

UNIVERZITA KARLOVA

3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetrovatelství (12-UOS)



Adéla Kadeřávková

Informovanost laické veřejnosti o problematice dříve vyslovených přání

*Awareness of advance directives among the lay
population*

Bakalářská práce

Praha, květen 2018

Autor práce: Adéla Kadeřávková

Studijní program: Ošetrovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: **Mgr. Jana Heřmanová, Ph.D.**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetrovatelství 3. LF UK**

Předpokládaný termín obhajoby: červen 2018

Prohlášení

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

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací. Potvrzuji, že tištěná i elektronická verze v Studijním informačním systému UK je totožná.

V Praze dne 25. května 2018

Adéla Kadeřávková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala paní Mgr. Janě Heřmanové, Ph.D. za metodické vedení a cenné rady při psaní bakalářské práce. Dále bych ráda poděkovala všem respondentům za ochotu zapojit se do výzkumu a pohovořit se mnou na toto relativně těžké téma. V neposlední řadě bych ráda poděkovala své velké rodině a blízkým osobám za podporu během celého mého studia.

Obsah

| | |
|--|-----------|
| ÚVOD | 1 |
| 1 DŘÍVE VYSLOVENÁ PŘÁNÍ | 2 |
| 1.1 DEFINICE POJMU | 2 |
| 1.2 OBSAH DŘÍVE VYSLOVENÝCH PŘÁNÍ | 4 |
| 1.3 HISTORIE VZNIKU DŘÍVE VYSLOVENÝCH PŘÁNÍ..... | 5 |
| 1.4 PRÁVNÍ ÚPRAVA V ČR..... | 7 |
| 1.4.1 Úmluva o lidských právech a biomedicině..... | 9 |
| 1.4.2 Zákon o zdravotních službách č. 372/2011 Sb. | 10 |
| 1.4.3 Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci..... | 13 |
| 1.4.4 Zákon č. 89/2012 Sb., Občanský zákoník | 15 |
| 1.5 NÁLEŽITOSTI DŘÍVE VYSLOVENÝCH PŘÁNÍ..... | 16 |
| 1.6 KRITIKA DŘÍVE VYSLOVENÝCH PŘÁNÍ | 18 |
| 1.6.1 Právní problémy..... | 18 |
| 1.6.2 Problém tzv. prospektivní autonomie | 19 |
| 1.6.3 Problém „dříve kompetentního já“ a současného „nekompetentního já“ | 19 |
| 1.6.4 Problém zástupného rozhodování | 20 |
| 1.7 ETICKÉ ASPEKTY DŘÍVE VYSLOVENÝCH PŘÁNÍ..... | 21 |
| 2 DOSAVADNÍ VÝZKUMY | 24 |
| 3 EMPIRICKÁ ČÁST | 26 |
| 3.1 CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY | 26 |
| 3.2 ETICKÉ ZAMYŠLENÍ NAD VLASTNÍM ŠETŘENÍM | 26 |
| 3.3 METODIKA ŠETŘENÍ..... | 27 |
| 3.4 POLOSTANDARDIZOVANÝ ROZHOVOR | 27 |
| 3.5 VOLBA VÝZKUMNÉHO SOUBORU | 27 |
| 3.6 PRŮBĚH VÝZKUMU | 28 |
| 3.7 ZPŮSOB ANALÝZY ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ | 28 |

| | | |
|----------|--|-----------|
| 3.8 | ANALÝZA ROZHOVORŮ..... | 29 |
| 3.8.1 | <i>Charakteristika souboru respondentů</i> | <i>29</i> |
| 3.8.2 | <i>Výsledky výzkumného šetření</i> | <i>32</i> |
| 4 | DISKUZE | 42 |
| | ZÁVĚR..... | 47 |
| | SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY | 49 |
| | MONOGRAFIE, PUBLIKACE, SBORNÍKY | 49 |
| | ELEKTRONICKÉ PRAMENY | 50 |
| | PRÁVNÍ PŘEDPISY..... | 51 |
| | SEZNAM PŘÍLOH | 52 |

Úvod

Rychlý pokrok na poli současné medicíny přináší řadu diagnostických a terapeutických možností, které by byly ještě v nedávné době nemyslitelné. Prodlužování délky dožití a schopnost čelit polymorbiditám přináší nezbytný jev institucionalizace zdravotní péče a s tím spojené odosobnění a jisté vytrácení užšího mezilidského kontaktu. Terminální stádia onemocnění díky zmíněným pokrokům nastávají v životech pacientů mnohem později, přesto je samotný závěr života stále vnímán jako selhání lékařské péče. Poslední chvíle proto často končí zoufalým bojem zdravotníků o zachování životních funkcí namísto smířlivého odchodu v okruhu rodiny a blízkých. Řešením tohoto problému by mohla být právě dříve vyslovená přání. Znalost a využití jejich potenciálu by mohlo vést k individualizaci péče a přizpůsobení chování personálu k přání jednotlivých pacientů či jejich rodin. V konečném důsledku by mohla vnášet do komplikovaných zdravotních situací, kde není z etického hlediska jasný postup při poskytování zdravotní péče, řád a návod pro chování personálu a rodiny. Výsledkem by mohla být významně zvýšená kvalita života pacienta, často s vynaložením minimálních finančních prostředků, a uspokojení rodiny a personálu, že je s pacientem nakládáno dle jeho předchozí vůle namísto unifikovaných postupů.

Cílem teoretické části práce je seznámit čtenáře s institutem dříve vyslovených přání. V práci čtenář nalezne především kapitoly věnující se historií vzniku institutu, právní úpravě v ČR a kritice dříve vyslovených přáních. V neposlední řadě práce pojednává o etických aspektech této problematiky.

Cílem empirické části práce je zjistit povědomí laické veřejnosti starší 50 let o dříve vyslovených přáních a ozřejmit jejich postoj k dané problematice. Ke sběru dat byla zvolena kvalitativní metoda výzkumu formou polostandardizovaného rozhovoru.

1 Dříve vyslovená přání

Základy právního institutu, který se nazývá Dříve vyslovená přání, stojí v památné větě amerického soudce Benjamina Cardoza z roku 1914, který v této souvislosti pronesl, že „*Každá dospělá lidská bytost jasné mysli má právo určit, co se bude dít s jejím vlastním tělem*“ (Matějek, 2011, s. 14).

1.1 Definice pojmu

Dříve vyslovené přání (dále jen DVP) budu v souladu s Haškovcovou (2007, s. 141) definovat jako „*písemné prospektivní vyjádření vůle nemocného, tedy pro případ, kdy pacient nebude už pro závažnost stavu schopen ani posoudit svou situaci, ani verbalizovat své přání.*“ Jak lze dovodit, jedná se o projev vůle pacienta, kterým dává najevo své stanovisko ve věci zdravotní péče v případě, že z důvodu nepříznivého zdravotního stavu sám nebude schopen tuto vůli projevit.

V souvislosti s institutem dříve vyslovených přání se lze v české terminologii setkat rovněž s pojmem předstižné pokyny, který používá kupříkladu Vizinger (2007, s. 3). Autor institut DVP spojuje zejména s odmítáním zdravotní péče a slouží podle něj jako výraz jisté osobní nezávislosti ve chvíli, kdy dotyčný pacient již není kompetentní sám o sobě rozhodovat. Stav může být způsoben jednak nahodilými událostmi, kdy může dojít k autonehodě, na základě které se člověk ocitne v kómatu, či v důsledku postupu závažné nemoci. V anglické literatuře se v této souvislosti setkáme pro změnu s pojmem *advance directives*.

Je zapotřebí upozornit, že institut dříve vyslovených přání nezakládá právo pacienta na léčbu či lékařský zákrok. Toto plyne z ústředního předpisu pro oblast českého zdravotnického práva – Úmluvy o lidských právech a biomedicíně (dále jen Úmluva). Čl. 4 Úmluvy totiž říká: „*Jakýkoliv zákrok v oblasti péče o zdraví, včetně vědeckého výzkumu, je nutno provádět v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy*“. Z uvedeného podle Dostála (2005, s. 236) plyne, že pacientovi smí být navrhnout a proveden pouze zákrok, který je z lékařského

pohledu vhodný. Je tím myšlen zákrok, který není z lékařského hlediska marný a neúčelný. V opačném případě by se totiž lékař dopustil protiprávního jednání. Je důležité poznamenat, že ani případný souhlas pacienta by lékaře nezavazoval protiprávního jednání.

Praktická využitelnost DVP bude dle Candiglioty (2010, s. 18) přicházet v úvahu především v nouzových situacích (například resuscitace, zajištění dýchacích cest apod.), které žádají neodkladné řešení v souladu s článkem 8 Úmluvy: *„Pokud v situacích nouze nelze získat příslušný souhlas, jakýkoliv nutný lékařský zákrok lze provést okamžitě, pokud je nezbytný pro prospěch zdraví dotyčné osoby“*. Opomenout však dle autorky nelze ani případy, kdy pacienti předvíдали stav, kdy nebudou schopni další postup odsouhlasit, a to například v případě progresivního onemocnění (kterou je zcela jistě například senilní demence).

Zákon o zdravotních službách DVP upravuje komplexně. Jak je již uvedeno výše, jedná se o písemný projev pacientovy vůle pro případ, že by se v budoucnu nemohl vyjádřit ve věcech své léčby a péče. Uplatnění DVP tak nacházíme až v budoucí teoretické rovině, upravuje přání pacienta v předvídatelných situacích, kdy již nebude schopen svoje stanovisko srozumitelným způsobem projevit. V souvislosti s tím Lojdová poznamenává, že takový dokument nemusí a ani nemůže počítat se všemi případnými situacemi. Z toho důvodu se: *„typicky jedná o instrukce pro lékaře, kterými pacient předem odmítá nějaký zákrok nebo volí mezi možnostmi léčby“* (Lojdová, 2013).

Tento institut dříve vyslovených přání funguje v naší zemi od roku 2001. Mohli bychom si v této věci pokládat otázku, co vlastně člověka vede k tomu, aby si dříve vyslovená přání pořídil. Současné lékařství totiž nabízí téměř nevyčerpatelné možnosti v oblasti péče o pacienta a stále komplexnější vzdělanost lékařů a zlepšení přístrojových technik přispívá ke kvantitativnímu prodlužování života, ovšem bez ohledu na jeho kvalitu. A DVP může významnou měrou přispět k zvýšení právě zmiňované kvality, která by měla být společným cílem zdravotního personálu i pacienta. Matějka (2011, s. 155) dochází k názoru, že

institut DVP nachází svůj počátek v omezení komunikace mezi lékařem a nemocným a rovněž v obavě nemocného o svůj život ve stavu, kdy již nebude schopen cokoli ke své léčbě pronést.

1.2 Obsah dříve vyslovených přání

Zpravidla bývají obsahem DVP promyšlená rozhodnutí pacienta v otázkách nenadálých situací, kdy je potřeba rozhodnout směr další péče a rozsah poskytování zdravotních služeb. Účelem těchto dokumentů, jak již ostatně bylo nastíněno, je nabídnout pacientům spoluúčast na rozhodování ohledně lékařské péče, která jim bude poskytována.

Na základě Motyčkové (2013, s. 13) uvádím přehled nejčastěji uváděných přání pacientů:

- withholding – pacient žádá nezahajovat další léčbu a ponechat nemoci přirozený průběh,
- withdrawing – nemocný nechce pokračovat v léčbě, která se zdá být marná a bezúčelná a výhradním cílem je prodlužování života bez naděje na zlepšení stavu.
- Do Not Resuscitate – pacient si v případě zástavy srdce nepřeje kardiopulmonární resuscitaci,
- pacient žádá neuzítí respirátoru, dialýzy či vyživovací sondy, pokud by bez těchto prostředků nedokázal žít,
- vyslovení opatrovníka – tento buď je prostředníkem k vykonání poslední vůle, nebo naopak má právo zastupovat pacienta v rozhodování o další péči. Při rozhodování je vázán pravděpodobnými přáními pacienta, tedy ne dle svých osobních úsudků. Cílem takového zástupce je tedy odkrýt pravděpodobná, hypotetická přání pacienta. Takového záměru může docílit prostřednictvím důvěrných znalostí pacientových hodnot, zájmů a dalších dřívějších vyjádření.

1.3 Historie vzniku dříve vyslovených přání

Za nejdůležitější pro vznik institutu dříve vyslovených přání jsou považovány dva momenty. Prvním z nich je prudký rozvoj medicíny ve 2. polovině 20. století. Nový vývoj umožnil ovlivnit biologické parametry života do té míry, že problémy, které v minulosti způsobovaly obvykle rychlou smrt, lze kompenzovat způsobem, který dovoluje prodloužit život o několik měsíců až let. Druhý moment Matějek (2011, s. 46-47) vidí v již zmíněné proměně vztahu lékaře a pacienta. Zatímco původní vztah nevykazoval větší míru otevřené komunikace a pacient zde hrál zejména roli příjemce zdravotní péče, nyní se již jedná spíše o profesionální partnerství (Těšínová, Žďárek a Polícar, 2011, s. 5).

Pokud se ještě na chvíli pozastavíme u toho, co k této změně vedlo, pak to byla dle Vizingera (2007, s. 3) zcela nepochybně otázka sebeurčení a osobní nezávislosti, v důsledku které si pacienti začali daleko více uvědomovat svá lidská práva. Tento partnerský a rovný vztah tedy v současnosti vykazuje daleko větší míru spoluúčasti pacienta na jemu poskytované péči, a to zejména právě v podobě informovaného souhlasu.

