microsoft Office Excel a podle typu otázky a pro potřebu názorného srovnání jsou výsledky zobrazeny v podobě grafů a tabulek.

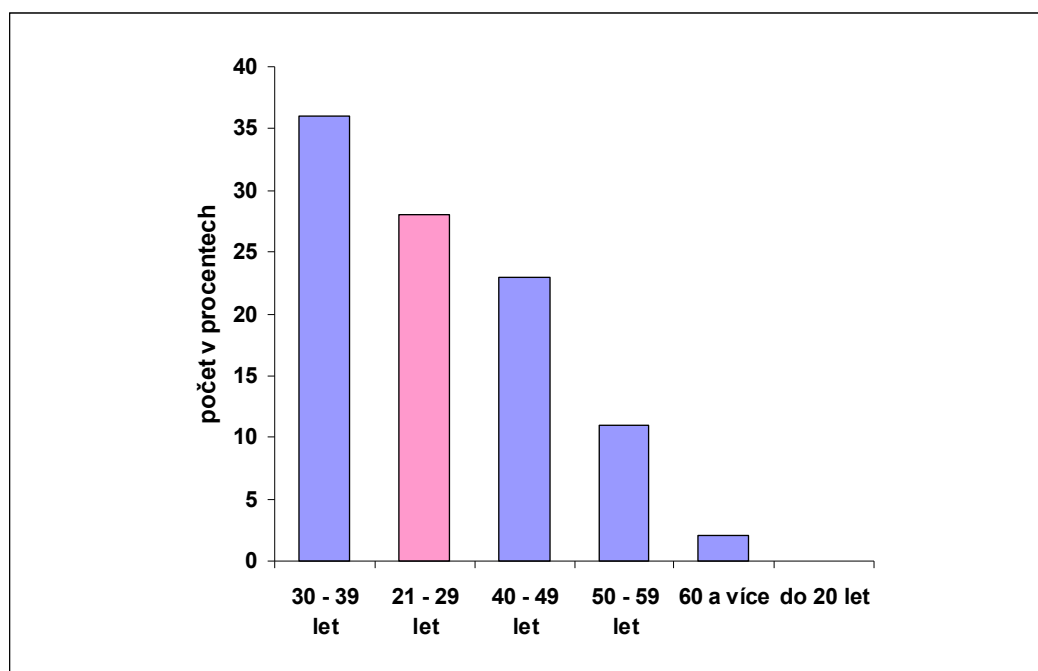
9. VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ A JEJICH ANALÝZA

9.1 Sociodemografické charakteristiky zkoumaného souboru

Převážnou většinu zkoumaného souboru (N=47) tvořily ženy (94%), muži byli v naprosté menšině (6%).

Pokud jde o věkové rozložení respondentů (N=47), největší podíl tvoří skupina v intervalu 30-39 let (36%). Dále do věkové kategorie 21-29 let spadá 13 respondentů (28%), v kategorii 40-49 let je 11 respondentů (23%), kategorii 50-59 let tvoří pouze 5 respondentů (11%) a v kategorii nad 60 let je pouze 1 respondent (2%). Ve věkové kategorii do 20 let se nenachází žádný dotazovaný (viz Graf č. 1).

Graf č. 1: Věková struktura respondentů (N=47)



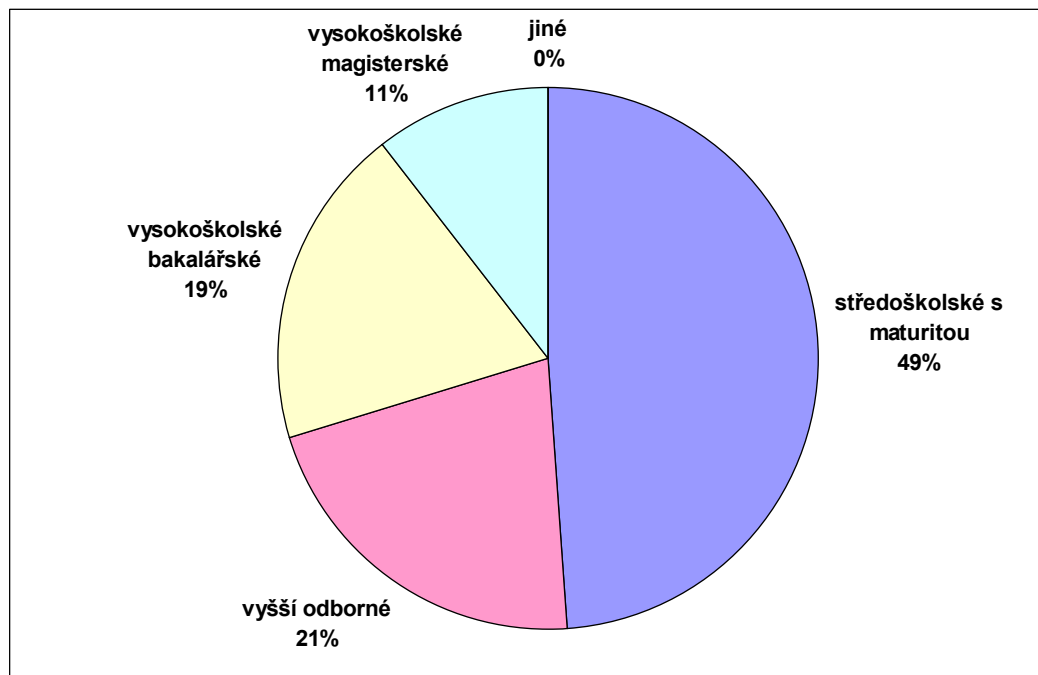
Většina respondentů byla bez náboženského vyznání (N=47 tj.87%), 5 respondentů (11%) uvedlo katolické vyznání a jeden respondent uvedl vyznání pravoslavné (Tabulka č. 1).

Tabulka č. 1: Náboženské vyznání (N=47)

Odpověď	Počet	v %
bez vyznání	41	87
katolické	5	11
pravoslavné	1	2
Celkem	47	100

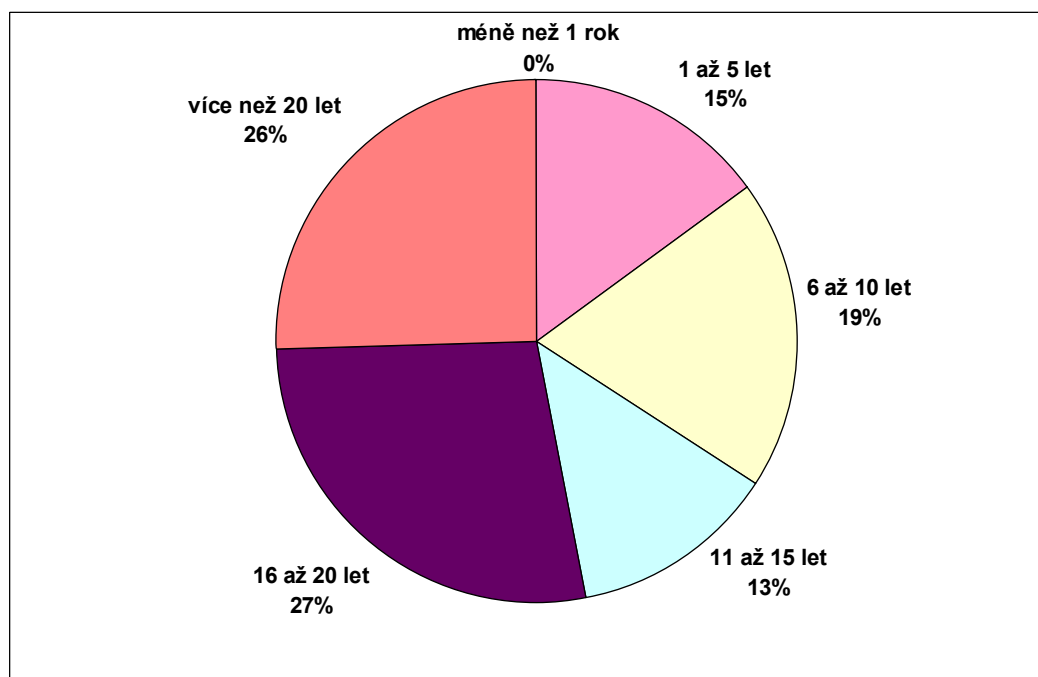
Téměř polovina respondentů uvedla středoškolské vzdělání s maturitou, 21% respondentů tvoří skupinu s vyšším odborným vzděláním, vysokoškolské vzdělání bakalářské mělo 19% a magisterské 11% respondentů (viz Graf č. 2).

Graf č. 2: Vzdělání respondentů (N=47)



Největší podíl respondentů našeho souboru tvořily zkušené zdravotní sestry, které pracují ve zdravotnictví již více než 15 let (celkem 54%). Pouze 15% zkoumaných zdravotních sester mělo praxi kratší než 5 let (viz Graf č. 3).

Graf č. 3: Celková praxe ve zdravotnictví (N=47)



Při zjišťování na jakém oddělení pracuje, si respondent mohl vybrat z těchto možností: ARO nebo JIP, standardní oddělení akutní péče v nemocnici, DIOP, DIP nebo spinální jednotka, LDN nebo oddělení následné péče, ordinace praktických lékařů, jiné. U odpovědi standardní oddělení akutní péče v nemocnici a jiné jsem žádala o upřesnění. Zde se objevila pracoviště, která dále uvádím v tabulce č. 4. Vzhledem k malému počtu respondentů v jednotlivých kategoriích, jsem sestry později sloučila podle příbuznosti oborů tak, že vznikly tři skupiny s podobným počtem respondentů takto: První skupinu tvoří sestry z ARO, JIP a zdravotnické záchranné služby (N=16), do druhé skupiny jsem zařadila respondenty z LDN, interních oddělení, chronického dialyzačního střediska a ordinace praktického lékaře (N=17) a třetí skupinu tvoří sestry z akutních chirurgických oddělení a chirurgické sestry z operačních sálů (N=14).

