

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Dříve vyslovené přání neresuscitovat z pohledu zdravotnických pracovníků

Ondřej Šinták

Bakalářská práce

2019

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2017/2018

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Ondřej Šinták**
Osobní číslo: **Z16060**
Studijní program: **B5345 Specializace ve zdravotnictví**
Studijní obor: **Zdravotnický záchranář**
Název tématu: **Dříve vyslovené přání neresuscitovat z pohledu zdravotnických pracovníků**
Zadávací katedra: **Katedra klinických oborů**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 35 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

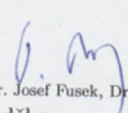
Seznam odborné literatury:

1. CÍSAŘOVÁ, D. Dříve vyslovená přání a pokyny Do Not Resuscitate v teorii a praxi: monografie. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, 2010. ISBN 978-80-87146-31-6.
2. DOLEŽAL, A. Eutanazie a rozhodnutí na konci života: právní aspekty. Praha: Academia, 2017. ISBN: 978-80-200-2687-3.
3. LOUČKA, M., ŠPINKA, Š. a ŠPINKOVÁ, M. Eutanazie: víme, o čem mluvíme? 2. přepracované vydání. Praha: Cesta domů, 2015. ISBN 978-80-881-2608-9.
4. MATĚJEK, J. Dříve projevená přání pacientů: výhody a rizika. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-726-2850-6.
5. PTÁČEK, R. a BARTŮNĚK, P. a kol. Etika a komunikace v medicíně. Praha: Grada 2011. ISBN 978-80-247-3976-2.
6. VÁCHA, M., O., KÖNIGOVÁ, R. & MAUER, M. Základy moderní lékařské etiky. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-736-7780-0.

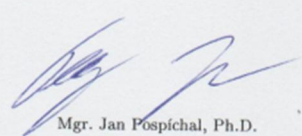
Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Jitka Rusová, DiS.
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: 1. prosince 2017

Termín odevzdání bakalářské práce: 9. května 2019


prof. MUDr. Josef Fusek, Dr.Sc.
děkan

L.S.


Mgr. Jan Pospíchal, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 8. března 2019

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Tuto práci jsem vypracoval samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byl jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 9/2012, bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 9. května 2019

Podpis autora
Ondřej Šinták

PODĚKOVÁNÍ

V první řadě bych chtěl poděkovat všem respondentům z řad lékařů, všeobecných sester, praktických sester a zdravotnických záchranářů za poskytnuté názory, bez nichž by tato práce nevznikla.

Dále patří poděkování Mgr. Jitce Rusové, DiS. za dobré vedení této práce, cenné rady a připomínky.

Do třetice patří poděkování mé rodině a přátelům, kteří mi byli oporou.

ANOTACE

Cílem práce je zjistit postoje, zdravotnických pracovníků k problematice dříve vyslovených přání neresuscitovat, jejich obavy spojené s aplikací dříve vyslovených přání neresuscitovat v praxi a názory na sporná místa legislativní úpravy. v teoretické práci je popsána podoba platné legislativy týkající se této problematiky, její vývoj a diskuse jí se týkající. Součástí teoretické části je i vymezení dříve vyslovených přání oproti jiným termínům týkajících se konce života. Data byla získána pomocí dotazníkového průzkumu mezi zdravotnickými pracovníky. Mezi nejdůležitější výsledky průzkumu patří zjištění lehké míry obav respondentů z neúměrného zkrácení života pacienta s dříve vysloveným přáním neresuscitovat, trestního stíhání a občansko-právního sporu při špatném rozhodnutí ohledně dříve vysloveného přání. Další významné zjištění je, že většina respondentů považuje dříve vyslovená přání za užitečná, avšak reálně by je respondenti spíše nevyužili nebo by je využili pouze v případě vážné nemoci. Poslední významné zjištění se týká návrhu legislativou daného centrálního registru dříve vyslovených přání, který by respondenti většinově považovali za užitečný.

KLÍČOVÁ SLOVA

Dříve vyslovené přání, etika, právní úprava dříve vyslovených přání, příkaz neresuscitovat, rozhodnutí na konci života.

TITLE

Health care provider's view on do-not-resuscitate order

ANNOTATION

Main aim of this bachelor's thesis is to gather information about health care provider's attitude, concerns and opinion on do-not-resuscitate order. Legislation in the aspect of do-not-resuscitate order and living will is to be depicted in theoretical part of this thesis. Part of this depiction is to be dedicated to the process of its development and further discussion. Another theoretical part of this thesis is dedicated to defining do-not-resuscitate order against other end-of-the-life decisions. The data were collected in a questionnaire/survey among health-care providers. One of the most important results is detection of low degree of responder's concerns of immoderate shortening of the life of the patient with DNR, prosecution and civil proceedings in case of fault decision regarding DNR. Another important result is, that majority of responders finds DNR useful, but they would in fact not use it, or would use it only in case of dangerous illness. The last important result concerns proposal of the legislation-given database of living will and DNR, both of which would responders mostly find useful.

KEYWORDS

Do-Not-Resuscitate Order, Ethics, End-of-Life Decisions, Health service law Living will.

OBSAH

0	Úvod.....	13
1	Cíl práce.....	15
2	Teoretická východiska zkoumané problematiky	16
2.1.1	Dříve vyslovené přání v § 36 zákona 372/2011 Sb.	16
2.1.2	Vznik § 36 zákona 372/2011 Sb. v souvislostech	17
2.1.3	Koncept dříve vysloveného přání v občanském zákoníku 89/2012 Sb.	20
2.1.4	Právní odpovědnost týkající se DVPN	21
2.1.5	Diskuse po vzniku zákona 372/2011 Sb.	22
2.2	DVP a jeho vymezení v etické, právní a medicínské terminologii	25
2.2.1	Kardiopulmonální resuscitace.....	25
2.2.2	Činnost a nečinnost vedoucí ke smrti či ohrožení života.....	26
2.3	Dříve vyslovené přání ve světle soudobých směrů lékařské etiky.....	31
2.4	Vybrané kasuistiky předem vysloveného přání DNR v médiích.....	33
4	Průzkumná část.....	34
4.1	Průzkumné otázky.....	34
4.2	Metodika výzkumu.....	34
4.3	Sumarizace a evaluace získaných dat	36
4.4	Odpovědi na průzkumné otázky.....	71
4.4.1	Jaký je postoj dotázaných k dříve vysloveným přáním?	71
4.4.2	Jaké z vybraných problémů týkajících se Dříve vyslovených přání neresuscitovat by dotázaní považovali za vhodné změnit, upravit či doplnit?.....	72
4.4.3	Jakou měrou se dotázaní obávají uvedených rizik spojených s DVPN	74
4.4.4	Jaký vliv na míru obav má reálná zkušenost s DVPN?	75
5	Diskuze	76
6	Závěr	79

7	Použitá literatura:.....	80
8	Přílohy.....	84

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1: Četnost dílčích skupin sledovaného vzorku dle profese a pohlaví.....	36
Obrázek 2: Graf procentuálního zastoupení odpovědí na otázku č. 1.....	38
Obrázek 3: Graf procentuálního zastoupení odpovědí na otázku č. 2.....	39
Obrázek 4: Graf procentuálního zastoupení odpovědí na otázku č. 3.....	40
Obrázek 5: Graf procentuálního zastoupení odpovědí na otázku č. 4.....	41
Obrázek 6: Graf procentuálního zastoupení odpovědí na otázku č. 5.....	42
Obrázek 7: Srovnání četností odpovědí na otázky č. 3, 4 a 5.	43
Obrázek 8: Četnost odpovědí na otázku č. 6.....	44
Obrázek 9: Graf procentuálního zastoupení odpovědí na otázku č. 8.....	47
Obrázek 10: Graf procentuálního zastoupení odpovědí na otázku č. 9.....	49
Obrázek 11: Graf procentuálního zastoupení odpovědí na otázku č. 10.....	51
Obrázek 12: Graf procentuálního zastoupení odpovědí na otázku č. 11.....	52
Obrázek 13: Graf procentuálního zastoupení odpovědí na otázku č. 12.....	53
Obrázek 14: Graf procentuálního zastoupení odpovědí na otázku č. 13.....	54
Obrázek 15: Graf procentuálního zastoupení odpovědí na otázku č. 14.....	56
Obrázek 16: Graf procentuálního zastoupení odpovědí na otázku č. 15.....	57
Obrázek 17: Srovnání četností odpovědí na otázku 14 v souvislosti s otázkou 15.....	58
Obrázek 18: Srovnání důležitosti stavu ženy z otázky č. 16 a rozhodnutí respondentů o započítání resuscitace z otázky č. 17.	59
Obrázek 19: Četnost odpovědí na otázky 18, 19 a 20.....	62
Obrázek 20: Graf procentuálního zastoupení odpovědí na otázky 18, 19 a 20 u skupiny respondentů, která se s DVPN nesetkala.	63
Obrázek 21: Graf procentuálního zastoupení odpovědí na otázky 18, 19 a 20 u skupiny respondentů, která se s DVPN setkala jednou.	64
Obrázek 22: Graf procentuálního zastoupení odpovědí na otázky 18, 19 a 20 u skupiny respondentů, která se s DVPN setkala vícekrát.	65
Obrázek 23: Graf procentuálního zastoupení odpovědí na otázku č. 21.....	67
Obrázek 24: Graf procentuálního zastoupení odpovědí na otázku č. 22.....	68
Obrázek 25: Graf procentuálního zastoupení odpovědí na otázku č. 23.....	69
Obrázek 26: Graf procentuálního zastoupení odpovědí na otázku č. 15.....	70

Tabulka 1 Četnost navrhovaných věkových hranic pro legální vytvoření DVP	45
Tabulka 2 Četnost jednotlivých odpovědí navrhované doby omezení platnosti DVP	48
Tabulka 3 Vepsané odpovědi respondentů k odpovědi „Jiná“ k otázce 9.....	50
Tabulka 4 Důvody rozhodnutí pro odpověď Ano na otázku č. 13	55
Tabulka 5 Důvody rozhodnutí pro odpověď Ne na otázku č. 13	55
Tabulka 6 Vepsané odpovědi respondentů k odpovědi „Jiná“ k otázce 14.....	57
Tabulka 7 Celková míra obav u otázek č. 18 (obavy z trestního stíhání), č. 19 (obavy z občansko-právního sporu) a č. 20 (obavy z neúměrného zkrácení života pacienta s DVPN) vyjádřená procentuálně	66
Tabulka 8 Vepsané odpovědi k nabídnuté možnosti „Jiná“	69

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ALS	Advanced life support (rozšířený algoritmus resuscitace)
AND	Allow natural death (Umožnit přirozenou smrt)
BLS	Basic life support (základní algoritmus resuscitace)
DNAR	Do-not-attempt-resucitation (Nepokoušet se resuscitovat)
DNR	Do-not-resuscitate (Neresuscitovat)
DVP	Dříve vyslovené přání
DVPN	Dříve vyslovené přání neresuscitovat
KPR	Kardiopulmonální resuscitace
NZO	Náhlá zástava oběhu
ROSC	Return of spontaneous circulation (Návrat spontánního krevního oběhu)

0 ÚVOD

Cílem medicíny je už od počátku, jak dokazuje mimo jiné i Hippokratova přísaha, chránit život, pomáhat nemocnému, neškodit mu a vyvarovat se vůči němu nesprávnému jednání (Matochová 2009, 50–51). Již tento výrok nechává určitý prostor pro otázky: Co je zájmem pacienta? Co je mu ku prospěchu a co mu škodí? Co je pro pacienta správné a co nesprávné? Kdo jiný by to měl vědět než nemocný sám? Žijeme v době, kdy je svobodné rozhodnutí (tzv. autonomie) pacienta o způsobu, jakým bude léčen (např. ve formě souhlasu či nesouhlasu s poskytovanou péčí) jedním z nejdůležitějších práv (Matochová 2009, 82–91). Pokud se však pacient není schopný vyjádřit k další léčbě, měl by o jeho stavu rozhodovat někdo, kdo rozhodne v jeho zájmu. Měl by to být lékař? Ten by měl být schopný objektivně posoudit zdravotní stav pacienta a zároveň je vázaný přísahou a právními a profesními normami (Mach 2006, 52–56). Jelikož však zná pacienta právě jen z profesního hlediska, objevuje se tu otázka – dokáže posoudit, jak by se asi pacient rozhodl? Další, kdo by mohl o dalším postupu léčby rozhodovat, by mohla být osoba pacientovi blízká. Zná pacienta lépe, avšak její úsudek může být ovlivněn osobními či vnějšími intencemi. Tito dva by spolu mohli též spolupracovat, ale žádná z nabídnutých variant není ideální.

Téměř ideální možností by mohlo být, že pacient sám, v čase před ztrátou schopnosti vyjádřit se, vysloví své přání ohledně léčby či postupu v případě určitého zdravotního stavu. Nedostatkem této možnosti je očividný fakt zkreslení nebo neúplnosti informace. Je jasné, že pacientovo přání vyslovené v době před vznikem problému může jen stěží obsáhnout všechny možné varianty vývoje jeho zdravotního stavu. Přání nebo jeho část může být také zapomenuto či pozměněno, a to ať už existuje ve fyzické podobě, či je pouze vyslovené. Přání může být též vymyšleno či zfalšováno. k tomu všemu pak přičtíme fakt, že se může jednání lékaře vycházející z přání pacienta v některých případech pozorovateli jevit jako zanedbání péče. jako příklad lze uvést odmítnutí podání krevních derivátů v přání pacienta, ačkoli by v dané situaci měly být podány, aby péče byla lege artis. Pokud pak lékař nemůže existenci nebo autenticitu pacientova přání dokázat, může být společensko-právně postihnut pro neplnění povinností vycházejících z jeho povolání (Peterková 2013, 29–31).

Zde se dostáváme k tématu konfliktu mnohonázorové etiky („Jaké chování je správné?“) a jednoznačně daného práva („Jaké chování je nepostihnutelné státem?“). Tento konflikt přetrvává v některých zmíněných tématech dodnes. Je taky důležité myslet na to, že právo by mělo vycházet z etiky (Matochová 2009, 17-18).

Teoreticky, dle současné lékařské etiky, „*lékař nemusí být vázán právními předpisy, pokud ve svých důsledcích narušují lékařskou etiku nebo ohrožují základní lidská práva*“ (Matochová 2009, 94). Tímto však lékař není zbaven odpovědnosti za své jednání. Pokud by jeho jednání bylo „*zdůvodnitelné nebo pochopitelné, musí být vzato v úvahu při posuzování jeho jednání*“ (Matochová 2009, 94–95). z čistě právního hlediska lze však jednat na základě etického přesvědčení jen tehdy, pokud to povoluje zákon, jako je tomu v případě uplatnění výhrady ve svědomí – viz například článek 2 § 50 zákona č. 372/2011 Sb. (Mach 2006, 52–56).

Téma dříve vyslovených přání neresuscitovat bylo vybráno jako v praxi neověřený prvek legislativy České republiky. Nejsou dostupné kasuistiky či soudní řízení z českého prostředí, vyjma zrušení doby platnosti dříve vysloveného přání provedené Ústavním soudem ČR (viz kapitola 2.1.5). Nynější legislativa se ještě může dočkat změn a úprav. do české legislativy byla dříve vyslovená přání přidána ratifikací mezinárodní Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny 96/2001 Sb. mezinárodních smluv (dále Úmluva o biomedicíně). v rámci této úmluvy jsou dříve vyslovená přání (dále také jako DVP) upravena v jejím článku 9. Tato úprava je však příliš obecná a neumožňuje jejich praktické využití. do konkrétní formy byl pak tento článek rozpracován v zákoně 372/2011 Sb. o zdravotních službách. Tento článek udává jasnou zákonnou podobu DVP, vymezuje podmínky jeho tvorby a udává, kdy jej není možné respektovat. Dále jsou pak DVP ošetřena i v obecnějším občanském zákoníku 89/2012 Sb. v článku s názvem „Zásah do integrity“ (§§ 93–103) a jinde též jako „Předběžná prohlášení“ (§§ 38–44). Platná úprava mimoto obsahuje i další sporná místa, na která bude v práci upozorněno.

Je otázkou, jakou měrou je nyní mezi českou veřejností rozšířené povědomí o možnosti vytvořit dříve vyslovené přání neresuscitovat (dále také jako DVPN) a jak častá je její reálná aplikace. Vzhledem k absenci jakékoli databáze DVPN je též těžké určit reálné využívání DVPN občany České republiky.

Jako téma této práce bylo vybráno DVP neresuscitovat. Důvodem této volby je v první řadě závažnost dopadu tohoto DVP, protože vede k definitivnímu a nevratnému rozhodnutí. v druhé řadě je pak důvodem snaha omezit rozsah již tak velmi komplikované tematiky DVP jako takových. o komplikovanosti DVP svědčí například monografie Peterkové (2013).

1 CÍL PRÁCE

Tato práce má několik dílčích cílů. Cílem první části práce je zpracovat teoretická východiska zkoumané problematiky. Konkrétně se jedná o popis platné legislativy týkající se dříve vyslovených přání. Součástí této kapitoly je popis vývoje a procesu vzniku této legislativy a uvedení do diskuse nad jejími spornými částmi. Nezbytnou součástí teoretické části je i vymezení dříve vyslovených přání oproti jiným termínům týkajících se konce života.

Cílem průzkumné části práce je zjistit postoje zdravotnických pracovníků k problematice dříve vyslovených přání neresuscitovat, jejich obavy spojené s aplikací dříve vyslovených přání neresuscitovat do praxe a názory na sporná místa legislativní úpravy.

2 TEORETICKÁ VÝCHODISKA ZKOUMANÉ PROBLEMATIKY

Teoretická východiska zkoumané problematiky v sobě zahrnují popis platné legislativy týkající se dříve vyslovených přání (dále také jako DVP), popis vývoje a procesu vzniku této legislativy a uvedení do diskuse nad jejími spornými částmi. Nezbytnou součástí je i vymezení DVP oproti jiným termínům týkajících se konce života.

2.1 Dříve vyslovená přání z hlediska legislativy ČR

Nejprve bude popsána úprava DVP obsažená v zákoně o zdravotních službách a následně pak návrh její podoby pro uvedení souvislostí. Návrh též obsahuje některé prvky, které by bylo možné uplatnit v další podobě legislativy. Dále budou popsány součásti občanského zákoníku, které mají podobnou funkci nebo souvisí s DVP. Uvedeno bude i téma právní odpovědnosti, která se pojí s dříve vysloveným přáním neresuscitovat. Poslední součástí této kapitoly bude nastínění některých diskusí k DVP publikovaných po vydání zákona 372/2011 Sb.

2.1.1 Dříve vyslovené přání v § 36 zákona 372/2011 Sb.

Účelem dříve vyslovených přání je umožnit pacientovi vyslovit souhlas nebo nesouhlas s předpokládanou poskytovanou zdravotní péčí pro případ, že by se jeho zdravotní stav změnil natolik, že by již sám nemohl souhlas či nesouhlas udělit. Platná právní úprava je výsledkem vývoje a diskusí.

Dle odst. 2 § 36 zákona 372/2011 Sb. má brát poskytovatel zdravotní péče zřetel na DVP, pokud je pro něj dostupné a pokud se DVP týká stavu, ve kterém pacient je a k němuž se nemůže vyjádřit. Je tedy v zájmu pacienta, aby DVP bylo poskytovateli dostupné. Dále je stanoveno, že respektováno může být jen takové přání, které vzniklo na základě písemného poučení praktickým lékařem nebo lékařem z oboru zdravotní péče, který souvisí s DVP. Navíc dle odst. 3 stejného zákona musí mít DVP písemnou formu a musí být opatřeno úředně ověřeným podpisem pacienta.

Druhou variantou k vytvoření respektovatelného DVP dle § 36 je, vytvořit jej při přijetí k hospitalizaci nebo v průběhu hospitalizace „*pro poskytování zdravotních služeb zajišťovaných tímto poskytovatelem*“. Takovéto přání musí být uloženo do zdravotnické dokumentace a opatřeno podpisem pacienta, zdravotnického pracovníka a jednoho svědka. Tyto podmínky jsou určeny v odst. 4 § 36 zákona o zdravotních službách. Roman Žďárek

polemizuje, zda lze větu „*v tomto případě se nepostupuje podle odstavce 3*“ vyložit tak, že není třeba nejen úředně ověřeného podpisu, ale ani písemného poučení lékařem (Žďárek 2012, 27). Podle Jana Macha (2015, 46) skutečně úředního potvrzení podpisu není třeba, avšak písemné poučení o důsledcích obsahem takového DVP musí být. To je dáno charakterem DVP, jako informovaném souhlasu, resp. negativním reversu pro situaci, která může nastat. Jak informovaný souhlas, tak negativní revers musejí obsahovat písemné poučení (Peterková a Kops 2010, 66).

Dále § 36 určuje podmínky, za kterých DVP není třeba respektovat. Konkrétně jsou tyto podmínky určeny v odst. 5 a) § 36 (zákon č. 372/2011 Sb.): „*Dříve vyslovené přání 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*“. Dále je podle stejné právní normy nutné tento fakt a důvody, které k tomu vedly, zaznamenat do zdravotnické dokumentace pacienta.

Odst. 5 b), 5 c) a 5 d) § 36 zákona o zdravotních službách vyloženě zakazují respektování DVP za následujících podmínek. dle odst. 5 b) je zakázáno respektování DVP nabádajícího k takové aktivitě, jejíž výsledkem by bylo způsobení smrti. Odstavec 5 c) pak zakazuje respektovat takové DVP, jehož respektování by vedlo k ohrožení jiných osob. Odst. 5 d) určuje, že není možné následně respektovat takové DVP, které nebylo dostupné na počátku poskytování zdravotní péče, pokud by jeho splnění aktivně způsobilo smrt.

Odst. 6 (zákon č. 372/2011 Sb.) se týká vymezení skupin, u níž není DVP uplatnitelné. Výslovně se jedná o osoby, které nedosáhly zletilosti, a to bez ohledu na rozumovou vyspělost, a o osoby s omezenou svéprávností.

2.1.2 Vznik § 36 zákona 372/2011 Sb. v souvislostech

Již bylo v úvodu této práce zmíněno, že se můžeme s DVP v české legislativě setkat teprve od ratifikace mezinárodní smlouvy s názvem Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny (dále Úmluva o biomedicíně). Tato úmluva byla podepsána roku 1997 a ratifikována roku 2001 pod číslem 96/2001 Sb. mezinárodních smluv (Císařová et. 2010, 7–8). v Úmluvě o biomedicíně se DVP týká odst. 9 (96/2011 Sb. m. s.), kde je psáno: „*Bude brán zřetel na dříve vyslovená přání pacienta ohledně lékařského zákroku, pokud pacient v době zákroku není ve stavu, kdy může vyjádřit své přání*“. Obecná podoba právního ošetření DVP v uvedeném článku neumožňuje jakékoli jednoznačné

využití DVP v praxi, respektive neposkytuje bez dalších zákonných podmínek právní ochranu komukoli, kdo by se rozhodl na základě DVP neresuscitovat nezahájit resuscitaci. Jednotlivé signované státy ve svém právu uzákonily DVP různě. (Císařová et al., 37–63; Povolná 2008, 108).

V publikaci právničky Císařové a kol. (2010) s názvem *Dříve vyslovená přání a pokyny do Not Resuscitate v teorii a praxi* byla diskutována a navržena podoba zákonné úpravy DVP. do té doby byly DVP popsány pouze nedostatečně. Potřeba právní úpravy byla ve výše zmíněné publikaci zdůrazněna také argumentem, že až na výjimky (jako například určení, jestli se DVP týká aktuální diagnózy, či zda je DVP platné při aktuálním pokroku medicíny) je DVP pro svou vymahatelnost hlavně právní problematikou. Proto těmito autory publikovaný nový návrh bral kriticky v úvahu jak zahraniční legislativní úpravy, tak i kritiku § 35 návrhu zákona o zdravotních službách, který nebyl v dubnu 2009 uznán Poslaneckou sněmovnou ČR za dostačující.

Samotný návrh Peterkové a Kopse (2010, 64–68) ve výše uvedené monografii je dělen do odstavců vymezujících podmínky tvorby, použití a aplikace DVP. Každý z odstavců je dále doplněn komentářem. Komentář doplňuje odkazy odůvodňující navrhovanou podobu jednotlivých nařízení, případně jsou v komentáři uvedeny další možnosti podoby návrhu.

Podle prvního odstavce návrhu může osoba vyjádřit svou vůli pro případ, že by toho v budoucnosti nebyla sama schopna. Navrhovanou podmínkou byl věk nad 18 let a způsobilost k takovému právnímu projevu. Nicméně v komentáři byly diskutovány další možné varianty omezení okruhu osob, jimž by mohlo být umožněno vytvořit DVP. Podmínkou mohla být krom výše uvedené zletilosti i rozumová a volní způsobilost bez podmínky zletilosti (navrhován byl věk 16 let). Podle třetí možnosti by mohlo být umožněno vytvářet DVP pouze osobám v terminálním stavu onemocnění.

Dále pak byla v návrhu platnost DVP podmíněna obsažením popisu zákroku, který pacient odmítá, určení podmínek, za kterých bude zákrok pacientem odmítnut, a písemné poučení lékařem v DVP. v komentáři je vyzdvihnuta nutnost písemného poučení lékařem o důsledcích. Odůvodněno to bylo argumentem, že DVP není nic jiného, než paralela informovaného souhlasu (resp. nesouhlasu) určeného do budoucnosti.

Návrh, aby pacient mohl výslovně odmítnout udržování při životě pomocí přístrojů, nebyl uzákoněn. dle komentáře k návrhu mělo být vyloučeno, aby DVP požadovalo nápomoc

v sebevraždě nebo aktivní usmrcení. Jedinou tolerovanou možností, kdy by DVP mohlo vést ke smrti, by bylo jednání nezabraňující hrozící smrti pacienta. ani zde nelze nepřipomenout etickou a právní spornost takového jednání.

Důležitou částí návrhu je udání povinnosti poskytovatele zdravotní péče zajistit respektování DVP, pokud nenastala skutečnost umožňující se od něj odchýlit. Podmínkou je, aby DVP bylo pro poskytovatele zdravotní péče dostupné – DVP musí být součástí zdravotnické dokumentace nebo musí být v navrhovaném registru DVP. Pokud by pak bylo DVP uloženo v registru DVP, měl by mít poskytovatel zdravotní péče povinnost převzít je odtud do zdravotnické dokumentace pacienta v patřičném zdravotnickém zařízení.

Navrhované důvody zabraňující zdravotníkovi, aby respektoval DVP, měly být takové postupy, které jsou v rozporu se zákonem. Těmito důvody bylo vypršení platnosti DVP (tj. 5 let) a zřejmost, že odpadly důvody, jež pacienta přiměly k sepsání DVP. Inspirací pro omezení platnosti DVP na 5 let byla rakouská legislativa. Ostatní státy, které aplikovaly DVP do své legislativy, ponechaly platnost časově neomezenou.