Jako kolébkou institutu dříve vyslovených přání lze označit Spojené státy americké. Jako první s touto myšlenkou přišel zřejmě americký právník Luis Kutner. Byl prvním, kdo užil pojmy *advance directives* a *living will* v souvislosti s předstížným pokynem, který odmítal případné dlouhodobé udržování při životě pomocí přístrojů (Matějek, 2011, s. 14).

Tehdejší právo sice již znalo nástroj informovaného souhlasu, problémem však bylo, že pokud pacient nebyl schopen tento souhlas poskytnout, obecně se předpokládalo jeho souhlas s veškerou dostupnou léčbou, jejímž výsledkem bude zachování života. V současné době se společnost jednoznačně neshoduje v hodnotách života (kvalita života, smysl prodloužení života atd.), proto v této věci nemůže nikdo jednoznačně rozhodovat za druhou osobu.

Kutner svým dokumentem navrhoval zastavení léčby pro případy, kdy fyzický stav jedince zůstane plně vegetativní a je jisté, že již nedojde k obnově fyzických a duševních funkcí – a to právě na základě pacientem sepsané living will vyjadřující jeho vůli (Heřmanová a Šimek, 2009).

Právě v souvislosti s DVP zmiňuje Vácha (2010, s. 13-14) slavný případ Nancy Cruzan, které se ve věku 25 let stala vážná autonehoda, v jejímž důsledku ztratila vědomí a utrpěla silné poškození mozku. Autor píše, že Nancy v souvislosti s nehodou upadla do perzistentního vegetativního stavu¹, ve kterém byla udržována lékařskou péčí, přísunem výživy a zavodňováním. Rodina ženy po třech letech žádala o odnětí umělé výživy a zavodňování. Nemocnice v Missouri však k tomuto činu požadovala soudní rozhodnutí, argumentovala tím, že žena není v terminálním stádiu, a že stát Missouri má právo požadovat důkazy o tom, že by si Nancy sama v současné situaci přála ukončit léčbu. Jelikož nebylo možné takový důvod poskytnout, dostávalo se ženě stávající léčby (hydratace a umělé výživy) i nadále. V následném rozhodnutí US Supreme Court byly požadovány důkazy o tom, že by žena skutečně nechtěla žít v tomto stavu. Ve výsledku bylo posléze odpojení od přístrojů zamítnuto. US Supreme Court však na druhé straně uznal mimo jiné přetrvávající právo nezpůsobilých pacientů rozhodovat o své léčbě. Rodina Nancy na základě tohoto rozhodnutí požádala o nový proces. Přizvaní další svědci potvrdili Nancyin odmítavý přístup ve věci držení na přístrojích. Ve výsledku soud rozhodl o odnětí výživy a Nancy po 11 dnech zemřela (Vácha, 2010, s. 13-14).

Díky této kauze v USA podpořil US Supreme Court institut advance directives, a to zejména living will, coby nejlepší variantu pacientů pro určení léčby na konci života. Roku 1990 Kongres schválil takzvaný Patient Self-Determination Act.

¹ Dle Oxford Dictionaries je perzistentní vegetativní stav stav, kdy pacient zcela nereaguje na psychické a fyzické podněty, neprojevuje žádné známky vyšší funkce mozku a je udržován při životě jen na základě lékařského zákroku.

Tedy federální zákon, který v této věci odkazuje na vnitrostátní právní řády, ve kterých je zakotvena právní úprava dříve vyslovených přání (Silveir, 2014).

Podle tohoto zákona mají pacienti jednak možnost vyjádřit se ve věci léčby (právo na souhlas s léčbou či odmítnutí léčby, možnost sepsat living wil, určit svého zástupce), a jednak mají být o tomto právu informováni poskytovatelem zdravotní péče. Pokud pacient DVP sepíše, řídí se tato otázka úpravou práva v jednotlivých státech (Vácha, 2010, s. 13-14).

Vývoj institutu dříve vyslovených přání na půdě Evropy se prosazoval, dá se říci, mnohem později a pomaleji, neboť jej většina evropských zemí přijala až po roce 2000. První living wills byly sepsány ve Velké Británii, kde se současná právní úprava i terminologie od té americké odlišuje. Pro advance directives zvolila podoby *advance decision* (předem učiněné rozhodnutí) a *lasting power of attorney /health care proxy* (určení zástupce), jejichž zakotvení se nalézají v Mental Capacity Act z roku 2005.

V roce 2009 byla upravena z hlediska práva DVP v celkem 11 zemích Evropy, přitom ze zemí bývalého sovětského bloku bylo ve výčtu jen Maďarsko. Z toho, že některé země (Německo, Rakousko, Francie,...) přijaly zákony, které dovolují pacientům sepsat DVP po roce 2000, můžeme odvodit, že k šíření této idey jistou měrou přispělo schválení a uvedení do praxe jednoho z významných právních a etických dokumentů nedávné doby, a to Úmluvu o lidských právech a biomedicíně (Heřmanová a Šimek, 2009).

1.4 Právní úprava v ČR

Důležitá změna nastala v roce 2012, kdy byl přijat nový zákon, který se této problematice týká. Každý zletilý a svéprávný pacient tak tedy může vyjádřit souhlas nebo nesouhlas s léčbou, která pro něj bude připadat v úvahu v době, kdy již nebude moci rozhodovat sám a umožňuje sepsat si své dříve vyslovené přání také při přijetí k hospitalizaci.

Lojdrová a Malý (2013) uvádí, že s pomocí dříve vysloveného přání lze odmítnout jakoukoli, i život zachraňující, léčbu. Též máme možnost volby mezi léčebnými postupy, které za dané situace připadají v potaz. Za žádných okolností jim však nelze „přinutit“ lékaře k úkonům, které by vedly k aktivní smrti pacienta (tzv. aktivní eutanazii), nebo mu „nadiktovat“ léčebné metody, které se neslučují s výkonem lékařské profese.

V původním znění §36 ods. 3 zákona č. 372/2011 Sb. bylo dříve vyslovené přání časově omezené, a to na pět let. V praxi se tento časový limit jevil jako zcela nedostatečná doba. Z tohoto důvodu se původní znění zákona stalo předmětem odborné kritiky, neboť právě dříve vyslovené přání bývá často jedinou možností pacienta trpícího zhoršujícím se psychickým onemocněním (kupříkladu Alzheimerova choroba, stařecká demence), jak mít možnost ovlivnit léčbu, která mu má být poskytnuta v budoucnu (Lojdrová a Malý, 2013).

Ústavní soud však pětiletou platnost zrušil s odkazem na rozpor tohoto omezení právě s čl. 9 Úmluvy. Ústavní soud tento počin hájil slovy, že: „*není slučitelné s právem pacienta podle čl. 9 Úmluvy, aby na jeho dříve vyslovené přání nemohl být brán zřetel jen v důsledku uplynutí zákonem stanovené doby jeho platnosti, pokud tento pacient; nebude mít současně skutečnou možnost toto přání svým projevem vůle obnovit.*“ (Tomešová, 2016). V návaznosti na to dnes není platnost přání zákonem nijak omezena. V momentě, kdy bude chtít pacient své dříve vyslovené přání změnit (tj. aktualizovat), bude rozhodující přání s novějším datem.

Pokud si pacient nesepsal DVP a nalezne se v situaci, kdy již nebude moci o sobě rozhodovat, má nyní nově možnost uplatnit dle §34 odst. 7 zákona č. 372/2011 Sb. ještě tzv. zástupný souhlas. V případech, kdy nelze poskytnout zdravotní péči bez souhlasu pacienta, vyžaduje se souhlas osoby určené pacientem (dle §33 odst. 1 zákona o zdravotních službách). V takovém to případě se ošetřující lékař před poskytnutím zdravotních služeb obrátí s žádostí o souhlas na osoby, které pacient

k tomuto zplnomocnil. V případě, že pacient si osoby neurčil, mají možnost rozhodovat o zdravotní péči tyto osoby v následujícím pořadí: manžel nebo registrovaný partner, není-li takové osoby nebo není-li dosažitelná, pak se vyžaduje souhlas rodiče, následně pak známé jiné osoby blízké způsobilé k právním úkonům. Pokud ani výše zmíněné osoby nejsou, lékařská péče podléhá „nejlepšímu vědomí a svědomí“ zdravotníka (Lojdová a Malý, 2013).

V rozsahu, ve kterém nejsou DVP upravena speciálním zákonem o zdravotních službách, na ně dopadá subsidiárně i právní úprava občanského zákoníku – to se týká zejména soudního přezkumu.

Na jistý problém DVP upozorňuje Lojdová a Malý (2013). Jde o jeho dostupnost, neboť samotná existence sepsaného dříve vysloveného přání nezajistí pacientovi, že se bude postupovat na základě jeho vůle. Je proto důležité, aby poskytovatel zdravotních služeb měl takové dříve vyslovené přání k dispozici. Víše zmínění autoři pro takové případy doporučují svěřit kopii svého dříve vysloveného přání osobě, která tak bude moci případně poskytovatele péče informovat o jeho sepsání a obsahu. Dále doporučují, aby pacienti sepisovali svá dříve vyslovená přání pokud možno jasně, stručně a bez odborných právnických termínů.

Vedle DVP zmiňují Ptáček a Bartůněk (2014, s. 480) existenci tzv. předběžných prohlášení, prostřednictvím kterých člověk obecně (tedy nikoliv pouze v oblasti poskytování zdravotnických služeb) může v očekávání vlastní nezpůsobilosti právně jednat vyjádřit svou vůli. A to aby byly jeho záležitosti řešeny určitým způsobem, aby je spravovala jistá konkrétní osoba, či aby se určitá osoba stala jeho opatrovníkem (dle §38 odst. 1 občanského zákoníku).

1.4.1 Úmluva o lidských právech a biomedicíně

Úmluva byla přijata Radou Evropy v 1997. Česká republika ji ratifikovala v roce 2001. Jedná se o základní obecný předpis, který je hlavním pramenem medicínského práva. Úmluva reguluje poskytování zdravotní péče ve všech

členských státech Rady Evropy, nevyjímaje tedy i Českou republiku. Je důležité zmínit, že má charakter mezinárodní úmluvy, je tedy zdrojem nejvyšší právní síly.

Hlavním tématem obsaženým v Úmluvě je právo na autonomii každého jednotlivce. Ve všech bodech Úmluvy je kladen důraz na respektování svébytnosti a ochrany soukromí jedince.

V případě, že by měl soud posoudit soulad konkrétního ustanovení zákona s ústavním pořádkem, by se tento soud zabýval také otázkou, jestli není ono konkrétní ustanovení zákona v rozporu s Úmluvou. Pokud by tomu tak bylo, došlo by k jeho zrušení. Čl. 9 Úmluvy je zahrnut do českého právního řádu a vykazuje aplikační přednost před zákonem. Zde je však nutné dodat, že názory na to, zda je třeba speciální zákonné úpravy či si vystačíme s obecným zněním zmíněného článku 9 Úmluvy, se však dost různí. Zatímco Zuzana Candigliota (2010, s.16-17) neshledává speciální zákonnou úpravu jako potřebnou a zdůrazňuje přímou použitelnost tohoto článku a jeho dostatečnou formulaci, například Lukáš Prudil (2003, s. 28) se domnívá, že formulace článku 9 Úmluvy není dostatečná, z čehož pramení možný různý výklad jeho znění.

Sama Úmluva hovoří o DVP v článku 9: „*Bude brán zřetel na dříve vyslovená přání pacienta ohledně lékařského zákroku, pokud pacient v době zákroku není ve stavu, kdy může vyjádřit své přání*“ (Úmluva o lidských právech a biomedicíně).

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

V České republice dne 1.4. 2012 vešel v platnost zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a jejich poskytování. Přijetím tohoto zákona se poměrně komplikovaná situace v naší zemi o něco zjednodušila. Do té doby panovaly zásadní spory ohledně interpretace ustanovení čl. 9 Úmluvy.

Císařová (2010, s. 7), odbornice na trestní právo, výslovně uváděla, že „argument, že se lze řídit článkem 9 Úmluvy, neboť tato Úmluva má aplikační přednost před zákonem a navíc [...] je jakožto mezinárodní smlouva upravující lidská práva součástí ústavního pořádku, nutno v těchto souvislostech důrazně odmítnout“.

Jiný pohled, a to pohled experta na medicínské právo Policara (2010, s. 27), však uváděl, že „čl. 9 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně tak je součástí českého právního řádu a v případě rozporu se zákonem má nejen aplikační přednost, ale dokonce má povahu součásti referenčního rámce pro posuzování ústavní konformity vnitrostátních předpisů.“ Ačkoliv se zdá, že se jedná o protikladná tvrzení, není tomu tak zcela. Úskalím totiž byla možnost odlišného výkladu v civilněprávní a trestněprávní rovině. Pokud by se totiž ošetřující lékař rozhodl uznat rozhodnutí pacienta o neresuscitování (DNR), mohl by ho čekat trestní postih, na druhé straně v případě neakceptace vůle pacienta mohl sám pacient podat civilněprávní žalobu vůči zdravotnickému zařízení na náhradu nemateriální újmy. Pak by již záleželo na soudu, jak by v daných případech postupoval.