Tabulka č. 2: Rozdělení respondentů podle druhu pracoviště (N=47)

Odpověď	Počet	v %
ARO, JIP	15	32
akutní chirurgické odd. v nemocnici	10	21
LDN, odd. následné péče	9	19
operační sály	4	9
chronické dialyzační středisko	3	6
standardní interní odd. v nemocnici	3	6
ordinace praktických lékařů	2	4
záchranná služba	1	2
DIOP, DIP, spinální jednotka	0	0
Celkem	47	100

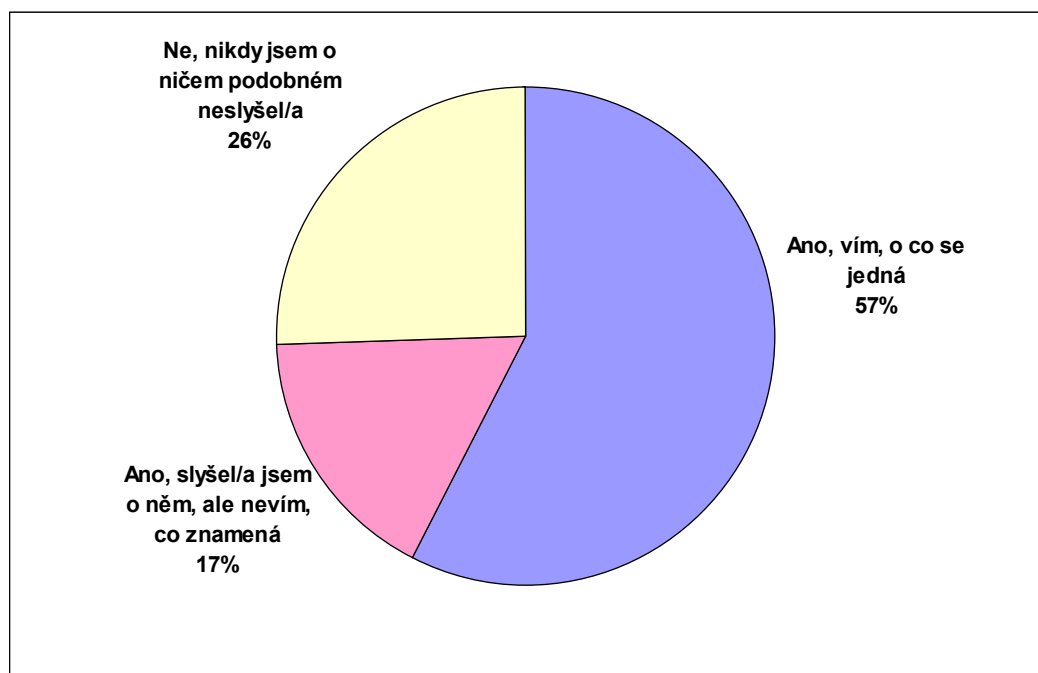
9.2 Informovanost sester o institutu dříve vyslovených přání

Otázky č. 10 - 14 zahrnovaly průzkum informovanosti sester o problematice dříve vyslovených přání pacientů, zejména informovanosti o legislativě a o možnosti využití tohoto dokumentu v České republice. Za filtrační otázku jsem považovala otázku č. 11 a v případě odpovědi „ne, neexistuje“ či „nevím“ jsem nevyhodnocovala otázky č. 12, 13, 14.

9.2.1. Znalosti sester o významu institutu dříve vyslovených přání a jeho existenci v České republice (Ad Cíl 1, výzkumná otázka a)

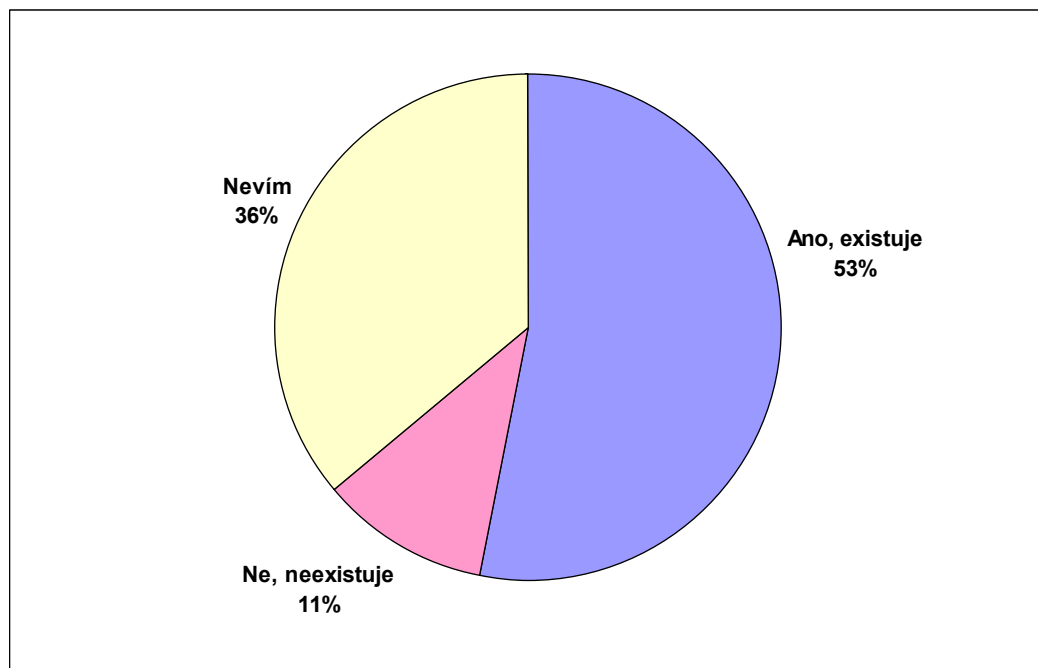
Zda mají sestry povědomí o existenci dříve vyslovených přání v České republice jsme zjišťovali dvěma otázkami (č. 10 a č. 11). Ptali jsme se, zda se respondenti někdy setkali s termínem dříve vyslovená přání (advance directives) a zda si myslí, že v České republice existuje zákonný způsob, kterým lze vyslovit předem souhlas či nesouhlas s poskytnutím lékařské péče. Výsledky byly následující: Na první otázku odpovědělo kladně 27 (57%) respondentů, 8 respondentů (17%) se s termínem setkalo, ale neví, co znamená, ostatní o něm nikdy neslyšeli (viz graf č. 4). Podobný počet respondentů (53%) je obeznámen s možností zákonným způsobem vyslovit předem souhlas či nesouhlas s poskytnutím lékařské péče (viz graf č. 5).

Graf č. 4: Znalost termínu dříve vyslovená přání (N=47)



Graf č. 5 vyjadřuje povědomí respondentů o existenci zákonného způsobu, kterým lze vyslovit předem souhlas či nesouhlas s poskytnutím lékařské péče.

Graf č.5: Povědomí o existenci právní úpravy (N=47)



Z tabulky č. 3 je zřejmý počet jednotlivých odpovědí na otázku, pro jaké situace by mohl být předem vysloven souhlas či nesouhlas s poskytnutím lékařské péče. Hodnotila jsem odpovědi 25 (53%) respondentů, kteří odpověděli správně na předchozí otázku. Zde jsem za správné odpovědi považovala pouze odpovědi „Pro případ, kdy by se pacient dostal do takového zdravotního stavu, ve kterém by nebyl schopen vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím lékařské péče a se způsobem jejího poskytnutí“, kterou respondenti volili nejčastěji (N = 25, tj. 72%) což je odpověď, která je přesným zněním zákona č 372/2011 Sb. o zdravotních službách a „Pro případ odmítnutí KPR v terminálním stádiu onemocnění“, neboť s touto situací se nejčastěji setkáváme v praxi. Tuto odpověď volilo 17 sester (68%).

Celkem 5 (20%) respondentů zvolilo možnost „pro jmenování opatrovníka, který má právo za pacienta přímo rozhodovat o jemu poskytované zdravotní péči, v případě, že by toho sám nebyl schopen“. Tato forma je běžně uplatňována v zahraničí, především v USA a Německu. Domnívám se ale, že s touto možností český právní řád nepočítá.

Tabulka č. 3: Situace, pro které může být vysloven nesouhlas s poskytnutím lékařské péče (N=25)

Odpověď	Počet	v %
Pro případ, kdy by se pacient dostal do takového zdravotního stavu, ve kterém by nebyl schopen vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím lékařské péče a se způsobem jejího poskytnutí	18	72
Pro případ odmítnutí KPR v termálním stádiu onemocnění	17	68
Pro případ, že člověk odmítá odběr svých orgánů	14	56
Pro jmenování „opatrovníka“, který má právo za pacienta přímo rozhodovat o jemu poskytované zdravotní péči, v případě, že by toho sám nebyl schopen	5	20
Ani jedné z uvedených možností se možnost vyslovit souhlas či nesouhlas s poskytnutím lékařské péče netýká	0	0
Pro jiné případy	0	0
Celkem odpovídajících respondentů	25	-

Součet není roven 100%, protože respondenti měli možnost uvést více odpovědí.

Dále nás zajímalo, zda sestry vědí, jakým způsobem lze tento souhlas či nesouhlas vyslovit. Podle zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách lze považovat za správné odpovědi „Kdykoli písemně s notářsky ověřeným podpisem, za předpokladu ústního i písemného poučení pacienta o důsledcích jeho rozhodnutí“ a „Při přijetí do zdravotní péče nebo kdykoli během hospitalizace zápisem do zdravotnické dokumentace v přítomnosti svědků, z nichž aspoň jeden musí být zdravotnický pracovník“.

Tabulka č. 4 zobrazuje zastoupení jednotlivých odpovědí. Také zde jsou hodnoceny pouze odpovědi 25 (53%) respondentů, kteří odpověděli správně na otázku č. 11. Celkem 22 (88%) respondentů odpovědělo správně, že „kdykoli písemně s notářsky ověřeným podpisem, za předpokladu ústního i písemného poučení pacienta o důsledcích jeho rozhodnutí. Možnost „při přijetí do zdravotní péče nebo kdykoli během hospitalizace zápisem do zdravotnické dokumentace v přítomnosti svědků, z nichž aspoň jeden musí být zdravotnický pracovník“, což je také správná odpověď, volilo 15 (60%) respondentů.

Tabulka č. 4: Způsob vyjádření nesouhlasu s lékařskou péčí (N=25)

Odpověď	Počet	v %
Kdykoli písemně s notářsky ověřeným podpisem, za předpokladu ústního i písemného poučení pacienta o důsledcích jeho rozhodnutí	22	88
Při přijetí do zdravotní péče nebo kdykoli během hospitalizace zápisem do zdravotnické dokumentace v přítomnosti svědků, z nichž aspoň jeden musí být zdravotnický pracovník	15	60
Při nesouhlasu s odběrem orgánů zapsáním do Národního registru osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánů	12	48
Prostřednictvím místně příslušného odboru sociální péče	1	4
Není možno využít ani jednoho z uvedených způsobů	0	0
Jiným způsobem	0	0
Nevím	0	0
Celkem odpovídajících respondentů	25	-

* Součet není roven 100%, protože respondenti měli možnost uvést více odpovědí.