Dále bylo lékařům umožněno nerespektovat DVP v případě rozporu s jeho klinickým úsudkem a svědomím, avšak s podmínkou nutnosti poučit pacienta o této situaci. Navrženo bylo, aby lékař vázaný DVP pacienta v případě konfliktu svého svědomí a DVP pacienta o tomto faktu poučil a umožnil pacientovi vybrat si jiného ošetřujícího lékaře. Pokud pak lékař odůvodněně pochybuje o existenci DVP, jeho platnosti či jeho obsahu, nesmí jej respektovat.

Mnohé z těchto návrhů byly uzákoněny alespoň v pozměněné podobě. u některých částí návrhu je otázkou, proč byly vynechány. v první řadě je třeba upozornit na návrh založení národního registru DVP, ke kterému nikdy nedošlo. Místo toho nemá zdravotnický pracovník povinnost respektovat DVP, pokud ho nemá fyzicky k dispozici v zákonem dané podobě (viz kapitola 2.1.1) Další ze sporných bodů byl, je a nejspíše i bude spor o omezení platnosti. v návrhu samotném byla platnost omezena na 5 let a v této podobě byla platnost ošetřena i v zákoně 372/2011 Sb. Toto nařízení však bylo nálezem Ústavního soudu č. 437/2012 k datu 10.12.2012 zrušeno jako neústavní. Argumentováno bylo v odst. 362 tohoto nálezu kolizí tohoto nařízení s Úmluvou o biomedicíně. Ta má umožnit „větší právní ochranu pacienta při aplikaci biologie a medicíny“. Obnovování DVPN po 5 letech zaručuje jeho aktuálnost a uvědomění pacienta o svém DVPN. Zároveň však poškozují toho pacienta, kterému je DVPN primárně určeno, a to pacienta neschopného o sobě rozhodnout. u pacienta, který není schopný provést rozhodnutí,

by po uplynutí pětileté lhůty platnosti DVPN nebylo možné přihlédnout k jeho DVPN. To odporuje podle Ústavního soudu článku 9 Úmluvy o biomedicíně.

Do aktuální podoby zákona se též promítá výklad článku 9 Úmluvy o biomedicíně právníka Jana Macha (2006, 29–30). Uveďme například jeho stanovisko, že přání není platné, pokud od doby jeho vzniku lékařská věda pokročila natolik, že lze počítat s tím, že by pacient při její nynější úrovni DVP nevytvořil.

V českém prostředí tak přišla v platnost aktuální úprava DVP v zákonu 372/2011 Sb., konkrétně § 36. Jeho vzniku však předcházela diskuse, jejíž mnohé podněty ve finální podobě nenašly své místo. Jedná se však nejen o právní, ale i o etické téma. Proto nelze jasně říci, že by tyto podněty své místo najít nemohly nebo neměly. o tom svědčí i živá diskuse v pracích vzniklých i po vydání zákona 372/2011 Sb. (Peterková a Kops 2010, 64–68; Císařová et al. 2010; Peterková 2013; Matějek et al. 2015)

Uveďme si v následujících podkapitolách aktuální podobu dříve vyslovených přání a jim podobných předběžných prohlášení § 36 a § 38–44 občanského zákoníku 89/2012 Sb.

2.1.3 Koncept dříve vysloveného přání v občanském zákoníku 89/2012 Sb.

Obdobu dříve vyslovených přání je možné nalézt i v občanském zákoníku. Legislativní podmínky DVP a předběžného prohlášení nejsou stejné, přesto je možné, aby pacient jejich prostřednictvím sledoval stejný cíl. dle autorů sborníku Dříve vyslovená přání (Matějek – Krejčíková – Zavadová 2015, 17) lze považovat DVP za skupinu patřící pod mnohem obecnější předběžná prohlášení. dle těchto autorů se však občanského zákoníku využívá pouze podpůrně, pokud určitá problematika není upravena svým zvláštním předpisem. DVP jsou upravena vlastním předpisem, a to § 36 zákona 372/2011 Sb. Občanský zákoník však především obsahuje, na rozdíl od zákona o zdravotních službách, možnost k tomuto účelu určit druhou osobu, a to v případě vlastní neschopnosti.

Předběžná prohlášení jsou vymezena § 38–44. Jedná se též o umožnění projevit svou vůli pro případ vlastní budoucí nezpůsobilosti. Předběžné prohlášení má mít formu veřejné listiny nebo soukromé listiny opatřené datem a potvrzenou dvěma svědky, kteří v ní poskytnou své údaje umožňující rozpoznat jejich totožnost. Svědkové musejí být schopní svépomocí porozumět obsahu prohlášení (nesmí existovat smyslová či jazyková komunikační bariéra) a nesmějí mít na obsahu prohlášení žádný osobní zájem. Další podmínky jsou pro účely této práce spíše nepodstatné, proto jsou vynechány. za pozornost stojí až § 43 a § 44.

§ 43 je podobný odst. 5 a) § 36 zákona 372/2011 Sb., který též umožňuje považovat prohlášení za neplatné, pokud se okolnosti změní natolik, že by to pro tvůrce prohlášení mělo negativní dopad. Podle § 44 má soud přihlídnout i k neplatnému předběžnému prohlášení, pokud není důvod pochybovat o vůli člověka, který jej vyslovil.

Na rozdíl od zákona o zdravotnických službách (372/2011 Sb.) dává občanský zákoník nezletilým způsobilost k právním úkonům, a to v takové míře, v jaké jim to umožňuje jejich rozumová a volní vyspělost. Platný je však předpis speciální, ne obecný, tudíž zákon o zdravotnických službách (Žďárek 2012, 26–27).

Dále bylo do občanského zákoníku jako zásah do integrity přidáno DVP odst. 2 § 98: „*Při zákroku i při udělení souhlasu se vezme zřetel na dříve vyslovená známá přání člověka, do jehož integrity má být zasazeno*“. Toto ustanovení je ve své podstatě shodné s článkem 9 Úmluvy, tudíž sám o sobě neumožňuje praktické využití DVP.

2.1.4 Právní odpovědnost týkající se DVPN

Ve zdravotnictví v České republice se uplatňuje odpovědnost trestní, odpovědnost disciplinární (odpovědnost člena České lékařské komory, České stomatologické komory a České lékárnické komory vůči komoře), odpovědnost pracovněprávní a odpovědnost občanskoprávní (ochrana osobnosti a odpovědnost poskytovatele zařízení vůči pacientovi a jeho blízkým) (Matochová 2009, 102–110; Žďárek 2012, 29).

Nerespektování DVP může být považováno za zásah do práva na ochranu osobnosti dle § 11 a následujících občanského zákoníku. Výsledkem může být podání žaloby pacientem na lékaře s cílem domožení se omluvy, upuštění od neoprávněných zásahů, odstranění následků těchto zásahů nebo finanční náhrada nemajetkové újmy (Žďárek 2012, 29; Peterková 2013, 31).

V případě, že lékař bude respektovat přání, které bylo domnělé nebo nesplňovalo všechny legislativně dané podmínky a následně došlo k napadení lékaře, dochází k více druhům porušení právní odpovědnosti. k porušení občanskoprávní odpovědnosti dojde v první řadě kvůli odpovědnosti za škodu na zdraví a v druhé řadě za neoprávněný zásah do práva pacienta na ochranu osobnosti. Mimo občanskoprávní odpovědnost dojde v tomto případě též k uplatnění odpovědnosti trestní, a to za ublížení na zdraví z nedbalosti či usmrcení z nedbalosti. při respektování domnělého DVPN tedy bude lékaři nejpravděpodobněji

dovozena trestní odpovědnost za trestný čin usmrcení z nedbalosti dle § 142 nebo účasti na sebevraždě dle § 144 či neposkytnutí pomoci dle § 150 trestního zákoníku 40/2009 Sb. Dále pak může být dovozena odpovědnost občanskoprávní – odpovědnost za škodu a odpovědnost za neoprávněný zásah do práva na ochranu osobnosti (Žďárek 2012, 29; Peterková 2013, 31).

2.1.5 Diskuse po vzniku zákona 372/2011 Sb.

Problémy týkající se výkladu a DVP

Právnick Adam Doležal (2017a) ve svém článku upozornil na více existujících problémů s DVP. Většina z nich se týká kompetentnosti pacienta provést rozhodnutí o svém budoucím já. Uvedme zde ty, které se týkají zároveň i přání nebýt resuscitován.

Teoretický problém „prospektivní autonomie“ se pojí s vývojem jedince v čase. Je otázkou, zda je současné já schopné rozhodnout relevantně na základě očekávání (tj. pouhých teoretických informací) o svém budoucím stavu.

Podobný problém je konflikt mezi zájmy „dříve kompetentního já“ se zájmy „nyní nekompetentního já“. Zatímco dříve kompetentní já mohlo být přesvědčeno o tom, co pro něj bude správné, nyní nekompetentní já se může nacházet ve stavu, o kterém bylo dřívější já přesvědčeno, že není správný, a přesto je s ním nyní spokojené a nemusí souhlasit se svým minulým výrokem.

Podle některých autorů dochází s proměnou identity v čase i ke vzniku nové osoby (tzv. funkcionální přístup k personální identitě). Jelikož minulá osoba není v současnosti toutéž osobou, nelze respektovat dřívější přání kvůli riziku, že se již nebude shodovat se současným. Dřívější osoba tedy není kompetentní rozhodovat o nynější osobě.

Další problémy jsou spojené s výkladem DVP. DVP může být příliš obecné nebo naopak příliš konkrétní. Nezahrnuje další okolnosti potřebné k rozhodnutí apod. Řešení lze nalézt v porovnání vývoje hodnot osoby, které se DVP týká, a lékařovou aplikací DVP na nastalou situaci. Tento přístup blíže popisuje ve své monografii Matějka (2011).

Omezení platnosti DVP

V platné verzi zákona o zdravotnických službách je platnost DVP neomezená. v původní verzi zákona je platnost omezena na 5 let. Takto byl zákon změněn nálezem Ústavního soudu č. 437/2012. o původní pětileté platnosti mimo jiné svědčí článek Žďárka (2012) z doby před

výše uvedenou změnou. Žďárek ve svém článku uvádí platnost DVP 5 let. Autor nicméně dále polemizuje v souladu s konečným rozsudkem Ústavního soudu nad spornou situací, kdy může platnost přání vypršet a pacient ji v dlouhodobém kómatu nebude schopný obnovit. Není proto možné, aby po uplynutí doby platnosti přestalo DVP ze dne na den platit.

S diskuzí ohledně omezení platnosti DVP se lze setkat i v literatuře vydané po roce 2011, kdy Helena Peterková (2013, 30–31) ve své disertační práci oponuje tím, že omezení doby platnosti nepovažuje za protiústavní.

Za argumenty pro omezení platnosti lze považovat výše uvedené argumenty týkající se vývoje osobnosti v čase, které uvádí Adam Doležal (2017a).

Platnost DVP vzniklého v souvislosti s hospitalizací při další hospitalizaci

Žádná právní úprava neurčuje, po jak dlouhou dobu jsou platná dříve vyslovená přání vzniklá v souvislosti s hospitalizací. Obecně v současnosti není dle § 36 doba platnosti dříve vysloveného přání nijak omezena. Nicméně v této souvislosti vzniká hypotetická situace: pacient v souvislosti s hospitalizací v zařízení jistého poskytovatele zdravotnických služeb učinil DVP. Toto DVP je dle odst. 4 § 36 platné pouze pro zdravotní služby zajišťované tímto konkrétním poskytovatelem. Zákon se však dále výslovně nezabývá platností takového DVP. Pokud tak není uvedeno v přání samotném, není zákonem určeno, zda je takovéto DVP platné pouze pro onu jednu konkrétní hospitalizaci nebo zda je platné bez časového omezení pro všechny další hospitalizace u tohoto jednoho poskytovatele. Obě varianty mají své výhody a nevýhody, které závisí na konkrétní situaci. Jan Mach (2015, 46) zastává názor, že DVP je dle odst. 4 § 36 platné pouze po dobu oné hospitalizace. Jiní autoři naopak shledávají, že „*v současné době neexistuje jakékoliv časové omezení, které by a priori vylučovalo uplatnění dříve vysloveného přání.*“ (Povolná 2017, 110).

Platnost u nezletilých a osob zbavených svéprávnosti

Právničky Helena Peterková (2013, 30–31) upozorňuje na fakt, že ze znění § 36 zákona o zdravotnických službách není jasné, zda DVP není možné aplikovat u osoby nezletilé nebo zbavené svéprávnosti, nebo zda je DVP neplatné, pokud jej taková osoba vytvořila bez ohledu na její aktuální stav (zletilost, svéprávnost).

Též je nutné upozornit, že v návrhu legislativy týkající se dříve vyslovených přání bylo více variant umožňujících vytvářet DVP i pod platnou věkovou hranicí zletilosti (viz kapitola 2.1.2).

2.2 DVP a jeho vymezení v etické, právní a medicínské terminologii

V této podkapitole budou popsány pojmy, které se podobně jako DVP pojí s koncem života. Cílem je nejprve popsat kardiopulmonální resuscitaci jako postup spojený s DVPN. Dále budou nastíněny problematiky, od kterých je třeba DVP právně i eticky diferencovat. Například se jedná o vraždu, zabití z nedbalosti, účast na sebevraždě, těžké ublížení na zdraví, sebevraždu, eutanázie, pasivní eutanázii, asistovanou sebevraždu aj.

2.2.1 Kardiopulmonální resuscitace

Kardiopulmonální resuscitace se tématu dotýká tak, že ji pacient ve svém DVPN odmítá. Jedná se o algoritmus postupů, jejichž cílem je zajistit dodávku okysličené krve životně důležitým orgánům lidského těla při náhle zástavě krevního oběhu. Základem resuscitace je stlačování hrudníku nepřímou srdeční masáží, případně v kombinaci s umělými vdechy v poměru kompresí ku vdechům 30:2 u dospělého pacienta. Cílem je obnova hemodynamicky významné srdeční akce (ang. Return of Spontaneous Circulation – ROSC) podporou oběhu. pro upřesnění je nutné dodat, že existují dva algoritmy KPR – základní (Basic Life Support – BLS) a rozšířená (Advanced Life Support – ALS).

Základní (BLS) algoritmus KPR je určený k resuscitaci pacienta bez pomůcek nebo s minimálním zdravotnickým vybavením před příjezdem zdravotnické pomoci. Skládá se ze zavolání pomoci (tísňové linky 155), polohování pacienta na zádech na pevném podkladu a zprůchodnění dýchacích cest, zjištění příčiny zástavy oběhu a případné odstranění příčiny zástavy oběhu (obstrukce dýchacích cest apod.), samotného aktu resuscitace popsaného výše (s možností vedení resuscitace telefonicky operátorem ZZS, TANR – telefonicky asistovaná neodkladná resuscitace) a použití automatického externího defibrilátoru, pokud je k dispozici.

Rozšířený (ALS) algoritmus KPR doplňuje BLS o oxygenoterapii, umělou plicní ventilaci a kapnometrii, EKG monitoraci, zevní kardiostimulaci, zajištění vstupu do cévního řečiště a farmakologickou léčbu, vyloučení a léčbu potenciálně reverzibilních příčin náhlé zástavy oběhu a použití speciálních pomůcek a metod (ultrasonografie, mechanické resuscitační přístroje, trombolýza, léčebná hypotermie apod.). v ALS se dále dělí podle důvodu zástavy oběhu (např. defibrilovatelné a nedefibrilovatelné rytmy srdeční, které vedly k zástavě oběhu, traumatická zástava oběhu aj.). (Šeblová a Knor 2018, 117–159; Franěk et al. 2017)

2.2.2 Činnost a nečinnost vedoucí ke smrti či ohrožení života

Dříve vyslovené přání neresuscitovat se týká rozhodnutí o konci života. Kromě něj však existují v různé formě aplikovatelnosti i další možnosti, jak je možné uvažovat o konci života, potažmo jak ukončit život jinak než přirozenou cestou. Rozdělme si v následujících podkapitolách takové způsoby ukončení života na trestné, legální a takové, které jsou trestné, ačkoli v jiných státech mimo ČR jsou za daných právních podmínek legální či bezstrestné (Mach 2006, 181–191).

Trestné jednání

Platný trestní zákoník (40/2009 Sb.) obsahuje pod souhrnným názvem „*Trestné činy proti životu*“ vícero termínů. z těch, které se mohou týkat DVP, se jedná o následující termíny: vražda (§ 140), která je volně definovaná jako úmyslné zabití s přímým úmyslem zabít bez polehčujícího důvodu, zabití (§ 141), které se odlišuje od vraždy tím, že existuje polehčující okolnost, jež ubírá činu na chladnokrevnosti (konkrétně jsou uvedeny jako polehčující okolnosti např. silné rozrušení ze strachu, úleku, zmatku nebo jiné omluvitelné hnutí mysli anebo důsledek předchozího zavrženíhodného jednání poškozeného), usmrcení z nedbalosti (§ 143) a účast na sebevraždě (§ 144), která označuje nejen pomoc jiné osobě se sebevraždou, ale i pohnutí druhé osoby k sebevraždě (v obou případech se počítá nejen se sebevraždou dokonanou, ale i pokud se jednalo o neúspěšný pokus o sebevraždu).

Stejný zákon se zabývá i „*Trestnými činy ohrožující život nebo zdraví*“. Mezi ně patří i trestný čin neposkytnutí pomoci (§ 150), pro zdravotníky pak specificky druhý odstavec tohoto nařízení. Jedná se o neposkytnutí pomoci „*osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví nebo vážného onemocnění*“. i takto může být posouzeno jednání, pokud zdravotník bude respektovat neprávoplatné DVPN.

Dále je nutné uvést i „*Trestné činy proti zdraví*“ vymezené §§ 145–148. Těžké ublížení na zdraví dle § 145 a ublížení na zdraví dle § 146 se týká úmyslných činů. Proto se problematiky DVPN spíše nebude týkat. v případě pochybení při rozhodování o DVPN a přežití pacienta (např. nerespektování platného DVPN) by zdravotník mohl být nejpravděpodobněji postihnut za ublížení na zdraví z omluvitelné pohnutky dle § 146a nebo za těžké ublížení na zdraví z nedbalosti dle § 147 či za ublížení na zdraví z nedbalosti dle § 148.

Jednání proti občanskému právu

Nerespektování platného DVPN pak může být posuzováno jako zásah do integrity §§ 93–103 občanského zákoníku 89/2012 Sb. Jedná se předpis zakazující „*zasáhnout do integrity jiného člověka bez jeho souhlasu uděleného s vědomím o povaze zásahu a o jeho možných následcích*“ (Odst. 1 § 93 zk. 89/2012 Sb.). Následující paragrafy se týkají DVP, jelikož souvisí s nutností písemného poučení pacienta: § 94 odst. 1 udává povinnost srozumitelně vysvětlit povahu zákroku, člověku, kterému má být zákrok proveden, a to takovým způsobem, aby osoba rozuměla „*způsobu a účelu zákroku včetně očekávaných následků i možných nebezpečí pro její zdraví, jakož i to, zda přichází v úvahu případně i jiný postup*“. Obsahem § 97 je možnost odvolání souhlasu jakýmkoli způsobem (odst. 1), přičemž je však možné považovat odvolání v jiné než písemné formě za neprovedené, pokud je nejistota v tom, zda pacient souhlas odvolal. Samotné DVP je obsaženo § 98 odst. 2: „*Při zákroku i při udělení souhlasu se vezme zřetel na dříve vyslovená známá přání člověka, do jehož integrity má být zasazeno*“.

Sebevražda

Sebevraždou rozumíme násilí či jiné jednání vedené osobou proti sobě samé s vědomým úmyslem ukončit vlastní život. Jedná se o poruchu sebezáchovy. Je možné ještě sebevraždu odlišit od nechtěného sebezabití, kde se podobně jako u zabití nejedná o úmyslný čin, ale spíše nehodu, a od sebeobětování, kde je důvod smrti na rozdíl od sebevraždy altruistický. (Jáchymová 2008, 8)

Eutanázie

Slovo eutanázie (z řeckého eu thanatos – dobrá smrt) se obecně používá pro jednání lékaře, které navodí smrt pacienta. Tento čin by měl být vždy veden se záměrem snížit utrpení pacienta (Vácha et al. 2012, 233). u nás, na rozdíl od některých evropských zemí, není eutanázie legalizována, ačkoliv je dlouhodobě vedena debata s mnoha argumenty pro i proti jejímu uzákonění (Vácha et al. 2012, 238–264; Doležal 2017b, 219–223).

Eutanázii lze rozdělit na vícero skupin podle způsobu provedení. v základu, aby se čin mohl nazývat eutanázií, je třeba splnění tří podmínek: „*lékař musí mít úmysl pacienta zabít, pacient musí o eutanázii aktivně požádat a lékař musí eutanázii provést*“ (Vácha et al. 2012, 234).

Pasivní eutanázie

Další, různou měrou pozmeněné, varianty byly kategorizovány vlastními názvy. Eutanázie, jejíž definice je uvedena výše, bývá nazývána též jako aktivní. Pasivní eutanázie pak značí odepření život podporující léčby, což vede ke smrti pacienta (Doležal 2017b, 24, 223–225). Je však nutné na tomto místě podotknout, že termín „pasivní eutanázie“ není všeobecně všemi autory přijímán. Často může být zaměňován s termíny upuštění od marné léčby, nezahájení život udržující léčby, ukončení život udržující léčby a paliativní sedací (viz dále). Tím je myšleno například zanechání farmakologické podpory oběhu a umělé plicní ventilace u pacienta, u kterého tyto podpůrné prostředky nepřinášejí zlepšení zdravotního stavu ani pro něj nejsou prospěšné. v takovém případě bývá tento postup považován právníky za *lege artis*. pro zachování plurality názorů je nutné uvést, že je možné se v tomto smyslu setkat s problematickým termínem „*terapeutická pasivita na konci života*“ (Černý 2014; Doležal 2017b, 25; Loučka et al. 2015, 16–17).

Černý (2014) při rozdělení považuje za klíčové, jaké jednání je pasivní eutanázií a které ne, tedy určení intence konajícího. Tímto způsobem je, jak dokazuje na příkladech, možné pasivní eutanázií odlišit od nezahájení nebo ukončení život udržující léčby a paliativní sedace. Aby se jednalo o pasivní eutanázií, musí být splněno, že dochází k nezahájení nebo ukončení život udržující léčby, hlavním nebo jedním z hlavních důvodů takového jednání je smrt pacienta a důvodem tohoto jednání je přesvědčení lékaře, že smrt je v nejlepším zájmu pacienta.

Pasivní eutanázie dle Černého 2014 není jednání, kdy jde o čin „*nezahájení/ukončení léčby, která pacientům nepřináší žádný skutečný prospěch (měřený např. kvalitou života a možností zlepšení zdravotního stavu), jehož intencí není ukončit život pacienta, nýbrž futilní (zbytečné) léčby*“.

Dále se nejedná o pasivní eutanázií, pokud není poskytnuta péče z důvodu „*nákladnosti a nedostatečné efektivity*“ a pokud pacient příslušnou léčbu odmítl, a to i v případě, že „*by pacientovou intencí bylo ukončit svůj život, pokud lékař jeho intenci nesdílí, nejedná se o pasivní eutanázií*“.

Nevyžádaná eutanázie

Dále je možné se setkat s dělením na eutanázií vyžádanou, nevyžádanou a nucenou. ve své podstatě by měla být eutanázie vždy vyžádaná. Nevyžádaná eutanázie je taková, kdy je pacientův život ukončen, aniž by s tím pacient souhlasil. jako takovou můžeme nevyžádanou eutanázií snadno považovat za vraždu. Stejně lze označit i nucenou eutanázií,

tedy eutanázii, která byla provedena proti vůli pacienta, avšak pro jeho prospěch (se záměrem snížit jeho utrpení). (Doležal 2017b, 24)

Asistovaná sebevražda

O asistovanou sebevraždu nebo (méně pejorativně) asistované sebeusmrcení se jedná, pokud lékař pacientovi zprostředkuje na jeho žádost smrtící látku, aby si ji pacient následně podal sám. Rozdíl je v tom, že samotný akt není přímo v rukou pomocníka, potažmo lékaře v případě lékařsky asistované sebevraždy či usmrcení. (Doležal 2017b, 24–25)

Nepřímá eutanázie

Dalším v literatuře používaným termínem je eutanázie nepřímá. Bývá definována jako nezamýšlené usmrcení pacienta v důsledku podávání léků na tlumení bolesti v terminálním stavu nemoci. Použití termínu eutanázie v tomto kontextu je však považováno spíše za nevhodné. Urychlení smrti či zkrácení života jsou další termíny označující tento druh eutanázie (Doležal 2017b, 25). Doležal (2017b, 25) a Loučka et al. (2015, 17) však zmiňují studii, která dokládá, že paliativní sedace za prvé nezkracuje délku života sedovaného a za druhé nemůže být považována za druh eutanázie, neboť je možné ji v jejím průběhu přerušit.

Dystanázie

Pokud je eutanázie předčasné (nepřirozené) ukončení života pacienta se záměrem zkrátit jeho utrpení, pak lze dystanázii definovat jako umělé (nepřirozené) prodlužování umírání vedoucí k prodloužení utrpení pacienta. (Haškovcová 2007, 32–33)

Do Not Resuscitate, do Not Attempt Resuscitation

Příkaz neresuscitovat (anglicky do Not Resuscitate, zkratka DNR) je založený na paternalistickém přístupu lékaře k pacientovi, kdy lékař klinicky zhodnotí pacientův stav, a dojde k úsudku, že resuscitace pacientovi nepřinese žádný užitek (viz upuštění od marné léčby). Tento postup není nijak právně podmíněn, až na postulát, že neindikovaná léčba je léčba kontraindikovaná. Zároveň je název DNR využíván ve spojitosti s DVPN nebo dokonce jako jeho synonymum pro DVPN. (Marx 2010, 18–36). Pokud mluvíme o resuscitaci a příkazu neresuscitovat, je nutné podotknout, že ne pokaždé je výsledek resuscitace úspěšný. dle dlouhodobých záznamů celková úspěšnost resuscitace nepřesahuje hranici 45 % (Šeblová a Knor 2018, 119). i proto byl zaveden termín Do-Not-Attempt-Resuscitation (DNAR, Nepokoušet se o resuscitaci) aby bylo jasné, že každá KPR je pouze pokusem o obnovení životních funkcí. Jiným možným termínem je Allow Natural Death (AND, Umožnit přirozenou smrt), který však není terminologicky vhodný pro určité situace (Breault 2011)

2.3 Dříve vyslovené přání ve světle soudobých směrů lékařské etiky

Soudobá lékařská etika není kvůli ústupu paternalistického přístupu lékaře k pacientovi založena primárně na přesvědčení o správném jednání založeném na nějakém etickém směru. Staré etické směry nevzaly za své, pouze se staly součástí široké základny dalších směrů. Po poučení z různých excesů lékařství z 20. století je nyní v etice pohled otočen z „jak se mám chovat morálně správně“ na „jaké mé chování je správné vůči pacientovi“ (Vácha et al. 2012).