Ustanovení § 36 zákona č. 372/2011 Sb. zní v současné době následovně:

„§ 36 Dříve vyslovené přání

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

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

registrován, nebo jiným ošetřujícím lékařem v oboru zdravotní péče, s nímž dříve vyslovené přání souvisí.

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

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

(5) Dříve vyslovené přání

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

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

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

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

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

Tento zákon nahrazuje jeden z dlouhodobě platných zákonů, a to zákon pod číslem 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu. Touto náhradou došlo zejména k úpravě práv pacienta, dále k odklonu od paternalistického přístupu ve zdravotnictví, který pacienta pokládal za pouhého pasivního příjemce péče a nikoliv za osobu, která má právo nezávisle rozhodovat ve věcech své léčby. Novela zákona již obsahuje také instituty Informovaný souhlas a Lege artis, které se vážou ke kvalitě poskytovaných služeb.

1.4.3 Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci

Tento předpis zdůrazňuje nutnost zápisu těchto institutů do dokumentace vedené o pacientovi, dále zdůrazňuje také nutnost důkladného poučení pacienta předem. Stejně požadavky jsou kladeny na Informovaný souhlas a na negativní revers.

Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci stanoví taktéž náležitosti záznamu o dříve vysloveném přání učiněném při přijetí do péče poskytovatelem nebo v průběhu hospitalizace.

Dle dílu 5. přílohy č. 1 vyhlášky o písemném souhlasu s poskytnutím zdravotních služeb má souhlas pacienta mimo jiné obsahovat:

- 1. „údaje o účelu, povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích zdravotních služeb,*
- 2. poučení o tom, zda navrhované zdravotní služby mají nějakou alternativu a pacient má možnost zvolit si z několika alternativ,*
- 3. údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po poskytnutí příslušných zdravotních služeb, lze-li takové omezení předpokládat, a v případě změny zdravotního stavu též údaje o změnách zdravotní způsobilosti,*
- 4. údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, a o poskytnutí dalších zdravotních služeb,*

5. *poučení o právu pacienta svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, pokud jiné právní předpisy toto právo nevyklučují.*
6. *záznam o poučení pacienta, jemuž byl implantován zdravotnický prostředek, formou poskytnutí podrobné informace o implantovaném zdravotnickém prostředku podle zvláštního právního předpisu,*
7. *datum a podpis pacienta a zdravotnického pracovníka, který pacientovi údaje a poučení poskytl“ (Vyhláška č. 98/2012 Sb.).*

Dle dílu 6 vyhlášky Záznam o odmítnutí poskytnutí zdravotních služeb (revers) pacientem obsahuje:

1. *„údaj o zdravotním stavu pacienta a potřebných zdravotních službách,*
2. *údaj o možných následcích odmítnutí potřebných zdravotních služeb pro zdraví pacienta,*
3. *záznam vyjádření pacienta, že údaje podle bodu 1 a 2 mu byly zdravotnickým pracovníkem sděleny a vysvětleny, že jim porozuměl a že měl možnost klást doplňující otázky, které mu byly zdravotnickým pracovníkem zodpovězeny,*
4. *písemné prohlášení pacienta, popřípadě záznam o tomto prohlášení, že i přes poskytnuté vysvětlení potřebné zdravotní služby odmítá,*
5. *místo, datum, hodinu a podpis pacienta,*
6. *podpis zdravotnického pracovníka, který pacientovi informace poskytl,*
7. *nemůže-li se pacient s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat nebo odmítá-li záznam o prohlášení podepsat, opatří se záznam jménem, popřípadě jmény, příjmením a podpisem svědka, který byl projevu odmítnutí přítomen, a uvedou se důvody, pro něž se pacient nepodepsal, a dále se uvede, jakým způsobem projevili svou vůli“ (Vyhláška č. 98/2012 Sb.).*

1.4.4 Zákon č. 89/2012 Sb., Občanský zákoník

Jak již bylo v práci nastíněno, problémem před přijetím nového občanského zákoníku bylo, že zákon o zdravotních službách nekorespondoval s dalšími nástroji zdravotnického práva.

V momentě, kdy při hospitalizaci pacient určil svého zástupce, který smí udělit zástupný souhlas, nebyly nijak ošetřeny vztahy mezi tímto souhlasem a dříve vysloveným přáním.

Zákon tedy nijak neupravoval situaci, kdy by byl zástupcův názor v rozporu s dříve vysloveným přáním pacienta. Až platnost nového občanského zákoníku tuto problematiku ošetřil. Nově v něm najdeme institut předběžného prohlášení v § 38, který říká: *„V očekávání vlastní nezpůsobilosti právně jednat může člověk projevit vůli, aby byly jeho záležitosti spravovány určitým způsobem, nebo aby je spravovala určitá osoba, nebo aby se určitá osoba stala jeho opatrovníkem“* (Zákon č. 98/2012 Sb.).

Předběžná prohlášení tak mohou být právě nad dříve vyslovená přání nadřazena. Zároveň však dle ustanovení § 98 odst. 2 platí, že *„při zákroku i při udělení souhlasu se vezme zřetel na dříve vyslovená známá přání člověka, do jehož integrity má být zasazeno“* (Zákon č. 98/2012 Sb.). Jinými slovy zástupce pacienta, se musí řídit obsahem jeho dříve vysloveného přání (Koubová, 2015).

„Občanský zákoník tak nestanoví na rozdíl od zákona o zdravotních službách na dříve vyslovené přání žádné zvláštní požadavky, ctí bezformálnost takového jednání“ (Doležal, 2017).

Na předběžné prohlášení jsou kladeny jiné formální požadavky oproti dříve vyslovenému přání. Lze jej sepsat dvěma způsoby – formou veřejné listiny, nebo musí být opatřeno podpisy dvou svědků. Naopak v okamžiku, kdy je předběžné prohlášení a dříve vyslovené přání spojeno do jediného dokumentu, musí

dokument splňovat formální náležitosti dříve vysloveného přání (Tomešová, 2016).

I když si pacient včas DVP připraví, není v některých případech posléze schopen se svých přání sám dovolávat. Z hlediska zajištění respektování DVP tak Tomešová (2016) doporučuje spojit DVP a předběžné prohlášení do jediné listiny (dle §38 občanského zákoníku). Tímto dokumentem je pak tedy opatrovník při zastupování pacienta vázán. Tomešová (2016) pokládá za vhodné, aby byl opatrovník zároveň pověřen výkonem oprávnění podle § 33 zákona o zdravotních službách, kde je řečeno: *„Pacient může při přijetí do péče určit osoby, které mohou být informovány o jeho zdravotním stavu, a současně může určit, zda tyto osoby mohou nahlížet do zdravotnické dokumentace o něm vedené, [...] pořizovat si výpisy nebo kopie těchto dokumentů“* (Zákon č. 372/2011 Sb.). Při vytváření DVP není zcela jistě v silách autora postihnout všechny možné budoucí situace. Dá se tedy říci, že z určitého pohledu jde o všeobecné vodítko pro ilustraci představ o závěru pacientova života, zda chce být léčen co nejdéle, či raději dá přednost dožití při dobré bazální péči (Tomešová 2016).

Zde se opět vracím k úloze ustanoveného a dobře informovaného opatrovníka, jež se má postarat o splnění pacientových přání. Například Volandes (2015, s. 143) zmiňuje také alternativu, kterou je převedení rozhodování o lékařské péči na opatrovníka i za předpokladu, že se pacient dokáže rozhodnout sám. Volba opatrovníka je tedy zcela bezesporu důležitá. Přitom nemusí jít pouze o člena rodiny nebo blízkého příbuzného. Může totiž nastat situace, kdy pacientovi daleko lépe než člen rodiny rozumí jiný člověk, který se tak stane zvoleným opatrovníkem.

1.5 Náležitosti dříve vyslovených přání

Platnost dříve vysloveného přání podmiňuje §36 zákona o zdravotních službách splněním několika podmínek:

- bylo učiněno v písemné podobě zletilou a způsobilou osobou, podpis musí být úředně ověřen, nebo může být učiněno při hospitalizaci za přítomnosti zdravotníka a svědka,
- pacient byl písemně poučen jeho praktickým lékařem nebo lékařem specialistou o možných následcích svého rozhodnutí,
- nedošlo výrazně ke změnám okolností, za kterých bylo přání sepsáno, tj. nebyl objeven převratný léčebný postup, na základě kterého by pravděpodobně pacient své původní rozhodnutí změnil.

Je vhodné dodat, že pokud DVP nesplňuje zákonem stanovené požadavky a jeho součástí není úředně ověřený podpis, poučení lékařem atd., lze na něj přesto v souladu s článkem 9 Úmluvy, jakož i s § 36 odst. 2 zákona o zdravotních službách brát zřetel. Takové DVP však není pro poskytovatele nutně závazné a je snadnější zdůvodnit, z jakého důvodu nakonec nebylo respektováno (Ptáček a Bartůněk, 2014, s. 481).

Problémem při sepisování DVP je jeho přesný obsah. Pacient v něm vymezí situace, na které se přání vztahuje, a zároveň se v něm má vyjádřit ke konkrétním lékařským zákrokům. Je tedy bezesporu důležitá spolupráce pacienta a lékaře, který mu pomůže s formulací přání. Lékař tak pacientovi nastíní možné situace a medicínské zákroky, které by za daných okolností připadaly v úvahu (Tomešová, 2016).

Pacient by měl výslovně vzít na vědomí možné dopady svého rozhodnutí, a to „zejména případy, kdy mu mohou jeho volby zkrátit život. Z každého dříve vysloveného přání by mělo být nepochybně zřejmé, že si je pacient plně vědom důsledků svých rozhodnutí a je s nimi srozuměn“ (Tomešová, 2016). Právě z tohoto důvodu je nutné zakomponovat poučení lékaře jako nezbytnou součást do sepisovaného dokumentu.

V souladu s ustanovením § 36 odst. 4 zákona o zdravotních službách může pacient sepsat DVP též při přijetí do péče poskytovatelem zdravotních služeb nebo v průběhu hospitalizace. Nelze však opomenout, že takto sepsané DVP se vztahuje pouze na medicínská opatření tohoto poskytovatele zdravotních služeb. Takto sepsaný dokument se poté zaznamená do zdravotnické dokumentace a záznam podepíše zdravotnický pracovník, pacient a svědek. V tomto případě se nepožaduje úředně ověřený podpis pacienta (Tomešová, 2016).

1.6 Kritika dříve vyslovených přání

Ačkoliv bylo přijetí institutu dříve vyslovených přání do české legislativy ze strany odborné veřejnosti vesměs kvitováno s povděkem, nelze ponechat bez povšimnutí některé etické a právní konsekvence, kterými se odborná literatura zabývá (Doležal, 2017).

1.6.1 Právní problémy

Týkají se formy vyjádření, významem a problému obecnosti či přílišné konkretizace DVP.

Česká republika upřednostňuje vysoce formální přístup k DVP (tj. musí mít písemnou podobu s úředně ověřeným podpisem, nevyjímaje lékařského poučení o důsledcích takového rozhodnutí). V okamžiku, kdy DVP nebude mít veškeré výše zmíněné náležitosti a lékař se jím i přesto bude řídit, vystavuje se riziku možného trestního stíhání.

Zpochybnění platnosti může nastat v souvislosti s duševní poruchou, kvůli které nebyl pacient kompetentní k sepsání takového DVP. Problém s uplatněním DVP může nastat i v situaci, kdy bude jeho formulace příliš vágní a nebude z něj patrné, při jaké situaci má být brán v potaz. Naopak i přílišná konkretizace může vést k tomu, že nebude moci být DVP uplatnitelné z důvodu, že formulovaná vůle pacienta se jen nepatrně odlišuje od reality. Může to být poměrně častý jev, když vezmeme v potaz nejistotu prognóz jednotlivých onemocnění (Doležal, 2017).

Ze zákonného ošetření DVP vyplývají dva požadavky, a to je se co nejpřesněji držet znění pacientovy vůle a interpretovat jej doslovně. „*Velmi zřetelně se zde ovšem projevuje jedno z významných rizik při užívání tohoto právně etického institutu, a tím je jeho staticnost jako psaného materiálu oproti dynamičnosti kontextů, ve kterých se jinak pacientův život odehrává*“ Matějka (2011, s. 68).

1.6.2 Problém tzv. prospektivní autonomie

Souvisí s nejistotou ohledně budoucnosti, protože člověk se v průběhu života vyvíjí a mění.

Skrze DVP se pacient vyjadřuje k budoucím možným situacím dle jeho hodnot, životního plánu. Mohou nastat dvě situace, za kterých si pacient formuluje své DVP. V první situaci se jedná o zdravého člověka, který se vyjadřuje k medicínskému postupu (například odmítnutí krevní transfuze v případě příslušníka sekty svědků Jehovových). Druhá situace nastane v momentě, kdy už člověk nemocen je a vyjadřuje se na případné následky nemoci (například DNR u pacienta v terminálním stádiu onkologického onemocnění). Je nutné brát v potaz, že se názory člověka během časového horizontu mohou vyvíjet, měnit. Člověk se tak při formulaci svého DVP může pouze domnívat, jaké medicínské postupy by si v budoucnu nepřál (Doležal, 2017).

Mezi problematiku tzv. prospektivní autonomie můžeme též zařadit problém posouzení nekompetence, pod kterou můžeme zahrnout různé mentální stavy (Beauchamp a Childress, 2009, s. 111).

1.6.3 Problém „dříve kompetentního já“ a současného „nekompetentního já“

Jedná se o konflikt současného já a minulého rozhodujícího já, tedy o spor mezi DVP a současným přáním nekompetentního jedince.