Pokud jde o délku platnosti dokumentu vztahujícímu se k dříve vysloveným přáním z počtu 25 respondentů, kteří správně odpověděli na filtrační otázku, pouze 8 (32%) uvedlo správnou odpověď 5 let. Většina respondentů (40%) neví.

Porovnáme-li výsledky naše a výsledky některých zahraničních studií, vidíme, že naše sestry mají menší povědomí o institutu dříve vyslovených přání (57% ví, o co se jedná, 17% slyšelo, ale neví přesně, o čem jde). Například autorky článku prezentující postoje kanadských sester, které pracují v léčebnách dlouhodobě nemocných nebo v nemocnicích poskytujících všeobecnou i specializovanou péči k dříve vysloveným přáním uvádějí že 94,8% sester, které se zúčastnily studie, mají povědomí o existenci předem vyslovených přání (advance directives).⁶⁵ Pokud se týká zákonné úpravy, zaznamenali jsme podobné výsledky s výsledky studie zkoumající znalosti, postoje a zkušenosti onkologických sester s dříve vysloveným přáním (advance directives) v USA. Zatímco více než polovina (53%) našich respondentů uvedla, že v České republice existuje zákonná norma pro vyjádření nesouhlasu s léčbou v budoucnosti, americké onkologické sestry byly seznámeny s dříve vysloveným přáním (advance directives) lépe

⁶⁵ BLONDEAU, Danielle, LAVOIE, Mireille, VALOIS, Pierre, KEYSERLINGK, Edward W, HÉBERT, Martin, MARTINEAU, Isabelle. The attitude of canadian nurses towards advance directives. *Nursing Ethics*. 2000, 7(5), 399-411.

(70% správných odpovědí), hůře už s federální právní úpravou (51% správně) a právními předpisy svého státu (53% správně).⁶⁶

9.2.2. Souvislost informovanosti a vzdělání (Ad Cíl 1, výzkumná otázka b)

Druhá výzkumná otázka se ptá na souvislost mezi informovaností respondentů o institutu dříve vyslovených přání a dosaženým vzděláním. Pro nízký počet respondentů s magisterským vzděláním došlo později ke sloučení respondentů s bakalářským a magisterským vzděláním.

Z tabulky č. 5 je zřejmé, že nejvyšší znalost o institutu dříve vyslovených přání mají vysokoškolsky vzdělané všeobecné sestry, nejnižší znalost je u sester středoškolského vzdělání ukončeného maturitou.

Tabulka č. 5: Souvislost mezi vzděláním a znalostí institutu dříve vyslovených přání

Vzdělání	Počet celkem	Z nich ví, o co se jedná	v %
vysokoškolské bakalářské a magisterské	14	10	71
vyšší odborné	10	6	60
středoškolské s maturitou	23	11	48

Stejně tak z tabulky č. 6 lze vyzorovat, že o možnosti zákonným způsobem vyslovit předem souhlas či nesouhlas s poskytnutím lékařské péče ví nejvíce sestry s vysokoškolským vzděláním, nejméně informované jsou sestry se středoškolským vzděláním s maturitou.

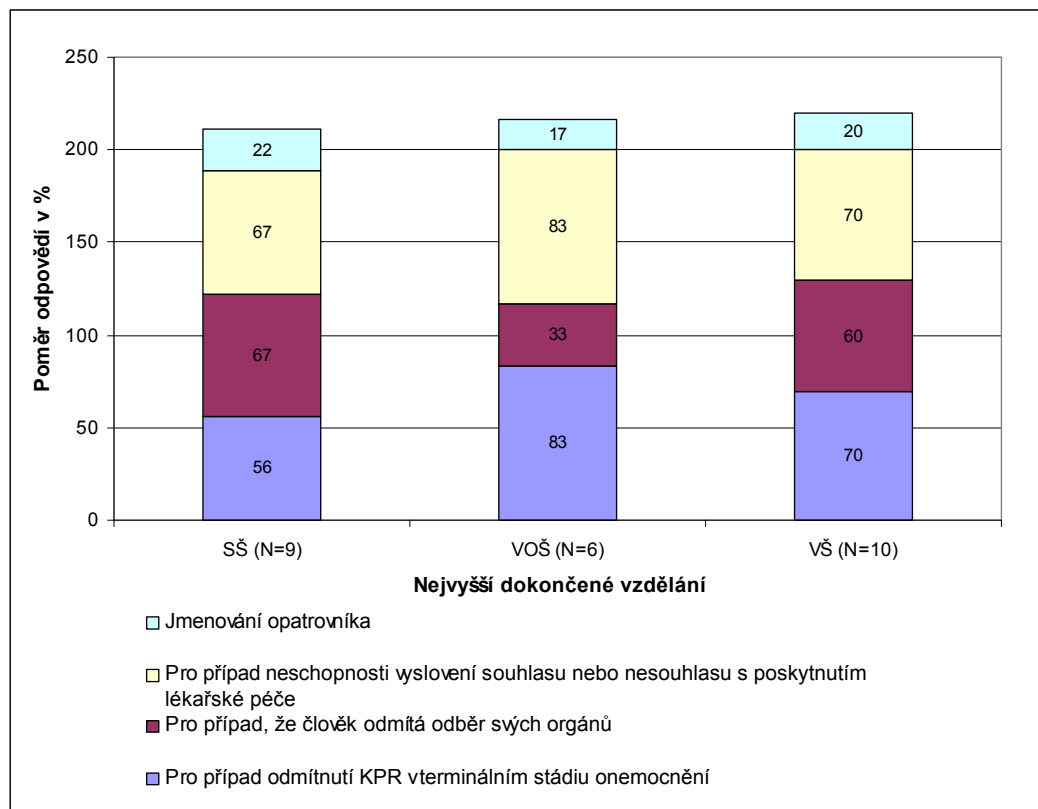
Tabulka č. 6: Souvislost mezi vzděláním a informovaností o existenci zákona

Vzdělání	Počet celkem	Ano, existuje	v %
vysokoškolské bakalářské a magisterské	14	10	71
vyšší odborné	10	6	60
středoškolské s maturitou	23	9	39

⁶⁶ JEZEWSKI, Mary Ann, BROWN, Jean K, BILL WU, Yow-Wu, MEEKER, Mary Ann, FENG, Jui-Ying, BU, Xiaoyan. Oncology nurses' knowledge, attitudes, and experiences regarding advance directives. *Oncology nursing forum*. 2005, 2, 319-327.

Pokud jde o situace, pro jaké by mohl být tento souhlas či nesouhlas předem vysloven, ukázalo se, že sestry s vyšší odbornou školou jsou informovány o něco lépe než vysokoškolsky vzdělané sestry. Nejméně správných odpovědí uvedly sestry s maturitou (viz graf č. 6).

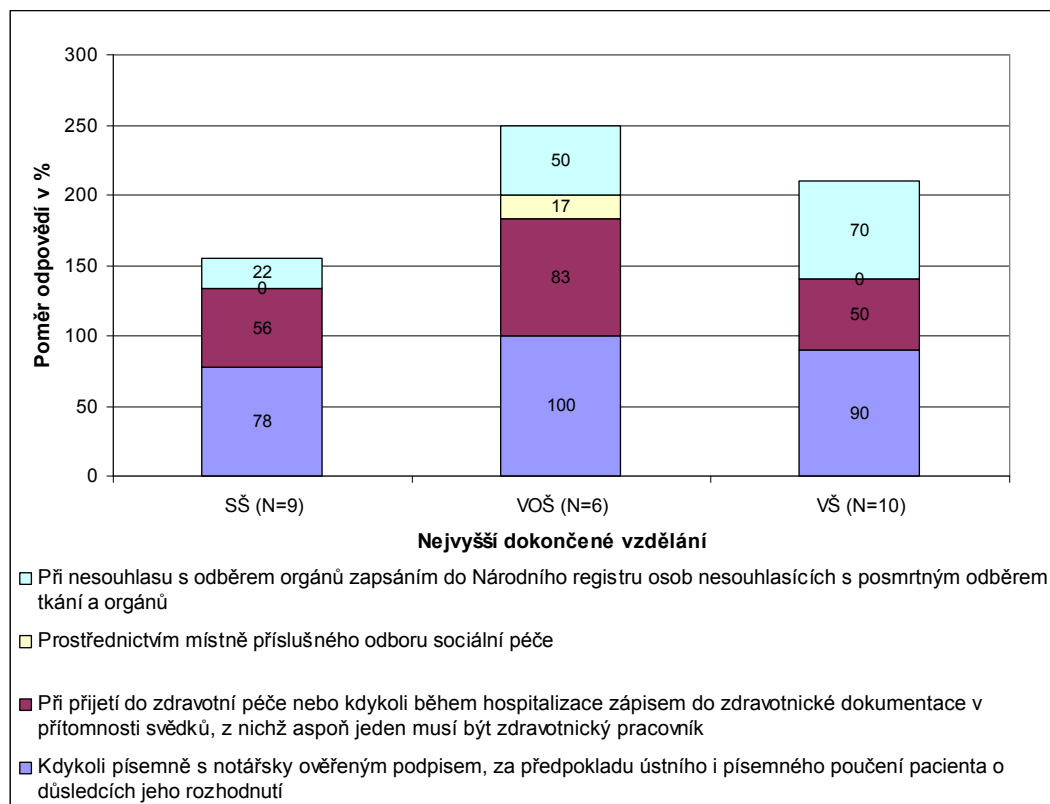
Graf č. 6: Situace, pro které lze vyslovit nesouhlas a vzdělání



* Součet není roven 100%, protože respondenti měli možnost uvést více odpovědí.

Podobné výsledky jsme zaznamenali i v odpovědích na otázku, jakým způsobem lze tento souhlas či nesouhlas vyjádřit. Nejlépe informovány byly sestry s vyšším odborným vzděláním, nejhůře sestry s maturitou (viz graf č. 7).

Graf č. 7: Způsob vyjádření nesouhlasu a vzdělání



* Součet není roven 100%, protože respondenti měli možnost uvést více odpovědí.