V roce 1979 byl Beauchampem a Childressem vytvořen všeobecně uznávaný systém čtyř principů, které se staly součástí moderní lékařské etiky (Vácha et al. 2012, 55-59). v podobném smyslu – založená na čtyřech principech, byla v roce 1998 vydána Barcelonská deklarace. Jelikož se její obsah úzce pojí s prostředím evropských států a jejich ústav, je nutné ji zde uvést. (Kemp – Rendtorff 2007).

Čtyři principy dle Beaucampa a Childresse

Vymezeny byly tyto principy: neškodění (nonmaleficence), dobřečinění (beneficence), autonomie (autonomy) a spravedlnost (justice). jako základní obecné principy jsou tyto čtyři principy samostatně funkční. Problém nastává, pokud dojde ke konfliktu těchto principů navzájem, jelikož neexistuje žádné jasné řešení. Též je nutné podotknout, že tyto principy nejsou universální a všespasitelné. (Vácha et al. 2012, 55–56)

První dva principy jsou jasné již podle názvu. Podstatou principu nonmaleficence je vědomě neškodit svým jednáním, tedy neškodit léčbou pacientovi. Bezohledné či nerozumné riziko poškození druhého je považováno za nerozumné. Principem beneficence rozumíme jednání pro dobro pacienta a prevence škody pacienta, případně její odstranění. Oba tyto principy vycházejí z Hippokratovy přísahy (Vácha et al. 2012, 56; McCornick 2013).

Princip autonomie je založen na svobodě kompetentního jedince s dostatečným množstvím informací rozhodovat o své další léčbě. Forma, jakou o sobě pacient rozhoduje, je přijetí či odmítnutí léčby (informovaný souhlas, informovaný nesouhlas a negativní reverz). Další právo, související s principem autonomie, je možnost nahlížet do vlastní zdravotnické dokumentace a právo zvolit si svého ošetřujícího lékaře. Důsledkem respektování autonomie je sdílená odpovědnost za zdravotní stav pacienta mezi ním a lékařem. Jejich vztah je proto více partnerský (Vácha et al. 2012, 57; McCornick 2013).

Princip spravedlnosti je založený na spravedlivém rozložení prostředků mezi všechny. Tento princip je komplikovaný, a to kvůli vždy přítomnému nedostatku zdrojů (např. financí). Možností, jak dosáhnout spravedlnosti, je víc. (Vácha et al. 2012, 55-59, McCornick 2013).

Dříve vyslovené přání stojí právě na principu respektování autonomie pacienta. Podmínkou v tomto případě nemusí být přímé přání zemřít na rozdíl od eutanázie (viz podkapitola Eutanázie). Předem vyslovené přání nelze zaměňovat za lékařský příkaz Do-not-resuscitate (viz podkapitola do Not Resuscitate, do not attempt resuscitation), kde je naopak respektováno právo pacienta na důstojnou smrt, které stojí na principu nonmaleficence (Ptáček – Bartůněk a kol. 2011, 492, 495; Matějek 2012, 22–38; Doležal 2017, 24–25).

Barcelonská deklaráce

Barcelonská deklaráce je založena na společných hodnotách, a především na základních právech napříč ústavami evropských států (Kemp – Rendtorff 2007, 241). Proto jsou její principy našemu prostředí bližší než principy Beauchampa a Chlidresse. Těmito čtyřmi principy jsou autonomie (autonomy), důstojnost (dignity), integrita (integrity) a zranitelnost (vulnerability).

Autonomie je podle autorů složená z pěti prvků: schopnosti vytvářet si v životě smysl a cíle, schopnosti morálního vhledu, regulace vlastního chování a zachování soukromí, schopnosti samostatně uvažovat a jednat bez donucení, schopnosti být odpovědný v osobním životě ve spojení s možností zapojit se do veřejného života, a schopnosti dát informovaný souhlas (Kemp – Rendtorff 2007, 240) Je to právě autonomie jako myšlenka, na jejímž principu (mezi ostatními především schopnosti jako samostatně uvažovat, jednat bez donucení a schopnosti dát informovaný souhlas) stojí dříve vyslovená přání. Právě dříve vyslovená přání posouvají principy autonomie za hranici, za kterou již pacient nemůže být autonomní (Vácha 2010, 11).

Důstojnost vyjadřuje morální status lidské bytosti jednat samostatně a být člověkem se všemi součástmi takového bytí. Součástí je vzetí v úvahu důstojnost druhých (Kemp – Rendtorff 2007, 240).

Integrita označuje nedotknutelnost člověka, zachování jeho důstojnosti, a to z fyzického i psychického hlediska (Kemp – Rendtorff 2007, 240). Jak bylo zmíněno v kapitole Trestné jednání, je to integrita pacienta, která je narušena, pokud není brán ohled na jeho přání. Integrita jako taková je ustanovena i v Listině základních práv a svobod (čl. 7 odst. 1 2/1993 Sb.).

Zranitelnost pak spojuje konečnost a křehkost života s nutností postarat se o zranitelnou lidskou bytost (a dát jí možnost poznat svůj potenciál) (Kemp – Rendtorff 2007, 240). Také tento princip je úzce spjat s aplikací dříve vyloveného přání neresuscitovat, a to vzhledem k nezvratným následkům, které takovéto přání má.

2.4 Vybrané kasuistiky předem vysloveného přání DNR v médiích

Suicidální pacientka s DVPN

Smith (2008) popsal ve svém příspěvku s názvem Refusing to Save Life of Suicide Victim: What We Are Becoming situaci, ke které došlo v nejmenované britské nemocnici. Mladá žena se pokusila o sebevraždu tím, že vypila nemrznoucí kapalinu. do nemocnice byla dopravena při plném vědomí a informovala ošetřujícího lékaře o svém dříve vysloveném přání (resp. living will), ve kterém prohlašovala, že nechce být zachráněna a že si je stoprocentně vědoma důsledků svého jednání. Po konzultaci s právním poradcem se ošetřující lékař rozhodl nezasahovat. Žena druhého dne zemřela.

Na událost lze nahlížet minimálně ze dvou úhlů pohledu. První je názor ošetřujícího lékaře ženy, který neposkytl léčbu s obhajobou, že by se jednalo o protiprávní jednání, pokud by nerespektoval právoplatné a legální přání ženy. Žena by jej mohla napadnout. Bylo jeho povinností se tímto přáním řídit. Druhý pohled je pohled autora článku, tedy jeho kritika vůči rozhodnutí lékaře. Podle něj se jedná o čin poplatný dnešní relativistické době. „*Proč bychom tedy vlastně měli bránit člověku skočit z mostu?*“

Muž s vytetovaným nápisem Neresuscitovat a vlastním podpisem na hrudi

Aledort – Ewenstein (2017) popsali ve svém článku s názvem An Uncoscious Patient with a DNR kasuistiku o 70letém muži, který byl dovezen záchranáři na urgentní příjem. Tento muž měl na hrudi vytetovaný nápis Neresuscitovat a vlastní podpis. Tento muž byl v minulosti léčený s chronickou obstrukční nemocí plic, diabetem mellitem a fibrilací síní. v čase dojezdu záchranné služby na urgentní příjem se nacházel v bezvědomí v důsledku zvýšeného obsahu alkoholu v krvi. Postupně se tento stav prohloubil v hypotensi a metabolickou acidózu (pH 6,81). Veškeré pokusy lékařů o zlepšení reversibilních příčin stavu pacienta selhaly. Nápis na pacientově hrudi byl etickými poradci uznán dostačující k jeho respektování. Navíc bylo zjištěno, že pacient v jiné nemocnici sepsal DVPN. v tomto případě se jednalo o autentické vyjádření přání, nicméně existují i případy, kdy takové tetování nereflektovalo reálné přání pacienta.

4 PRŮZKUMNÁ ČÁST

4.1 Průzkumné otázky

1: Jaký je postoj dotázaných k DVP?

2: Které z vybraných problémů týkajících se DVP neresuscitovat by dotázaní považovali za vhodné změnit, upravit či doplnit?

3: Jakou měrou se dotázaní obávají uvedených rizik spojených s DVPN?

4: Jaký vliv na míru obav má reálná zkušenost s DVP?

4.2 Metodika výzkumu

Jako metoda průzkumu byla vybrána forma dotazníkového šetření. Kvantitativní forma výzkumu dotazníkem před kvalitativní formou byla zvolena pro získání širší základny respondentů v dostupném čase. Chtěným výsledkem tohoto postupu bylo získání většího množství odpovědí a potažmo širší škály získaných dat. Otázky v dotazníku byly formulovány jako uzavřené nebo polouzavřené. Vybrané otázky cílené na názor či přesvědčení pak byly doplněny otevřenou otázkou. Těmito otevřenými otázkami byl zpravidla zjišťován důvod respondentovy odpovědi. Jedna otázka v dotazníku měla otevřenou formu, a to z toho důvodu, aby nebyla respondentovi návodná (viz dále). pro lepší orientaci byla ke každému dotazníku připojena platná legislativní úprava DVP – text § 36 zákona o zdravotnických službách.

Otázky dotazníku tematicky pokrývají problematiku DVP neresuscitovat z hlediska § 36 zákona o zdravotních službách a dalších souvisejících témat popsanych v teoretické části této práce. Dotazník se skládá z 27 otázek doplněných zmíněnými 7 otázkami otevřenými. z 27 otázek se 8 zaměřuje na názor respondentů na konkrétní problematiku týkající se DVPN, 8 otázek má za cíl zjistit jejich názor na spornou situaci spojenou s DVPN, 3 otázky zjišťují subjektivní posouzení míry obav respondentů z vybraných problémů spojených z DVPN, 3 otázky jsou věnovány zjištění postoje respondentů k DVP a smyslem jedné otázky je zjistit, jakou měrou by eticky sporná situace subjektivně ovlivňovala jejich rozhodnutí. Dvě otázky se týkají rozhodnutí na základě určité situace. Tyto otázky jsou spojené s kazuistikami v jiných otázkách, proto je možné srovnat rozhodnutí respondentů a jejich předchozí názor. Tři otázky v dotazníku zjišťují detaily týkající se profesního života respondentů. Odpovědi na tyto otázky budou využity samostatně. Další využití těchto dat je možné ve spojení s dalšími odpověďmi, a to například pro posouzení, zda mohou mít profesní faktory vliv na rozhodnutí respondentů.

Stejně tak je využito i dotazu, zda se respondent setkal s DVP. Další data nebyla získána pomocí otázek v dotazníku, nýbrž sledováním, ze kterého oddělení nebo organizace dotazník pochází. Tato data budou využita pouze v případě, že by bylo možné vypočítat potenciální shodu v odpovědích skupin respondentů dle jejich působiště. Odpovědi na 7 doplňujících otázek jsou kvantifikovány do kategorií podle shodnosti odpovědí a následně prezentována jako ostatní data.

Ještě před provedením průzkumu byla provedena pilotáž skrze distribuci dotazníku mezi pět studentů posledního ročníku oboru zdravotnický záchranář a také mezi pět vybraných nelékařských zdravotnických pracovníků. Dotazník byl také v rámci pilotáže konzultován s nezávislým akademickým pracovníkem, který se této problematice věnuje. Na základě jejich připomínek byly některé otázky byly upraveny pro lepší srozumitelnost a také byla upravena jedna otázka kvůli jejímu návodnému charakteru.

Pro výběr skupin respondentů byla zvolena dvě kritéria. Prvním byla zvýšená pravděpodobnost zkušenosti s resuscitací, se kterou souvisí i zkušenosti s postresuscitační péčí a s následnou prognózou pacienta po resuscitaci. jako druhé kritérium byla zvolena předpokládaná vyšší pravděpodobnost setkání s DVP(N).

Z tohoto důvodu byli osloveni zdravotničtí pracovníci v přednemocniční péči a zdravotníci působící na nemocničních odděleních s resuscitačním týmem. Jednalo se celkem o 10 oddělení v rámci třech nemocnic v jednom kraji a také o jednu krajskou organizaci zdravotnické záchranné služby. Jedna z vybraných nemocnic je nemocnice s velmi specializovanými pracovišti vyšší úrovně a druhé dvě jsou všeobecné okresní nemocnice. Vybrány byly celkem tři oddělení anesteziologicko-resuscitační péče, jedno oddělení urgentní péče, čtyři specializovaná interní oddělení intenzivní péče, jedno všeobecné interní oddělení intenzivní péče a dvě specializovaná chirurgická oddělení intenzivní péče.

Samotné distribuci dotazníků předcházela domluva s managementem organizací a za domluvených podmínek byly uděleny souhlasy s provedením dotazníkového průzkumu. Mezi zaměstnance nemocnic byly dotazníky distribuovány prostřednictvím managementu jednotlivých oddělení, a to v tištěné formě. Naopak mezi zaměstnance zdravotnické záchranné služby byly dotazníky distribuovány plošně v elektronické podobě.

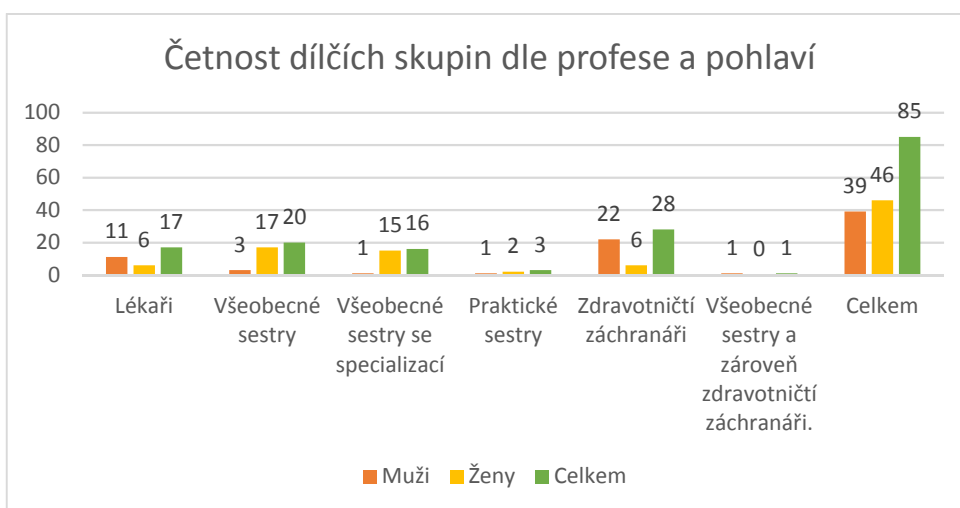
Průzkum probíhal dva týdny, což se ukázalo jako dostatečně dlouhá doba. Většina dotazníků totiž byla vyplněna během prvního týdne po spuštění dotazníkového šetření, což bylo patrné z elektronického sběru dat.

Získaná data byla zanesena do tabulky zdrojových dat, následně byla roztríděna a podle potřeby kvantifikována. Analýza těchto dat byla provedena formou jednoduché deskriptivní statistiky. Informace získané pomocí otevřených otázek sloužily k objasnění dat a k jejich lepšímu pochopení. Zjištění získaná na základě dat a komentářů mohou být pro přehlednost znázorněna pomocí tabulek. Dále bylo pro lepší interpretaci užito grafů, které byly využity především při porovnávání dvou a více otázek.

4.3 Sumarizace a evaluace získaných dat

Celkem bylo získáno 87 dotazníků. Dva dotazníky byly z výzkumného vzorku vyřazeny z důvodu nedostatečného zodpovězení hlavních otázek. ze zbývajících vyplněných dotazníků je 35 (43,75 %) z prostředí přednemocniční péče a 50 (62,25 %) od respondentů působících na nemocničních odděleních. Je nutné podotknout, že tyto údaje uvádí pouze prostředí, ve kterém byly dotazníky získány, nemusí se jednat o reálné působení respondentů, jelikož mnozí z nich mohou pracovat v obou prostředích.

Ačkoli byly následující údaje získány na základě odpovědí na poslední tři otázky v dotazníku, jsou i tak uvedeny na počátku tohoto zhodnocení pro uvedení základních souvislostí.



Obrázek 1: Četnost dílčích skupin sledovaného vzorku dle profese a pohlaví.

Pro přehled jsou data týkající se četnosti pohlaví a profese respondentů znázorněna v grafu (Obrázek 1). z 85 respondentů bylo 46 žen a 39 mužů. Nejpočetnější skupinou respondentů

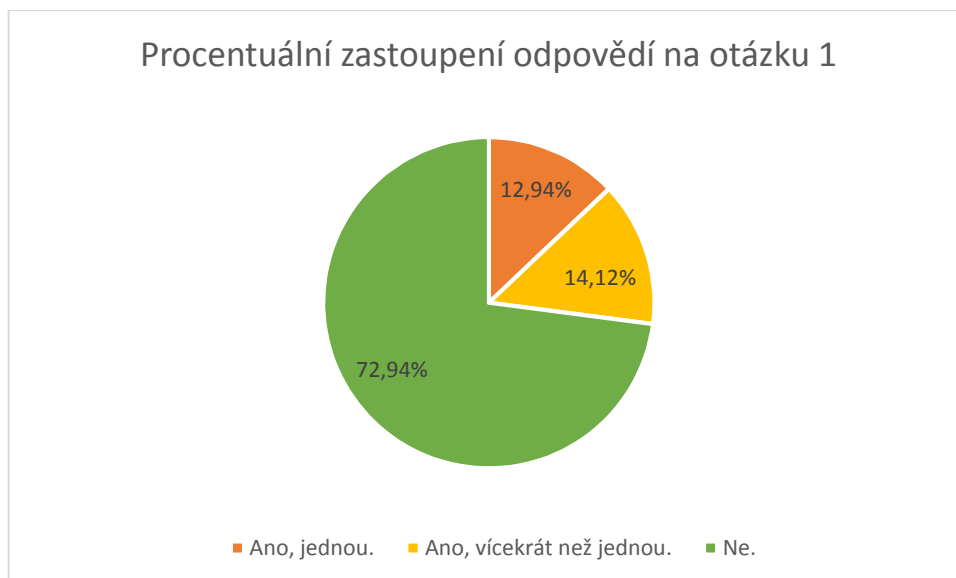
byly všeobecné sestry, kterých z celkového souboru odpovědělo 37. Z toho 16 všeobecných sester má nějakou specializaci. Jedna všeobecná sestra navíc byla zároveň zdravotnickým záchranářem. Tato poslední zmíněná a dvě další z celkového souboru (celkem tedy tři) působili v přednemocniční péči. Záměrně bylo použito v předchozí větě mužského rodu, jelikož svými odpověďmi přispělo i 5 všeobecných sester-mužů. Praktické sestry byly mezi respondenty zastoupeny třemi jedinci, dvěma ženami a jedním mužem. z celkového počtu 28 zdravotnických záchranářů pouze jeden odpovídal z prostředí lůžkové péče. Záchranářů vyplnilo dotazník 22, záchranářek 6. Lékařů odpovědělo 17, z toho 6 lékařek. Pět lékařů z celkového počtu uvedlo, že působí v přednemocniční péči.

Dalším sledovaným údajem byla délka praxe respondentů ve zdravotnictví. Ta se pohybovala mezi 1 rokem a 42 léty. Průměr je 13,4 let. Nejdelší dobu strávili ve zdravotnictví lékaři a všeobecné sestry, což dává smysl, jelikož se jedná o profese s dlouho tradicí. Lékaři pracují ve zdravotnictví průměrně 15,6 let (nejkratší uvedená doba praxe 3 roky, nejvyšší uvedená doba 35 let). Všeobecné sestry pracují ve zdravotnictví průměrně 15,8 let, u všeobecných sester se specializací dokonce 17,3 let (nejkratší uvedená doba praxe 1,3 roku, nejvyšší uvedená doba 42 let). Zdravotničtí záchranáři a praktické sestry mají středními hodnotami poměrně kratší dobu praxe. Zdravotničtí záchranáři průměrně strávili ve zdravotnictví 5,5 let (nejkratší uvedená doba praxe 1 rok, nejdelší uvedená doba 40 let) a praktické sestry 10,4 let (nejkratší uvedená doba praxe 3 roky, nejdelší uvedená doba 10 let). Mezi záchranáři se našly tři respondentky, které za sebou mají 29, 30 a 40 let zkušeností v oboru (nejdelší doba praxe, přehlédneme-li tyto extrémní hodnoty je u zdravotnických záchranářů 20 let). Mohou to být původem všeobecné sestry, které se hlásí k profesi Zdravotnický záchranář.

Dotazníková otázka 1:

Setkal/a jste se někdy u pacientů s dříve vysloveným přáním neresuscitovat?

Nabízené odpovědi byly: „Ano, jednou“, „Ano, vícekrát než jednou“ a „Ne“



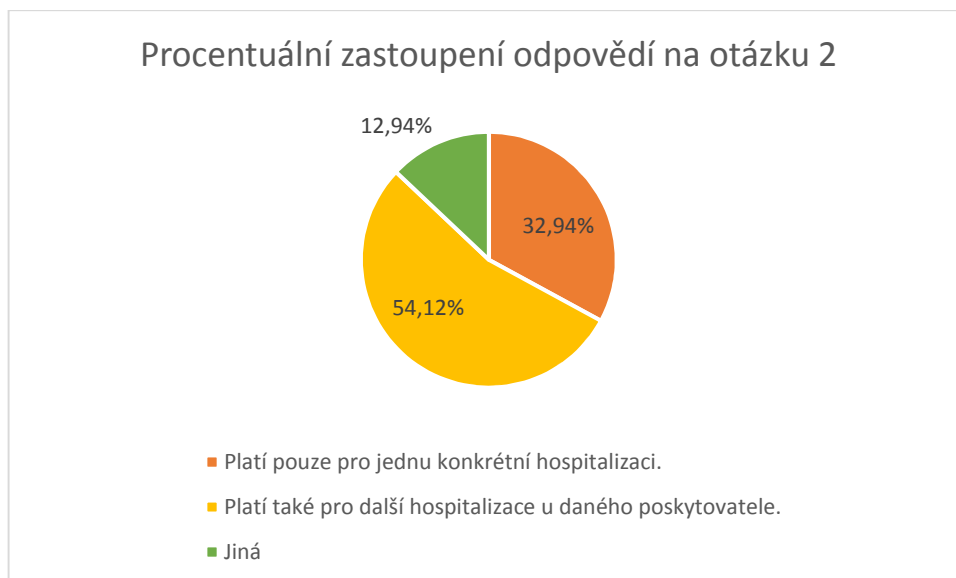
Obrázek 2: Graf procentuálního zastoupení odpovědí na otázku č. 1.

11 respondentů (12,94 % z celkového počtu) uvedlo, že se s DVPN setkali jednou. 12 respondentů (14,12 % z celkového počtu) prohlašuje, že se s ním setkali dokonce vícekrát než jednou, 62 zdravotníků (72,94 % z celkového počtu) se s DVPN nikdy nesešlo. Koláčový graf (Obrázek 2) slouží k názornější prezentaci těchto dat.

Dotazníková otázka 2:

Mezi právníky neexistuje shoda ohledně platnosti dříve vysloveného přání učiněného v průběhu hospitalizace. Někteří se domnívají, že takovéto přání platí pouze pro tuto jednu konkrétní hospitalizaci, jiní pak, že platí i pro další hospitalizace u tohoto poskytovatele. Jaký je Váš názor?

Nabízené odpovědi byly: „Platí pouze pro jednu konkrétní hospitalizaci.“, „Platí také pro další hospitalizace u daného poskytovatele.“ a „Jiná“ (s nabídnutým prostorem pro vepsání vlastní odpovědi).



Obrázek 3: Graf procentuálního zastoupení odpovědí na otázku č. 2.

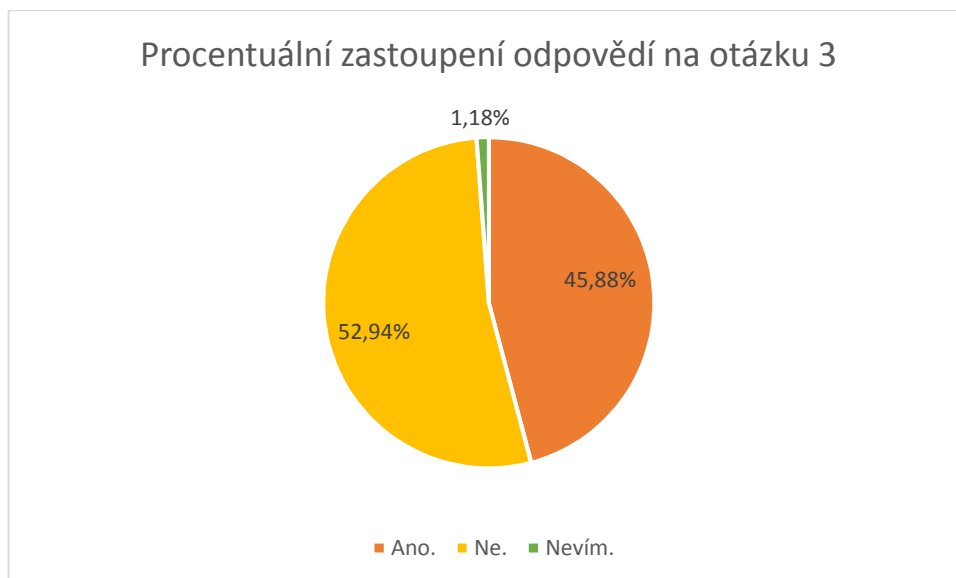
Většina, tedy 46 (54,12 %) respondentů, se ztotožnila s názorem, že DVPN i pro další hospitalizaci, 28 (32,94 %) respondentů uvedlo, že by DVPN mělo platit pouze pro jednu konkrétní hospitalizaci, a 11 respondentů (12,94 %) vepsalo vlastní odpověď. Relativní četnost uzavřených odpovědí na otázku 2 je také znázorněna grafem (Obrázek 3). Tři z nich zastávají názor, že by takovéto přání mělo být platné do odvolání, tři další si myslí, že by měl být zvolen individuální přístup při tvorbě DVPN, jeden respondent navrhuje, aby přání bylo platné i pro jiné hospitalizace u jiného poskytovatele, a jeden respondent uvedl, že by mělo toto DVPN platit pět let a jeden respondent vepsal odpověď „*Nevím.*“

Této otázce se týkají následující tři otázky, které ji aplikují formou kazuistiky na různé situace.

Dotazníková otázka 3:

Kazuistika: pacient hospitalizovaný na plicním oddělení s astmatem v průběhu hospitalizace učiní DVPN. Jeho zdravotní stav se zlepší a je propuštěn. Krátce poté se na oddělení vrací kvůli těžké klidové dušnosti způsobené astmatem a následně dochází k zástavě oběhu. Je podle Vás správné jej resuscitovat (bez ohledu na aktuální legislativu ČR)?

Nabízené odpovědi jsou „*Ano.*“ a „*Ne.*“ Respondenti měli možnost též vepsat důvod svého rozhodnutí.



Obrázek 4: Graf procentuálního zastoupení odpovědí na otázku č. 3.