Uvedu zde možnou situaci, která může nastat: „*Onkologický pacient je tentokrát osoba, která věří, že život má být chráněn za jakýchkoliv okolností. Bolest a utrpení nejsou zlem, ale naopak jejich překonávání bude oceněno v posmrtném životě. Tento pacient vyjádří vůli pokračovat v život udržující léčbě za jakýchkoliv okolností a odmítá jakoukoliv paliativní péči směřující k tlumení bolesti. Následkem nemoci jsou zcela omezeny jeho mentální schopnosti a další život prodlužující péče je bolestivá a marná*“ (Doležal, 2017). Zde se nabízí otázka, zda má být i nadále respektováno DVP pacienta, který evidentně trpí bolestí a rád by ji nyní utlumil?

Doležal (2017) uvádí zejména tyto argumenty zastánců aktuálního nekompetentního já:

- hodnoty minulého já už pozbyly své aktuálnosti a významu, zatímco aktuální já existuje,
- nekompetentní jedinec už nepocítuje důležitost ve věcech typu: altruistické hodnoty, náboženské vyjádření, lidská důstojnost apod.,
- v případě, že by hypoteticky mohli svou nynější vůli projevit, trvali by na svých nynějších materiálních zájmech.

„Námítka vůči tomuto přístupu tkví v kritice teze, že nekompetentním pacientům není způsobena újma v případě, pokud dojde k odmítnutí jejich dříve vyslovených instrukcí“ (Doležal, 2017).

1.6.4 Problém zástupného rozhodování

V problematice zástupného rozhodování o ty pacienty, kteří již nejsou schopni sami o sobě rozhodovat, vyvstává otázka, co vše má zástupce při rozhodování brát v potaz.

V angloamerických soudních rozhodnutích se uplatňují zejména tyto koncepty zástupného rozhodování (Doležal, 2017):

- „the substituted judgment standart“: principem tohoto konceptu je rozhodovat se tak, jak by se rozhodl pacient, kdyby byl toho sám schopen (tj. byl by k tomu nyní kompetentní). Koncept zahrnuje v procesu rozhodování i dřívější hodnoty, které pacient dlouhodobě vyznával. Tento způsob rozhodování uplatňuje respekt k autonomii,
- „the best interests standart“: je princip, na základě kterého se rozhoduje podle pacientova nejlepšího zájmu. Koncept počítá: *„s hodnocením různých variant léčby, zvažuje bolest a utrpení, které s sebou určitá léčebná strategie nese, hodnotí možnost obnovení nebo ztráty funkce“* (Matějek, 2011, s. 25). Tento typ uvažování přistupuje k rozhodování na principu beneficence.

1.7 Etické aspekty dříve vyslovených přání

Etika je vědní disciplínou, která zkoumá, co je mravné a co není. Morálka stanovuje jistá pravidla a normy pro chování lidí, čímž v podstatě stanovuje společensky žádoucí a nežádoucí jednání, a tím potažmo i chování člověka ve společnosti. Morálka následně napomáhá vzniku mravních norem, které do jisté míry spolu vymezuje lidské svědomí a veřejné mínění společnosti. V tomto Haškovcová apeluje na odlišování mravních zásad od právních zákonů (2015, s. 13-17).

Zcela nepochybně je právě lékařská etika neoddělitelnou součástí medicíny. Člověk, který pracuje ve zdravotnictví, se totiž prakticky bez přestání dostává do situací, se kterými se pojí nutnost učinit rozhodnutí. Právě veškeré léčebné zákroky znamenají závažná rozhodování. Lékařská etika tedy usiluje o jakousi vyváženost mezi lékařskou odborností a lidskostí. V posledních desetiletích, jak již bylo uvedeno, se výrazně změnil vztah mezi zdravotníkem a pacientem. Paternalistický model je tak nahrazen modelem partnerským, a tedy v důsledku výrazně volnějším a prospěšnějším pro pacienta, neboť léčebná rozhodnutí jsou

v původním modelu považována za rozhodnutí odborná, a tedy náležící lékaři v roli specialisty, nikoli pacientovi.

Zmíním na tomto místě základní principy lékařské etiky:

- **Beneficence** – (z lat. *bene* znamená dobře a *facere* činit) tedy „dobročinně“. V rámci tohoto principu jde o to, usilovat o maximální dobro pacienta a jednat vždy v jeho zájmu života a zdraví. Tento přístup také udává základní pravidla jednání lékaře, kterými jsou ochrana života, navrácení zdraví a úleva od strádání a bolesti, které společně přispívají ke zvýšení kvality života nemocného (Šimek, 2015, s. 118).
- **Nonmaleficence** – (z lat. *non* je zápor, *male* znamená špatně a *facere* činit) v tomto případě jde o to druhému neškodit. Tedy vyvarovat se úmyslného nebo neúmyslného poškození pacienta. Jinými slovy vyhnout se lékařské péči, u které nepřevyšuje její riziko nebo efekt nad jejím přínosem (Šimek, 2015, s. 119).
- **Respekt k autonomii** – (z řec. *auto* znamená sám, *nomos* je pravidlo) vyplývá z obecně přijímaného konceptu lidských práv, důstojnosti a svobody jednotlivce. Respekt k autonomii umožňuje pacientovi to, aby mohl mít svůj osud i v době nemoci ve svých rukou. Například skrze informovaný souhlas, dříve vyslovené přání apod. (Haškovcová, 2015, s. 48).
- **Spravedlnost** – v tomto principu se uplatňuje spravedlnost v distribuci zdravotní péče a dostupných zdravotních služeb bez rozdílu věku, pohlaví, majetku, náboženství, sociálnímu postavení (Šimek, 2015, s. 120–122).

Dva první principy – beneficence a nonmaleficence – jsou obsaženy v Hippokratově přísaze. Od nepaměti je povinností lékaře jednat v nejlepším zájmu pacienta a svým terapeutickým úsilím jej nepoškodit. Zde můžeme říci, že princip nonmaleficence je lékařem vnímán jako zásadnější. „*Zlaté pravidlo morálky je také formulováno negativně – nečiň (druhým to, co nechceš, aby oni činili tobě)*“ Šimek (2014, s. 119). Taktéž z psychologického hlediska člověk hůře snáší vědomí, že se dopustil ublížení, než to že druhému nepomohl. „*Když se podíváme, jak lékaři hovoří o problému „neposkytnutí povinné lékařské péče,“ můžeme vidět, že je vnímání v negativní rovině: neléčit znamená poškodit nemocného*“ Šimek (2015, s. 119).

Munzarová (2005, s. 95) v partnerském modelu nachází velký důraz na pacientovu autonomii, což v důsledku dává pacientovi šanci rozhodovat o všem, co se týká jeho zdraví, zdravotní péče a tělesné integrity. Léčebné postupy pak lze provádět (až na jisté výjimky) pouze se souhlasem pacienta, který je o všem plně informován. Ten má pochopitelně právo léčbu odmítnout a to i v případě, že se tím vystavuje riziku vzniku vážného poškození zdraví nebo dokonce smrti. Dostáváme se tím k tomu, že právě pohledem etiky mnohdy dochází k rozporu výše zmíněných etických principů, a to beneficence a autonomie. Není pochyb o tom, že právě v otázkách pacientovy léčby se stále více také on sám účastní rozhodování, vždyť se koneckonců také jedná o jeho vlastní život. Co však nelze opomenout, je fakt, že v otázkách péče o pacienty na sklonku života vyvstává z pohledu etiky důležitá otázka, a to, jaká léčba je pro pacienta v této fázi prospěšná a jaké je již naopak zbytečná.

Od doby, kdy T. L. Beauchamp a J. F. Childress identifikovali čtyři výše zmíněné mravní lékařské principy, se ukázalo, že tyto základní principy nestačí a je potřeba je rozšířit, konkretizovat. Na základě toho vznikla Evropská charta lékařské etiky, která byla schválena představiteli lékařských komor na ostrově Kos (Řecko)

v roce 2011. Jmenovaná charta shrnuje 15 etických principů, které je žádoucí uplatňovat v praxi lékaře² (Haškovcová, 2015, s. 48).

2 Dosavadní výzkumy

V roce 2015 ve spolupráci s Cestou domů a švýcarské agentury STEM/MARK proběhl v České republice výzkum veřejného mínění na téma Umírání a péče o nevléčitelně nemocné, který zahrnoval též znalost a percepce DVP (STEM/MARK, 2015). Studie byla provedena na reprezentativním vzorku jak laické, tak odborné veřejnosti formou kvalitativního a kvantitativního šetření. Celkem se studie zúčastnilo 1088 laiků a 418 lékařů.

Z šetření vyplynulo, že pouze 25 % má nějaké povědomí o DVP. Z toho pouze 3 % znají, k jakému účelu DVP slouží, 10 % má o nich jen obecnou představu, a 12 % o něm někdy slyšelo, ale nemá představu, o co se přesně jedná. Zbytek populace tj. 75 % nemá představu, o co se jedná, a o pojmu DVP nikdy neslyšelo.

V roce 2017 prováděla šetření týkající se informovanosti ohledně DVP v rámci své absolventské práce Bc. Petra Šandová. Výzkum prováděla kvantitativní metodou, dotazníkové šetření se zúčastnilo celkem 203 respondentů (Šandová, 2017, s. 43).

Šandová dospěla ve svém vlastním šetření k následujícímu: 57 (tj. 28 %) dotazovaných uvedlo, že zná DVP, a ví, o co se jedná, 33 lidí (tj. 16 %) o něm někdy slyšelo, ale neví přesně, o co se jedná. Více jak polovina respondentů se pak s pojmem DVP nikdy nesešla – 108 lidí (tj. 54 %). Z výsledků Šandové vyplývá, že dospěla k obdobným výsledkům jako agentura STEM/MARK v roce 2015 tj. povědomí laické veřejnosti o DVP je takřka mizivé.

² viz příloha

Výše zmíněné výzkumy došly až k alarmujícím výsledkům, které dokazují, že i přesto, že institut dříve vyslovených přání není v českém prostředí zcela nový instrument, tak není u laické veřejnosti v podstatě znám.

3 Empirická část

3.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cíl:

Zjistit povědomí laické veřejnosti o DVP a jejich postoje k této problematice.

Výzkumná otázka 1

Jaká je úroveň znalostí osob starších 50 let o dříve vyslovených přáních?

Výzkumná otázka 2

Jaké jsou postoje osob starších 50 let k možnosti sepsat si dříve vyslovené přání a stanovit zástupce pro případ rozhodování?

Výzkumná otázka 3

Jaké životní hodnoty jsou pro osoby starší 50 let důležité?

Výzkumná otázka 4

Do jaké míry znají respondenti přání svých blízkých týkající se péče na konci života, a jaká je ochota respondentů svěřit se se svými představami druhé osobě?

3.2 Etické zamyšlení nad vlastním šetřením

Problematika týkající se dříve vyslovených přání je velice osobní a citlivé téma. Z tohoto důvodu byly ponechány výpovědi respondentů zcela v anonymitě.

Před začátkem rozhovoru byli respondenti informováni o tom, že jejich výroky budou v práci drženy v anonymitě, a že veškeré získané informace budou zpracovány pouze pro účely této bakalářské práce. Rovněž bylo respondentům sděleno, že pokud nebudou chtít zodpovědět některou z otázek, mohou se zdržet komentáře.

3.3 Metodika šetření

Ke sběru do empirické části byla zvolena kvalitativní metoda, konkrétně polostandardizovaný rozhovor. Tato metoda byla vybrána z důvodu složitosti tématu. Zvolený přístup umožňuje respondentům plně zodpovědět a rozvést své názory. Na druhé straně pak dává možnost tazateli zeptat se respondenta, zda otázce plně porozuměl a případné nejasnosti odstranit dovysvětlením otázky.

Před samotným šetřením byly vedeny dva cvičné rozhovory, které měly ověřit srozumitelnost otázek. Po uskutečnění rozhovorů byly zjištěny drobné nedostatky, které byly následně odstraněny.

3.4 Polostandardizovaný rozhovor

Polostandardizovaný rozhovor je metoda, kdy je jasně vymezené jádro rozhovoru, předem jsme si připravili seznam otázek, které chceme s respondentem projít. Tato příprava nám tak dá jistotu, že budou skutečně probrána všechna vytyčená témata (Kutnohorská, 2009, s. 40).

Rozhovor byl veden tak, aby se držel hlavního tématu a předem připravených otázek. Otázky byly koncipovány s ohledem na momentální situaci respondenta a potřebě probírat nebo neprobírat daný problém do hloubky. V průběhu rozhovoru se tak mohla formulace nebo pořadí otázek mírně lišit.

3.5 Volba výzkumného souboru

Kritérium pro výběr respondentů jsme si stanovili věkovým ohraničením 50 let a více. Výběr respondentů byl cílený. Celkem bylo provedeno 10 rozhovorů s respondenty z autorčina okolí z řad laické veřejnosti, kteří projevíli zájem hovořit s námi na toto ožehavé téma dříve vyslovených přání a smrtí s tím související.

Jedna oslovená respondentka odmítla účastnit se šetření z důvodu psychických obtíží, které pociťuje ze smrti jako takové.