Přestože správnou odpověď vztahující se k délce platnosti dokumentu definující dříve vyslovená přání znalo pouze 8 sester (jak již bylo uvedeno v kapitole 9.2.1), v tomto případě se jako nejlépe informované ukázaly vysokoškolsky vzdělané sestry.

Při řešení druhé výzkumné otázky se ukázalo, že úroveň vzdělání ovlivňuje znalosti o právní úpravě dříve vyslovených přání. Ačkoliv se nepotvrdila naše domněnka, že sestry s vysokoškolským vzděláním budou v této oblasti informovány nejlépe, lze říci, že významnou úlohu zde hraje terciární vzdělání sester.

9.2.3. Souvislost informovanosti a pracoviště sester (Ad Cíl 1, výzkumná otázka c)

V této kapitole jsme se zabývali výzkumnou otázkou, která se týká existence souvislosti mezi informovaností a oborem, ve kterém sestry pracují. Z tabulky č. 7 vidíme, že termín dříve vyslovené přání zná nejvíce sester z ARO, JIP (N=17, 76%)

Tabulka č. 7: Souvislost mezi pracovištěm a znalostí institutu dříve vyslovených přání

Vzdělání	Počet celkem	Z nich ví, o co se jedná	v %
ARO, JIP	17	13	76
Chirurgická oddělení	14	7	50
Interní oddělení, LDN	16	7	44

Tabulka č. 8 uvádí počet kladných odpovědí na otázku, zda si respondent myslí, že v České republice existuje zákonný způsob, kterým lze předem vyslovit souhlas či nesouhlas s poskytnutím lékařské péče v závislosti na typu pracoviště. I zde prokázaly nejlepší vědomosti sestry z ARO, JIP (N=17, 71%)

Tabulka č. 8: Souvislost mezi pracovištěm a informovaností o existenci zákona

Vzdělání	Počet	Ano, existuje	v %
ARO, JIP	17	12	71
Interní oddělení, LDN	16	9	56
Chirurgická oddělení	14	4	29

Pokud jde o správné odpovědi na otázku, zda respondenti znají situace, pro které lze předem vyslovit souhlas či nesouhlas s lékařskou péčí, správnou odpověď ve znění zákona č. 372/2004 Sb. o zdravotních službách uvedly nejčastěji sestry interních oborů (N=9, 89%) Druhou správnou odpověď pro případ odmítnutí KPR v terminálním stádiu onemocnění uvedly všechny chirurgické sestry (N=4, 100%) a pouze 56% (N=9) sester interních oborů. Sestry z ARO, JIP odpovídaly na obě otázky podobně (viz tabulka č. 9).

Tabulka č. 9: Situace, pro které lze vyslovit nesouhlas a pracoviště (v %)

	ARO, JIP (N=12)	Interní odd., LDN (N=9)	Chirurgická odd. (N=4)
Pro případ neschopnosti vyslovení souhlasu nebo nesouhlasu s poskytnutím lékařské péče	75	89	25
Pro případ odmítnutí KPR v terminálním stádiu onemocnění	67	56	100
Pro případ, že člověk odmítá odběr svých orgánů	42	78	50
Určení opatrovníka	17	22	25

* Součet není roven 100%, protože respondenti měli možnost uvést více odpovědí.

Ani v odpovědích na otázku jakým způsobem lze tento souhlas či nesouhlas vyjádřit jsme v jednotlivých skupinách nezaznamenali významné rozdíly (viz tabulka č. 10)

Tabulka č. 10: Způsob vyjádření nesouhlasu a pracoviště (v %)

	ARO, JIP (N=12)	Interní odd., LDN (N=9)	Chirurgická odd. (N=4)
Kdykoli písemně s notářsky ověřeným podpisem, za předpokladu ústního i písemného poučení pacienta o důsledcích jeho rozhodnutí	83	89	75
Při přijetí do zdravotní péče nebo kdykoli během hospitalizace zápisem do zdravotnické dokumentace v přítomnosti svědků, z nichž aspoň jeden musí být zdravotnický pracovník	50	78	50
Při nesouhlasu s odběrem orgánů zapsáním do Národního registru osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánů	50	56	50
Prostřednictvím místně příslušného odboru sociální péče	0	11	0

* Součet není roven 100%, protože respondenti měli možnost uvést více odpovědí.

Tabulka č. 11: Délka platnosti dokumentu a pracoviště

	ARO, JIP (N=12)	Interní odd., LDN (N=9)	Chirurgická odd. (N=4)
1 rok	8	11	0
5 let	33	33	25
10 let	0	0	0
Neomezeně dlouho dobu	33	11	0
Nevím	25	44	75
Celkem	100	100	100

V této výzkumné otázce jsme zjistili, že sestry z ARO a JIP jsou nejlépe informovány jak o existenci institutu dříve vyslovených přání, tak o existenci zákona, podle kterého lze předem tato přání vyjádřit. Jako nejhůře informovány se ukázaly sestry chirurgických oborů. Při posuzování podrobnějších znalostí o právní úpravě dříve vyslovených přání jsme mezi jednotlivými skupinami sester nezaznamenali významné rozdíly.

9.3 Postoje sester k problematice dříve vyslovených přání

Tato část práce měla za úkol zmapovat postoje sester k problematice dříve vyslovených přání (ad Cíl 2), především k právu odmítnout léčbu (otázka č. 7), k zahájení či nezahájení tzv. „život udržující léčby“ (otázky č. 8 a č. 9) tj. k autonomii pacienta. Zajímalo nás, za jakých podmínek by sestry chtěly respektovat pacientem dříve vyslovená přání (otázky č. 15 - 18).

9.3.1. Postoje k institutu předem vyslovených přání

Nejprve jsme se zabývali otázkou, zda by nevléčitelně nemocní pacienti (např. s cystickou fibrózou, s onkologickým onemocněním, s roztroušenou sklerózou), kteří jsou schopni se rozhodovat, měli mít právo odmítnout léčbu, i kdyby toto rozhodnutí mělo mít za následek jejich smrt (otázka č. 7). Respondenti vybírali z možností: „ano“, „ne“, „nevím“. Zároveň byli požádáni, aby svou odpověď zdůvodnili.

Téměř všichni respondenti (94%) si myslí, že „ano“, celkem 19 (40%) z těchto respondentů pro svou odpověď uvedlo, že „každý pacient má právo svobodně se rozhodnout a naložit se svým životem a zdravím“. Pouze 6% respondentů na tuto otázku neumí odpovědět a žádný respondent si nemyslí, že by pacienti toto právo mít neměli. Kompletní přehled odpovědí uvádím v tabulce č. 12.

Tabulka č. 12: Důvody, proč si respondenti myslí, že by nevléčitelně nemocní pacienti měli mít právo odmítnout léčbu (N=47)

Odpověď	Počet	v %
<i>každý pacient má právo svobodně se rozhodnout</i>	19	40
<i>k léčbě nelze nikoho nutit</i>	1	2
<i>pacient by neměl zbytečně trpět</i>	3	6
<i>za podmínky plné informovanosti pacienta</i>	1	2
<i>léčba může být velmi zatěžující a přinášet komplikace</i>	2	4
<i>pacient má mít právo na důstojnou smrt</i>	1	2
<i>pokud pacient žádost zopakuje třikrát a po psychologickém pohovoru</i>	1	2
<i>nízká kvalita života</i>	3	6
<i>každý je zodpovědný za svůj život</i>	1	2

* Součet není roven 100%, protože ne každý respondent uvedl důvod své kladné odpovědi.

V tabulce č. 13 jsou zobrazeny odpovědi respondentů na otázku, zda by podle jejich názoru bylo správné, aby pacientovo přání (nesouhlas se zahájením léčby) bylo respektováno za všech okolností. Respondenti byli požádáni, aby odpověděli na škále: „rozhodně ano“, „spíše ano“, „nevím, nejsem si jistý/á“, „spíše ne“, „rozhodně ne“ a pokud možno aby zdůvodnily svoji odpověď (zdůvodnění je v tabulce označeno kurzívou). Z tabulky je patrné, že většina respondentů se přiklání ke kladným odpovědím, případně neví.

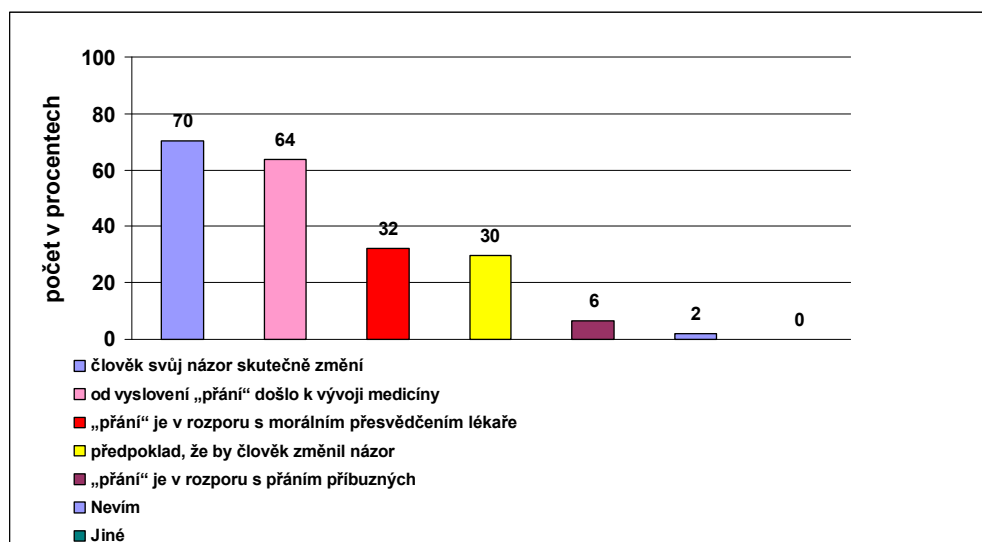
Tabulka č. 13: Postoj respondentů k respektování pacientova „přání“ (nesouhlas se zahájením léčby) (N=47)

Odpověď	Počet	v %
Rozhodně ano - celkem	15	32
<i>lucidní pacient dokáže domyslet důsledky svého rozhodnutí</i>	1	2
<i>pacient má právo rozhodnout o svém těle</i>	1	2
Spíše ano - celkem	17	36
<i>ne každý pacient je schopen správně posoudit svůj zdravotní stav</i>	1	2
<i>může nastat situace, kdy je pacient nedostatečně informován</i>	2	4
Nevím, nejsem si jistý/á - celkem	12	26
<i>zatím jsem o tom nepřemýšlela</i>	1	2
<i>záleželo by na věku a typu nemoci pacienta</i>	1	2
<i>neinformovanost pacienta, nedostatečně tlumená bolest</i>	1	2
<i>pokrok v medicíně</i>	1	2
Spíše ne - celkem	3	6
<i>pacient není schopen předpokládat, co a za jakých okolností se může stát</i>	1	2
<i>může jít o stav, který zásahem lékaře lze přežít</i>	1	2
Rozhodně ne	0	0
Celkem odpovídajících respondentů	47	100

Graf č. 8 zobrazuje zastoupení jednotlivých odpovědí, kdy by bylo možné nerespektovat pacientovo „přání“ týkající se život zachraňujících nebo prodlužujících lékařských výkonů.