Odpověď „Ano.“ zvolilo 39 respondentů (45,88 %). jako důvod svého rozhodnutí pětkrát uvedli dobrou budoucí kvalitu života pacienta. Třem respondentům záleželo na detailech DVPN, jiným 3 záleželo na prognóze pacienta. Tři respondenti také uvádějí, že by mohlo dojít ke změně postoje pacienta. Dva respondenti své rozhodnutí považují za obhajitelné, protože neresuscitovat je nevrátne. Individuálními důvody pro rozhodnutí resuscitovat byly altruismus, možnost dát pacientovi ještě šanci změnit rozhodnutí, subjektivní neexistence důvodu neresuscitovat, odvolání na právní normy, soulad se svědomím a nejistota.

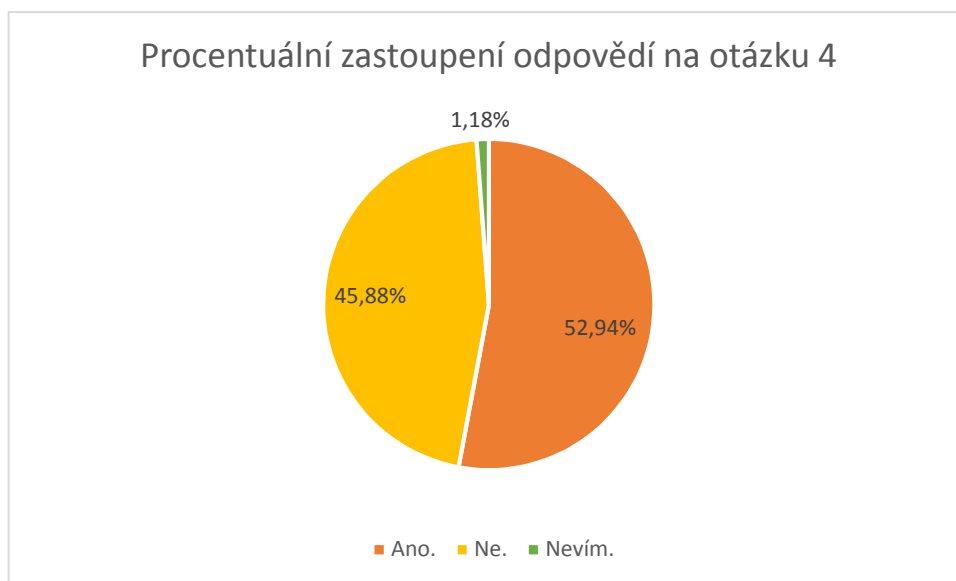
Odpověď „Ne.“ zvolilo 45 respondentů (52,94 %). Mezi důvody pro toto rozhodnutí převládalo respektování DVPN (33 respondentů). u 2 respondentů by záleželo na konkrétní situaci a detailech DVPN. Respektování DVPN spojené se špatnou prognózou považovali za důvod k rozhodnutí 4 tazání. Jeden tazáný uvádí, že by bylo třeba zhodnotit fyzický a psychický stav pacienta, a jeden se odvolává na rozhodnutí lékaře.

Jeden respondent (1,18 %) uvedl jako odpověď „Nevím.“ s odvoláním na nedostatek informací o pacientovi pro rozhodnutí. Grafické srovnání dat umožňuje graf výše (Obrázek 4).

Dotazníková otázka 4:

Pokud by byl pacient z otázky č. 3 krátce po propuštění opět přijat do stejného zdravotnického zařízení pro plicní embolii způsobenou nediagnostikovanou hlubokou žilní trombózou, která vznikla v souvislosti s hospitalizací, bylo by podle Vás správné jej v případě zástavy oběhu resuscitovat (bez ohledu na aktuální legislativu)?

Nabízené odpovědi jsou „Ano.“ a „Ne.“ Respondenti měli možnost též vepsat důvod svého rozhodnutí.



Obrázek 5: Graf procentuálního zastoupení odpovědí na otázku č. 4.

Odpověď „Ano.“ zvolilo o 7,06 % více respondentů než v předchozí otázce – jednalo se tedy o 45 respondentů (52,94 %). Nejčastějším uvedeným důvodem byl stav nesouvisející s původní diagnózou (7 respondentů). Existence možnosti léčby je důvodem rozhodnutí pro 6 tazáných. Čtyřem respondentům chyběly detaily dříve vysloveného přání a pro 3 byla rozhodující dobrá budoucí kvalita života pacienta. Tentokrát pouze 2 respondenti zastávají názor, že pacient mohl změnit názor. Podle 2 zdravotníků je třeba resuscitovat, protože stav pacienta je chybou zdravotníků. To, že nebylo znovu vysloveno DVPN, bylo důvodem pro rozhodnutí dalších dvou, kteří si stojí za svým názorem z otázky č. 2, kde odpovídali, že by mělo být DVP platné pouze pro jednu hospitalizaci. Individuálními důvody jsou pak odvolání na právní normy, altruismus, neexistence důvodu neresuscitovat, soulad se svědomím, obhajitelnost (neresuscitovat je nevratné), dobrá budoucí kvalita života a zároveň chyba zdravotníků.

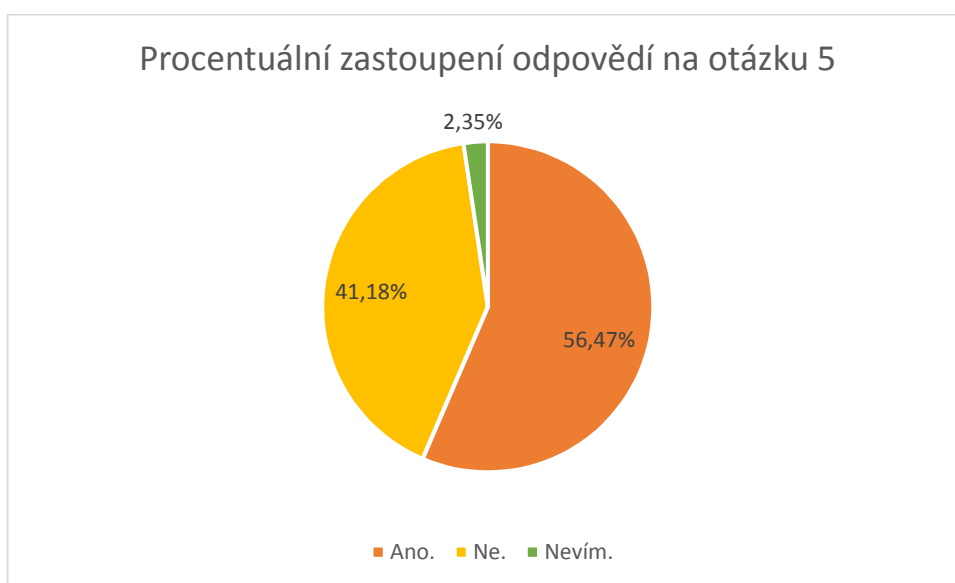
Odpovědi „Ne“ ubylo – odpovědělo tak 39 (45,88 %) respondentů. z toho 31 respondentů uvedlo jako důvod rozhodnutí respekt k DVPN. pro dva byla rozhodující negativní zdravotní prognóza pacienta. Jeden uvedl jako důvod jak respekt k DVPN, tak i negativní zdravotní prognózu. Jeden uvádí za důvod k rozhodnutí zkušenost. Jeden si klade podmínku zhodnocení fyzického a psychického stavu pacienta.

Jeden respondent (1,18 %) vepsal odpověď „Nevím“ s odůvodněním neznalosti souvislostí. Grafické srovnání dat umožňuje předchozí graf (Obrázek 5).

Dotazníková otázka 5:

Pokud by byl pacient z otázky č. 3 přijat kdykoli po propuštění do stejného zdravotnického zařízení jako oběť dopravní nehody, bylo by podle Vás správné jej v případě zástavy oběhu resuscitovat (bez ohledu na aktuální legislativu)?

Nabízené odpovědi jsou „Ano.“ a „Ne.“ Respondenti měli možnost též vepsat důvod svého rozhodnutí.



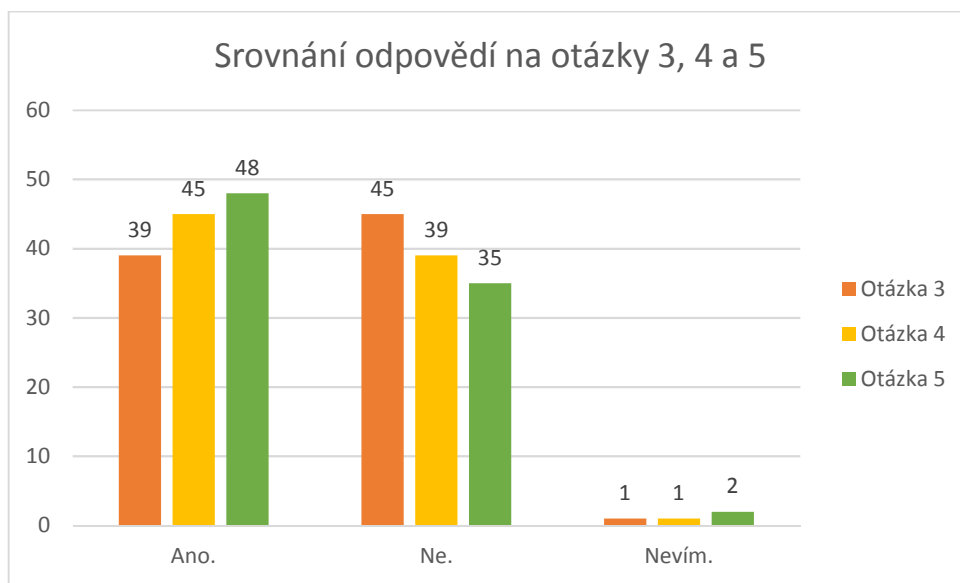
Obrázek 6: Graf procentuálního zastoupení odpovědí na otázku č. 5.

Pro odpověď „Ano“ se rozhodlo 48 (56,47 %) respondentů. Argument, že stav nesouvisí s původní diagnózou tentokrát uvedlo 13 respondentů. Deseti jiným respondentům však záleží na prognóze pacienta a čtyřem na detailech DVPN. Podle 4 je DVPN u traumat druhořadé. Dva tazání se odvolávají na právní normy. Individuálními důvody jsou altruismus, možná změna postoje pacienta, neexistence důvodu neresuscitovat, soulad se svědomím, obhajitelnost (neresuscitovat je nevratné) a existence možnosti léčby. Jeden si stojí za svojí odpovědí z otázky 2, tedy že nebylo znovu vysloveno DVPN.

Pro odpověď „Ne“ se rozhodlo 35 respondentů (2,35 %). z nich 27 uvedlo jako důvod respektování DVPN a jeden respektování DVPN v kombinaci se špatnou prognózou.

Dva respondenti (2,35 %) vepsali odpověď „Nevím“ s odůvodněním nemožnosti posouzení na základě poskytnutých informací. Grafické srovnání dat umožňuje předchozí graf (Obrázek 6).

Vzhledem k tomu, že jsou tyto tři otázky řazeny od méně sporné po nejspornější, byly odpovědi pro názornost zpracovány do grafu (Obrázek 7). S tím, jak ubývá souvislostí mezi původním onemocněním a aktuální hlavní diagnózou, ubývá respondentů, kteří by neresuscitovali.



Obrázek 7: Srovnání četností odpovědí na otázky č. 3, 4 a 5.

Dotazníková otázka 6:

Domníváte se, že by DVPN mělo být uplatnitelné také u nezletilých? (Pod rozumovou vyspělostí rozumějte schopnost nezletilého porozumět dopadům a důsledkům DVPN.)

Nabízené odpovědi byly „Ano, mělo, a to od určeného věku s ohledem na rozumovou vyspělost.“, „Ano, mělo, a to od určeného věku bez ohledu na rozumovou vyspělost.“, „Ano, mělo, a to bez ohledu na věk a rozumovou vyspělost.“, „Ano, mělo, a to s ohledem na rozumovou vyspělost, bez ohledu na věk.“, „Ne, nemělo.“ a „Jiná.“ s prostorem k vepsání vlastní odpovědi. Respondenti měli možnost uvést navrhovaný věk člověka, od kterého by mělo být jeho přání legálně respektovatelné.



Obrázek 8: Četnost odpovědí na otázku č. 6.

V souladu s aktuální podobou legislativy většina respondentů (56 – 65,88 %) vybrala možnost „*Ne, nemělo*“. Odpověď „*Ano, mělo, a to s ohledem na rozumovou vyspělost, bez ohledu na věk.*“ zvolilo 12 (14,12 %) respondentů. 8 (9,41 %) respondentů uvedl, že by mělo být umožněno nezletilým od daného věku vytvářet respektovatelné DVP. z nich polovina je přesvědčena, že by měl být brán ohled na rozumovou vyspělost jedince a druhá uvádí, že to není třeba. Jeden (1,18 %) respondent by umožnil nezletilým vytvářet legální DVP, a to bez ohledu na jejich rozumovou vyspělost. pro grafické srovnání četností slouží výše uvedený graf (Obrázek 8).

Pět respondentů, kteří vybrali odpověď „*Jiná.*“, by umožnilo vytvářet nezletilým DVP dle jejich diagnózy. Jeden respondent by pak při tvorbě DVP u nezletilých volil individuální přístup dle „*komunikace s nezletilým a zákonnými zástupci*“. Dva respondenti uvedli odpověď „*Nevím*“.

Četnost navrhovaných věkových hranic pro legální vytvoření DVP je uvedena pro přehlednost v následující tabulce (Tabulka 1).

Tabulka 1 Četnost navrhovaných věkových hranic pro legální vytvoření DVP

Navrhovaný počet let	Četnost odpovědí
8 let	1
14 let	1
15 let	5
16 let	2
17 let	2
19 let	1
20 let	2
21 let	1
Podle případu. u infaustních prognóz rozhodně. Viz onkologie atp.	1

Mezi respondenty, kteří uvedli svůj názor ohledně věkové hranice pro tvorbu DVP, převažuje názor, že by nezletilí mohli vytvářet DVP od věku 15 let, případně o rok nebo dva roky později. Čtyři respondenti by naopak posunuli možnost vytvořit DVP až za hranici zletilosti, od které dnes může člověk vytvářet DVP.

Dotazníková otázka 7:

Při přípravě legislativy k dříve vysloveným přáním bylo diskutováno, zda platnost DVP omezit. Zamyslete se, prosím, nad argumenty pro a proti omezení, a uveďte níže alespoň jeden argument pro omezení platnosti a alespoň jeden argument proti omezení platnosti.

Forma otevřené otázky byla zvolena po konzultaci s vedoucí této práce, neboť původní návrh otázky, který obsahoval příklady argumentů pro omezení platnosti, byl připomínkován v rámci pilotáže, a to pro svou návodnost. Otevřená otázka byla jedinou shledanou možností, jak se této návodnosti vyvarovat. Získané odpovědi byly rozříděny do kategorií podle navrhovaného způsobu omezení DVP a následně kvantifikovány.

Nejprve budou popsány získané argumenty pro omezení platnosti. v 33 (38,82 %) případech to byly argumenty pro časové omezení, v 14 případech argumenty pro omezení z důvodu autonomie pacienta, 10 respondentů by omezilo DVP na specifické diagnózy, v 8 případech uvedli obavy ze zneužití a ve 2 případech se argumenty týkaly omezení z hlediska kompetencí k tvorbě DVP.

Argumenty pro omezení DVP z hlediska platnosti se nejčastěji týkaly situace, kdy pacient ve špatné životní situaci vytvoří DVP, ale později, po zlepšení situace, přání nezruší, protože zapomněl, že existuje. Dalším častým argumentem byla šance po uplynutí lhůty platnosti přehodnotit situaci.

Argumenty k omezení platnosti zařazené do kategorie „*autonomie*“ se shodují v respektu ke svobodné vůli pacienta a jeho právu se rozhodnout. Autonomie je spíše argumentem proti omezení DVP. v tomto kontextu odpovědi autorovi nedávají smysl.

Podle respondentů, jejichž argumenty byly zařazeny do kategorie omezení diagnózou, by mělo být umožněno tvořit DVP lidem s infaustními diagnózami (zvláště ve spojení s bolestí).

Nejmenší skupina argumentů se týkala omezení platnosti DVP z hlediska kompetentnosti. Jedná se o argumenty týkající se psychiatrických onemocnění a jejich vlivu na úsudek pacienta.

K argumentům proti omezení platnosti uvedli respondenti nejčastěji opět argumenty týkající se časového omezení (22 respondentů). v 17 případech zvolili argumenty proti omezení z důvodu autonomie pacienta. v 12 případech argumentovali proti omezení situacemi, ve kterých by omezení bylo nepraktické. Čtyři respondenti byli proti omezení platnosti DVP z toho důvodu, že pacient kvůli své nemoci nemusí být schopný obnovit DVP. Nepříjemnost tvorby DVP byla dalším argumentem 2 respondentů.

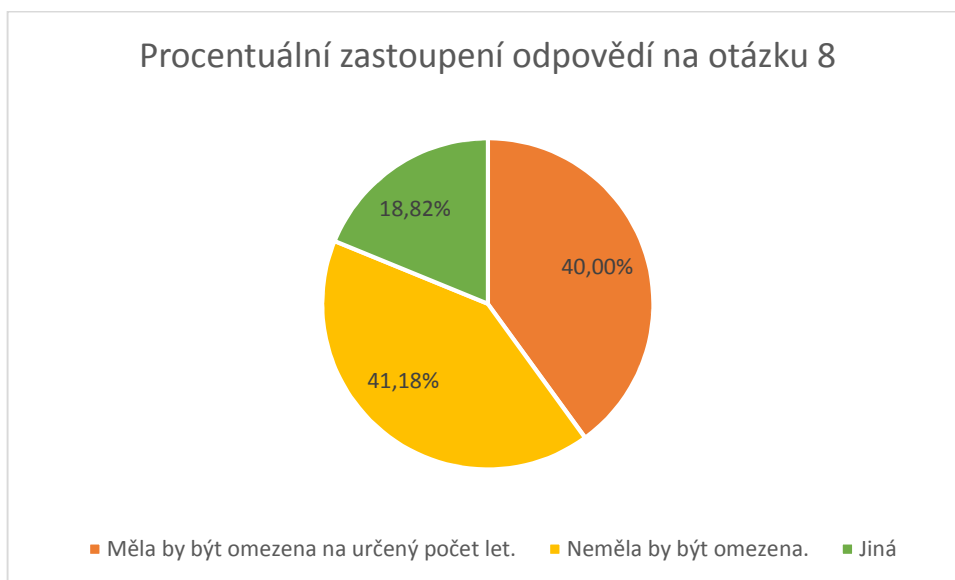
Argumenty týkající se autonomie se nejčastěji shodovaly v respektu k volbě pacienta zacházet se svým životem dle svého uvážení. Argument, že pacient se „*může kdykoliv rozmyslet – změnit svůj názor*“ byl uznán jako vhodný zařazení do kategorie autonomie z důvodu, že rozhodnutí je předmětem autonomie. Je však nutno podotknout, že by bylo možné jej zařadit i do kategorie proti časovému omezení platnosti DVP.

Nepraktičnost omezení DVP 12 respondentů shledávali v pestré škále problémů. Tři respondenti uvedli možnost zneužití. Další individuální argumenty byly „*Statut DVP je systémově zmatený, nefunguje. Pacienti sami už toto dále neřeší. K lůžku akutní péče se informace o DVP dostává dlouho po tom, co by bylo možné se jím řídit.*“, dále „*Cílené suicidium.*“, „*Nesouhlas blízké rodiny.*“, „*Dohadování lékařů, zda to je, nebo není daná situace.*“, „*Nárůst legislativy. Chybějící registr.*“, „*Nezletilost.*“, „*Tlak na jedince ze strany společnosti.*“ a „*Chaos v dokumentaci. Možnost ovlivnění.*“.

Dotazníková otázka 8:

Jaký je Váš názor stran omezení platnosti DVP?

Nabízené odpovědi byly: „*Měla by být omezena na daný počet let.*“, kde měli respondenti možnost vepsat navrhovaný počet let, „*Neměla by být omezena.*“ a „*Jiná.*“ s prostorem k vepsání vlastní odpovědi.



Obrázek 9: Graf procentuálního zastoupení odpovědí na otázku č. 8.

Zastoupení názorů pro omezení na určitý počet let a proti omezení je poměrně vyrovnané. 34 respondentů (40 %) si myslí, že by platnost měla být omezena na určený počet let, 35 (41,18 %) respondentů si myslí, že by platnost neměla být omezena vůbec. Grafické znázornění relativní četnosti (Obrázek 9) slouží k lepší ilustraci získaných dat.

Z 16 respondentů (18,82 %), kteří odpověděli „*Jiná.*“, si 6 myslí, že by měl být volen pro určení platnosti DVP individuální přístup, a 3 považují za nutnou pravidelnou revizi obsahu DVP spolu s edukací pacienta. Individuálními argumenty byly: „*Omezit do odvolání.*“, „*Platnost DVPN neomezena. v souvislosti s hospitalizací nutno pokaždé obnovit.*“ a „*Neomezena s podmínkou souhlasu ošetřujících lékařů s DVP*“.

Navrhovaný počet let omezení je uveden v následující tabulce (Tabulka 2):

Tabulka 2 Četnost jednotlivých odpovědí navrhované doby omezení platnosti DVP

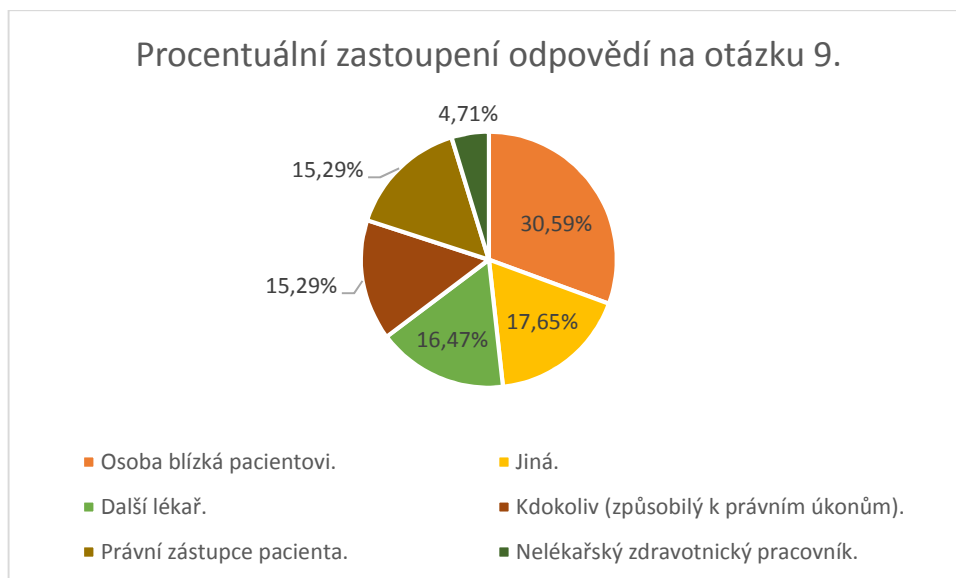
Navrhovaná doba omezení platnosti	Četnost příslušných odpovědí
Bez omezení	33
0,25 roku	1
0,8 roku	1
1 rok	7
2 roky	4
4 roky	1
5 let	10
14 let	1
15 let	2
18 let	7
Ne časem, ale dle okolností.	1
Nejsem schopen určit.	3
Je to věc každého jedince.	1
Ne na roky, ale konkrétní případ, potažmo následné vyléčení.	1

10 respondentů (8,5 %) uvedlo jako počet let, na který by měla být DVP omezena, dobu 14, 15 a 18 let. Jelikož se jedná o hodnoty blízké věkové hranici právní odpovědnosti mladistvých, případně hranici zletilosti v České republice, je možné, že se jedná o dezinterpretaci otázky. Té mohlo být předejito lepší formulací otázky. Bohužel během pilotáže dotazníku nedošlo k situaci, která by na tuto možnou chybu upozornila.

Dotazníková otázka 9:

Pro vytvoření DVPN na počátku a během hospitalizace je třeba, krom podpisu pacienta a lékaře, i podpisu svědka. Kdo by jím podle Vás měl ideálně být?

Nabízené odpovědi jsou „Další lékař.“, „Nelékařský zdravotnický pracovník.“, „Právní zástupce pacienta.“, „Kdokoliv (způsobilý k právním úkonům)“, „Osoba blízká pacientovi“ a „Jiná.“ s prostorem k vepsání vlastní odpovědi. Respondent měl též možnost vepsat důvod svého rozhodnutí.



Obrázek 10: Graf procentuálního zastoupení odpovědí na otázku č. 9.

Nejčastější odpovědí byla „*Osoba blízká.*“, kterou vybralo 26 respondentů (30,59 %). Mezi další odpovědi se přibližně rovnoměrně rozdělila zbývající část respondentů: vlastní odpověď vybralo 15 lidí (17,65 %), odpověď „*Kdokoliv (způsobilý k právním úkonům)*“ vybralo 12 respondentů (15,29 %) a odpověď „*Právní zástupce pacienta*“ vepsalo taktéž 12 respondentů (15,29 %). Možnost „*Nelékařský zdravotnický pracovník*“ vybrali jen 4 tázání (4,71 %). pro větší názornost jsou tyto údaje uvedeny v grafu (Obrázek 10).

Důvody, proč by svědek měl být další lékař, byly: praktičnost z hlediska medicínské praxe (3 respondenti), erudovaný pohled na situaci (2 respondenti), nestrannost (1 osoba), objektivita (1 osoba), informovanost pacienta díky kompetencím lékaře (1 osoba), prevence zneužití (1 osoba), administrativní zjednodušení (1 osoba), vyšší důvěryhodnost (1 osoba) a kompetence (1 osoba).

Respondenti, kteří vybrali možnost „*Kdokoliv (způsobilý k právním úkonům)*“, uvedli, že takto vybrali, protože se domnívají, že postačuje kdokoliv (4 respondenti), kdokoliv pacientem určený, a to kvůli důvěryhodnosti (2 respondenti) nebo nestranná osoba (2 respondenti).

Respondenti, kteří vybrali možnost „*Osoba blízká pacientovi.*“, nejčastěji (v 8 případech) považovali za důležité, aby osoba blízká měla povědomí od existenci a podobě DVPN. Pět respondentů považuje osobu blízkou jako vhodného svědka z důvodu vzájemné důvěry mezi pacientem, lékařem a blízkými, což může zabránit případným soudním sporům lékaře s rodinou zesnulého. Čtyři z respondentů uvedli jako důvod, že osoba blízká zná pacienta nejlépe.

Dalšími individuální důvody bylo: „*Chce pro svého blízkého to nejlepší*“, dále „*praktické z hlediska lékařské praxe*“ a „*morální tlak na pacienta*“.

Většina z lidí, kteří se vyjádřili k důvodu rozhodnutí pro odpověď „*Právní zástupce pacienta.*“, uvedla „*důslednost k legislativě*“. Individuálně pak respondenti uváděli tyto důvody: „*prevence zneužití*“, „*nezávislost a nestrannost právního zástupce*“ a že je to „*dobré z hlediska důvěryhodnosti pro případ soudních sporů*“.