3.6 Průběh výzkumu

V rámci výzkumu jsme provedli 10 rozhovorů. Jednotlivé respondenty jsme předem osobně či po telenu oslovili a požádali o účast v šetření. Při prvním kontaktování jsme se zároveň domluvili na termínu a času uskutečnění rozhovoru. Aby bylo zajištěné dostatečné soukromí, rozhovory probíhaly u respondentů doma. Celý rozhovor vždy trval v rozmezí od 15 do 35 minut. Realizace rozhovorů probíhala v období březen – duben 2018.

V případě, že respondent neznal pojem dříve vyslovená přání, předali jsme mu informativní leták od Cesty domů a ještě slovy vysvětlili, o co se jedná. Pro lepší názornost jsme respondentům též přečetli kazuistiku z knihy Umění rozhovoru na konci života od Volangese (2015, s. 82-85). Respondenti tak měli možnost klást případné otázky ohledně dříve vyslovených přání.

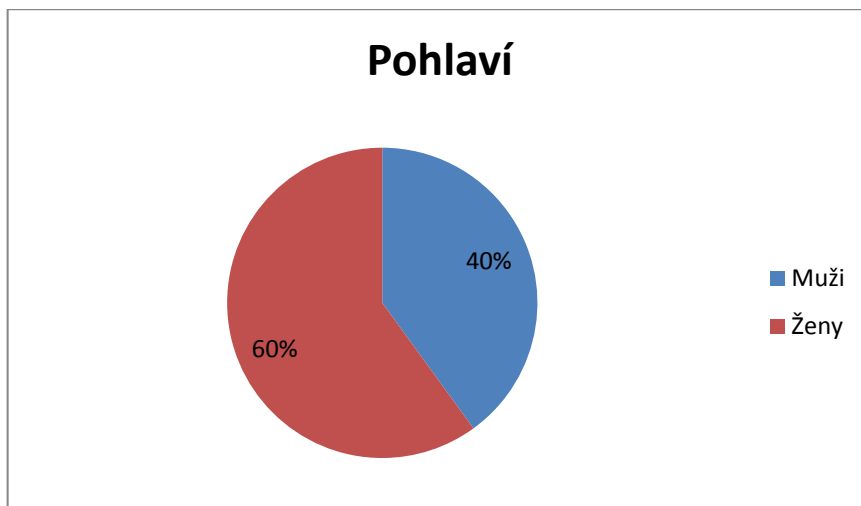
3.7 Způsob analýzy získaných údajů

Rozhovory jsme zaznamenávali pomocí zvukového zařízení (Shure VP83F) a záznamového archu, na kterém jsme měli formulované otázky, které jsme chtěli s respondenty probírat. Takto získané údaje jsme doslovně přepsali, vytiskli a následně třídili v závislosti na položené otázce. K analýze odpovědí jsme využili techniku kódování, která spočívá v tom, že se definují kategorie (jevy), které se ve výpovědích opakovaně objevují (Hendl, 2016, s. 211).

3.8 Analýza rozhovorů

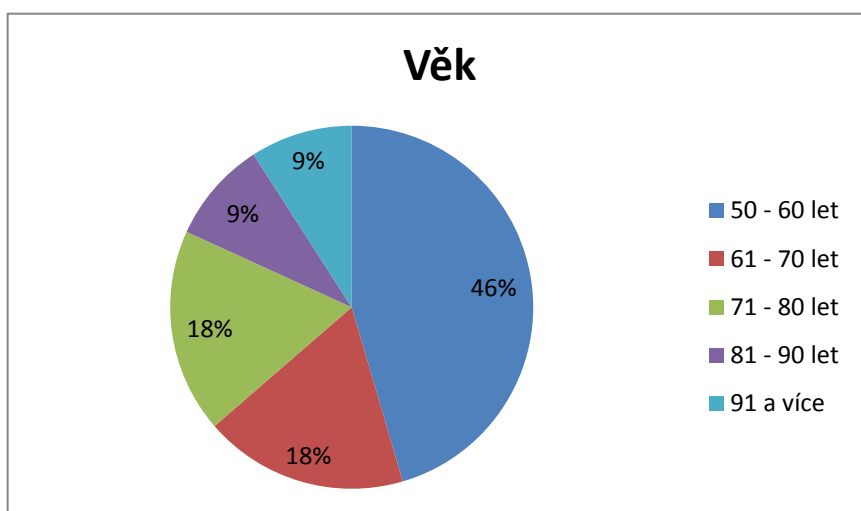
3.8.1 Charakteristika souboru respondentů

Graf 1



Z celkového množství 10 dotazovaných se šetření zúčastnilo 6 žen (60 %) a 4 muži (40 %). V zastoupeném pohlaví tak tvořily větší podíl ženy.

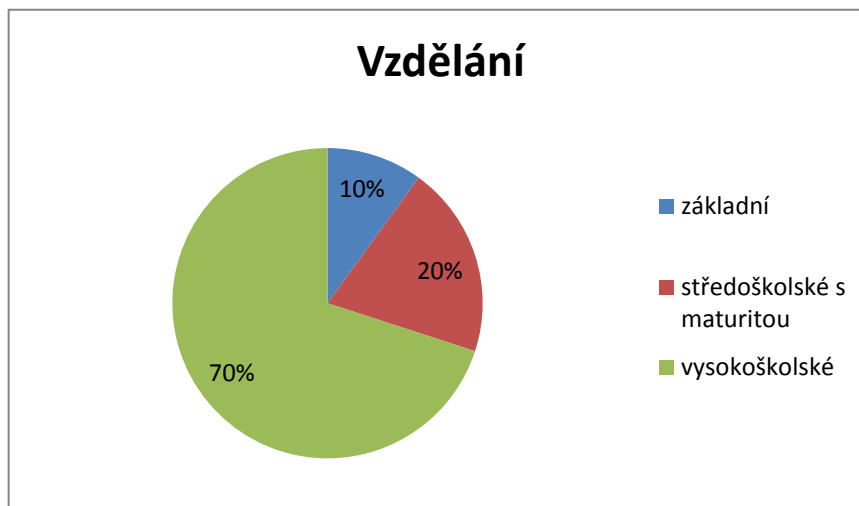
Graf 2



Co se týče věkového složení, bylo nejvíce zastoupené rozmezí od 50 – 60 let 4 respondenty (46 %). Druhou nejpočetnější věkovou kategorií tvořili respondenti ve věku 61 – 70 let a 71 – 80 let, zastoupené vždy po 2 respondentech (18 %).

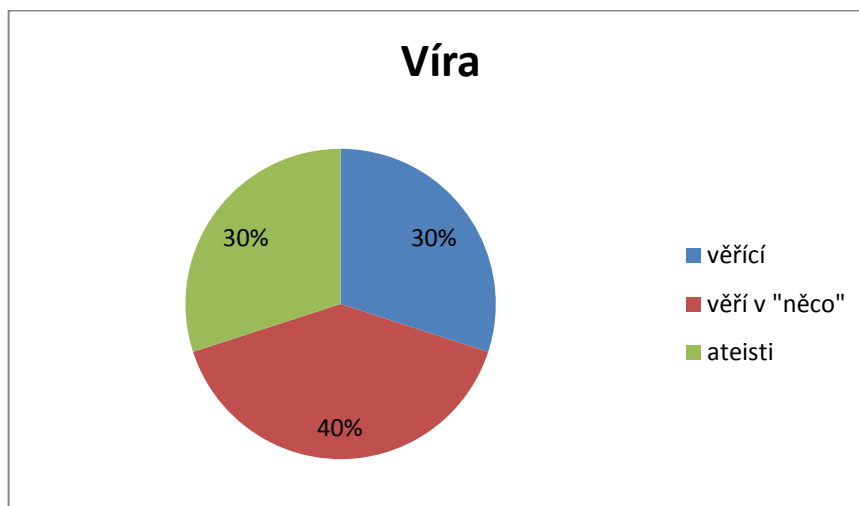
Ostatní věkové kategorie 81 – 90 let a 91 a více let zahrnovali vždy po 1 respondentu (9%).

Graf 3



Na otázku nejvyššího dosaženého vzdělání 7 respondentů (70 %) zodpovědělo, že má vysokoškolské vzdělání, 2 respondenti (20 %) uvedli ukončené středoškolské vzdělání s maturitou a 1 respondent dosáhl pouze základního vzdělání.

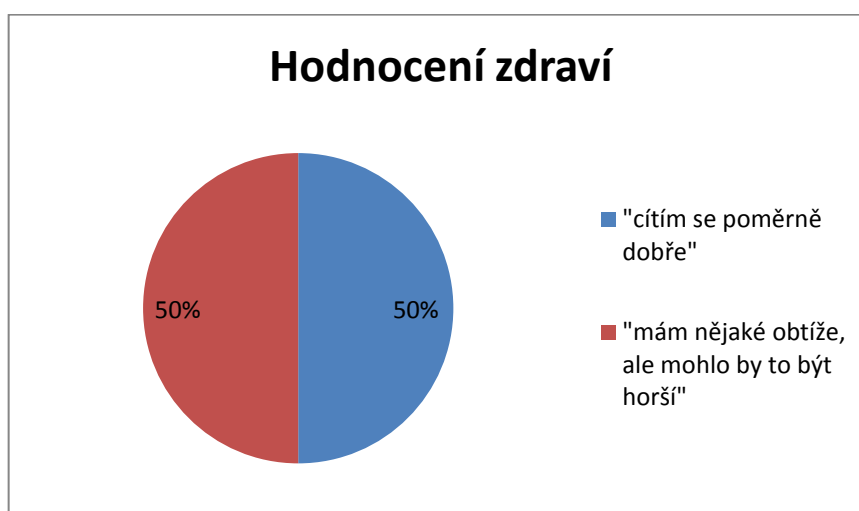
Graf 4



Více jak polovina respondentů se hlásí k nějaké víře. Konkrétně 3 respondenti (30 %) uvedli křesťanské vyznání a 4 respondenti uvedli, že věří v „něco“. Pro přiblížení víry v “něco“ citujeme výroky respondentů, kteří uvedli tuto možnost.
R1: „Považuji se za věřící, ale nehlásím se k žádnému náboženství, věřím

v reinkarnaci.“ R2: „Věřím ve vesmír, ve vyšší sílu, Boha – je jedno jak se to jmenuje.“ R4: „V něco věřím, neumím to popsat, ale nepotřebuji k tomu ty církevní organizace. Ale “něco“ určitě existovat musí.“ R8: „Věřím v nějaký to duchovno, vesmírnou energii a tak dále. Vysloveně jako v nějaký náboženství, aby to mělo nějaký jméno – to ne.“ Ostatní 3 respondenti (30 %) se nehlásí k žádné víře.

Graf 5



Při hodnocení svého zdraví polovina respondentů (50 %) uvedla „cítím se poměrně dobře“. R2: „Svoje zdraví teď hodnotím jako velmi dobrý, protože se mi podařilo zvítězit nad bolestmi zad – protože denně chodím běhat a mám doma takovej stroj, na kterým si protahuju zádoový svaly, a zvýšil jsem svou pohyblivost. Tím se to hodně zlepšilo.“ R8: „Nestěžuji si, řekl bych, že je to přiměřené věku.“

Druhá polovina respondentů (50 %) své zdraví hodnotila jako „mám nějaké obtíže, ale mohlo by to být horší“. R6: „Mám chronickou bolest bederní páteře, i s tím se dá žít, jsou mnohem horší věci.“ R7: „Malinko bych to někde vylepšila, ale sportovat ještě můžu, takže je to celkem fajn.“ Jako nejčastější potíže a onemocnění uváděli respondenti: zhoršení zraku (40 %) a vysoký krevní tlak (50%).

3.8.2 Výsledky výzkumného šetření

V této kapitole se zabýváme rozborem a vyhodnocováním získaných dat z rozhovorů respondentů z řad laické veřejnosti. Výpovědi dotazovaných jsme neupravovali, zachovali jsme tedy i hovorové výrazy některých respondentů.

Výzkumná otázka 1

Jaká je úroveň znalostí osob starších 50 let o dříve vyslovených přáních?

Položená otázka 1

Víte, že v ČR máte možnost vyjádřit se, jakou lékařskou péčí si v závěru života přejete a naopak nepřejete formou tzv. dříve vysloveného přání?

Z deseti dotazovaných 9 uvedlo negativní odpověď, tj. že o dříve vysloveném přání nikdy neslyšelo a vůbec nevědí, o co se jedná. Jedna respondentka pak na otázku odpověděla kladně, věděla přesně, o co se jedná. Uvedla, že o dříve vyslovených přáních se dozvěděla z médií, konkrétně z časopisu o zdraví a následně o tom slyšela v televizi. Respondentka č. 10 (dále jen R10). R10: „Vím o tom. Četla jsem o tom v takovém časopise - Baví mě život - pak jsem o tom slyšela v televizi. Takže jsem si řekla, že je to skvělý nápad, že kdybych se dostala do nějaký dlouhodobý péče, tak bych toho rozhodně využila.“

Výzkumná otázka 2

Jaké jsou postoje osob starších 50 let k možnosti sepsat si dříve vyslovené přání a stanovit zástupce pro případ rozhodování?

Položená otázka 2

Zamyslel/a jste se někdy nad otázkou, že byste se vlivem okolností (nemoc, úraz) mohl/a dostat do životní situace, kdybyste nemohl/a o sobě rozhodovat? (př. kóma, demence, ...)?