Nejvíce 33 (70%) respondentů volilo možnost „pokud člověk svůj názor skutečně změní“, téměř stejný počet 30 (64%) dotazovaných si myslí, že pacientova dříve vyslovená přání by bylo možné nerespektovat, „pokud od doby vyslovení tohoto přání došlo k takovému vývoji medicíny, že lze předpokládat, že by pacient vyslovil souhlas s provedením výkonu“.

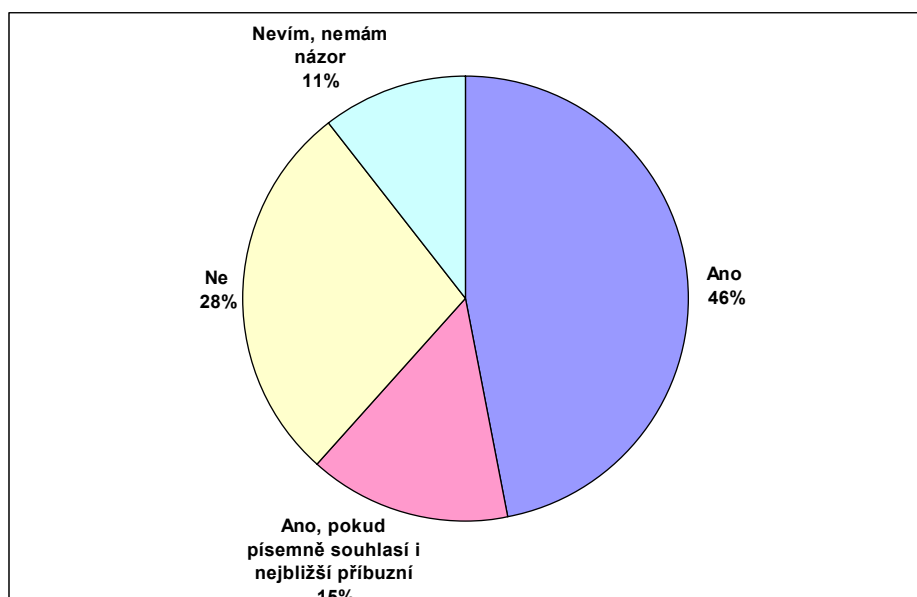
Graf č. 8: Situace, kdyby bylo možné nerespektovat pacientovo „přání“ (N=47)



* Součet není roven 100%, protože respondenti měli možnost uvést více odpovědí.

Z grafu č. 9 jsou zřejmé odpovědi na otázku, zda respondenti souhlasí s tím, aby byla respektována taková přání pacienta, která by vedla k aktivnímu způsobení smrti. Z našich 47 (100%) dotazovaných sester 22 (47%) odpovědělo „ano“, odpověď „ne“ uvedlo 13 (28%) respondentů, dalších 13 (28%) respondentů souhlasí s respektováním takových přání pouze v případě, „pokud písemně souhlasí i nejbližší příbuzní“.

Graf č. 9: Postoj respondentů k respektování přání vedoucím k aktivnímu způsobení smrti (N=47)

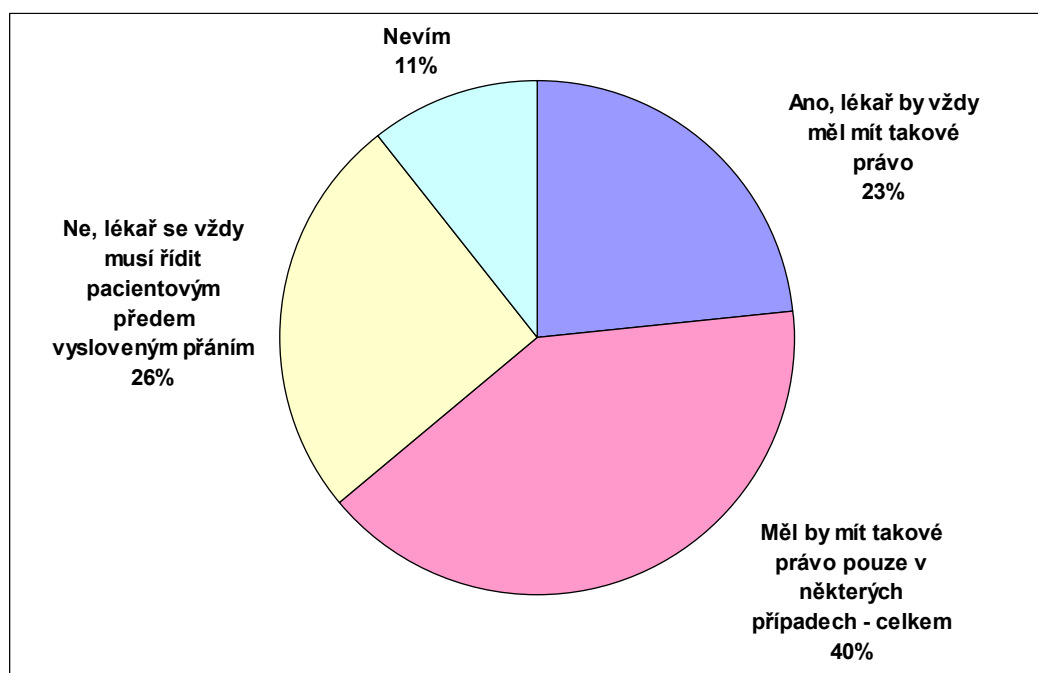


Následující otázka se ptá na situaci, kdy se názor lékaře na poskytnutí či neposkytnutí zdravotní péče neshoduje s pacientovým dříve vysloveným přáním, a zjišťuje, zda by měl mít lékař právo se tímto přáním neřídit.

Respondenti měli na výběr z těchto možností: „ano, lékař by měl mít takové právo“, „měl by mít takové právo pouze v některých případech“, „ne, lékař se vždy musí řídit pacientovým dříve vysloveným přáním“, „nevím“. U odpovědi „měl by mít takové právo pouze v některých případech“ jsem požádala o upřesnění „v jakých případech“.

Většina respondentů se domnívá, že lékař by takové právo měl mít pouze v některých případech (40%) nebo v každém případě (23%).

Graf č. 10: Postoje respondentů k právu lékaře neřídit se pacientovým přáním (N=47)



Tabulka č. 14: Situace, kdy lékař může nerespektovat dříve vyslovená přání

Případy, kdy lékař může nerespektovat dříve vyslovená přání	Počet odpovědí
<i>pokud může pacientův stav vyřešit</i>	3
<i>v případě dětského pacienta</i>	2
<i>pokud je přání v rozporu s jeho morálním postojem</i>	2
<i>v případě pokroku medicíny</i>	2
<i>pokud pacient při odmítnutí léčby není plně lucidní</i>	1
<i>pokud by mohl pacientovi prodloužit život</i>	1
<i>pokud si je jist, že pacient nebyl dostatečně informován</i>	1

Z uvedených odpovědí je zřejmé, že sestry z našeho souboru (94%) respektují právo pacienta odmítnout léčbu, i kdyby toto jeho rozhodnutí mělo vést ke smrti, a potvrzují tím svůj respekt k pacientově autonomii. Odpověď na tuto otázku je ve shodě s výsledky americké studie, ve které se na podobnou otázku vyjádřilo kladně rovněž 94% respondentů.⁶⁷ V našem souboru se však 63% těchto sester zároveň domnívá, že lékař by měl mít právo neřídit se pacientovým přáním, pokud je v rozporu s jeho morálním přesvědčením

⁶⁷ JEZEWSKI, Mary Ann, BROWN, Jean K, BILL WU, Yow-Wu, MEEKER, Mary Ann, FENG, Jui-Ying, BU, Xiaoyan. Oncology nurses' knowledge, attitudes, and experiences regarding advance directives. *Oncology nursing forum*. 2005, 2, 319-327.

9.3.2. Závislost postojů sester k dříve vysloveným přáním na druhu zdravotního stavu, který ohrožuje život (Ad Cíl 2, výzkumná otázka a).

Zajímalo nás, zda jsou rozdíly v pohledu sester na zahájení „život udržující léčby“ u pacientů v terminálním stádiu nemoci a u pacientů v permanentním vegetativním stavu (v tomto případě jde spíše o pokračování „život udržující léčby“).

K porovnání jsme použili dvou otázek: Respondenti měli odpovědět „ano“, „ne“, „nevím na otázku, zda by si přáli, aby byla zahájena tzv. „život udržující léčba“ (UPV, umělá výživa...), pokud by byli v terminálním stádiu nevléčitelné choroby a svou odpověď zdůvodnit. V druhé otázce jsem se ptala, zda by si přáli, aby byla zahájena tzv. „život udržující léčba“ (UPV, umělá výživa...), pokud by měli být v permanentním vegetativním stavu (apalický syndrom) a svou odpověď měli opět zdůvodnit.