Odpovědi „*Jiná.*“ shrnuje pro přehlednost následující tabulka (Tabulka 3):

Tabulka 3 Vepsané odpovědi respondentů k odpovědi „*Jiná*“ k otázce 9

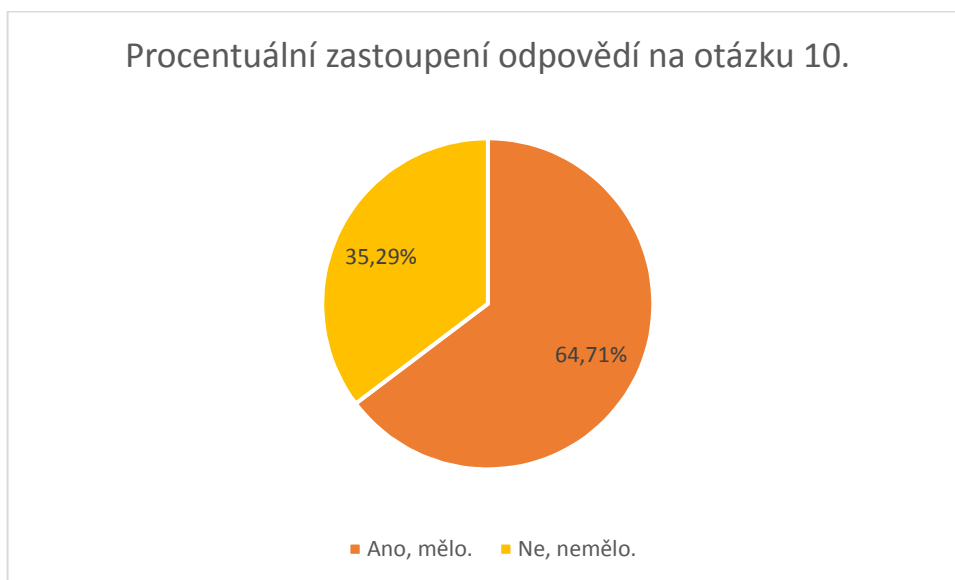
Odpovědi „<i>Jiná.</i>“	Četnost příslušných odpovědí
Nelékařský zdravotnický pracovník nebo osoba blízká pacientovi.	3
Notář.	2
Další lékař nebo právní zástupce pacienta nebo osoba blízká pacientovi.	2
Další lékař + osoba blízká pacientovi, eventuálně právní zástupci pacienta a zdravotnického zařízení.	1
Kdokoliv nestranný.	1
Není třeba třetí osoby.	1
Další lékař nebo osoba blízká pacientovi.	1
Další lékař nebo nelékařský zdravotnický pracovník nebo osoba blízká pacientovi.	1
Více účastníků včetně právního zástupce.	1
Další lékař nebo nelékařský zdravotnický pracovník nebo právní zástupce pacienta.	1

Důvody pro stejné odpovědi v nebyly vždy stejné. u odpovědi „*Nelékařský zdravotnický pracovník nebo osoba blízká pacientovi*“ bylo uvedeno jako důvod „*důvěryhodnost*“ a, že „*osoba blízká je důvěryhodná, při nedostupnosti stačí NLZP*“. Důvodem výběru notáře bylo, že se jedná o státem zaručenou nezávislou a nestrannou osobu. Důvodem pro odpovědi „*Další lékař nebo právní zástupce pacienta nebo osoba blízká pacientovi.*“ a „*Další lékař + osoba blízká pacientovi, eventuálně právní zástupci pacienta a zdravotnického zařízení.*“ je snaha pojistit událost tvorby DVPN co největším počtem svědků. Nestrannost byla i důvodem pro odpověď „*Kdokoliv nestranný.*“. Odpověď „*Není třeba třetí osoby.*“ tázaný odůvodnil tím, že je tvorba DVPN pro pacienta osobní. za pozornost stojí i důvod k odpovědi „*Více účastníků včetně právního zástupce.*“, kde je důvodem podchycení detailů DVPN širším týmem odborníků.

Dotazníková otázka 10:

Mělo by být u jedince, který chce vytvořit DVPN, posuzováno, zda nemá v úmyslu spáchat sebevraždu (předchozí suicidální pokus, diagnostikována deprese, schizofrenie aj.)?

Nabízené odpovědi jsou „Ano, mělo.“ a „Ne, nemělo.“. Respondenti měli možnost též vepsat důvod svého rozhodnutí.



Obrázek 11: Graf procentuálního zastoupení odpovědí na otázku č. 10.

Odpověď „Ano, mělo.“ vybrala většina dotázaných (celkem 55 respondentů, tedy 64,7 %). Že je třeba posoudit luciditu pacienta, uvedlo v souvislosti s touto odpovědí 15 lidí. Že důvodem je prevence suicida, uvedlo 10 lidí. Čtyři respondenti si myslí, že by jinak bylo možné DVPN zneužít. Tři respondenti jako důvod pro své rozhodnutí uvádějí vlastní zkušenosti se suicidálními pacienty. pro 2 tázané je důležité právní hledisko věci – svéprávnost pacienta. Individuální odpovědi jsou „Záleží, zda je důvodem sebevraždy nemoc pacienta.“ a „Psychiatrické choroby je třeba léčit“.

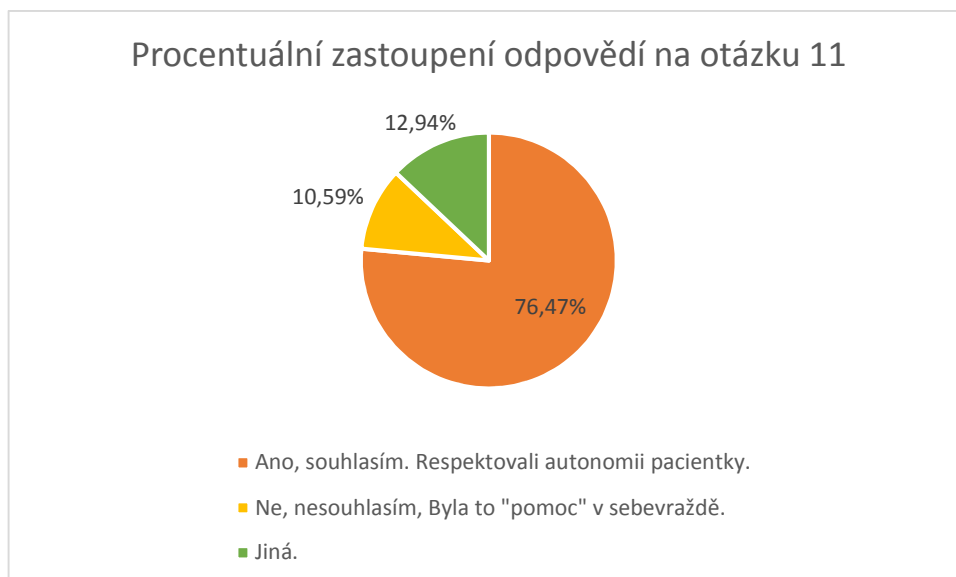
Odpověď „Ne, nemělo.“ zvolilo jako odpověď 30 respondentů (35,29 %). pro třetinu (tedy 10) respondentů byl důvodem pro rozhodnutí respekt k autonomii pacienta. Čtyři respondenti si myslí, že případné zamítnutí DVPN rozhodnutí pacienta provést sebevraždu neovlivní. Podle dvou tázaných by se DVPN mělo týkat konkrétní diagnózy. Pět respondentů uvedlo tyto názory: „Záleží na důvodu suicida (př. onkologické onemocnění spojené s bolestmi)“, „Umožní definitivní a důstojnou možnost suicida.“, „Je třeba prevence dříve, než se pacient rozhodne k DVPN a suicidu.“, „Stabilní a zaléčený psychiatrický pacient je kompetentní.“ a „Tvorba

posudku je administrativní zátěž“. Relativní četnost odpovědí na uzavřené otázky je pro názornost uvedena v grafu (Obrázek 11).

Dotazníková otázka 11:

Kazuistika: ve Velké Británii se žena v sebevražedném pokusu otrávila nemrznoucí kapalinou. Poté, co byla žena přivezena do nemocnice, byli ošetřující lékař a právní poradce nemocnice seznámeni s jejím DVPN a seznali, že je přání dle místní legislativy platné a že žena měla dostatečnou mentální kapacitu, aby si byla vědoma důsledků svého přání. Proto se rozhodli ji neresuscitovat. Souhlasíte s jejich rozhodnutím?

Nabízené odpovědi jsou „Ano, souhlasím. Respektovali autonomii pacientky.“ a „Ne, nesouhlasím. Byla to ‚pomoc‘ v sebevraždě.“ a „Jiná.“ (s nabídnutým prostorem pro vepsání vlastní odpovědi).



Obrázek 12: Graf procentuálního zastoupení odpovědí na otázku č. 11.

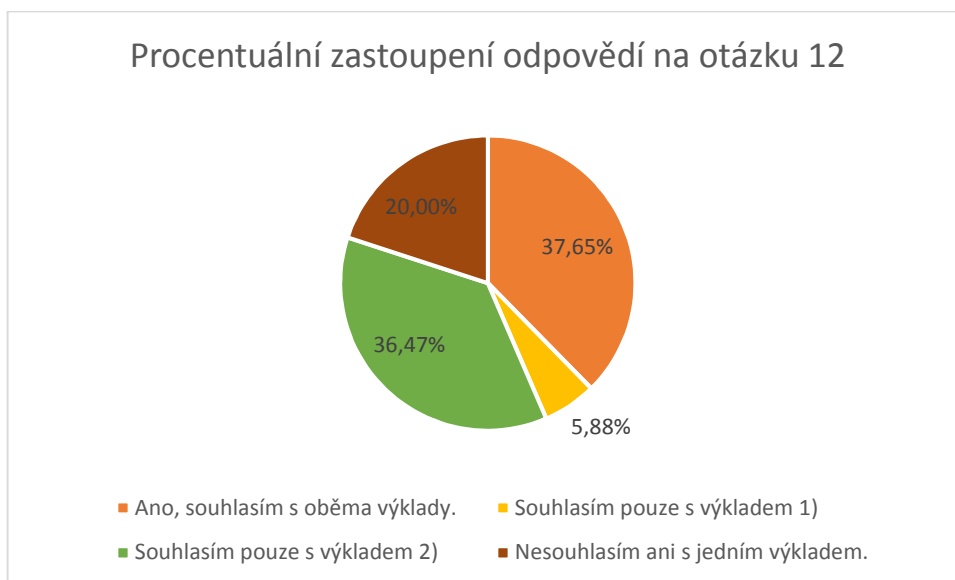
S odpovědí „Ano, souhlasím. Respektovali autonomii pacientky.“ souhlasilo 65 dotázaných (76,47 %). Názor „Ne, nesouhlasím. Byla to ‚pomoc‘ v sebevraždě.“ vybralo 9 dotázaných (10,59 %). Vlastní odpověď vepsalo 11 dotázaných (12,94 %), z nich třem záleží na důvodu sebevraždy. Podle dalších třech by se při suicidálním pokusu neměla brát zřetel na DVPN. Jeden zastává názor, že se nejednalo o pomoc v sebevraždě, pokud se zdravotníci pokusili pacientku před zástavou léčit. Jeden z tázaných uvedl, že souhlasí, ale pojišťovny musí být v takovýchto případech chráněny před zneužitím DVPN. Že byl akt neresuscitování správný, pokud bylo přání pacientky uloženo u notáře, je názorem jednoho tázaného. Dva respondenti

uvedli, že situaci nedovedou posoudit. Relativní četnost odpovědí je pro přehlednost uvedena v grafu (Obrázek 12).

Dotazníková otázka 12:

Při výkladu aktuální legislativy České republiky týkající se DVP se nabízí možnost vykládat respektování DVPN u ženy ve třetím trimestru těhotenství jako: 1) „postup, jehož výsledkem je aktivní způsobení smrti“ nebo 2) „postup, jehož splnění by mohlo ohrozit jiné osoby“. Souhlasíte s těmito výklady?

Nabízené odpovědi jsou „Ano, souhlasím s oběma výklady.“, „Souhlasím pouze s výkladem 1)“, „Souhlasím pouze s výkladem 2).“ a „Nesouhlasím ani s jedním výkladem“.



Obrázek 13: Graf procentuálního zastoupení odpovědí na otázku č. 12.

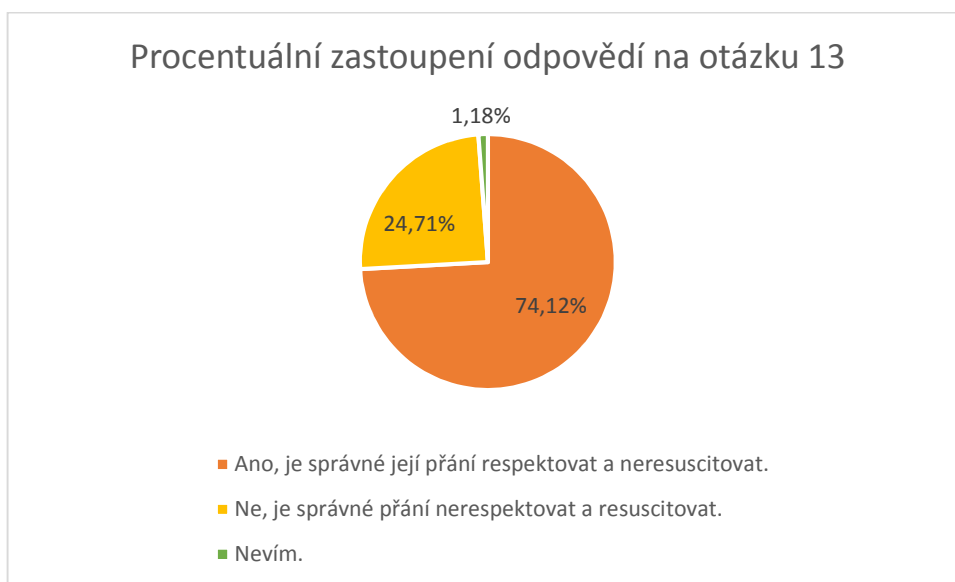
Podle 32 respondentů (37,65 %) je možné spornou situaci, kdy dochází nerespektováním DVPN u těhotné ženy k úmrtí jí i plodu, vykládat jako „postup, jehož výsledkem je aktivní způsobení smrti“ i tak, že „splnění by mohlo ohrozit jiné osoby“. Pouhých 5 respondentů souhlasí pouze s výkladem, že se jedná o „postup, jehož výsledkem je aktivní způsobení smrti“. 31 respondentů (36,47 %) si pak myslí, že by splnění DVPN pouze „mohlo ohrozit jiné osoby“. 17 respondentů (20 %) nesouhlasilo ani s jedním z uvedených výkladů. v této otázce bylo sledováno, kolik respondentů by hodnotilo potenciální jednání za nezákonné dle platné legislativy – odst. 5b a 5c § 36 zákona 372/2011 Sb. Výsledkem je, že jako nezákonné jednání

by situaci alespoň v jedné variantě vykládala převážná většina, tedy 68 dotázaných (85 %). Relativní četnost odpovědí je pro přehlednost uvedena v grafu (Obrázek 13).

Dotazníková otázka 13:

Modelová situace: na oddělení je hospitalizována žena s renální insuficiencí, čekající na transplantaci ledviny, mající platné DVPN. Dárce je dostupný, ale u ženy došlo ještě před operací k zástavě oběhu z důvodu minerálního rozvratu. Je podle Vás správné, bez ohledu na legislativu ČR, respektovat její přání neresuscitovat či nikoliv?

Nabízené odpovědi jsou „Ano, je správné její přání respektovat a neresuscitovat.“, „Ne, je správné přání nerespektovat a resuscitovat“.



Obrázek 14: Graf procentuálního zastoupení odpovědí na otázku č. 13.

U této otázky odpovědělo 63 respondentů (74,12 %), že by pacientku z uvedené kazuistiky neresuscitovali a 21 respondentů (24,71 %) by resuscitovalo. Jeden dotázaný vepsal odpověď „Nevím“ (1,18 %), která byla uznána jako platná odpověď. Relativní četnost odpovědí je pro přehlednost uvedena v grafu (Obrázek 14).

Respektování DVPN bylo důvodem k rozhodnutí k odpovědi „Ano, je správné její přání respektovat a neresuscitovat.“ pro 25 respondentů. Dalších 6 respondentů k respektování DVPN připojilo podmínku, že pacientka musela vědět o možných následcích DVPN. Ostatní důvody k rozhodnutí jsou uvedeny v tabulce níže (Tabulka 4).

Tabulka 4 Důvody rozhodnutí pro odpověď Ano na otázku č. 13

Důvody rozhodnutí pro odpověď Ano	Četnost odpovědí
Respektování DVPN.	25
Respektování DVPN, pokud věděla o možných následcích.	6
Špatná prognóza.	3
Možnost postresuscitačního neurologického deficitu.	2
Respektování DVPN a nejistá posttransplantační prognóza.	2
Respektování DVPN, pokud věděla o šanci transplantace.	2
Lidskost.	1
Najde se jiný příjemce.	1
Nedovedu posoudit.	1
Rozpor mezi DVPN a transplantací.	1
S DVPN by měla být vyřazena z čekací listiny.	1

Nejčastějšími důvody pro zvolení nerespektování DVPN byla možnost léčby základního stavu (6 respondentů), možnost dobré životní prognózy (2 respondenti) a výrazná změna okolností a prognózy (2 respondenti). pro tři respondenty by byla důležitá pro rozhodnutí znalost další prognózy pacientky. Ostatní odpovědi jsou uvedeny v následující tabulce (Tabulka 5).

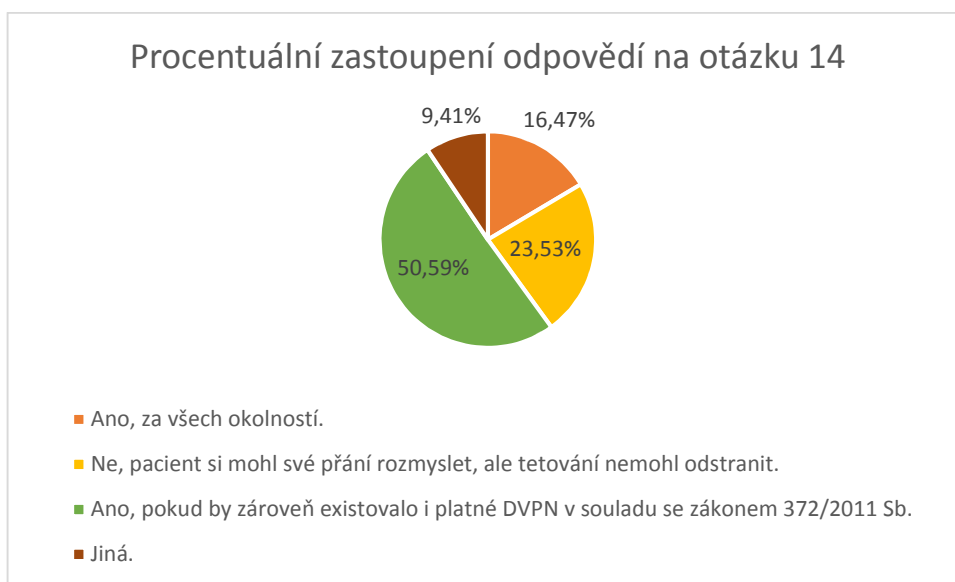
Tabulka 5 Důvody rozhodnutí pro odpověď Ne na otázku č. 13

Důvody k odpovědi Ne	Četnost odpovědí
Možnost léčby základního stavu.	6
Záleží na další prognóze.	3
Možnost dobré životní prognózy.	2
Okolnosti a prognóza se významně změnily.	2
Altruismus.	1
Dobrá prognóza postresuscitačního přežití.	1
DVPN v perioperačním období nepokryje možné situace.	1
Pokud se jedná o člověka s dobrou životní perspektivou.	1
Rozpor mezi DVPN a transplantací.	1
S podmínkou ženina souhlasu s transplantací.	1
Záleží na konkrétní formulaci přání.	1

Dotazníková otázka 14:

Kazuistika: v časopise The New England Journal of Medicine (vydání z 30. listopadu 2017) byla uveřejněna kazuistika, kdy záchranáři přivezli na urgentní příjem muže, který byl dlouhodobě léčený s CHOPN, diabetem mellitem a fibrilací síní, nyní v prohlubujícím se bezvědomí způsobeném vysokým podílem alkoholu v krvi a ketoacidózou. Jelikož měl na hrudi vytetovaný nápis „NERESUSCITOVAT“ i s vlastním podpisem, lékaři se rozhodli jej neresuscitovat. Postupovali byste na jejich místě stejně? (Bez ohledu na legislativu České republiky.)

Odpovědi byly „Ano, za všech okolností.“, „Ne, pacient si mohl své přání rozmyslet, ale tetování nemohl odstranit.“, „Ano, pokud by zároveň existovalo i platné DVPN v souladu se zákonem 372/2011 Sb.“ a „Jiná.“ (s nabídnutým prostorem pro vepsání vlastní odpovědi).



Obrázek 15: Graf procentuálního zastoupení odpovědí na otázku č. 14.

Odpověď „Ano, za všech okolností.“ zvolilo 14 lidí (16,47 %), odpověď „Ne, pacient si mohl své přání rozmyslet, ale tetování nemohl odstranit.“ zvolilo 20 respondentů (23,53 %), „Ano, pokud by zároveň existovalo i platné DVPN v souladu se zákonem 372/2011 Sb.“ zvolila více než polovina respondentů, a to 43 (50,59 %). Odpověď „Jiná.“ zvolilo 8 dotázaných (9,41 %). Vepsané odpovědi k možnost „Jiná.“ jsou z důvodu jejich různorodosti k dispozici v následující tabulce (Tabulka 6). Je nutné okomentovat jednu odpověď, kterou byla „Alkohol“. Její význam jako odpověď na otázku, zda by respondent postupoval stejně jako zdravotníci z kazuistiky, lze pouze odhadovat. Může například znamenat, že autor

považuje podnapilost pacienta za důvod k nerespektování jeho přání. Relativní četnost odpovědí je pro přehlednost uvedena v grafu (Obrázek 15).

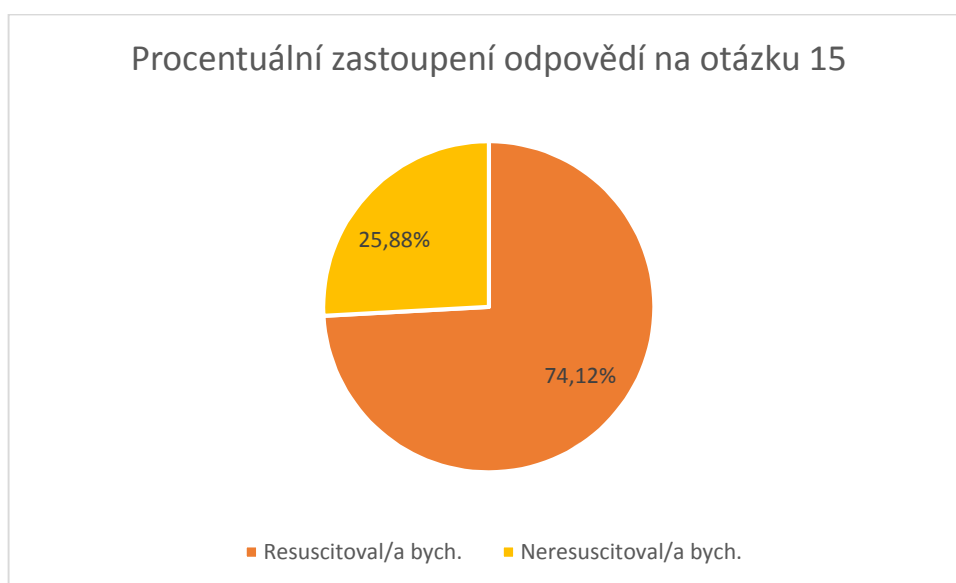
Tabulka 6 Vepsané odpovědi respondentů k odpovědi „Jiná“ k otázce 14

Odpovědi u odpovědi „Jiná“	Četnost odpovědí
Tetování je absurdní. Nelze kdykoliv kontaktovat praktického lékaře pacienta.	2
Forenzně neobhajitelné.	1
Tetování může být černý humor. DVPN nutné uložit u notáře.	1
Resuscitoval/a bych ho bez ohledu na cokoliv.	1
Alkohol.	1
Tato forma DVPN není platná.	1
Tetování nemohl odstranit a tato forma není platný úřední dokument.	1

Dotazníková otázka 15:

Pokud byste (bez ohledu na legislativu České republiky) měl/a rozhodnout o započítí resuscitace tohoto pacienta s vytetovaným nápisem ‚NERESUSCITOVAT‘, jaké by bylo vaše rozhodnutí?

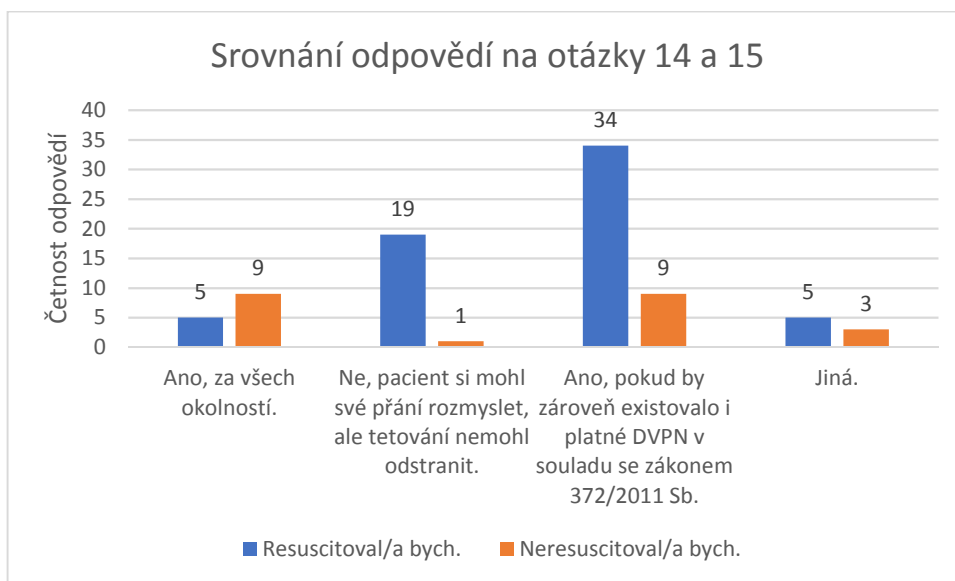
Odpovědi byly „Resuscitoval/a bych.“ a „Neresuscitoval/a bych“.



Obrázek 16: Graf procentuálního zastoupení odpovědí na otázku č. 15.

Resuscitovalo by 63 respondentů (74,12 %). Neresuscitovalo by 22 respondentů (25,88 %). Relativní četnost odpovědí je pro přehlednost uvedena v grafu (Obrázek 16). Tyto odpovědi

byly dále srovnány s daty z otázky č. 14, jelikož spolu obsahově souvisí. Cílem bylo zjistit, jestli dotázaní odpovídali shodně v obou otázkách. pro grafické znázornění dále uvedených dat slouží graf níže (Obrázek 17).