Celkem 7 z 10 respondentů uvedlo, že se již zamyslelo nad tím, že by o sobě nemohli rozhodovat. Respondenti, kteří odpověď dále rozebírali, brali tuto skutečnost jako samozřejmou věc, která se člověku může přihodit. R3: „To jsem

samozřejmě již přemýšlela, to je jasný. Dostaneš Alzheimeru, tak o sobě již nepřemýšlíš.“ R5: „To se může lehce stát každému. To je otázka velice praktická, bych tak řekla, protože já například jsem byla na tý operaci. A taky byla otázka, jestli dopadne či nedopadne vůbec...“

R8: „Zauvažoval jsem o tom. To je hned – autonehoda, nemoc, úraz. Přestat se hejbat a moc mrkat jen očima, to už je hodně špatný. Přemejšlel jsem o tom, co bych dělal.“ Jedna respondentka uvedla, že tuto otázku si v životě kladla opakovaně. R1: „Nad touto situací jsem se zamýšlela v životě již mnohokrát.“

Zbylí 3 respondenti si tuto otázku ještě nikdy nepoložili. Jedna respondentka si tuto otázku nechce klást z obavy z takových úvah. R10: „ To jsem fakt nepřemejšlela. Při úrazu si říkám – radši nemyslet na to, co by se mohlo všechno stát.“

Položená otázka 3

Využil/a byste do budoucna možnosti sepsat si takové dříve vyslovené přání?

Celkem 6 z 10 respondentů pokládá dříve vyslovené přání za užitečný dokument, který by si v budoucnu chtěli sepsat. R2: „Asi bych toho využil. Myslím, že každý člověk by tohle měl mít sepsaný.“ R9: „Jo určitě. Myslím si, že je to docela dobrá věc, když pak se něco stane a člověk je nepřipravený, může to být pro něj horší.“

Zbylí 4 respondenti by nevyužili možnosti sepsat si dříve vyslovené přání. Dvě respondentky jako důvody uváděly nejistotu, co by si v budoucnu vlastně přály. R4: „Člověk neví, když odpovídá na takovýchle otázky, tak člověk neví co by v tom okamžiku dělal. Třeba – je ti zle a jako – tak si ještě říkáš – tak třeba se mi ještě uleví. Člověk neví, jak bude lpět na životě.“ R5: „Já ne teda, protože nevím, jak to se mnou bude. Třebas mi bude tak špatně, že už nebudu chtít vůbec nic, ale nevím to dopředu. Třebas si řeknu, že ještě dva dny budou dobré nebo takhle nějak.“ Respondentka dále dodává, že se zároveň nechce otázkou smrti zabývat, poněvadž si je jí ve svém věku moc dobře vědoma. R5: „A předem rozhodnout se, jak by to mělo být je strašně těžké. Já myslím, že to ani nejde... To je tak děsné myslet dopředu na to, že radši o tom nechci ani uvažovat! To je tak strašná věc vzhledem k tomu kolik mi je.“ Další dva respondenti zamítli sepsat si dříve

vyslovená přání z důvodu své víry. R1: „*Nemám potřebu si takový přání dělat, protože ve chvíli kdy jsem ve stavu, kdy o sobě již nebudu moct rozhodovat, tak já furt věřím, že ten duch je vevnitř svěží a čeká jen na správnou chvíli kdy odejít. Věřím, že má potřebu si něco odžít, protože by jinak tělo umřelo.*“ R6: „*Vím, že už tu dlouho nebudu, ale považuji za absurdní, abych si řekl, jak chci zemřít... Pokud je ještě naděje zachránit nějakým způsobem člověka, tak ho zachraňovat do poslední chvíle. Jestliže už je jasný, že by to bylo pro člověka beznadějně, tak tomu nechat volný průběh...*“

Položená otázka 4

Co považujete za důvody k sepsání dříve vysloveného přání?

Tuto otázku jsme položili jak těm, co by si sepsali dříve vysloveného přání, tak těm co na to nepomýšlí.

Mezi hlavní důvody 5 respondentů uvedlo obavu z nemohoucnosti a zbytečného prodlužování života. Zároveň vyjádřili obavy ze zatěžování svého okolí. R2: „*No třeba představa, že se někdo o mě bude řadu let starat a já již budou nemohoucí... Protože těm lidem v okolí se zastaví ten jejich osobní život.*“ R8: „*Mě by vedla vidina tý nemohoucnosti v tý budoucnosti. Protože i okolí to přináší trýznění, když ten člověk dlouho leží v nemocnici...*“

Obavu z bolesti uvedli 3 respondenti. R3: „*Nesnesitelná bolest.*“ R8: „*Bolesti se taky bojím, nechtěl bych někde trpět při umírání.*“ R9: „*Pojistit si ten konec, aby to pro mě bylo co nejpříjemnější... Abych někde netrpěl zbytečně dlouho.*“

Dalším takovým důvodem 2 respondenti označili vyšší věk. R3: „*Vzhledem k tomu, že mě je 76, tak bych si to asi sepsat měla.*“ R6: „*Asi to lidi sepisují kvůli věku.*“ Naopak proti vyššímu věku se jedna respondentka ohradila a uvedla názor, že tento dokument si může sepsat jedině mladý člověk, který má smrt ještě relativně daleko. R5: „*Já myslím, že to můžou sepsat lidi, kteří jsou mladí a moc o tom neuvažují. Je to pro ně tak vzdálená věc, že to klidně můžou sepsat. Kdežto u lidí, co jsou hodně starý, tak to je moc blízko.*“

Jedna respondentka uvedla za důvod samotu, která donutí člověka k tomu, aby si takové přání pořídil. R4: „*Opuštěnost, jsou sami. Nemaj rodinu, nemaj děti. Tak*

myslím, že takovýho člověka donutí něco sepsat, ale já myslím, že když někdo má takovou jako podporu v rodině, tak snad nic nemusí takovýho podstupovat.“

Položená otázka 5

Jaké formě DVP byste dal/a přednost? (např. ustanovit si opatrovníka, sepsat si DVP, ev. obojí)

Ustanovit zástupce by si zvolila polovina respondentů tj. 3 ze 6 dotazovaných. Respondenti by dali přednost někomu, kdo je dlouho a dobře zná – vybírali by tedy opatrovníky z rodiny. R9: *„Chtěl bych opatrovníka. Někej můj blízký, kterej mě zná dobře. Chtěl bych, než aby rozhodoval ten doktor, tak aby rozhodnul ten opatrovník.“* Následující respondent by si rád zvolil jako opatrovníka svého velmi blízkého člověka, ale vyslovil obavu, zda by to zvolená osoba vůbec ustála. R8: *„Tak dokud jsem s manželkou, tak bych to dal na ní. Ted’ je otázkou, jestli ona by měla tu sílu ukončit veškerou léčbu.“*

Druhá polovina respondentů by volila možnost sepsat si své přání, aby si byli stoprocentně jisti, že se bude dít dle jejich vůle. R7: *„Já myslím, že bych něco napsala, zvolila bych tedy mnou sepsaná přání, aby to bylo černý na bílým.“* R10: *„Já bych spíš to přání... Abych to měla na papíře a oni podle toho hezky jednali.“* Jiný respondent by tuto možnost volil z důvodu, aby zbytečně nezatěžoval své okolí. R2: *„Tak já si myslím, že je lepší ten zápis oproti opatrovníku. Hlavně nebejt ostatním na obtíž.“*

Položená otázka 6

Napadají Vás nějaké klady nebo naopak zápory dříve vysloveného přání?

Nyní uvádíme jen ty odpovědi, které se shodují alespoň u dvou respondentů.

Klady tohoto dokumentu vidí 5 respondentů v tom, že na sklonku života budou jejich dříve vyslovená přání nebo rozhodnutí opatrovníků respektována. R3: *„Vím, že by za mě dcera bojovala, chtěla by pro mě to nejlepší, prostě by nebyla laxní.“* R9: *„Jestli si může člověk přát jako jak strávit ty poslední chvíle života, tak samozřejmě jsou to spíš klady.“*

Jako nejčastější zápor 4 respondenti uvedli, že by dokument mohl být zneužit druhou osobou. R1: *„Zápor je, aby toho nevyužili příbuzní k tomu, aby člověka*

rychleji neusmrtili a oni tak mohli rychleji dědit majetek.“ R8: „Jestli se to nedá nějakým způsobem zneužít? Snad kdybych si nepřál umřít – nepřestat mě ošetřovat a doktoři, aby mě nepřestali oživovat a léčit. A přitom by někdo chtěl, abych umřel, tak by přinesl tenhle papír, co jsem sice nenapsal a lékař by mě na základě toho zařízl? I když to je asi velmi nepravděpodobné?!“

Dále to pak byla obava ze změny v budoucnosti. Ať už se jedná obava čistě z postupu při existenci takového přání, aby zdravotníci horlivě neplnili dříve vyslovené přání nebo naopak změna preferencí autora přání. R1: *„Možná bych se pak bála, aby pak nenastalo to, že budu mít sepsaný tohle přání a oni to respektovali. Že by mě například ještě neresuscitovali na úkor toho, že by mě mohli zachránit a já mohla ještě kvalitně žít (“ona má přání, tak ji odpojte“). Tohle by se ale asi nenastalo?!“* R2: *„No někdy se může stát, že člověk zdravého rozumu, když není blízkosti smrti, tak to může vidět z jiného pohledu než jak pak to je. Personál by pak mohl postupovat podle přání a on by to přitom cítil již jinak.“*

Výzkumná otázka 3

Jaké životní hodnoty jsou pro osoby starší 50 let důležité?

Položená otázka 7

Co je pro Vás nyní v životě důležité?

Názory na tuto otázku se u všech respondentů shodují. Každý jednoznačně označil své zdraví za nedůležitější hodnotu v životě. R1: *„Je pro mě důležitý zdraví, protože čím jsem starší, tím mám některé zdravotní problémy...“* R4: *„Nejvíc důležitý je zdraví a zdraví pro celou rodinu – ale to zdraví, to je priorita dne, tejdne, měsíce i roků!“* R5: *„Zdraví, nic jiného. Peníze už mi nepomůžou, z těch nic není!“*

Dále se v odpovědích u 5 respondentů objevila důležitost rodiny, mezilidských vztahů. R1: *„Dále si cením rodinných harmonických vztahů.“* R8: *„Táta furt říkal, že nejdůležitější je rodina... A já to jako poznávám, všechno je pomíjivý a zbytečný a marnivý. A ta rodina je fakt jako důležitá.“*

2 respondenti označili vlastní psychickou pohodu jako další důležitou hodnotu v jejich životě. R9: „Dneska je pro mě důležitý zdraví a vlastní psychická pohoda – bejt srovnanej sám se sebou.“

2 nejstarší respondenti se taktéž vyjádřili, že vidí důležitost ve vlastním zdravém úsudku. R5: „Protože choroby stáří jsou čím dál tím horší a taková ta nemoc, když člověk nemůže myslet, to je něco strašného... Zdravej mozek je strašně podstatej!“ R6: „Schopnost zaujímat stanoviska, být schopen reagovat na okolí to je pro mě dost podstatné.“

1 respondent uvedl, že je pro něj taktéž důležitá i vlastní užitečnost pro okolí. R2: „Žijeme, dokud nás někdo potřebuje. To je moje životní motto. Vobráceně, když nás nikdo nebude potřebovat, tak jsme mrtví. Pokud po nás neštěkne ani pes, nikdo tě nenavštíví, nikdo za tebou nepřijde, nikdo od tebe nic nepotřebuje, tak seš mrtvá... Takže bejt užitečnej znamená žít. A když má člověk smysl života a seš potřebná, tak tady budeš dlouho.“

Položená otázka 8

Co by pro Vás bylo důležité, kdybyste měl/a před sebou jen omezený čas života (např. co byste chtěl/a ještě udělat, zažít,...)?

5 respondentů by si chtělo před koncem života vyřešit rodinné, majetkové vztahy, aby nedošlo po jejich smrti k rozepři mezi pozůstalými. R1: „Chtěla bych si vyřešit vztahy s lidma kolem sebe, chtěla bych si dořešit problematický věci v životě – majetkový poměry apod.“ R7: „Možná si vyřešit nějaký rodinný a majetkový vztahy, nebo aspoň dát nějaký návrh, jak bych si to představovala, protože vždycky nejde vše vyřešit v danou chvíli...“

Nezabývat se nemocí nebo být v klidu uvádělo 5 respondentů. R2: „Tak zaprvé bych nestál o to, aby ohledně toho velká publicita a hovořilo se o tom [...] tvářil bych se, že je vše v naprostém pořádku.“ R8: „V klidu žít a vdejt tak. Ne tak, že by člověk kolem sebe kopal a ubližoval lidem.“ R10: „Asi je o tom lepší nepřemejšlet. Nepodlíhat žádný panice, protože si myslím, že to je ještě horší. Prostě jen bejt.“

2 mladší respondenti by s vědomím, že mají před sebou již jen omezený čas života, chtěli tento čas strávit aktivně – cestovat. R1: „Asi bych podnikla někam

cestu, ale ještě nevím kam.“ R8: „To víte, že bych si to chtěl užít a někam se jet podívat. Nechtěl bych doma sedět a čekat na smrt.“

1 respondentka dále poukázala na nemožnost vcítění se do takovéto situace, protože se v ní nenachází, a tudíž nemůže přesně říci, co bude v tu chvíli považovat za důležité. R7: *„To nevím. To člověk hodnotí jinak, když si myslí, že má neomezený čas, a jinak když je v té situaci...“*

Položená otázka 9

Nakolik si ceníte délky života a nakolik kvality života?