Tabulka č. 15 zobrazuje odpovědi na otázku, zda by si respondent pro sebe přál, aby byla zahájena tzv. „život udržující léčba“, pokud by byl/a v terminálním stádiu nevléčitelné choroby. Převážná většina námi oslovených sester 38 (81%) odpověděla „ne“. Jako důvod své odpovědi nejčastěji uvádějí, že by nechtěli prodlužovat utrpení sobě ani svým blízkým

Tabulka č. 15: Postoje respondentů k „život udržující léčbě“ v terminálním stádiu onemocnění (N=47)

Odpověď	Počet	v %
Ano - celkem	1	2
<i>přála by si to má rodina a je zde naděje na zlepšení stavu</i>	1	2
Ne - celkem	38	81
<i>psychická zátěž pro rodinu</i>	1	2
<i>nejde o plnohodnotný život</i>	2	4
<i>přání zemřít důstojně bez zatěžující léčby</i>	6	13
<i>prodlužování utrpení pro mě i blízké</i>	10	21
<i>tato léčba situaci neřeší</i>	1	2
<i>pozemský život je cesta ke skutečnému životu po smrti</i>	1	2
<i>nechtěla bych být zuboženou troskou</i>	1	2
<i>je to proti přírodě</i>	1	2
<i>umělé prodlužování života</i>	1	2
<i>nechtěla bych být dlouho na přístrojích</i>	1	2

Nevím - celkem	8	17
<i>těžko soudit, když je člověk zdravý</i>	2	4
<i>záleželo by na věku, délce nemoci</i>	1	2
<i>možná bych byla ráda za každý den</i>	1	2
Celkem	47	100

Tabulka č. 16 zobrazuje odpovědi na otázku, zda by si respondent pro sebe přál, aby byla zahájena tzv. „život udržující léčba“, pokud by byl/a v permanentním vegetativním stavu. Také v tomto případě by si převážná většina sester 39 (83%) nepřála, aby byla zahájena tzv. „život udržující léčba“. Svou odpověď opět odůvodňují „zbytečným utrpením pro sebe a především své blízké“.

Tabulka č. 16: Postoje respondentů k „život udržující léčbě“ v permanentním vegetativním stavu (N=47)

Odpověď	Počet	v %
Ano	0	0
Ne - celkem	39	83
<i>tato léčba nepřinese vyléčení</i>	3	6
<i>nejde o plnohodnotný život</i>	2	4
<i>chtěla bych zemřít důstojně, bez zatěžující léčby</i>	3	6
<i>zbytečné plýtvání materiálem a energií personálu, zbytečná naděje pro okolí</i>	1	2
<i>prodlužování utrpení pro mě i blízké</i>	9	19
<i>pozemský život je cesta ke skutečnému životu po smrti</i>	1	2
<i>nevěřím v zázraky</i>	2	4
<i>psychická zátěž pro rodinu</i>	1	2
<i>je to proti přírodě</i>	1	2
<i>umělé prodlužování života</i>	1	2
Nevím - celkem	8	17
<i>i když minimální, vždy je naděje na zlepšení stavu</i>	1	2
Celkem	47	100

Převážná většina respondentů (81%) naší studie odmítá život udržující léčbu v terminálním stádiu onemocnění, a 83% respondentů pro diagnózu permanentního vegetativního stavu. Z výsledků zjištěných pro zodpovězení výzkumné otázky je zřejmé, že mezi uvedenými druhy zdravotního stavu a postojem sester k život udržující léčbě není žádná souvislost.

9.3.3 Souvislost mezi postoji a náboženským vyznáním (Ad Cíl 2, výzkumná otázka b)

Zajímalo nás, zda náboženské vyznání ovlivňuje postoje všeobecných sester v otázkách dříve vyslovených přání. Dosažení tohoto dílčího cíle bylo komplikováno nízkou návratností vyplněných dotazníků od Milosrdných sester sv. Karla Boromejského. Skupinu sester vyznávajících křesťanství tvořilo pouze 6 respondentů. Z odpovědí je však zřejmé, že postoje se liší především u otázky týkající se aktivního způsobení smrti. Přání vedoucí k aktivnímu způsobení smrti podle očekávání odmítá převážná většina sester vyznávajících křesťanství. Sestry bez vyznání na tuto otázku odpovídaly převážně kladně (viz tabulka č. 17).

Tabulka č. 17: Vliv vyznání na postoj sestry k přání pacienta, které by vedlo k aktivnímu způsobení smrti

Odpověď	Křesťané	Křesťané v % (N=6)	Bez vyznání	Bez vyznání v % (N=41)
Ano, respektovala bych	0	0	22	54
Ano, pokud písemně souhlasí i nejbližší příbuzní	0	0	7	17
Ne, přání bych nerespektovala	5	83	8	20
Nevím, nemám názor	1	17	4	10
Celkem	6	100	41	100

Rozdílné odpovědi jsme zaznamenali také u otázek týkajících se odmítnutí tzv. „život udržující léčby“ (otázka č. 8 a otázka č. 9), kdy polovina sester (3 tj. 50%) s katolickým vyznáním neví, zda by si v terminálním stádiu přála zahájit léčbu, dvě sestry tuto léčbu odmítají a jedna sestry by s léčbou souhlasila (viz tabulka č. 18). Postoj respondentů z obou skupin na zahájení tzv. „život udržující léčby se tolik neliší. (viz tabulka č. 19)

Tabulka č. 18: Vliv vyznání na postoj sestry k zahájení léčby v terminálním stádiu onemocnění

	Ano (%)	Ne (%)	Nevím (%)
S vyznáním (N = 6)	17	33	50
Bez vyznání (N = 41)	0	88	12

Tabulka č. 19: Vliv vyznání na postoj sestry k zahájení léčby v permanentním vegetativním stavu

	Ano (%)	Ne (%)	Nevím (%)
S vyznáním (N = 6)	0	67	33
Bez vyznání (N = 41)	0	85	15

Sestry vyznávající křesťanství jsou také zdrženlivější ve svém postoji k tlumení bolesti v terminálním stádiu (viz kapitola 9.4.).

U sester bez vyznání lze vyzorovat mírný rozpor v odpovědích na otázky, které řeší okolnosti respektování dříve vyslovených přání (otázka č. 15 a otázka č. 18). Celkem 31 sester (N=41, 76%) uvedlo, že pacientovo přání (nesouhlas s léčbou) by bylo správné respektovat za všech okolností, zároveň 26 (63%) sester odpovědělo, že lékař by měl mít právo neřídit se pacientovým dříve vysloveným přáním.

9.4. Postoje sester k tlumení bolesti v terminálním stádiu.

Ad Cíl 3, výzkumná otázka a) Souhlasí všechny sestry s tišením bolesti u nevléčitelně nemocných pacientů, i kdyby to mělo uspišit jejich smrt?

Z tabulky č. 20 je zřejmé, že naprostá většina respondentů souhlasí s tím, že pacientům v terminálním stádiu je třeba dostatečně tlumit bolest, i kdyby to mohlo uspišit jejich smrt. Kladně odpovědělo 44 (94%) sester, tři sestry (s křesťanským vyznáním) si tímto nejsou jisté.

Tabulka č. 20: Postoje sester k tlumení bolesti (N=47)

Odpověď	Počet	v %
Ano, vždy	44	94
Ne, nikdy	0	0
Nevím, nejsem si jistý/á	3	6
Celkem	47	100

Tento výsledek se blíží výsledku studie, která byla prováděna mezi americkými onkologickými sestrami, kde tento postoj potvrdilo 97% respondentů.

10. DISKUZE

Ad Cíl 1: Informovanost sester o institutu dříve vyslovených přání a jeho existenci v České republice.

Výzkumná otázka a) Jak velký podíl respondentů není informován o existenci institutu dříve vyslovených přání v České republice.

K zodpovězení první výzkumné otázky zjišťující podíl respondentů, kteří nejsou obeznámeni s institutem dříve vysloveného přání, jsme použili otázku, zda se respondent někdy setkal s termínem dříve vyslovená přání. Zde odpověděly téměř 2/3 respondentů kladně (57% ví, o co se jedná, 17 % slyšelo, ale neví přesně, oč jde). To je podstatně méně než v Kanadě⁶⁸, ale blíží se informovanosti amerických onkologických sester.⁶⁹

Celkem 53% našich respondentů se sice domnívá, že v České republice existuje zákonný způsob, kterým lze vyslovit předem souhlas či nesouhlas s poskytnutím lékařské péče, avšak neznají přesně situace, kterých se předem vyslovená přání týkají. Tento výsledek je překvapivě shodný se zjištěním autorů studie v USA, kde pouze 53% respondentů zná federální právní úpravu. Kanadské sestry v této oblasti projevovaly lepší znalosti, správně odpovědělo 74,7% respondentů.

Zároveň jsme však zjistili, že 6 respondentů, kteří se domnívají, že v České republice lze zákonným způsobem vyjádřit svá budoucí přání ohledně lékařské péče, zároveň uvedlo, že se nikdy nesetkali s termíny dříve vyslovená přání (living will nebo advance directives) a z 22 respondentů, kteří nevědí, zda lze toto přání vyjádřit nebo se domnívá, že nelze, 12 uvedlo, že zná termín dříve vyslovená přání, living will nebo advance directives nebo o něm alespoň slyšelo. Při podrobném zkoumání všech odpovědí jednotlivých respondentů se domnívám,

⁶⁸ BLONDEAU, Danielle, LAVOIE, Mireille, VALOIS, Pierre, KEYSERLINGK, Edward W, HÉBERT, Martin, MARTINEAU, Isabelle. The attitude of canadian nurses towards advance directives. *Nursing Ethics*. 2000, 7(5), 399-411.

⁶⁹ JEZEWSKI, Mary Ann, BROWN, Jean K, BILL WU, Yow-Wu, MEEKER, Mary Ann, FENG, Jui-Ying, BU, Xiaoyan. Oncology nurses' knowledge, attitudes, and experiences regarding advance directives. *Oncology nursing forum*. 2005, 2, 319-327.

že otázky nebyly vždy správně pochopeny, a že mohlo dojít k odhadování odpovědí.

Nicméně při porovnání výsledků jednotlivých studií vidíme, že povědomí českých sester o těchto dokumentech je mnohem nižší, než v USA a Kanadě, což pravděpodobně souvisí s délkou existence dříve vyslovených přání v daných zemích i kulturní odlišností.

Výzkumná otázka b) Existuje souvislost mezi informovaností sester a jejich vzděláním?

Druhá výzkumná otázka se ptá na souvislost mezi informovaností respondentů o institutu dříve vyslovených přání s dosaženým vzděláním. V této otázce se potvrdila naše domněnka, že nejvyšší dosažené vzdělání ovlivňuje znalosti sester k dané problematice. Pravděpodobně je to dáno tím, že oproti středním zdravotnickým školám v minulosti, vyšší odborné školy a zejména vysoké školy kladou důraz na etické aspekty ošetrovatelské profese a lékařská etika je zde vyučována jako samostatný obor.

Výzkumná otázka c) Existuje souvislost mezi informovaností sester a oborem, ve kterém pracují?