Obrázek 17: Srovnání četností odpovědí na otázku 14 v souvislosti s otázkou 15.

Pro připomenutí je nutné uvést, že v otázce č. 14 se respondenti rozhodovali, zda by stejně jako zdravotníci z kazuistiky neresuscitovali. Srovnáním bylo zjištěno následující rozpory: pět respondentů uvedlo, že by postupovali v situaci z otázky č. 14 stejně jako lékaři z kazuistiky. Přesto ve výsledku zvolili, že kdyby měli rozhodnout sami, pacienta by resuscitovali. Jeden respondent také uvedl, že by se nerozhodl v situaci lékařů ze zmíněné kazuistiky stejně, přesto uvedl, že pokud by bylo rozhodnutí na něm, tak by neresuscitoval. Tento rozdíl v postoji může být daný tím, že respondenti nebyli na rozdíl od kazuistiky z otázky č. 14 v otázce č. 15 vázáni legislativou.

Dotazníkové otázky 16 a 17:

Tyto dvě otázky spolu též souvisí. Účelem otázky č. 16 totiž bylo zjistit, jak by pro respondenty byl při rozhodování důležitý stav pacienta. Účelem otázky č. 17 je potom zjistit, jak by se v takové situaci respondenti rozhodli. Jejich srovnáním bude možné zjistit, jestli se míra vlivu promítá do konečného rozhodnutí. Otázky zní následovně:

Otázka č. 16: *jak důležité by pro Vás bylo při rozhodování o zahájení resuscitace pacientky s DVPN, pokud by se v nedávné době stala matkou? Odpověď zvolte zakroužkováním na škále od 0 (bez vlivu na rozhodnutí) do 5 (zásadní).*

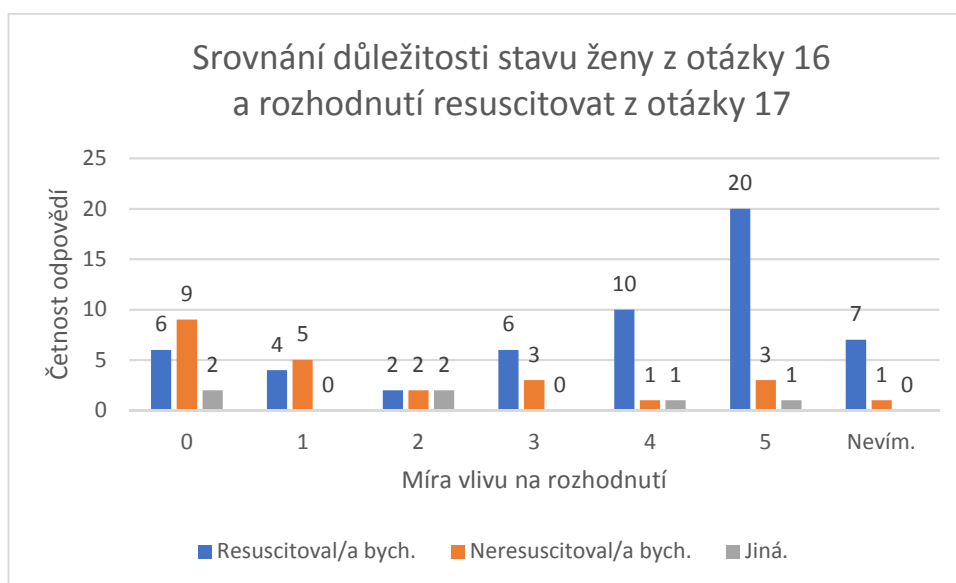
Žádný vliv (hodnota 0) by uvedená situace na jejich rozhodnutí neměla podle 17 respondentů (20 %). Sílu vlivu hodnoty 1 zvolilo 9 respondentů (10,59 %). Sílu vlivu hodnoty 2 zvolilo 6 respondentů (7,06 %). Sílu vlivu hodnoty 3 zvolilo 9 tázaných (10,59 %). Sílu hodnoty 4 zvolilo 12 tázaných (14,12 %). Sílu vlivu hodnoty 5 (zásadní vliv) na rozhodnutí by měla uvedená situace na 24 respondentů (28,24 %). Odpověď „Nevím.“ uvedlo 8 dotázaných, což je 9,41 % z celkového souboru.

Otázka č. 17: *Pokud byste (bez ohledu na legislativu České republiky) měl/a rozhodnout o započetí resuscitace pacientky popsané v otázce č. 16, jaké by bylo vaše rozhodnutí?*

Odpovědi byly „Resuscitoval/a bych.“ a „Neresuscitoval/a bych.“ Dále byly respondenty vepsány odpovědi „Nevím“.

Resuscitovalo by 55 respondentů (64,71 %). Neresuscitovalo by 24 respondentů (28,24 %). Nějakou formu odpovědi „Nevím.“ vepsalo 6 respondentů (7,06 %).

Vepsané odpovědi „Nevím.“ byly (ve třech případech), "Nevím, chybí podrobnosti, příliš komplexní problém." (v jednom případě), "Resuscitoval/a bych. (dle DG)." (v jednom případě) a "Nevím, záleží na okolnostech." (v jednom případě).



Obrázek 18: Srovnání důležitosti stavu ženy z otázky č. 16 a rozhodnutí respondentů o započetí resuscitace z otázky č. 17.

Z grafického znázornění (Obrázek 18) výsledků je patrné, že vyšší míra vlivu u většiny respondentů souvisela s vyšší četností rozhodnutí resuscitovat. Naopak nižší míra vlivu souvisí s vyšší četností rozhodnutí neresuscitovat. Mírně stoupající četnost rozhodnutí resuscitovat u nižších hodnot vlivu na rozhodnutí lze vysvětlit tím, že by respondenti resuscitovali pacientku bez ohledu na okolnosti. Převahu rozhodnutí resuscitovat u odpovědi „*Nevím.*“ lze vysvětlit například volbou nefatální či etickým přesvědčením respondentů.

Dotazníkové otázky 18, 19 a 20

Tyto tři otázky byly zaměřeny na zjištění míry obav dotazovaných spojených s DVP. Předmětem obav byl ve dvou případech právní spor a v jednom případě neúměrné zkrácení života. Otázky zní následovně:

Pro srovnání míry obav byly jednotlivé odpovědi kvantifikovány. Odpovědi „*žádné obavy*“ byla přidělena hodnota 0, odpovědi „*lehké obavy*“ byla přidělena hodnota 0,5 a odpovědi „*silné obavy*“ byla přidělena hodnota 1. Vynásobením četností příslušných odpovědí těmito hodnotami a jejich následným sečtením je získána hodnota vyjadřující tzv. *celkovou míru obav*. Hodnoty přidělené jednotlivým odpovědím byly zvoleny tak, aby výsledná hodnota 0 (v procentuálním vyjádření 0 %) svědčila o nepřítomnosti starostí, hodnota 42,5 (v procentuálním vyjádření 50 %) svědčila o stoprocentním zastoupení lehkých obav a hodnota 85 (v procentuálním vyjádření 100 %) svědčila o stoprocentním zastoupení silných obav.

Otázka č. 18: *na škále od 1 do 3 vyznačte zakroužkováním míru svých obav z trestního stíhání v případě, že byste vyhověl/a dříve vyslovenému přání neresuscitovat?*

Odpověď byla provedena výběrem na škále od 1 do 3, kde číslo 1 vyjadřovalo „*žádné obavy*“, číslo 2 „*lehké obavy*“ a číslo 3 „*silné obavy*“.

Žádné obavy nevyjádřilo 12 respondentů (14,12 %), lehké obavy 45 respondentů (52,94 %) a silné obavy 28 respondentů (32,94 %). Celková míra obav je 50,5 (59,41 %).

Z trestního stíhání tedy mají respondenti nejčastěji lehké obavy, méně často silné obavy a nejméně často žádné obavy. Celková míra obav je pak lehce nad úrovní lehkých obav.

Otázka č. 19: *na škále od 1 do 3 vyznačte zakroužkováním míru svých obav z občansko-právního sporu v případě zahájení resuscitace u pacienta, jehož DVPN je platné.*

Odpověď byla provedena opět výběrem na škále od 1 do 3, kde číslo 1 označovalo „*žádné obavy*“, číslo 2 označovalo „*lehké obavy*“ a číslo 3 označovalo „*silné obavy*“.

Odpověď 1 (*žádné obavy*) zvolilo 14 respondentů (16,47 %). Odpověď 2 (*lehké obavy*) zvolilo 37 respondentů (43,53 %). Odpověď 3 (*silné obavy*) zvolilo 34 respondentů (40 %). Celková míra obav je 52,5 (61,76 %).

Z občansko-právního sporu mají respondenti nejčastěji *lehké obavy*. Oproti tomu *jsou lehké obavy* u trestního stíhání porovnatelně menší. *Silné obavy* z občansko-právního sporu má srovnatelně více respondentů než z trestního stíhání. Četnost *žádných obav* z občansko-právního sporu je podobná té z trestního stíhání. Celková míra obav z občansko-právního sporu je též lehce nad úrovní lehkých obav, jen o 2,35 % nad celkovou měrou obav z trestního stíhání.

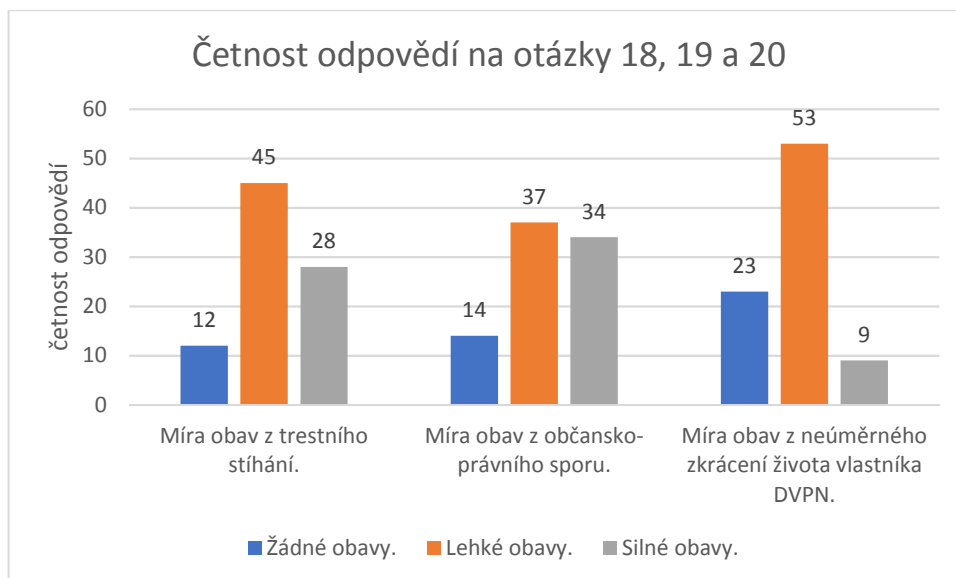
Otázka č. 20: *jedním z účelů DVPN je zabránit neúměrnému prodlužování života. na škále od 1 do 3 vyznačte zakroužkováním míru svých obav z rizika, že by DVPN mohlo naopak život pacienta neúměrně zkrátit?*

Odpověď byla provedena výběrem na škále od 1 do 3, kde číslo 1 opět označovalo „*žádné obavy*“, číslo 2 „*lehké obavy*“ a číslo 3 označovalo „*silné obavy*“.

Odpověď 1 (*žádné obavy*) zvolilo 23 respondentů (27,06 %). Odpověď 2 (*lehké obavy*) zvolilo 37 respondentů (62,35 %). Odpověď 3 (*silné obavy*) zvolilo 34 respondentů (10,59 %). Celková míra obav je 35,5 (41,76 %).

Četnost *žádných obav* z neúměrného zkrácení života vlastníka DVPN je téměř dvounásobná oproti otázkám č. 18 a 19. Stejně tak je podstatně vyšší i četnost *lehkých obav*. *Silné obavy* v tomto případě nejsou velmi početné. Výsledkem toho je celková míra obav blízko pod úrovní lehkých obav.

Odpovědi na otázky č. 18, 19 a 20 jsou pro větší přehlednost uvedeny v následujícím grafu (Obrázek 20):

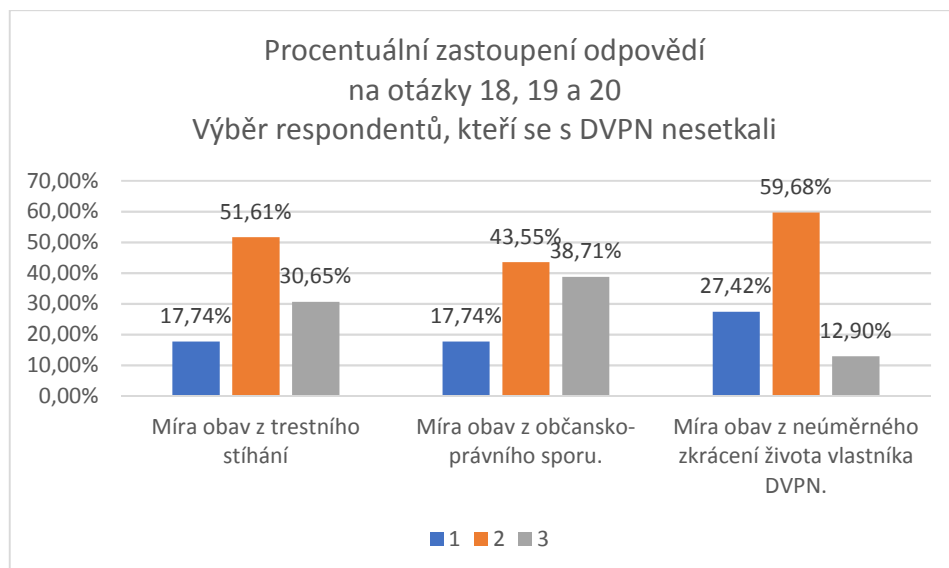


Obrázek 19: Četnost odpovědí na otázky 18, 19 a 20.

Dotazníkové otázky 18, 19 a 20 v souvislosti s otázkou 1

V této chvíli známe míru obav celého souboru respondentů z vybraných situací. Je možné soubor dále rozdělit dle výsledků dotazníkové otázky 1. v otázce č. 1 bylo zjišťováno, kolik zdravotníků se již setkalo jednou nebo vícekrát s DVPN. Tímto srovnáním bude možné porovnat, jaký vliv mohlo mít setkání respondentů s DVP na jejich nynější obavy s nimi spojené. Získané údaje jsou pro lepší přehlednost prezentovány v následujících grafech (Obrázky 20, 21 a 22). Vzhledem k rozdílným počtům zástupců jednotlivých porovnávaných skupin bylo zvoleno relativní, tedy procentuální znázornění. Nejsilnější možné celkové obavy jsou vyjádřeny 100 %. Míra *lehkých obav* je vyjádřena 50 %. o žádných celkových obavách svědčí hodnota 0 %. Metoda výpočtu a výkladu celkové míry obav je popsána na začátku předchozí podkapitoly.

Pro zachování objektivity je ještě nutné i zde znovu uvést celkovou četnost odpovědí na dotazníkovou otázku 1. Uvedené hodnoty jsou u každé skupiny počítány jako 100 %: Celkem se s DVP u pacienta neseťkalo 62 dotázaných, jednou se s ním setkalo 11 dotázaných a vícekrát se setkalo 12 dotázaných. Míra objektivity výsledků analýz uvedených níže může kolísat, a to kvůli chybě vzniklé příliš malým vzorkem dat. Proto je nutné nahlížet na zde prezentované výsledky kriticky.



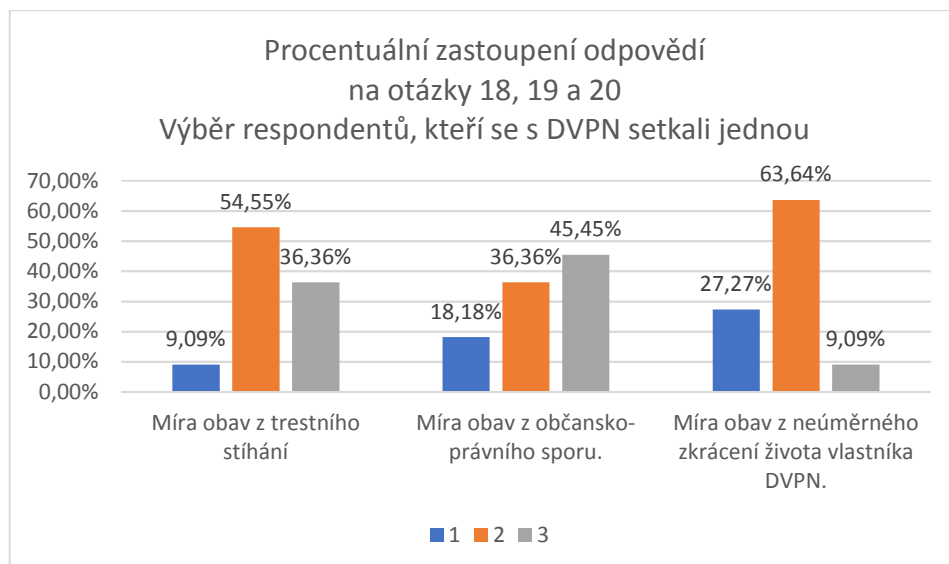
Obrázek 20: Graf procentuálního zastoupení odpovědí na otázky 18, 19 a 20 u skupiny respondentů, která se s DVPN nesetkala.

Respondenti, kteří se s DVPN nesetkali, se k obavám z trestního stíhání vyjádřili následovně: 17,74 % nemá *žádné obavy*, 51,61 % má *lehké obavy* a 30,65 % má *silné obavy*. Celková míra obav je 56,45 %.

K obavám z občansko-právního sporu se vyjádřili takto: 17,74 % nemá *žádné obavy*, 43,55 % má *lehké obavy* a 38,71 % má *silné obavy*. Celková míra obav je 60,48 %.

Co se týče obav z neúměrného zkrácení života vlastníka DVPN, tak 27,42 % nemá *žádné obavy*, 59,68 % má *lehké obavy* a 12,9 % má *silné obavy*. Celková míra obav se rovná 42,74 %.

Pokud srovnáme procentuální hodnoty celkového souboru a této skupiny bez zkušenosti s DVPN u pacientů, zjistíme, že se hodnoty neliší o více než 5 %. Výsledky jsou si tedy podobné. Rozdílům pod 5 % nebude věnována pozornost.



Obrázek 21: Graf procentuálního zastoupení odpovědí na otázky 18, 19 a 20 u skupiny respondentů, která se s DVPN setkala jednou.

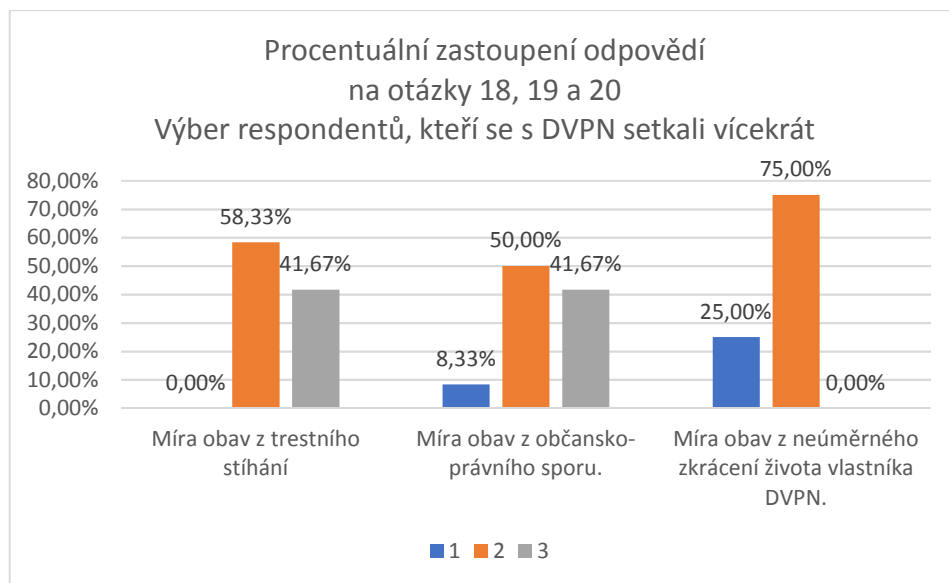
Respondenti, kteří se s DVPN setkali jednou, se k obavám z trestního stíhání vyjádřili následovně: 9,09 % nemá *žádné obavy*, 54,55 % má *lehké obavy* a 36,36 % má *silné obavy*. Celková míra obav se rovná 63,64 %.

Obavy z občansko-právního sporu vyšly u této podskupiny stejně jako obavy z trestního stíhání: 18,18 % nemá *žádné obavy*, 36,36 % má *lehké obavy* a 45,45 % má *silné obavy*. Celková míra obav se rovná 63,64 %.

Obavy z neúměrného zkrácení života vlastníka DVPN respondenti vyjádřili takto: 27,27 % nemá *žádné obavy*, 63,64 % má *lehké obavy* a 9,09 % má *silné obavy*. Celková míra obav se rovná 40,91 %

Ve srovnání se skupinou bez zkušeností s DVPN u pacientů je rozdíl u níže uvedených odpovědí větší než 5 %. u obav z trestního stíhání je míra *žádných obav* o 8,65 % nižší, míra *silných obav* je o 5,71 % vyšší a celková míra obav je o 7,19 % vyšší. u obav z občansko-právního stíhání je míra *lehkých obav* o 7,19 % nižší a míra *silných obav* je o 6,74 % vyšší.

U trestního stíhání tedy srovnatelně klesly *lehké obavy* a stouply *silné obavy* a celková míra obav. u občansko-právního sporu mírně klesly *lehké obavy* a stouply *silné obavy*.



Obrázek 22: Graf procentuálního zastoupení odpovědí na otázky 18, 19 a 20 u skupiny respondentů, která se s DVPN setkala vícekrát.

Respondenti, kteří se s DVPN setkali vícekrát, se k obavám z trestního stíhání vyjádřili následovně: *žádné obavy* nikdo nevedl, 58,33 % má *lehké obavy* a 41,67 % má *silné obavy*. Celková míra obav se rovná 70,83 %.

Obavy z občansko-právního sporu vycházejí takto: 8,33 % nemá *žádné obavy*, 50 % má *lehké obavy* a 41,67 % má *silné obavy*. Celková míra obav se rovná 66,67 %.

Obavy z neúměrného zkrácení života vlastníka DVPN respondenti vyjádřili takto: 25 % nemá *žádné obavy*, 75 % má *lehké obavy* a *silné obavy* nikdo nevedl. Celková míra obav se rovná 37,50 %

Ve srovnání se skupinou bez zkušeností s DVPN u pacientů je rozdíl u níže uvedených odpovědí větší, než 5 %. u obav z trestního stíhání je míra *žádných obav* o 17,74 % nižší, míra *lehkých obav* je o 6,72 % nižší, míra *silných obav* je o 11,02 % vyšší a celková míra obav vzrostla o 14,38 %. u obav z občansko-právního stíhání je míra *žádných obav* o 9,41 % nižší, míra *lehkých obav* je o 6,45 % vyšší, míra *silných obav* je o 10,32 % vyšší a celková míra obav je o 6,19 % nižší. u obav z neúměrného zkrácení života výrazně stoupla úroveň *lehkých obav* (o 15,32 %), klesla míra *silných obav* (o 12,9 %) a celková míra obav je o 5,24 % nižší.

U trestního stíhání tedy ve srovnání se skupinou bez zkušeností s DVPN u pacientů výrazně klesly *žádné obavy*, *lehké obavy* klesly mírněji, naopak *silné obavy* a celková míra obav výrazně vzrostly. u občansko-právního sporu mírně klesly *lehké obavy* a stouply *silné obavy* a celková

míra obav. u obav z neúměrného zkrácení života stoupla úroveň *lehkých obav*, klesla míra *silných obav* a mírně klesla i celková míra obav.

Celkové míry obav celého souboru respondentů a dalších sledovaných podskupin jsou uvedeny v tabulce níže (Tabulka 7). ze získaných výsledků lze konstatovat, že s přibývajícimi zkušenostmi s DVPN u pacientů roste obava respondentů z trestního stíhání a občansko-právního sporu v případě špatného postupu. S přibývajícimi zkušenostmi s DVPN naopak klesá obava respondentů z neúměrného zkrácení života pacienta s DVPN.

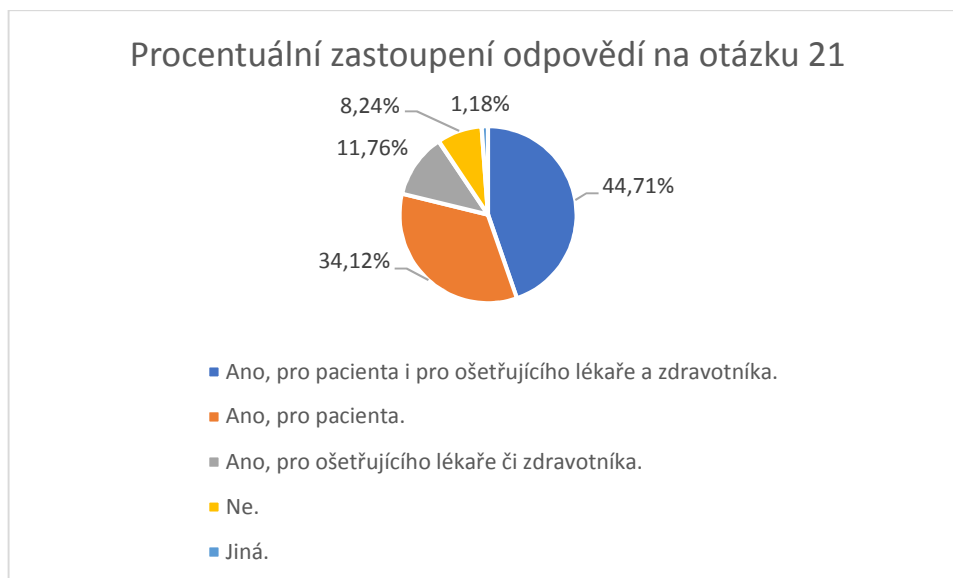
Tabulka 7 Celková míra obav u otázek č. 18 (obavy z trestního stíhání), č. 19 (obavy z občansko-právního sporu) a č. 20 (obavy z neúměrného zkrácení života pacienta s DVPN) vyjádřená procentuálně

	Otázka č. 18	Otázka č. 19	Otázka č. 20
Celý soubor respondentů	59,41 %	61,76 %	41,76 %
Skupina bez zkušeností s DVPN u pacienta	56,45 %	60,48 %	42,74 %
Skupina s jednou zkušeností s DVPN u pacienta	63,64 %	63,64 %	40,91 %
Skupina s vícečetnou zkušeností s DVPN u pacienta	70,83 %	66,67 %	37,50 %

Dotazníková otázka 21:

Považujete DVPN za užitečnou (jakožto lékaře / zdravotnický pracovník)?