Tuto otázku respondenti pojali různě. Většina (7 z 10) se však shodla na tom, že preferují kvalitu života.

Respondentka č. 8 poukázala na to, jak relativní může být pojem „kvalita života“. R3: *„Teďko mám známýho. Byl to sportovec jako blázen, chodil, má teda silnou cukrovku. Upadl v autobuse a roztránil si krček a ten člověk bude už skákat po jedný do konce života. A chce žít. Belhá se po něčem takhle, nesmí na tu nohu stoupnout, na záchod si dojde, jinak celý den leží. A zlepšit kvalita života nejde, protože doktoři řekli, že ho nevodvoperujou, neboť už je starý a má nemocný srdce. Takže východisko žádný.“*

Respondentka č. 9 uváděla jako protiargument kvality života toto: R1: *„Samozřejmě kvality si cením víc... Ale kdybych měla zemřít třeba mladá a měla malé děti, vybrala bych si možnost žít déle i na úkor toho, že bych mohla žít třeba nekvalitně, ale žít nějak. Čím mám odrostlejší děti, tím bych volila kvalitu života.“*

Respondentka č. 10 si nebyla jistá, jak na otázku odpovědět. R5: *„Tady jde o to, jestli zachraňovat člověka do úplného konce, nebo by bylo třeba lepší dát tomu člověku nějakou podporující péči. Ta záchrana může však bolet víc, je otázka jestli to dopustit. Je však otázka, jak by se člověk zachoval v ten okamžik.“*

3 ze 7 respondentů kvalitu života spojují s nezávislostí na okolí: R3: *„Asi tu kratší dobu, ten kvalitnější život, než se belhat a chátrat dejme tomu do devadesátky a být na obtíž, to určitě ne.“* R8: *„To radši ten kvalitní život, a když ta kvalita začíná být někomu na obtíž, tak já si myslím, že je správný čas odejít.“* R9: *„Když bych si měl vybrat, jestli žít do pětadesáti, ale kvalitně v tý*

síle, v tom věku a zdравej... Anebo pak bejt eště deset let někde nemocnej, nemohoucí, někde na morfinu, tak raději bych upřednostnil kvalitu.“

Výzkumná otázka 4

Do jaké míry znají respondenti přání svých blízkých týkající se péče na konci života, a jaká je ochota respondentů svěřit se se svými představami druhé osobě?

Položená otázka 10

Máte zkušenosti s úmrtím ve Vašem blízkém okolí?

Celkem 9 z 10 respondentů odpovědělo kladně, že mají zkušenost se smrtí svých blízkých. Vyjma jednoho případu se vždy jednalo o smrt alespoň jednoho z rodičů. Zkušenost respondentů s úmrtím byla datována v rozmezí posledních 1 – 8 let (vyjma 2 respondentů). K úmrtím docházelo v nemocničním nebo v jednom případě jiném než nemocničním zařízení.

1 respondentka uvedla, že s úmrtím ve svém okolí nemá zkušenost.

Položená otázka 11

A měl/a jste možnost znát jeho přání/ představu?

Celkem 8 z 9 respondentů odpovědělo, že neznali žádné přání ani představu ohledně lékařské péče v závěru života příbuzného. Dělo se tak z mnoha důvodů.

1 respondent přiznal, že nemohl být u příbuzného v poslední fázi života. R6: *„Nikdo mi svoje přání neřekl. Nebyl jsem přítom, když umírali. Ani u maminky. Otec byl popravenej, tak jsem taky u něho nemohl být.“*

Jako nejčastější důvod 7 respondentů uvedlo, že umírající o tom nikdy nezačal hovořit. Dále 4 ze 7 respondentů otázku rozváděli podrobněji:

Respondentka č. 1 pak uvedla, že rodič o tom doslova odmítal mluvit, i když několikrát zavedla na toto téma hovor. Taktéž přiznala, že by ji to velmi pomohlo znát toto přání. R1: *„Neměla a strašně mě to mrzelo, protože vlastně by to ulehčilo situaci nám všem. I když jsem se na to několikrát snažila zavést řeč, tak vždycky to odvedl jinam. A pak když to bylo v podstatě v tom posledním stádiu, tak se vlastně zase nedalo, on se tomu strašně vyhýbal. Bylo to hrozně nepříjemný. Moc by mi to ulehčilo situaci, kdyby mi to dopředu sdělil.“*

Respondent č. 2 nezačal na toto téma hovořit z toho důvodu, že mu to v danou chvíli přišlo neetické. R2: „*Ne. Já jsem nikdy s rodičema o těchto věcech nehovořil, protože mi to přišlo neetické. Říkal sem si, že když o tom začnu, mysleli by si, že jsem je už odepsal...*“

Respondentka č. 3 se zmínila o obavě z toho, že by tím smrt mohla přivolat. R3: „*Ne, maminka se o tom nikdy nebavila, nechtěla se bavit, protože se bála, že to zakřikne.*“

Respondentka č. 4 sdělila, že smrt příbuzného nečekala a zaskočila ji. R10: „*Přišlo to strašně náhle, vůbec jsme nepřemýšleli nad tím, že by se tohle mohlo stát – ta jeho smrt.*“

1 respondent, co znal přání zemřelého, odpověděl, že jednou s ním na toto téma hovořil. R8: „*Jednou jak ho vždycky tak za plus minus půl roku vodváželi do nemocnice.*

Tak naposledy měl jednu takovou prosbu – naposledy mě prosil, aby ho neoživovali. Takže jsem to sanitákům řekl a stejně ho neposlechli...“

Zároveň však 2 z 10 respondentů uvedli, že znali alespoň přání ohledně pohřbu, zacházení s tělem zemřelého. R2: „*Každopádně vím, že maminka měla jasnou představu, byla velmi praktická žena, chtěla, aby její tělo i po smrti sloužilo vědě. A to se jí taky povedlo – byla dárkyní orgánů.*“ R3: „*Akorát jsme se bavily úplně o konci, když už člověk není. Já ji mám doma, nemám ji pohřbenou, protože mi říkala, že nechce být někde samotná.*“

Položená otázka 12

Mluvil jste vy sám někdy s někým, co byste si v závěru života přál, nebo naopak nepřál?

Celkem 10 z 10 respondentů ještě s nikým nevedlo rozhovor na toto téma. Na druhou stranu by se prý rozhovoru na toto téma nevyhýbali. R1: „*Já bych byla ochotná o tom mluvit. Jsem schopná mluvit o sobě a rozvíjet otázku dál, ale problém je, že nikdo o tom nezačne.*“ R6: „*Kdyby se na to zavedla řeč, tak asi jo.*

Chtěl bych o tom mluvit.“ R9: „Spíš na to nepřišla řeč. Vůbec téma smrti jakoby to bylo tabu o tom mluvit...“

1 respondentka uvedla, že se nikomu nesvěřila z toho důvodu, že si na to připadá ještě mladá a konec života je pro ni ještě daleko. R7: *„Nemám ještě potřebu, ale ještě mám pocit, že jsem na to mladá. Protože to záleží na tolika věcech. Člověk to zná z knih, filmů, okolí – jak tam to lidi zvládaj nebo nezvládaj, takže těch možností je tolik, že je to pro mě ještě daleko.“*

2 z 10 respondentů uvedlo, že se nebavili o péči na konci života, ale o záležitostech týkající se pochování. R1: *„Lidi se o tom bojí mluvit, ale ano, již jsem s někým toto téma nakousla, ale jednalo se o pohřeb, nikoliv o smrt.“* R3: *„Se syny jsem mluvila o tom, že nechci pochovat do hrobu. Ale naopak chci pohřeb bez obřadu a rozptýlit někde v lesích na chalupě...“*

4 Diskuze

Výzkumná otázka 1

Jaká je úroveň znalostí osob starších 50 let o dříve vyslovených přáních?

Cílem bylo zjistit počet respondentů, kteří znají pojem dříve vyslovená přání nebo jestli o této problematice již někdy slyšeli.

Položená otázka 1

Z odpovědí vyplynulo, že převážná většina respondentů (tj. 9 z 10) nemá žádné povědomí o dříve vyslovených přáních. Pouze jediná respondentka znala a věděla, co je to dříve vyslovené přání. V našem šetření jsme tedy dospěli k obdobným výsledkům výše zmíněných dosavadních výzkumů agentury STEM/MARK (tj. 75 % veřejnosti nemá představu o pojmu DVP a nikdy o něm neslyšelo)

Výzkumná otázka 2

Jaké jsou postoje osob starších 50 let k možnosti sepsat si dříve vyslovené přání a stanovit zástupce pro případ rozhodování?

Cílem druhého dílčího cíle bylo zjistit, jak respondenti vnímají dříve vyslovené přání jako takové. K uvození do problematiky sloužila první otázka, která zjišťovala, zda se respondenti zabývali někdy otázkou, kdy by nemohli o sobě rozhodovat. Následovala otázky: jak se respondenti staví k možnosti sepsat si takové dříve vyslovené přání či ustanovit si opatrovníka; jaké důvody by vedly respondenty k pořízení přání, jaké klady a zápory respondenty napadají v souvislosti s touto problematikou.

Položená otázka 2

Celkem 7 z 10 respondentů uvedlo, že se již někdy zabývalo otázkou, kdy by o sobě nemohli rozhodovat.

3 z 10 respondentů si tuto otázku nikdy nepoložili, přestože se vyskytují ve věkové kategorii 50 let a výše. Na podkladě níže zmíněného výzkumu se tedy lze domnívat, že ve společnosti je neustále umírání a smrt tabuizována.

Agentura STEM/MARK v již zmíněném výzkumu taktéž zkoumala i téma smrti. Z výzkumu vyplynulo, že témata smrti a umírání jsou v naší společnosti stále tabuizována. Pouhých 22 % dotazovaných uvedlo, že se mluví o konci života a umírání ve společnosti dostatečně.

Položená otázka 3 a 4

Ochotu sepsat si do budoucna své DVP vyjádřilo 6 z 10 respondentů. Naopak 4 respondenti tuto možnost zcela odmítli. Respondenty k tomu vedla buď otázka víry, nebo naopak problém vyjádřit se, co by si člověk do budoucna přál. Neboť, dle názoru respondentů, při formulaci takového dokumentu se člověk může pouze domnívat, co by si přál, ale neví to zcela jistě.

Respondenty by pak nejčastěji k sepsání DVP vedly obavy z nemohoucnosti, umělého prodlužování života, bolestí nebo naopak z důvodu vyššího věku.

Agentura STEM/MARK ve svém výzkumu položila dotazovaným obdobnou otázku. Pouze 60 % dotazovaných by si dokázalo představit, že by si sepsalo své DVP. Obsahem DVP by pak bylo nejčastěji: neresuscitovat, „neskončit na přístrojích“ a neprodužovat trápení a bolest. Důvody, proč si lidé nechtěli DVP sepsat, obecně souvisely s odmítáním tématu smrti a umírání. Nejčastěji jako důvod dotazovaní uvedli, že zatím nechtějí o smrti přemýšlet, nebo si jenom sepsání DVP nedokáží představit.

Položená otázka 5

V otázce týkající se formy DVP by polovina respondentů (tj. 3 z 6) dala přednost ustanovit si opatrovníka před sepsáním samotného dokumentu. Za opatrovníka by zvolili osobu, která je jim blízká a dobře je zná. Druhá polovina respondentů by pak raději zvolila možnost sepsat si DVP na papír, aby bylo jejich přání jasně dané, a věděla, že se bude postupovat na základě jejich vůle.

Z výzkumu agentury STEM/MARK vyplynulo, že v případě, kdyby byli respondenti v situaci, jakou formu DVP zvolit, tak 40 % dotazovaných by nejčastěji upřednostnilo obě varianty tj. mít možnost sepsat si dokument a ustanovit si opatrovníka. Dále pak 20 % dává přednost opatrovníkovi a 16 % samotnému dokumentu.

Položená otázka 6

Jako klad DVP respondenti uvedli samotnou podstatu tohoto dokumentu, a to právo na projev vůle do budoucna. Zamyslet se a vyslovit své přání ohledně svého zdravotního stavu v momentě, kdy o sobě člověk není schopen rozhodovat, může usnadnit rodině i personálu vypořádat se s nově vzniklou nelehkou situací.

Zápor tohoto dokumentu vidí 4 respondenti v tom, že by se hypoteticky mohl dát zneužít druhou osobou. Jako další zápor DVP respondenti uváděli, že by mohlo dojít ke změně preferencí v budoucnosti, čímž se taktéž zabývá kritika DVP (viz. kapitola: 1.6 Kritika dříve vyslovených přání – problém tzv. prospektivní autonomie). Mezi respondenty se opakovaně objevovala obava z realizace DVP, kdy se obávali především jednání zdravotnického personálu, aby striktně neplnili jednotlivé body bez ohledu na vývoj situace a zdravotního stavu, event. přání opatrovníka.

Výzkumná otázka 3

Jaké životní hodnoty jsou pro osoby starší 50 let důležité?

Cílem bylo zjistit, jaké životní hodnoty byly v danou chvíli pro respondenty důležité, zda by se změnili v okamžiku, kdyby věděli, že mají před sebou jen omezený čas života. Dále jsem zjišťovala, jak je pro respondenty důležitá délka života oproti jeho kvalitě.