Výzkumná otázka zabývající se souvislostí mezi informovaností sester a typem pracoviště sester prokázala tuto souvislost. Sestry z ARO a JIP prokázaly lepší vědomosti u většiny otázek. Nejhůře informovány o problematice dříve vyslovených přání v České republice byly v této výzkumné práci sestry chirurgických oborů.

Tento výsledek zároveň koresponduje se skladbou pacientů na jednotlivých odděleních. Je také možné, že sestry s terciárním vzděláváním preferují některá pracoviště více, to však nebylo předmětem zkoumání v této práci.

Ad Cíl 2: Postoje sester k dříve vysloveným přáním

Podle výsledků studie zkoumající postoje kanadských sester k dříve vysloveným přáním (advance directives) je zřejmé, že respekt k pacientově autonomii je určujícím faktorem v ochotě těchto sester řídit se dříve vysloveným přáním (advance directives). Podobně onkologické sestry v USA kladou velký důraz na respektování pacientovy autonomie. 94% těchto sester si myslí, že by se měly řídit pacientovým přáním, i kdyby to bylo v rozporu s jejich vlastním názorem.⁷⁰

Stejně tak sestry z našeho souboru prokázaly, že pro většinu z nich (94%) je respekt k autonomii (právo odmítnout léčbu) pacienta prioritou. Ovšem s právem lékařem neřídit se pacientovým přáním, pokud je v rozporu s jeho morálním přesvědčením, souhlasí 63% našich respondentů. Tento rozpor by mohl pramenit z nejednoznačnosti a složitosti celé problematiky, kdy respekt k autonomii (v našem případě jde o právo odmítnout léčbu), je již považován za samozřejmý, vždy ale existují rizika, že dojde k nedorozumění. Lékař například nikdy nemá jistotu, že pacient poučení a seznámení s následky rozhodnutí skutečně dobře porozuměl, nebo že s blížícím se koncem života svůj názor nezmění (tuto možnost uvedlo 70% respondentů), nemusí toho však již být schopen. Stejně tak nelze opomenout vývoj medicíny, který může pro pacienta znamenat lepší kvalitu života (64% odpovědí). Právě s ohledem na rychlý vývoj medicíny je doba platnosti dokumentu v české republice stanovena na 5 let.

Výzkumná otázka a) Liší se postoje sester k dříve vysloveným přáním v závislosti na druhu zdravotního stavu, který ohrožuje život?

Při zjišťování zda se postoje sester k zahájení tzv. život udržující léčby liší v závislosti na diagnóze permanentního vegetativního stavu a terminálního stádia onemocnění jsme došli k závěru, že většina sester naší studie zaujímá v obou

⁷⁰ JEZEWSKI, Mary Ann, BROWN, Jean K, BILL WU, Yow-Wu, MEEKER, Mary Ann, FENG, Jui-Ying, BU, Xiaoyan. Oncology nurses' knowledge, attitudes, and experiences regarding advance directives. *Oncology nursing forum*. 2005, 2, 319-327.

případech téměř stejné stanovisko. Převážná většina respondentů (81%) naší studie odmítá život udržující léčbu v terminálním stádiu onemocnění, nedosahuje však výsledků korejské studie, kdy tuto léčbu odmítají téměř všichni respondenti (90,8%).⁷¹ Odmítnutím léčby pro diagnózu permanentního vegetativního stavu se korejská studie nezabývá, je zde však uveden jako jedna z charakteristických známek „špatné smrti“.

Výzkumná otázka b) Liší se postoje sester k dříve vysloveným přáním v závislosti na náboženském vyznání?

Korejská studie uvedla, že některé sestry vyjádřily protichůdné postoje k život udržující léčbě na základě téže náboženské teze, že „život patří Bohu“. Život udržující léčba by měla být zachována, neboť život patří Bohu versus umělá podpora života, je proti Boží vůli.⁷² Věřící sestry našeho souboru většinou na otázku zda by si přály, aby byla zahájena život udržující léčba v terminálním stádiu nemoci nebo při permanentním vegetativním stavu, uváděly odpověď „nevím“ bez dalšího zdůvodnění. Tyto výsledky však mohou vypovídat pouze o složitosti problematiky. Vzhledem k malému vzorku respondentů a pravděpodobně rozdílnému náboženskému vyznání sester u nás a v Koreji nelze dojít závěru, který by byl srovnatelný s korejskou studií.

Zajímavé je však zjištění, že téměř 2/3 sester bez vyznání souhlasí, aby byla respektována taková přání pacienta, která by vedla k aktivnímu způsobení smrti. Tato práce se postoji sester k aktivnímu způsobení smrti podrobněji nezabývá, bylo by však zajímavé dále zjišťovat důvody, jaké sestry k těmto postojům vedou.

Ad Cíl 3: Postoj sester k tišení bolesti u nevléčitelně nemocných pacientů.

Výzkumná otázka a) Souhlasí všechny sestry s tišením bolesti u nevléčitelně nemocných pacientů, i kdyby to mělo uspišit jejich smrt?

⁷¹ KIM, Shinmi, LEE, Yunjung. Korean nurses' attitudes to good and bad death, life-sustaining treatment and advance directives. *Nursing ethics*. 2003, 10(6), 624-637.

⁷² Tamtéž

Postoje našich sester k tlumení bolesti v terminálním stádiu onemocnění jsou téměř ve shodě s postoji onkologických sester v USA. 94% respondentů se domnívá, že pacientům v terminálním stádiu onemocnění má být dostatečně tišena bolest, i kdyby to mělo uspišit jejich smrt. V USA tento postoj potvrdilo 97% respondentů.⁷³

V této souvislosti je zarážející, že řada onkologických pacientů, kteří umírají v nemocničních zařízeních, trpí bolestmi. Vorlíček uvádí, že u více než 50% pacientů v českých nemocnicích není bolest tlumena dostatečně. Za příčinu považuje malou pozornost, kterou zdravotníci bolesti věnují a také mýty o opioidech, které vedou k tomu, že jsou tyto léky nasazovány příliš pozdě a bývají nevhodně dávkovány.⁷⁴ Zde stojí za zmínku fakt, že právě monitorace bolesti je plně v kompetenci sester.

ZÁVĚR

Ačkoliv by bylo vhodné tento výzkum opakovat a některé otázky lépe formulovat, je již teď zřejmé, že sestry nejsou dostatečně informovány o existenci institutu dříve vyslovených přání a jeho právní úpravě v České republice. Přestože je v současné době těžko představitelné, že by podobně jako v USA došlo k sepisování těchto dokumentů při příjmu k hospitalizaci, je nutno zdůraznit, že vytváření dříve vyslovených přání je součástí širšího sociálního trendu, podle něhož se jedinci stále více dovolávají svých práv a své autonomie. Měla by tedy být co nejdříve zahájena diskuse, ze které by vzešla stanoviska odborných společností k dané problematice. Především onkologické nebo geriatrické sestry by měly být připravené pomoci svým pacientům i v této oblasti. Z postojů sester vidíme, že jsou odhodlány řídit se pacientovým dříve vysloveným přáním. V tom se odráží jejich role obhájce. Ovšem jak zmiňují autoři článku o postojích kanadských sester k dané problematice: „Pokud sestra není vzdělána o státní

⁷³ JEZEWSKI, Mary Ann, BROWN, Jean K, BILL WU, Yow-Wu, MEEKER, Mary Ann, FENG, Jui-Ying, BU, Xiaoyan. Oncology nurses' knowledge, attitudes, and experiences regarding advance directives. *Oncology nursing forum*. 2005, 2, 319-327.

⁷⁴ VORLÍČEK, Jiří, ABRAHÁMOVÁ, Jitka, VORLÍČKOVÁ, Hilda. *Klinická onkologie pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006, 147 s.

zákoně upravě „předem vyslovených přání“, je obtížné, ne-li nemožné, aby byla postavena do pozice pacientova obhájce v otázce jeho autonomie a rozhodování o lékařské péči.⁷⁵

Na závěr je třeba říci, že základním požadavkem každého terapeutického vztahu je důvěra, proto bychom hlavní pozornost měli věnovat vztahům a komunikaci mezi pacienty a zdravotníky, neboť fakt, že byl sepsán dokument obsahující dříve vyslovená přání, sám o sobě nezaručuje, že tato přání budou naplněna.

⁷⁵ BLONDEAU, Danielle, LAVOIE, Mireille, VALOIS, Pierre, KEYSERLINGK, Edward W, HÉBERT, Martin, MARTINEAU, Isabelle. The attitude of canadian nurses towards advance directives. *Nursing Ethics*. 2000, 7(5), 399-411.

POUŽITÁ LITERATURA

BÁRTLOVÁ, Sylva, SADÍLEK, Petr, TÓTHOVÁ, Valérie. *Výzkum a ošetřovatelství*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. ISBN 80-7013-416-X

CÍSAŘOVÁ, Dagmar, KOPS, Richard, MARX, David, PETERKOVÁ, Helena, POLICAR, Radek, SALAČ, Josef, ŠUSTEK, Petr, VÁCHA, Marek. *Dříve vyslovená přání a pokyny do not resuscitate v teorii a praxi*. Praha: Univerzita Karlova, Právnická fakulta, 2010. ISBN 978-80-87146-31-6

HEŘMANOVÁ, Jana, VÁCHA, Marek, SVOBODOVÁ, Hana, ZVONÍČKOVÁ, Marie, SLOVÁK, Jan. *Etika v ošetřovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2012. ISBN 978-80-247-3469-9

MATĚJEK, Jaromír. *Dříve projevená přání pacientů: výhody a rizika*. 1. vyd. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-850-6

MUNZAROVÁ, Marta. *Zdravotnická etika od A do Z*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. ISBN 80-247-1024-2

ŠIMEK, Jiří, ŠPALEK, Vladimír. *Filozofické základy lékařské etiky*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2003. ISBN 80-247-0440-4

VÁCHA, Marek. *Místo, na němž stojíš, je posvátná země*. 1. vyd. Brno: Cesta, 2008. ISBN 978-80-7295-104-8

BLONDEAU, Danielle, LAVOIE, Mireille, VALOIS, Pierre, KEYSERLINGK, Edward W, HÉBERT, Martin, MARTINEAU, Isabelle. The attitude of canadian nurses towards advance directives. *Nursing Ethics*. 2000, 7(5), 399-411. ISSN 0969-7330