Odpovědi byly „*Ano, pro pacienta.*“, „*Ano, pro ošetřujícího lékaře či zdravotníka.*“, „*Ano, pro pacienta i pro ošetřujícího lékaře či zdravotníka.*“ a „*Ne.*“ Vepsaná odpověď byla přijata do sledovaného souboru jako „*Jiná*“.



Obrázek 23: Graf procentuálního zastoupení odpovědí na otázku č. 21.

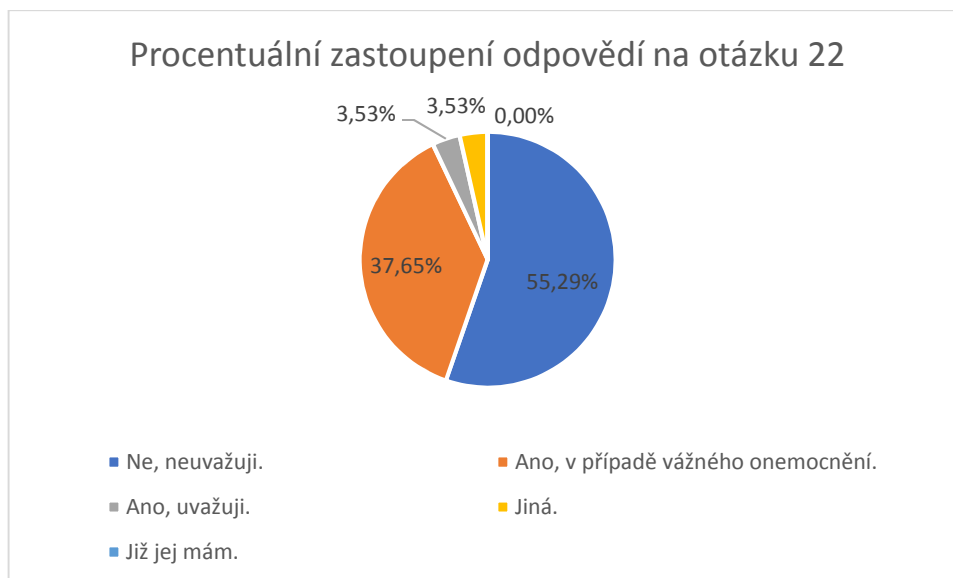
Odpověď „*Jiná.*“ zněla „*Ne. Nerespektuje se, není dostatečně právně vyřešeno.*“

Z odpovědí na tuto otázku nelze jednoznačně určit, jestli je postoj respondentů k DVPN kladný či záporný. Odpovědi jsou spíše vyrovnané. Vyloženě záporný postoj k DVPN podle nízké četnosti odpovědí „*Ne.*“ (7 respondentů – 8,24 %, respektive 8 respondentů – 9,32 %, při započítání odpověď „*Jiná*“) mezi respondenty není. 10 respondentů (11,76 %) považuje DVPN užitečnou pouze pro ošetřujícího lékaře a zdravotníka. Více, a to 29 (34,12 %), respondentů zvolilo odpověď „*Ano, pro pacienta.*“ Tyto dvě odpovědi nelze považovat ani za vyloženě odporující DVPN, ani za vyloženě podporující. Nejčastější odpovědi (38 respondentů – 44,71 %) byla odpověď „*Ano, pro pacienta i pro ošetřujícího lékaře a zdravotníka.*“. Relativní četnosti odpovědí je pro přehlednost uvedena v grafu (Obrázek 23).

Dotazníková otázka 22:

Uvažujete o zhotovení DVPN pro sebe?

Odpovědi byly „*Již jej mám.*“, „*Ano, uvažuji.*“, „*Ano, v případě vážného onemocnění.*“, „*Ne, neuvažuji.*“ a „*Jiná.*“ (s nabídnutým prostorem pro vepsání vlastní odpovědi).



Obrázek 24: Graf procentuálního zastoupení odpovědí na otázku č. 22.

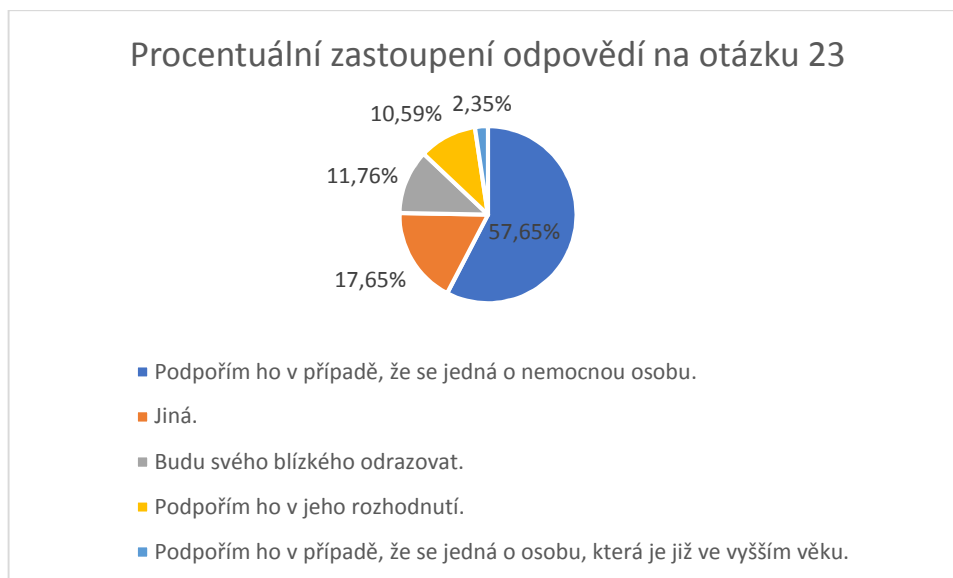
Odpovědi Jiné byly „*Ano, pokud se změní přístup k DVPN a legislativa.*“, „*Zatím jsem nebyla nucena o tak vážném rozhodnutí uvažovat.*“ a „*Nevím.*“. Tyto odpovědi tvoří 3,53 % četnosti z celkového sledovaného souboru.

Ani z odpovědí na tuto otázku nelze určit výraznou polaritu postoje respondentů. Nikdo z respondentů se nepřihlásil k vlastnictví DVPN. Převážná většina respondentů (47 – 55,29 %) neuvažuje o tvorbě DVPN. Tři respondenti (3,53 %) o tvorbě DVPN uvažují, 32 respondentů (37,65 %) pouze v případě vážného onemocnění. Relativní četnosti odpovědí je pro přehlednost uvedena v grafu (Obrázek 24).

Dotazníková otázka 23:

Jaká by byla Vaše reakce, pokud by za Vámi přišel někdo z Vašich blízkých s úmyslem vytvořit DVPN?

Odpovědi byly „*Podpořím ho v jeho rozhodnutí.*“, „*Podpořím ho v případě, že se jedná o osobu, která je již ve vyšším věku.*“, „*Podpořím ho v případě, že se jedná o nemocnou osobu.*“, „*Budu svého blízkého odrazovat.*“ a „*Jiná*“ (s nabídnutým prostorem pro vepsání odpovědi).



Obrázek 25: Graf procentuálního zastoupení odpovědí na otázku č. 23.

Odpovědi „*Jiná*“ jsou uvedeny v tabulce níže (Tabulka. 8) pro lepší přehlednost.

Tabulka 8 Vepsané odpovědi k nabídnuté možnosti „*Jiná*“

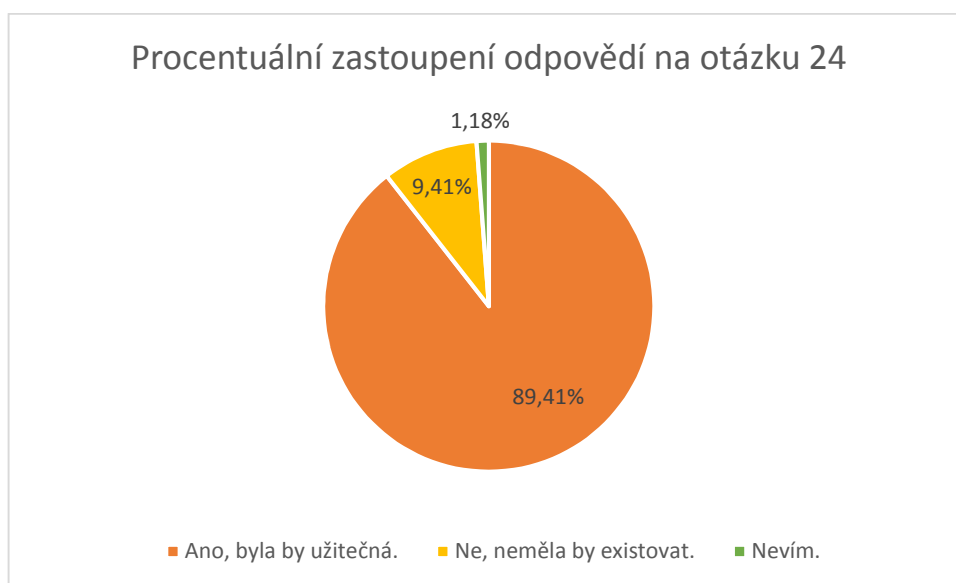
Odpovědi „ <i>Jiná</i> “ na otázku 23.	Četnost odpovědí.
Podle situace. Podle toho, jak ten člověk rozumí problematice.	1
Pouze terminální stavy.	1
Důkladně s ním tuto záležitost proberu, opakovaně a důkladně s ním tuto záležitost proberu, opakovaně s určitým odstupem, ale zejm. u onemocnění v současnosti nevléčitelného, bych jej zřejmě podpořil.	1
Jeho život, jeho rozhodnutí.	1
Budu tuto situaci řešit velice individuálně se zvážením spousty dalších okolností.	1
Záleží na okolnostech.	1
Záleží na okolnostech a konkrétní osobě.	1
Záleží na tom, kdyby trpěl závažnou dlouhodobou, nevléčitelnou nemocí, byla bych pro DVPN, kdyby chtěl. u zdravého jedince bych DVPN nepodporovala.	1
Záleží na konkrétní situaci.	1
Podpořím, ale budu ho motivovat k přesné specifikaci v jaké situaci.	1
Podpořím ho, ale informuji ho i o tom, jak to nebývá respektováno.	1
Podobnou situaci jsem zažila v rodině a respektovala přání nemocného.	1
Podpořím jej podle jeho aktuálního stavu (nejen věk a existence nemoci, ale i tíže nemoci a předpokládaná kvalita života po resuscitaci, event. Možná příčina zástavy oběhu vzhledem k jeho stavu.	1
Podpořím ho v případě, že se jedná o osobu, která je již ve vyšším věku, i v případě, že se jedná o nemocnou osobu.	2

Převážná většina (49 – 57,65 %, případně 54 – 63,53 %, pokud započítáme i podobné odpovědi z kategorie „*Jiná*“) respondentů by podpořila svého blízkého v tvorbě DVPN pouze v případě vážného onemocnění. Tento fakt je možné považovat za lehkou nedůvěru k systému DVP, ačkoli se může též snadno jednat například o využití DVP v intenci neprodlužování trápení blízké osoby. Vyloženě odrazovat bude svého blízkého 10 respondentů (11,76 %). Oproti tomu 9 respondentů (10,59 %) bez okolků svého blízkého podpoří. Dva dotázaní (2,35 %) by pak podpořili svého blízkého, pokud by byl vyššího věku. Relativní četnosti odpovědí je pro přehlednost uvedena v grafu (Obrázek 25).

Dotazníková otázka 24:

Ačkoli bylo při vzniku právní úpravy DVP v České republice uvažováno o založení národní databáze DVP, k jejímu vzniku nedošlo. Považoval/a byste takovou databázi za užitečnou, či nikoliv?

Odpovědi byly „*Ano, byla by užitečná.*“ a „*Ne, neměla by existovat.*“. Respondenti měli možnost též vepsat důvod svého rozhodnutí.



Obrázek 26: Graf procentuálního zastoupení odpovědí na otázku č. 15.

Pro existenci databáze DVP byla drtivá většina dotázaných. Tuto odpověď zvolilo 76 lidí (59,41 %). Pouze 8 respondentů (9,41 %) uvedlo, že by databáze neměla existovat. Jeden dotázaný (1,18 %) vepsal odpověď „*Nevím.*“ Relativní četnosti odpovědí je pro přehlednost uvedena v grafu (Obrázek 26).

Přehled o existenci DVP jako důvod k rozhodnutí „*Ano, byla by užitečná.*“ uvedlo 21 respondentů. Že se jedná o jednodušší řešení pro pacienta i zdravotnický personál uvedlo 11 respondentů. Tři respondenti argumentují, že by databáze pomohla zkrátit utrpení mnoha lidem. Dva respondenti si kladou podmínku, aby databáze (resp. informace o existenci DVP) byla v předstihu dostupná posádkám ZZS (dříve, než dojedou na místo zásahu). Individuálně bylo respondenty uvedeny odpovědi: „*Forenzní důvody.*“, „*Není důvod pro neexistenci.*“ a „*...s podmínkou neveřejnosti databáze.*“

Rozhodnutí „*Ne, neměla by existovat.*“ bylo podpořeno pouze dvěma argumenty dvou respondentů, a to že „*se jedná o citlivý údaj*“ a „*Pro ZZS není třeba. Zjišťování DVPN u NZO je ztráta času.*“

4.4 Odpovědi na průzkumné otázky

4.4.1 Jaký je postoj dotázaných k dříve vysloveným přáním?

Postoj dotázaných k dříve vyslovenému přání lze sledovat z otázek č. 21, 22, a 23. v otázce č. 21 se respondenti vyjadřovali k užitečnosti DVP, přičemž 44,71 % respondentů je chápe jako užitečné pro pacienta i pro ošetřujícího lékaře, 34,12 % jako užitečné pouze pro pacienta, 11,76 % jako užitečné pouze pro ošetřujícího lékaře či zdravotníka. za neužitečná je považuje 8,24 % dotázaných, respektive 9,32 % při započítání negativní odpovědi *Jiná*.

V otázce č. 22 respondenti uváděli, zdali uvažují o tvorbě DVPN, přičemž 55,29 % o tvorbě neuvažuje vůbec, 37,65 % pouze v případě vážného onemocnění. a pouze 3,53 % o tvorbě DVP reálně uvažuje. 2,36 % respondentů uvedlo, že nevědí. Odpověď *Ano*, pokud se změní přístup k DVPN a legislativa uvedl 1 respondent (1,18 %).

V otázce č. 23 respondenti vyjadřovali svůj postoj v situaci, kdy by je oslovila osoba blízká s úmyslem vytvořit DVP. Svého blízkého by bezpodmínečně podporovalo 10,59 % respondentů. 57,65 % respondentů by podpořilo svého blízkého, pokud by se jednalo o nemocnou osobu. Jen 2,35 % respondentů by svého blízkého podpořilo v případě jeho pokročilého věku. 11,76 % respondentů uvedlo svou vlastní odpověď. Jednalo se o detailnější určení podmínek či okolností, za jakých by svého blízkého podpořili.

4.4.2 Jaké z vybraných problémů týkajících se Dříve vyslovených přání neresuscitovat by dotázaní považovali za vhodné změnit, upravit či doplnit?

Otázky týkající se změny zákonů nebyly většinou v dotazníku vedeny přímo. Cílem otázek bylo často zjistit názor na uvedenou problematiku nebo subjektivní správnost řešení předložené kasuistiky. pro účel této práce předpokládáme, že pokud respondent zastává názor, který se rozchází s podobou platné legislativy, považoval by za vhodné platnou legislativu upravit dle vlastního názoru.

DVP vytvořené v souvislosti s hospitalizací

Otázky 2, 3, 4 a 5 se týkaly platnosti DVP vytvořeného v souvislosti s hospitalizací dle odstavce 4 § 36 zákona 372/2011 Sb. o zdravotnických službách. Respondenti uváděli svůj názor na platnost DVP vytvořeného pro účely hospitalizace. Otázka byla, jestli by DVP mělo být platné pouze pro jednu konkrétní hospitalizaci nebo i pro další hospitalizace. Většina respondentů (54,12 %) uvedla názor, že by DVP mělo být platné pro všechny hospitalizace u stejného poskytovatele zdravotní péče. v následujících otázkách ve formě kazuistik se názor respondentů měnil s ubývajícími souvislostmi mezi diagnózou, pro kterou bylo DVPN vytvořeno a aktuálním stavem. Pokud aktuální stav odpovídal stavu, při kterém bylo DVPN vytvořeno, odpovědi respondentů přibližně odpovídaly názoru, že DVP by mělo být platné i pro další hospitalizaci. Souhlasný postoj vyjádřilo 52,94 % respondentů. Pokud aktuální diagnóza souvisela s původním stavem, avšak nebyla stejná, souhlasný postoj vyjádřilo méně respondentů – 45,88 %. Pokud aktuální diagnóza nesouvisela s původním stavem, souhlasný postoj vyjádřilo jen 41,18 % respondentů.

Výsledkem tedy je, že by DVPN mělo být dle většiny respondentů platné i pro další hospitalizace. Respondenti se tedy spíše přiklánějí názoru Macha (2015, 46). To však platí pouze při souvislosti aktuální diagnózy s diagnózou, pro kterou bylo DVPN vytvořeno.

DVP u nezletilých

Většina respondentů (65,88 %) uvedla, že by DVP nemělo být uplatnitelné u nezletilých. Většina by tedy tuto část platné legislativy neměnila.

Omezení platnosti DVP

Tato otázka je názorově velmi pluralitní, a proto nelze mluvit o nějakém jasném směru, který by dle respondentů vyžadoval změnu. Totéž platí o samotném omezení délky platnosti DVP.

Svědék vytvoření DVP v souvislosti s hospitalizací

Ani tato otázka nemá jasně vyhraněnou odpověď. Nejčastější odpovědí byla osoba blízká. Tuto odpověď lze i vzhledem k uvedeným důvodům rozhodnutí považovat za velmi relevantní. Ostatní názory však též mají své opodstatnění. Proto nelze mluvit v souvislosti s touto otázkou s potřebou měnit zákon. Dostačující se zdá být i pouhé právní doporučení.

Posouzení rizika sebevraždy při tvorbě DVPN

Nadpoloviční většina respondentů (64,7 %) zastává názor, že je třeba posuzovat potenciální suicidalitu pacienta. Argumenty obou skupin jsou více než validní. Na jedné straně stojí argumenty stojící na nutnosti respektovat autonomii pacienta. v reakci na kasuistiku pacientky s DVPN, která nebyla resuscitována, drtivá většina respondentů (76,47 %) souhlasila s rozhodnutím lékařů, tedy neresuscitovat, s argumentem respektování DVP. Zde se však nejednalo o rozhodnutí při tvorbě DVPN, nýbrž o rozhodnutí na základě již existujícího DVPN. v případě tvorby DVPN eliminují argumenty stojící na autonomii pacienta argumenty týkající se neschopnosti psychiatrického pacienta objektivně vnímat realitu a provádět správná rozhodnutí. ve stavu inkompetentnosti pacienta nelze mluvit o autonomii.

Rozpor mezi zájmem ženy s DVPN a zájmem plodu

Na příkladu potenciálně reálné, eticky sporné možnosti, kdy by bylo možné respektováním DVPN poškodit či usmrtit plod ženy ve třetím trimestru těhotenství bylo zjištěno, jaký názor mají dotázaní na tuto problematiku. Tato problematika se zároveň týká odstavců 5 b) a 5 c) § 36 zákona o zdravotních službách. Odstavec 5 b) brání respektování DVP, „*pokud nabádá k takovým postupům, jejichž výsledkem je aktivní způsobení smrti*“. Odstavec 5 c) brání respektování DVP, „*pokud by jeho respektování mohlo ohrozit jiné osoby*“. Pětina zdravotníků (20 %) byla přesvědčena o tom, že tímto postupem nedojde k porušení ani jednoho z těchto právních ustanovení. Jen 5,88 % respondentů souhlasilo s výkladem, že jde o aktivní způsobení smrti. 36,47 % respondentů uvedlo, že jde o postup, jehož splnění by mohlo ohrozit jiné osoby. 37,65 % respondentů souhlasí s oběma výklady. Většina zdravotníků tedy pokládá zájem plodu před autonomii matky.

Respekt k DVPN se zvrtným důvodem

Výsledky z dotazníkové otázky založené na změně okolností u pacientky s DVPN, která kvůli renálnímu selhání čeká na transplantaci, ukázaly, že by zvrtnost stavu pro 74,12 % respondentů nebyla důvodem k nerespektování DVPN. Většina respondentů (74,12 %) uvedla, že je správné ženu neresuscitovat, nejčastěji (29,41 % z celkového sledovaného vzorku) z důvodu respektu k její autonomii. Přání by nerespektovalo 24,71 % respondentů, nejčastěji (7,05 % z celkového sledovaného vzorku) právě kvůli možnosti léčby základního stavu.

Forma DVPN

Na kasuistice pacienta s vytetovaným nápisem „Do not resuscitate“ se těsně nadpoloviční většina respondentů postavila za nutnost další právní opory v podobě platné listiny DVP (50,59 %) nebo považovala riziko, že tetování nereflektuje reálnou situaci za příliš vysoké (23,53 %). k nim patří i ti, kteří považovali tetování za absurdní (2,36 %). na základě těchto odpovědí tedy lze soudit, že tuto část legislativy podmiňující existenci DVP v právně podmíněné podobě podporují.

Platnost v případě změny stavu pacienta

Na výsledcích názorů na kasuistiku ženy s DVPN, která se v nedávné době stala matkou lze reflektovat fakt, že její stav by měl vliv na rozhodnutí zdravotníků. 42,35 % zvolila vyšší než střední míru důležitosti stavu ženy na své rozhodnutí. Většina respondentů (64,71 %) by se rozhodla ji resuscitovat i přes fakt, že její přání bylo formálně i právně platné. v tuto chvíli existuje možnost přání nerespektovat kvůli výhradě svědomí (Odst. 2 § 50 zákona 372/2011 Sb.).

4.4.3 Jakou měrou se dotázaní obávají uvedených rizik spojených s DVPN

Obavy dotázaných jsou reálné. Kvantifikací získaných dat byly získány hodnoty celkové míry obav vyjádřené v procentech. Hodnota 0 % vyjadřuje 100% relativní četnost odpovědí *žádné obavy*. Jedná se o nejnižší možnou míru obav. Hodnota 50 % vyjadřuje buď 100% relativní četnost odpovědí *lehké obavy* nebo vyrovnaný poměr odpovědí *žádné obavy* a *silné obavy*. Hodnota 100 % vyjadřuje 100% relativní četnost odpovědí *silné obavy*. Jedná se o nejvyšší možnou míru obav.

Celkové obavy respondentů z trestního stíhání v případě respektování DVPN byly nad hodnotou lehkých obav (59,41 %). Převládaly střední obavy (52,94 %), silné obavy byly též poměrně často zastoupeny (32,94 %) oproti žádným obavám (14,12 %).

Celkové obavy respondentů z občansko-právního sporu v případě nerespektování platného DVPN byly jen mírně vyšší než u trestního stíhání (61,76 %). Převládaly opět lehké obavy (43,53 %), silné obavy však poměrně vzrostly (40 %). Žádné obavy byly opět nejnižší (16,47 %).

Celkové obavy respondentů z neúměrného zkrácení života pacienta vyšly nejnižší ze všech obav (41,76 %). Nacházely se tedy již pod hodnotou lehkých obav. Převládaly lehké obavy (62,35 %), žádné obavy vyjádřilo 27,06 % respondentů a silné obavy mělo pouze 10,59 % respondentů.

4.4.4 Jaký vliv na míru obav má reálná zkušenost s DVPN?

Míry obav skupiny, která nemá žádné zkušenosti s DVPN, se ani v jedné míře neliší od výsledků celkového vzorku o více než 5 %. u trestního stíhání vyšly *žádné obavy* na 17,74 %, *lehké obavy* na 51,61 % a *silné obavy* na 30,65 %. u občansko-právního sporu též *žádné obavy* vyšly na 17,74 %. *Lehké obavy* pak měly relativní četnost 43,55 % a u *silných obav* 38,71 %. pro neúměrné zkrácení života pacienta s DVPN vychází relativní četnost *žádných obav* 27,42 %, *lehkých obav* 59,68 % a *silných obav* 12,90 %. Celková míra obav z trestního stíhání je u této skupiny 56,45 %, z občansko-právního sporu je to 60,48 % a z neúměrného zkrácení života pacienta s DVPN je to 42,74 %.

Oproti tomu se skupina respondentů, kteří se DVPN setkali jednou, liší v obavách z trestního stíhání a občansko-právního sporu. u trestního stíhání klesly *žádné obavy* na 9,09 % a *silné obavy* stouply na 36,36 %. u občansko-právního sporu převažují *silné obavy* (45,45 %) a lehké obavy klesly na 36,36 %. Celkové obavy se výrazně odlišují u trestního stíhání (stouply na 63,64 %). u obav z občansko-právního sporu nebyl nárůst tak výrazný (63,64 %) a u obav z neúměrného zkrácení života pacienta došlo k propadu na 40,91 %.

Respondenti, kteří se s DVPN setkali vícekrát uvedli z trestního stíhání mnohem větší míru lehkých (58,33 %) a silných obav (41,67 %) oproti skupině, která se s DVPN nesečkala. Nikdo z nich nevedl v tomto kontextu žádné obavy. Podobně stouply i obavy s občansko-právního sporu. Lehké obavy uvedlo 50 % respondentů a silné obavy 41,67 %. i zde míra žádných obav klesla (na 8,33 %). Mírně klesla i míra lehkých obav z neúměrného zkrácení

života pacienta s DVPN (na 25 %). Oproti tomu vzrostly lehké obavy na 75 %. Silné obavy z neúměrného zkrácení života pacienta tato skupina neuvedla. při srovnání pomocí celkové míry obav vychází pro obavy z trestního stíhání 70,83 %, pro obavy z občansko-právního sporu 66,67 % a pro obavy z neúměrného zkrácení života pacienta 37,50 %.

Pro shrnutí tedy se zvyšujícími zkušenostmi s DVPN prudce rostou celkové obavy z trestního stíhání, mírněji rostou celkové obavy z občansko-právního sporu a celkové obavy z neúměrného zkrácení života klesají.

5 DISKUZE

Kvantitativní výzkum o povědomí laické i zdravotnické veřejnosti o DVP byl publikován v rámci diplomové práce Lamačové (2011). ve svém výzkumu zjistila, že převážná většina respondentů není schopná přesně popsat DVP. Dalším zjištěním bylo, že nad vytvořením DVP přemýšlejí lidé na 50 let. Informovanost o DVP dle toho výzkumu není ovlivněna nejvyšším ukončeným vzděláním respondentů, nicméně poukazuje na spornost výsledků informovanosti u zdravotníků. Autorka navrhuje provedení výzkumu mezi zdravotníky s rozlišením podle profese. Jedno z dílčích zjištění její práce se týká četnosti setkání zdravotníků s možností DVP. v průzkumu této práce (viz kapitolu 4) vyšlo, že se s DVPN u pacientů alespoň jednou setkala 27,05 % zdravotníků. Podle výsledků Lamačové (2011) se s DVP u pacientů setkali 4 z 23 (17,39 %) dotázaných zdravotníků. Je to tedy o 9,67 % méně. Je nutné vzít v úvahu, že v této práci, na rozdíl od práce Lamačové, byl zkoumán počet lidí pouze se zkušenostmi s DVPN, ne DVP. při zjišťování lidí se zkušeností s DVP by měl být počet ohlasů větší. Větší míra setkávání se DVP je též logická, vezmeme-li v úvahu časový rozestup mezi oběma pracemi. Práce Lamačové vznikla v době vzniku zákona o zdravotnických službách. Povědomí o DVP od té doby stouplo.