Položená otázka 7

Názor na tuto otázku měli respondenti jednoznačně stejný. Pro každého byla nejdůležitější hodnota – vlastní zdraví. Na dalším místě to pak byla důležitost rodiny a mezilidských vztahů. Zajímavé by zde bylo porovnání mladších respondentů, domníváme se, že by mohlo dojít ke změně žebříčku hodnot.

Položená otázka 8

Tato položená otázka měla srovnat žebříček hodnot, jak se u respondentů vyvíjí s vědomím toho, že mají jen omezený čas života oproti předešlé otázce.

Polovina respondentů (tj. 5 z 10) označila za prioritu číslo jedna uspořádat si rodinné a majetkové poměry. Poté by buď chtěla poslední období života prožít v poklidu – nezabývat se neduhy, nemyslet na ně – nebo naopak si toto období naposledy užít aktivně a někam vycestovat.

Položená otázka 9

Z odpovědí respondentů vyplynulo, že kvalita života je pro ně mnohem cennější. Celkem 7 z 10 respondentů jednoznačně trvalo na kvalitě života oproti jeho délce. 3 zbývající respondenti poukazovali na relativnost pojmu kvality života, nebo si nebyli jistí odpovědí.

Výzkumná otázka 4

Do jaké míry znají respondenti přání svých blízkých týkající se péče na konci života, a jaká je ochota respondentů svěřit se se svými představami druhé osobě?

Cílem bylo zjistit, zda měli respondenti zkušenost s úmrtím ve svém blízkém okolí, jestli znali představu zemřelého o závěru jejich života. Dále pak zda se sami již někomu svěřili nebo alespoň jestli by byli ochotni se na toto téma s druhou osobou mluvit, kdyby k tomu byla příležitost.

Položená otázka 10

Musíme podotknout, že nikoho z respondentů nezanechala tato otázka bez emocí, přesto každý na ní odpověděl – i když jsme předem uváděli, že odpovídat nemusí, pokud si to nepřejí.

Vyjma 2 z 10 respondentů uvedlo přímou zkušenost s úmrtím blízké osoby. První respondent uvedl nepřímou zkušenost s umírajícím, kdy z různých důvodů nemohl být právě u umírajícího a druhý respondent uvedl, že nemá žádnou zkušenost se smrtí blízkého člověka. Úmrtí se stala v časovém úseku od 1 –8 let od rozhovoru (vyjma 2 respondentů).

Položená otázka 11

8 z 9 respondentů uvedlo, že neznalo žádné přání/ představu ohledně lékařské péče v závěru života. Dle výzkumu od agentury STEM/MARK se lze domnívat, že je to z důvodu tabuizace smrti a umírání, na kterou se taktéž někteří respondenti odvolávali.

Zároveň 2 z 9 respondentů uvedli, že alespoň znali přání zemřelého ohledně pochování a nakládání s tělem.

Položená otázka 12

Celkem 10 z 10 respondentů odpovědělo, že na toto téma ještě s nikým nemluvílo. Zároveň by se však hovoru na toto téma nevyhýbalo. Mezi respondenty tak převládala spíše rozpačitost začít o daném tématu hovořit než neochota téma otevřít, pokud by měli se svými blízkými možnost si svá přání ohledně DVP prodiskutovat. Z rozhovorů vyplynulo, že je obtížnější řešit situaci ev. nemohoucnosti u svých blízkých než u sebe samého.

Na závěr nelze opomenout možná úskalí výzkumu, a to obtížnost a objektivnost našeho posuzování při provádění výzkumu formou rozhovorů. Zároveň každý respondent byl osloven v jiné životní události, která mohla celý rozhovor ovlivnit. Respondenti tak mohli uvádět, co by si mysleli, že by v dané situaci udělali ev. chtěli. Současně výzkum byl prováděn na deseti respondentech. Za předpokladu většího počtu respondentů by byl výzkum více vypovídající, z tohoto důvodu by bylo potřeba potvrdit výsledky na větším vzorku respondentů.

Během analýzy výzkumu jsme přišli na podněty k dalšímu výzkumu, a to porovnat ochotu sepsání si DVP u osob s limitující prognózou a osob bez ní. Poté by bylo jistě zajímavé srovnání postoje k problematice DVP u mladších a naopak starších respondentů.

Závěr

V práci bylo zkoumáno povědomí laické veřejnosti o DVP a jejich postoje k této problematice. Celkem byly stanoveny čtyři výzkumné otázky. První otázka zjišťovala povědomí laické veřejnosti o dříve vyslovených přáních. Bylo vycházeno z předchozích výzkumů a nebylo tedy překvapující, že drtivá většina respondentů tento institut neznala, a ani o něm nikdy neslyšela.

Druhá výzkumná otázka se zabývala postoji respondentů k možnosti sepsání dříve vysloveného přání nebo ustanovit si opatrovníka. Na úvod byla respondentům položená otázka, zda se již zabývali otázkou, kdy by o sobě nemohli rozhodovat. Celkem 3 z 10 respondentů si tuto otázku ještě nikdy nepoložilo, přestože se vyskytují ve věkovém rozmezí 50 a více let. Celkem 6 z 10 respondentů hodnotí dokument kladně a byli by ochotní si v budoucnu přání sepsat. Zároveň by polovina respondentů (tj. 3 z 6) dala přednost opatrovníkovi před samotným dokumentem. Opatrovníka by poté vybírali z rodinného kruhu. Zbylí 4 respondenti tuto možnost odmítli z důvodu své víry, nebo z nejistoty, co by si v budoucnu vlastně přáli.

Třetí výzkumná otázka zkoumala, jaké životní hodnoty jsou pro osoby starší 50 let důležité. Všichni respondenti se do jediného shodli na tom, že vlastní zdraví je pro ně nyní tou nejdůležitější hodnotou v životě. V případě, kdyby měli respondenti před sebou již jenom omezený čas života, chtěli by si na prvním místě uspořádat své rodinné a majetkové vztahy. Poté by část respondentů chtěla zbytek života prožít v klidu a část jej prožít aktivně na své poslední cestě do zahraničí. Z hlediska kvality a délky života celkem 7 z 10 respondentů preferovalo kvalitu života před jeho délkou. Zbylí 3 respondenti poukazovali na relativnost kvality života nebo naopak si nebyli jistí svou odpovědí.

Čtvrtá výzkumná otázka zjišťovala znalost přání svých blízkých týkající se péče na konci života, a jaká by byla zároveň ochota respondentů svěřit se svými představami druhé osobě. Celkem 8 z 9 respondentů uvedlo, že neznalo žádné přání ani představu svých blízkých týkající se péče na konci života.

2 z 9 respondentů znalo pouze přání ohledně zacházení s tělem či pochování. Samotní respondenti se zatím taktéž nikomu nesvěřili ohledně svých přání na konci života. Z výzkumu vyplynulo, že to bylo spíše z rozpačitosti dané téma otevřít než z neochoty téma začít, pokud by měli tu možnost se svým okolím svá přání sdílet.

Výsledky tohoto výzkumu korelují se závěry předchozích výzkumů zmíněných v práci a to, že laická veřejnost převážně nemá ponětí o existenci institutu dříve vyslovených přání. Proto by bylo jistě na místě rozšířit toto povědomí skrze média, která by tak mohla vyvolat v řadách laické veřejnosti osvětu. Tím by se mohlo i zvýšit počet osob, které využívají tento dokument. Tato práce tak může být chápána jako jedna ze snah informovat malou skupinu respondentů o této problematice.

Nezbytným předpokladem pro tvorbu dříve vysloveného přání je samotné zamyšlení se nad tím, co bychom si přáli ohledně léčby a péče, kdybychom o sobě nemohli již rozhodovat. Druhým předpokladem je pak iniciativa samotných osob – a to svěřit se druhému – co by si přál nebo naopak nepřál na konci života za léčbu a péči. Z výzkumu vyplynula zajímavá věc a to, že se respondenti nesvěřují z toho důvodu, že čekají až toto téma otevřenou druží.

Seznam použité literatury

Monografie, publikace, sborníky

CANDIGLIOTA, Zuzana, 2010. *Proč je třeba respektovat dříve vyslovené přání pacienta*. Zdravotnictví a právo. 14, (7-8).

CÍSAŘOVÁ, Dagmar et al., 2010. *Dříve vyslovená přání a pokyny Do Not Resuscitate v teorii a praxi: monografie*. Praha: Univerzita Karlova, Právnická fakulta. ISBN 978-8087146-31-6.

DOSTÁL, Ondřej, 2005. *Právo informovaného souhlasu a předem vyslovená přání*. In: Ročenka intenzivní medicíny. Praha: Galén. ISBN 8072623443.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2015. *Lékařská etika*. Čtvrté, aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Galén. ISBN 978-807-4922-046.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2007. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-807-2624-713.

HENDL, Jan, 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.

HEŘMANOVÁ, Jana, ŠIMEK, Jiří, 2009. *Dříve vyslovená přání (advance directives) v USA*, Praktický lékař: časopis pro další vzdělávání lékařů v praxi. Česká lékařská společnost J.E. Purkyně. 89(10).

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2713-4.

MATĚJEK, Jaromír, 2012. *Dříve projevená přání pacientů: výhody a rizika*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-850-6.

MOTYČKOVÁ, Renata, 2013. *Informovanost a postoje sester k problematice dříve vyslovených přání*. Praha. Bakalářská práce. Karlova univerzita, 3. lékařská fakulta.

MUNZAROVÁ, Marta, 2005. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada. ISBN 9788024710242.

POLICAR, Radek, 2010. *Kdy může lékař ne zahájit kardiopulmonální resuscitaci? (úvahy právní byt' v kontextu medicíny a etiky)*. In: Dříve vyslovená přání a

pokyny Do Not Resuscitate v teorii a praxi: Monografie. Praha: Univerzita Karlova v Praze. ISBN: 978-80-87146-31.

PRUDIL, Lukáš, 2003. *Dříve vyjádřená přání – respektovat či nerespektovat?* Zdravotnické právo v praxi. 1(2).

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK, 2014. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-802-4754-710.

ŠANDOVÁ, Petra, 2017. *Informovanost veřejnosti o problematice dříve vyslovených přání*. Praha. Diplomová práce. Karlova univerzita, 1. lékařská fakulta.

ŠIMEK, Jiří, 2015. *Lékařská etika*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80247-5306-5.

TĚŠÍNOVÁ, Jolana, Roman ŽĎÁREK a Radek POLICAR, 2011. *Medicínské právo*. 1. vydání. Praha: C. H. Beck.

VÁCHA, Marek, 2010. *Dříve vyslovená přání*. In: *Dříve vyslovená přání a pokyny Do Not Resuscitate v teorii a praxi: monografie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze. ISBN: 978-80-87146-31.

VIZINGER, Radek, *Předstižné pokyny pacienta (living will) v právní teorii i praxi*, Zdravotnictví a právo 2007, (7-8).

VOLANDES, Angelo, 2015. *Umění rozhovoru o konci života*. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-88126-03-4.

Elektronické prameny

DOLEŽAL, Adam, 2017. *Dříve vyslovené přání (advance directives)*. Právní a etické úvahy. In: *Časopis zdravotnického práva a bioetiky* [online]. 2017 [cit. 2018-01-29]. Dostupné z: <http://medlawjournal.ilaw.cas.cz/index.php/medlawjournal/article/viewFile/141/126>

KOUBOVÁ, Michaela, 2015. *Dříve vyslovená přání: první krůček k tomu, aby závěr života vypadal podle našich představ*. In: *Zdravotnický deník: zdravé je vědět* [online]. 28. 6. 2015 [cit. 2018-01-16]. Dostupné z: <http://www.zdravotnickydenik.cz/2015/06/drive-vyslovena-prani-prvni-krucek-k-tomu-aby-zaver-zivota-vypadal-podle-nasich-predstav/>

LOJDOVÁ, Evelyn a Lukáš MALÝ, 2013. *Dříve vyslovená přání – závěť do nemocnice?* Epravo [online]. 25. 4. 2013 [cit. 2018-01-15]. Dostupné z: <https://www.epravo.cz/top/clanky/drive-vyslovena-prani-zavet-do-nemocnice-90987.html>

Persistent vegetative state. In: Oxford Dictionaries [online]. 2018 [cit. 2018-01-16]. Dostupné z: https://en.oxforddictionaries.com/definition/persistent_vegetative_state

SILVEIR, Maria J., Wyndy WIITALA a John PIETTE, 2014. *Advance Directive Completion by Elderly Americans: A Decade of Change* [online]. 2. 4. 2014 [cit. 2018-01-14]. Dostupné z: <https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/106867/jgs12736.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

STEM/MARK, agentura, 2015. Výzkum veřejného mínění na téma: *Umírání a péče o nevléčitelné nemocné* [online]. 2015 [cit. 2018-04-30]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/sites/default/files/custom-files/cesta-domu-zprava-umirani-a-pece-o-nevylecitelne-nemocne-2015.pdf>

TOMEŠOVÁ, Jana, 2016. *Dříve vyslovené přání – předem vyslovený (ne)souhlas s poskytnutím léčby.* In: Právní prostor [online]. 2016 [cit. 2018-01-15]. Dostupné z: <https://www.pravniprostor.cz/clanky/obcanske-pravo/drive-vyslovene-prani-predem-vysloveny-ne-souhlas-s-poskytnutim-lecby>

Právní předpisy

Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 96/2001 Sb. m. s., o přijetí Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicině

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování

Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci

Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník

Seznam příloh

Příloha č. 1: Položené otázky

Příloha č. 2: Evropská charta lékařské etiky – 15 etických principů