JEZEWSKI, Mary Ann, BROWN, Jean K, BILL WU, Yow-Wu, MEEKER, Mary Ann, FENG, Jui-Ying, BU, Xiaoyan. Oncology nurses' knowledge, attitudes, and experiences regarding advance directives. *Oncology nursing forum*. 2005, 2, 319-327. ISSN 1538-0688

HEŘMANOVÁ, Jana, ŠIMEK, Jiří. Advance directives v Evropě. *Praktický Lékař*. 2010, 2, 78-80. ISSN 1803-6597

HEŘMANOVÁ, Jana, ŠIMEK, Jiří. Dříve vyslovená přání aneb o lidské svobodě a důstojnosti. *Praktický Lékař*. 2009, 9, 480-482. ISSN 1803-6597

HEŘMANOVÁ, Jana, ŠIMEK, Jiří. Dříve vyslovená přání (advance directives) v USA. *Praktický Lékař*. 2009, 10, 552-555. ISSN 1803-6597

MATĚJEK, Jaromír. Dříve projevená přání pacientů a recepce tohoto problému v České republice a v Německu. *Praktický Lékař*. 2010, 11, 666-668. ISSN 1803-6597

MATĚJEK, Jaromír. Dříve vyslovená přání pacienta komentář k zákonné úpravě. *Praktický Lékař*. 2012, 5, 286-289. ISSN 1803-6597

MATĚJEK, Jaromír. Místo a význam institutu „dříve projevených přání“ v péči o pacienta – Interpretace a okolnosti porozumění textu. *Praktický Lékař*. 2010, 12, 721-722. ISSN 1803-6597

MATĚJEK, Jaromír. Některé speciální otázky týkající se používání institutu „dříve projevených přání pacienta“. *Praktický Lékař*. 2010, 10, 602-606. ISSN 1803-6597

MATĚJEK, Jaromír. Spiritualita pacienta v souvislostech institutu „dříve projevených přání pacienta“. *Praktický Lékař*. 2011, 5, 284-287. ISSN 1803-6597

MATĚJEK, Jaromír. Vztah mezi lékařem a pacientem v kontextu institutu „dříve projevená přání pacientů“. *Praktický Lékař*. 2011, 3, 155-157. ISSN 1803-6597

MUNZAROVÁ, Marta. Respekt ke dříve vysloveným přáním nemocných. *Praktický Lékař*. 2005, 7, 411-412. ISSN 1803-6597

KIM, Shinmi, LEE, Yunjung. Korean nurses' attitudes to good and bad death, life-sustaining treatment and advance directives. *Nursing ethics*. 2003, 10(6), 624-637. ISSN 0969-7330

ŠPIRUDOVÁ, Lenka, KRÁLOVÁ, Jaroslava. Sesterská profesní role „advokáta pacienta“. *Medicína pro praxi*. 2007, 1, 32-34. ISSN 1214-8687

VIZINGER, Radek. Předstižné pokyny pacienta (living will) v právní teorii a praxi. *Zdravotnictví a právo*. 2007, 7-8, 3-17. ISSN 1211-6432

VORLÍČEK, Jiří, ABRAHÁMOVÁ, Jitka, VORLÍČKOVÁ, Hilda. *Klinická onkologie pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1716-6

Internetové zdroje

Velký lékařský slovník [online]. Maxdorf: © 2008 [cit. 17.1.2013]. Dostupné z: <http://lekarske.slovniky.cz/pojem/autonomie-pacienta>

Wikipedie: Paternalismus [online]. Creative Commons [cit. 17.1.2013]. Dostupné z: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Paternalismus>

Neodkladná resuscitace – Doporučený postup výboru ČLS JEP – spol. UM a MK – Aktualizace 29.6.2009 [online]. Česká lékařská společnost J.E. Purkyně, Společnosti urgentní medicíny a medicíny katastrof: 2009 [cit. 17.1.2013]. Dostupné z: http://www.urgmed.cz/postupy/2009_nr.pdf

Konsensuální stanovisko k poskytování paliativní péče u nemocných s nezvratným orgánovým selháním [online]. Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny ČLS JEP, Česká společnost intenzivní medicíny ČLS JEP: 2009 [cit. 17.1.2013]. Dostupné z: http://www.urgmed.cz/postupy/cizi/2009_paliativni.pdf

KOCICHOVÁ, Ondřejka. *Dříve vyslovená přání v české legislativě se zaměřením na promítnutí čl. 9 Úmluvy o biomedicíně v zákoně o zdravotních službách* [online]. Studentská vědecká a odborná činnost, Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta: 2012 [cit. 17.1.2013]. Dostupné z: <http://svoc.prf.cuni.cz/sources/5/2/170.pdf>

Písemná forma dříve vysloveného přání dle § 36 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky: © 2010 [cit. 18.1.2013]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/obsah/drive-vyslovene-prani_2561_1.html

Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 "O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících" [online]. Cesta domů © [cit. 18.1.2013]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/charta-prav-umirajicich.html>

Práva pacientů ČR [online]. Ministerstvo práce a sociálních věcí [cit. 18.1.2013]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/840>

Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti s aplikací biologie a medicíny [online]. Svaz pacientů České republiky: 2006 [cit. 18.1.2013]. Dostupné z: <http://www.pacienti.cz/clanek.php?id=356>

Listina základních práv a svobod [online]. Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky [cit. 18.1.2013]. Dostupné z: <http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>

Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli [online]. Časopisy ČLS JEP: © 2008-2013 MeDitorial [cit. 18.1.2013]. Dostupné z: <http://www.prolekare.cz/anesteziologie-intenzivni-medicina-clanek/doporuceni-predstavenstva-clk-c-1-2010-k-postupu-pri-rozhodovani-o-zmene-lecby-intenzivni-na-lecby-paliativni-u-31632>

Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování č. 372/2011 Sb. [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky: © 2010 [cit. 18.1.2013]. Dostupné z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakon?q=372/2011>

Národní registr osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánů [online]. Koordinační středisko pro resortní zdravotnické informační systémy: © 2010 [cit. 18.1.2013]. Dostupné z: http://www.ksrzis.cz/obsah/pro-verejnost_126_1.html

DOLEŽIL, David, CARBONOVÁ, Kamila. *Vegetativní stav (apalický syndrom)*. [online]. Solen, 2007 [cit. 17.1.2013]. Dostupné z: <http://www.solen.cz/pdfs/neu/2007/01/07.pdf>

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Tabulka č. 1	Náboženské vyznání	39
Tabulka č. 2	Rozdělení respondentů podle druhu pracoviště	41
Tabulka č. 3	Situace, pro které může být vysloven nesouhlas s poskytnutím lékařské péče	44
Tabulka č. 4	Způsob vyjádření nesouhlasu s lékařskou péčí	45
Tabulka č. 5	Souvislost mezi vzděláním a znalostí institutu dříve vyslovených přání	46
Tabulka č. 6	Souvislost mezi vzděláním a informovaností o existenci zákona	46
Tabulka č. 7	Souvislost mezi pracovištěm a znalostí institutu dříve vyslovených přání	49
Tabulka č. 8	Souvislost mezi pracovištěm a informovaností o existenci zákona	49
Tabulka č. 9	Situace, pro které lze vyslovit nesouhlas a pracoviště	50
Tabulka č. 10	Způsob vyjádření nesouhlasu a pracoviště	50
Tabulka č. 11	Délka platnosti dokumentu a pracoviště	50
Tabulka č. 12	Důvody, proč si respondenti myslí, že by nevyлéčitelně nemocní pacienti měli mít právo odmítnout léčbu	52
Tabulka č. 13	Postoj respondentů k respektování pacientova „přání“ (nesouhlas se zahájením léčby)	52
Tabulka č. 14	Situace, kdy lékař může nerespektovat dříve vyslovená přání	55
Tabulka č. 15	Postoje respondentů k „život udržující léčbě“ v terminálním stadiu onemocnění	56
Tabulka č. 16	Postoje respondentů k „život udržující léčbě“ v permanentním vegetativním stavu	57
Tabulka č. 17	Vliv vyznání na postoj sestry k přání pacienta, které by vedlo k aktivnímu způsobení smrti	58
Tabulka č. 18	Vliv vyznání na postoj sestry k zahájení léčby v terminálním stadiu onemocnění	58
Tabulka č. 19	Vliv vyznání na postoj sestry k zahájení léčby v permanentním vegetativním stavu	59
Tabulka č. 20	Postoje sester k tlumení bolesti	59
Graf č. 1	Věková struktura respondentů	39

Graf č. 2	Vzdělání respondentů	40
Graf č. 3	Celková praxe ve zdravotnictví	40
Graf č. 4	Znalost termínu dříve vyslovená přání	42
Graf č. 5	Povědomí o existenci právní úpravy	43
Graf č. 6	Situace, pro které lze vyslovit nesouhlas a vzdělání	47
Graf č. 7	Způsob vyjádření nesouhlasu a vzdělání	48
Graf č. 8	Situace, kdyby bylo možné nerespektovat pacientovo „přání“	53
Graf č. 9	Postoj respondentů k respektování přání vedoucímu k aktivnímu způsobení smrti	54
Graf č. 10	Postoje respondentů k právu lékaře neřídit se pacientovým přáním	55

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ARO – anesteziologicko resuscitační oddělení

ČLK – Česká lékařská komora

ČLS JEP – Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně

ČR – Česká republika

ČSARIM – Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny

DIOP – dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče

DIP – dlouhodobá intenzivní péče

DNR – do not resuscitate (neresuscitovat)

JIP – jednotka intenzivní péče

KPR – kardiopulmonální resuscitace

LDN – léčebna dlouhodobě nemocných

NR – neodkladná resuscitace

Sb. – sbírky

Sš – střední škola

Tj. – to je

Tzn. – to znamená

Tzv. - takzvaně

UM a MK – urgentní medicína a medicína katastrof

UPV – umělá plicní ventilace

USA – Spojené státy americké

Voš – vyšší odborná škola

Vš – vysoká škola

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Listina základních práv a svobod

Příloha č. 2 – Práva pacientů

Příloha č. 3 – Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících“

Příloha č. 4 – Neodkladná resuscitace – Doporučený postup výboru ČLS JEP

Příloha č. 5 – Konsensuální stanovisko k poskytování paliativní péče u nemocných s nezvratným orgánovým selháním

Příloha č. 6 – Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli

Příloha č. 7 – Návrh formy „dříve vyslovené přání“ podle § 36 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, (zákon o zdravotních službách)

Příloha č. 8 - Dotazník