Čížová (2017) ve své diplomové práci s názvem Pojem do Not Resuscitate a omezená terapie v intenzivní péči prováděla kvantitativní průzkum mezi zdravotníky anesteziologicko-resuscitačních oddělení a jednotek intenzivní péče. Shodně s dílčím zjištěním této práce bylo zjišťováno povědomí zdravotníků s dříve vysloveným přáním neresuscitovat. v této práci se tedy k přímé zkušenosti s DVPN hlásí 27,05 % zdravotníků Uváděná relativní četnost v práci Čížové (2007) je výrazně vyšší – 61,98 % respondentů se setkala s tímto pojmem u pacienta více než dvakrát a 17,36 % se setkala jednou až **dvakrát**. Není však specifikováno, jestli se

jednalo o dříve vyslovené přání samotné, nebo se jednalo například o diskuzi s pacientem o možnosti vytvořit DVPN.

Organizace *Cesta domů* (<https://www.cestadomu.cz/>) se v České republice věnuje domácí hospicové péči. Jejich web <http://umirani.cz> od roku 2004 slouží jako informační, poradenská a diskusní podpora zdravotníků, sociální pracovníků, psychoterapeutů, duchovních pracovníků i laiků ohledně témat umírání, smrti a péče o umírající. Tato organizace v letech 2011, 2013 a 2015 provedla prostřednictvím agentury STEM/MARK rozsáhlé výzkumy týkající se výše uvedených témat. Výzkum z roku 2015 se věnoval explicitně DVP. Publikovány jsou výsledky kvantitativního i kvalitativního výzkumu mezi laiky i lékaři. Hlavní výsledky jsou publikovány přímo na webu. Vybraná nejdůležitější zjištění budou prezentována zde. dle závěrečné zprávy „*Dříve vyslovená přání*“ (*Cesta domů – STEM/MARK, 2015*) 80 % lidí považuje za smysluplné sepsat DVP v případě vyčerpání možností léčby. pro 68 % dotázaných je důležité mít sepsané předem vytvořené DVP, 60 % by DVP nechalo sepsat. Vlastní nebo zprostředkovanou zkušenost s DVP mají 4 % z celkového sledovaného vzorku. 59 % věří, že lékaři budou DVP v praxi respektovat. Co se týče lékařů, 20 % o DVP neslyšelo a 20 % má dobrý přehled o DVP (převážně se jedná o lékaře se specializací v intenzivní medicíně a geriatry). 63 % lékařů považuje DVP za závazná, respektovali by je. za smysluplná považuje DVP převážná většina lékařů. pro pětinu lékařů jsou DVP zbytečnou byrokracií. Jak laici, tak lékaři vnímají DVP převážně pozitivně. Obě skupiny si nemyslí, že by byla problematika DVP dobře známá veřejnosti. Témata uvedeného výzkumu *Dříve vyslovená přání* (*Cesta domů – STEM/MARK, 2015*) jsou podobná problematice sledované v této práci, nicméně přímé srovnání je obtížné. Každá z prací zkoumala problematiku DVP a DVPN z jiného úhlu pohledu. Nejblíže ke srovnání jsou si následující data: ve výzkumu *Dříve vyslovená přání* (*Cesta domů – STEM/MARK, 2015*) uvedlo 63 % lékařů, že si dokáží představit situaci, kdy by DVP v lékařské praxi pomohla. v dalších otázkách uvedlo kladný postoj značně vyšší procento lékařů. Se smysluplností souhlasilo 89 % dotázaných a s přínosností pro rozhodování souhlasilo 78 % dotázaných. Tyto uvedené veličiny je možné považovat za vyjádření užitečnosti. Tudíž je můžeme srovnat s mírou užitečnosti zjištěnou v této práci: 78,83 % respondentů DVP za užitečné pro zdravotníky. Je patrné, že si výsledky obou prací neodporují.

Na webovém portálu <http://zdravotnickydenik.cz> prezentoval Matějka (2017) výsledky dotazníkového šetření, které probíhalo v rámci kurzů *Dříve vyslovené přání* organizace Cesty

domů. ve dvanácti otázkách se respondenti vyjadřovali k možnosti tvorby DVP a dalším okolnostem, jako je důvěra v lékaře při tvorbě DVP, preference mezi DVP a zástupným rozhodováním osoby blízké, obavy ze zneužitelnosti DVP, uložení DVP apod. Otázky se věnují podobným tématům, jako průzkum v této práci, nicméně výsledky jsou spíše kvalitativního charakteru. Charakterem se některé výsledky prezentovaného šetření blíží výsledkům této práce. Bohužel je kvůli kvalitativnímu charakteru prezentace obtížné srovnávat prezentované výsledky s výsledky této práce.

Ve všech uvedených pracích byla zkoumána podobná témata, nicméně je obtížné jejich výsledky srovnávat s výsledky této práce. Jen výjimečně byly sledovány totožné problematiky. Na rozdíl od výše uvedených průzkumů/výzkumů se tato práce orientovala přímo na postoje, obavy a názory respondentů týkající se aplikace DVP/DVPN ve zdravotnické praxi spíše, než na problematiku povědomí o DVP a jeho tvorby. Stejně tak výše uvedené výzkumu neřeší názor respondentů na aktuální legislativu a její výklad. Potenciál této práce tkví v možnosti rozšířit průzkum na širší populaci a získat tím relevantnější data nepostihnutá statistickou chybou. Nejvýraznějším limitem této práce byl právě početně omezený sledovaný vzorek. Výsledky analýz dílčích skupin mohou být ovlivněny statistickou chybou způsobenou příliš malým počtem respondentů.

Výzkumného projektu Dříve vyslovené přání se účastnilo celkem 1088 respondentů, z toho 418 lékařů. Řešení projektu založeného na této předkládané práci by mohlo být podobné právě rozsáhlým projektům organizace *Cesty domů*. Výzkum takto velkého rozsahu by mohl mít i reálný dopad na podobu legislativy týkající se DVP.

6 ZÁVĚR

Tato práce se věnuje dříve vysloveným přáním, a to konkrétně na úzké skupině dříve vyslovených přání neresuscitovat. v první části jsou dříve vyslovená přání vymezena z hlediska legislativy. Součástí tohoto vymezení je i popis vývoje této legislativy a diskuze týkající se její aktuální podoby. Podobně jsou dříve vyslovené přání vymezena z etického hlediska společně s diskusí nad vybranými aspekty. Účelem této první části je uvedení do problematiky, jíž je věnován průzkum v druhé části této práce. Cílem bylo zjistit na vzorku zdravotnických pracovníků, jaký je jejich postoj k dříve vysloveným přáním, zda by některé problematické části legislativy pozměnili, jestli mají ohledně dříve vyslovených přání neresuscitovat obavy a jakou měrou mohou být jejich obavy podloženy reálnou zkušeností.

Postoj zdravotníků k dříve vysloveným přáním byl shledán v celkovém měřítku spíše pozitivní, leč zástupci obou názorových pólů často podporují svá tvrzení validními argumenty. Jediné, co by zdravotničtí pracovníci (resp. převážná většina z nich) změnili na legislativě týkající se dříve vyslovených přání by byla legislativou podmíněná databáze dříve vyslovených přání. u ostatních předložených problematik nebyli dotázáni názorově jednotní. Co se obav týče, zdravotníci si uvědomují rizika spojená se špatným rozhodnutím o respektování dříve vysloveného přání. Obávají se jak trestního stíhání v případě respektování domnělého, a jinak neplatného přání, tak i nerespektování přání, které však bylo platné. Ačkoli část zdravotníků přiznala obavy z rizika neúměrného zkrácení života pacienta s dříve vysloveným přáním, ve výsledném porovnání sledovaného souboru vyšlo, že jsou obavy spíše nízké. Obavy zdravotníků mohou být ovlivněny jejich reálnými zkušenostmi z řešení dříve vyslovených přání u jejich pacientů. Výsledná celková míra obav z trestního stíhání prudce rostla s přibývajícím zkušenostmi s DVPN. Výsledná celková míra obav z občansko-právního sporu rostla též, nicméně ne tak prudce. Co se týče obav z neúměrného zkrácení života pacienta, celkové obavy spíše s přibývajícím reálnými zkušenostmi klesaly.

Problematika dříve vyslovených přání není i přes existenci konkrétní právní úpravy stále v mnohých případech plně ošetřena ve všech aplikovatelných rovinách. Touto prací bylo možné získat lepší přehled o povědomí, a hlavně názorech, zdravotnických pracovníků na toto téma. Zvláště pak jelikož se jedná o názor zdravotníků, kterých se tato problematika týká nejvíce.

7 POUŽITÁ LITERATURA:

Aledort, L.M. & Ewenstein, B.M., 2017. An Unconscious Patient with a DNR Tattoo. *The New England journal of medicine*, 22(377), s. 2192–2193. ISSN 0028-4793.

Breault, J.L., 2011. DNR, DNAR, or AND? Is Language important? *The Ochsner Journal* [online]. 11(4), 302-306. [cit. 2019-22-04]. PMID: [22190879](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22190879/).

Cesta domů & STEM/MARK, 2015. *Dříve vyslovené přání: Závěrečná zpráva* [online]. Praha: Cesta domů. [cit. 05-05-2019]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/sites/default/files/custom-files/cesta-domu-zprava-umirani-a-pece-o-nevylecitelne-nemocne-2015.pdf>

Císařová, D. et al., 2010. *Dříve vyslovená přání a pokyny do Not Resuscitate v teorii a praxi: monografie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta. ISBN 978-80-87146-31-6.

Chromková, K., 2018. *Institut „dříve vysloveného přání“ a jeho význam ve vnímání důstojného dožívání a smrti*. Bakalářská práce. Brno: Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií. Vedoucí práce Irena Kašparová.

Černý, D., 2014. Co je pasivní eutanázie? *Zdravotnické právo a bioetika* [online]. Ústav státu a práva. [cit. 2019-04-18]. Dostupné z: <https://zdravotnickepravo.info/co-je-pasivni-eutanazie/>.

Čížová, Z., 2017. *Pojem do Not Resuscitate a omezená terapie v intenzivní péči*. Diplomová práce. Brno, Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Jitka Hůsková.

Doležal, A., 2017a. Dříve vyslovená přání (ADVANCE DIRECTIVES): Právní a etické úvahy. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky* [online]. Praha: Ústav státu a práva Akademie věd ČR, 7(2), 1-15. [cit. 2019-05-05]. ISSN: 1804-8137. Dostupné z: <http://medlawjournal.ilaw.cas.cz/index.php/medlawjournal/article/view/141/126/>.

Doležal, A., 2017b. *Eutanázie a rozhodnutí na konci života: právní aspekty*. Praha: Academia. ISBN 978-80-200-2687-3.

Franěk, O., Knor, J. & Truhlář, A. (ed.), 2017: *Neodkladná resuscitace: Doporučený postup společnosti urgentní medicíny a medicíny katastrof ČLS JEP* [online]. Praha: Společnost urgentní medicíny a medicíny katastrof České lékařské společnosti J. E. Purkyně. [cit. 2019-04-14]. Dostupné z: https://urgmed.cz/wp-content/uploads/2019/03/2017_nr.pdf.

Haškovcová, H., 2007. *Thanatologie: nauka o umírání smrti*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-471-3.

Kemp, P. & Dahl, J., 2008. The Barcelona Declaration: Towards an Integrated Approach to Basic Ethical Principles. *Synthesis philosophica*. 46(2). ISSN: 0352-7875

Lamačová, E., 2011. *Problematika dříve vyslovených přání v intenzivní péči*. Diplomová práce. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta.

Loučka, M., Špínka, Š. & Špinková, M., 2015. *Eutanazie: víme, o čem mluvíme? 2. přepracované vydání.*, Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-88126-08-9.

Mach, J., 2006. *Medicína a právo*. Praha: C.H. Beck. ISBN 80-7179-810-X.

Mach, J., 2016. *Medicínské právo – co a jak: Praktické rady pro lékaře a zdravotníky*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-218-3.

Mach, J., Buriánek, A., Zálezská, D., Máca, M. & Vráblová, B., 2018. *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Zákon o specifických zdravotních službách, Praktický komentář*. Praha: Wolters Kluwer ČR. ISBN 978-80-7598-103-5.

Matějka, J., 2011. *Dříve projevená přání pacientů: výhody a rizika*, Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-850-6.

Matějka, J., Krejčíková, H. & Zavadová, I., 2015. *Dříve vyslovená přání, Cesty domů* [online]. [cit. 2019-03-05]. Dostupné z: <https://www.cestadomu.cz/file/585/download?token=5A3KhSyC>.

Matějka, J., 2017. Dříve vyslovená přání – poznatky z projektu. Zdravotnický deník [online]. Praha: Media Network s.r.o. [cit. 2019-22-04]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/blog/drive-vyslovena-prani-poznatky-z-projektu/>.

Matochová, S., 2009. *Etika a právo v kontextu lékařské etiky*. Brno, Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-4757-0.

McCormick, T.R., 2013. Principles of bioethics. *Ethics in medicine* [online]. Seattle: University of Washington School of Medicine. [cit. 2019-22-04]. Dostupné z: <https://depts.washington.edu/bioethx/tools/princpl.html#ques3>.

Peterková, H., & Kops, R., 2010. Úvahy de lege ferenda. In: Císařová, D. *Dříve vyslovená přání a pokyny. do Not Resuscitate v teorii a praxi: monografie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta. s. 64-68. ISBN 978-80-87146-31-6.

Peterková, H., 2013. *Trestní odpovědnost lékaře při ukončování léčby pacienta* [online]. Disertační práce. Brno: Masarykova univerzita, Právnická fakulta. Školitel Dagmar Císařová. [cit. 2019-31-01]. Dostupné z <<https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/78840/>>.

Ptáček, R. & Bartůněk, P., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3976-2.

Smith, W.J., 2008. Refusing to Save Life of Suicide Victim: What We Are Becoming. *National Review*. New York: National Review. [online]. [cit. 2019-18-04]. Dostupné z: <https://www.nationalreview.com/human-exceptionalism/refusing-save-life-suicide-victim-what-we-are-becoming-wesley-j-smith/>. ISSN: 0028-0038

Vácha, M.O., Königová, R. & Mauer, M., 2012. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-780-0.

Vácha, M.O., 2010. Dříve vyslovená přání. In: Císařová, D. *Dříve vyslovená přání a pokyny. do Not Resuscitate v teorii a praxi: monografie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta. s. 11-17. ISBN 978-80-87146-31-6.

Žďárek, R., 2012. Dříve vyslovená přání a nutnost jejich respektování. *Urgentní medicína: Časopis pro neodkladnou lékařskou péči*, 15(1). ISSN 1212-1924.

8 PŘÍLOHY

Příloha a Dotazník pro bakalářskou práci „Dříve vyslovené přání neresuscitovat z pohledu zdravotnických pracovníků“	85
--	----

Příloha A Dotazník pro bakalářskou práci „*Dříve vyslovené přání neresuscitovat z pohledu zdravotnických pracovníků*“

Vážená paní,

Vážený pane,

jmenuji se Ondřej Šinták a jsem studentem oboru Zdravotnický záchranář na Univerzitě Pardubice. Držíte v rukou dotazník pro mou závěrečnou bakalářskou práci s tématem: „*Dříve vyslovené přání neresuscitovat z pohledu zdravotnických pracovníků*“. **Vámi poskytnuté informace budou anonymně zpracovány pro potřeby mé bakalářské práce.**

Podle aktuální verze § 36 zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách jsou Dříve vyslovená přání pokyny „*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*“. Znění celého § 36 najdete v příloze na konci dotazníku.

Následující otázky se týkají problematiky dříve vyslovených přání (neresuscitovat), souvisejících etických problémů a Vašich názorů na ně. Nejedná se o výzkum vašich vědomostí, ale průzkum názorů na problematiku dříve vysloveného přání neresuscitovat (dále ve zkratce DVPN, nebo DVP pouze pro dříve vyslovené přání), bez ohledu na aktuální legislativu České republiky.

Zakroužkováním označte odpověď, se kterou se nejvíc ztotožňujete. při volbě odpovědi „*Jiné*“, prosím, vepište svou odpověď. k jinému způsobu odpovědi budete případně vyzváni v otázce.

Prosím Vás o upřímné vyplnění dotazníku.

1. Setkal/a jste se někdy u pacientů s Dříve vysloveným přáním neresuscitovat?
 - a. Ano, jednou
 - b. Ano, vícekrát než jednou
 - c. Ne

2. Mezi právníky neexistuje shoda ohledně platnosti dříve vysloveného přání učiněného v průběhu hospitalizace. Někteří se domnívají, že takovéto přání platí pouze pro tuto jednu konkrétní hospitalizaci, jiní pak že platí i pro další hospitalizace u tohoto poskytovatele. Jaký je Váš názor?
 - a. Platí pouze pro jednu konkrétní hospitalizaci.
 - b. Platí také pro další hospitalizace u daného poskytovatele.
 - c. Jiné:

3. Kasuistika: Pacient hospitalizovaný na plicním oddělení s astmatem v průběhu hospitalizace učiní DVPN. Jeho zdravotní stav se zlepší a je propuštěn. Krátce poté se na oddělení vrací kvůli těžké klidové dušnosti způsobené astmatem, a následně dochází k zástavě oběhu. Je podle Vás správné jej resuscitovat (bez ohledu na aktuální legislativu ČR)?
 - a. Ano.
 - b. Ne.

Uveďte důvod svého

rozhodnutí:

4. Pokud by byl pacient z otázky č. 3 krátce po propuštění opět přijat do stejného zdravotnického zařízení pro plicní embolii způsobenou nedignostikovanou hlubokou žilní trombózou, která vznikla v souvislosti s hospitalizací, bylo by podle Vás správné jej v případě zástavy oběhu resuscitovat (bez ohledu na aktuální legislativu)?
 - a. Ano.
 - b. Ne.

Uveďte důvod svého

rozhodnutí:

5. Pokud by byl pacient z otázky č. 3 přijat kdykoli po propuštění do stejného zdravotnického zařízení jako oběť dopravní nehody, bylo by podle Vás správné jej v případě zástavy oběhu resuscitovat (bez ohledu na aktuální legislativu)?
- a. Ano.
 - b. Ne.

Uveďte důvod svého

rozhodnutí:

6. Domníváte se, že by DVPN mělo být uplatnitelné také u nezletilých? (Pod rozumovou vyspělostí rozumějte schopnost nezletilého porozumět dopadům a důsledkům DVPN.)
- a. Ano, mělo, a to bez ohledu na věk a rozumovou vyspělost.
 - b. Ano, mělo, a to od věku (vepište) let bez ohledu na rozumovou vyspělost.
 - c. Ano, mělo, a to od věku (vepište) let s ohledem na rozumovou vyspělost.
 - d. Ano, mělo, a to s ohledem na rozumovou vyspělost, bez ohledu na věk.
 - e. Ne, nemělo.
 - f. Jiné (vepište):

7. Při přípravě legislativy k dříve vysloveným přáním bylo diskutováno, zda platnost DVP omezit. Zamyslete se, prosím, nad argumenty pro a proti omezení, a uveďte níže alespoň jeden argument pro omezení platnosti a alespoň jeden argument proti omezení platnosti.

Argument pro (vepište):.....

Argument proti (vepište):.....

8. Jaký je Váš názor stran omezení platnosti DVP?
- a. Měla by být omezena na let (vepište navrhovaný počet let)
 - b. Neměla by být omezena

c. Jiné (vepište):

9. Pro vytvoření DVPN na počátku a během hospitalizace je třeba, krom podpisu pacienta a lékaře, i podpisu svědka. Kdo by jím podle Vás měl ideálně být?

- a. Další lékař
- b. Nelékařský zdravotnický pracovník
- c. Právní zástupce pacienta
- d. Kdokoliv (způsobilý k právním úkonům)
- e. Osoba blízká pacientovi
- f. Jiné (vepište):

10. Mělo by být u jedince, který chce vytvořit DVPN, posuzováno, zda nemá v úmyslu spáchat sebevraždu (předchozí suicidální pokus, diagnostikována deprese, schizofrenie aj.)?

- a. Ano, mělo.
- b. Ne, nemělo.

Uveďte důvod svého

rozhodnutí:

11. Kasuistika: ve Velké Británii se žena v sebevražedném pokusu otráвила nemrznoucí kapalinou. Poté, co byla žena přivezena do nemocnice, byli ošetřující lékař a právní poradce nemocnice seznámeni s jejím DVPN a zjistili, že je přání dle místní legislativy platné, a že žena měla dostatečnou mentální kapacitu, aby si byla vědoma důsledků svého přání. Proto se rozhodli ji neresuscitovat. Souhlasíte s jejich rozhodnutím?

- a. Ano, souhlasím. Respektovali autonomii pacientky.
- b. Ne, nesouhlasím. Byla to „pomoc“ v sebevraždě.
- c. Jiné (vepište):

12. Při výkladu aktuální legislativy České republiky týkající se DVP se nabízí možnost vykládat respektování DVPN u ženy ve třetím trimestru těhotenství jako: 1) „*postup, jehož výsledkem je aktivní způsobení smrti*“ nebo 2) postup, jehož „*splnění by mohlo ohrozit jiné osoby*“. Souhlasíte s těmito výklady?

- a. Ano, souhlasím s oběma výklady.
 - b. Souhlasím pouze s výkladem 1).
 - c. Souhlasím pouze s výkladem 2).
 - d. Nesouhlasím ani s jedním výkladem.
13. Modelová situace: na oddělení je hospitalizována žena s renální insuficiencí, čekající na transplantaci ledviny, mající platné DVPN. Dárce je dostupný, ale u ženy došlo ještě před operací k zástavě oběhu z důvodu minerálního rozvratu. Je podle Vás správné, bez ohledu na legislativu ČR, respektovat její přání neresuscitovat či nikoliv?
- a. Ano, je správné její přání respektovat a neresuscitovat.
 - b. Ne, je správné přání nerespektovat a resuscitovat.

Uveďte důvod svého

rozhodnutí:

14. Kasuistika: v časopise The New England Journal of Medicine (vydání z 30. listopadu 2017) byla uveřejněna kazuistika, kdy záchranáři přivezli na urgentní příjem muže, který byl dlouhodobě léčený s CHOPN, diabetem mellitem a fibrilací síní, nyní v prohlubujícím se bezvědomí způsobeném vysokým podílem alkoholu v krvi a ketoacidózou. Jelikož měl na hrudi vytetovaný nápis NERESUSCITOVAT i s vlastním podpisem, lékaři se rozhodli jej neresuscitovat. Postupovali byste na jejich místě stejně? (Bez ohledu na legislativu České republiky)
- a. Ano, za všech okolností.
 - b. Ne, pacient si mohl své přání rozmyslet, ale tetování nemohl odstranit.
 - c. Ano, pokud by zároveň existovalo i platné DVPN v souladu se zákonem 372/2011 Sb.
 - d. Jiné (vepište):
15. Pokud byste (bez ohledu na legislativu České republiky) měl/a rozhodnout o započítí resuscitace tohoto pacienta s vytetovaným nápisem NERESUSCITOVAT, jaké by bylo vaše rozhodnutí?
- a. Resuscitoval/a bych
 - b. Neresuscitoval/a bych

16. Jak důležité by pro Vás bylo při rozhodování o zahájení resuscitace pacientky s DVPN, pokud by se v době nedávne stala matkou. Odpověď zvolte zakroužkováním na škále od 0 (Bez vlivu na rozhodnutí) do 5 (Zásadní).

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

17. Pokud byste (bez ohledu na legislativu České republiky) měl/a rozhodnout o započetí resuscitace pacientky popsané v otázce číslo 16, jaké by bylo vaše rozhodnutí?

- Resuscitoval/a bych
- Neresuscitoval/a bych

18. Na škále od 1 do 3 vyznačte zakroužkováním míru svých obav z trestního stíhání v případě, že byste vyhověl/a Dříve vyslovenému přání neresuscitovat?

Žádné obavy	Lehké obavy	Silné obavy
1	2	3

19. Na škále od 1 do 3 vyznačte zakroužkováním míru svých obav z občansko-právního sporu v případě zahájení resuscitace u pacienta, jehož DVPN je platné.

Žádné obavy	Lehké obavy	Silné obavy
1	2	3

20. Jedním z účelů DVPN je zabránit neúměrnému prodlužování života. na škále od 1 do 3 vyznačte zakroužkováním míru svých obav z rizika, že by DVPN mohlo naopak život pacienta neúměrně zkrátit?

Žádné obavy	Lehké obavy	Silné obavy
1	2	3

21. Považujete DVPN za užitečnou (jakožto lékař/zdravotnický pracovník)?
- a. Ano, pro pacienta
 - b. Ano, pro ošetřujícího lékaře či zdravotníka
 - c. Ano, pro pacienta i pro ošetřujícího lékaře či zdravotníka
 - d. Ne
22. Uvažujete o zhotovení DVPN pro sebe?
- a. Již jej mám.
 - b. Ano, uvažuji.
 - c. Ano, v případě vážného onemocnění.
 - d. Ne, neuvažuji.
 - e. Jiné:
23. Jaká by byla Vaše reakce, pokud by za Vámi přišel někdo z Vašich blízkých s úmyslem vytvořit DVPN?
- a. Podpořím ho v jeho rozhodnutí.
 - b. Podpořím ho v případě, že se jedná o osobu, která je již ve vyšším věku.
 - c. Podpořím ho v případě, že se jedná o nemocnou osobu.
 - d. Budu svého blízkého od DVPN odrazovat.
 - e. Jiné:

24. Ačkoli bylo při vzniku právní úpravy DVP v České republice uvažováno o založení národní databáze DVP, k jejímu vzniku nedošlo. Považoval/a byste takovou databázi za užitečnou, či nikoliv?
- Ano, byla by užitečná.
 - Ne, neměla by existovat.
25. Jaká je vaše profese? (zakroužkujte vše platné)
- Praktická sestra
 - Všeobecná setra (se specializací / bez specializace)
 - Zdravotnický záchranář
 - Lékař
26. Jaké je vaše pohlaví?
- Muž
 - Žena
27. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví? (Vepište:)

Ve zdravotnictví pracuji rok/let

Děkuji Vám za Váš čas a úsilí vynaložené na vyplnění tohoto dotazníku. Výsledky budou po obhájení práce dostupné na webu <https://theses.cz/> v rámci bakalářské práce.

Dříve vyslovené přání

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

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

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

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

(5) Dříve vyslovené přání

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

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

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

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

(6) Dříve vyslovené přání nelze uplatnit, jde-li o nezletilé pacienty nebo pacienty s omezenou svéprávností.