

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2019

Štěpán Motyčka

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Příkaz Do Not Resuscitate a dříve vyslovené přání

Štěpán Motyčka

Bakalářská práce

2019

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2017/2018

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Štěpán Motyčka**
Osobní číslo: **Z16049**
Studijní program: **B5345 Specializace ve zdravotnictví**
Studijní obor: **Zdravotnický záchranář**
Název tématu: **Příkaz Do Not Resuscitate a dříve vyslovené přání**
Zadávající katedra: **Katedra klinických oborů**

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

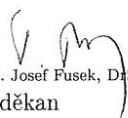
1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**
Seznam odborné literatury:

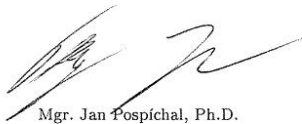
1. **CÍSAŘOVÁ, Dagmar. Dříve vyslovená přání a pokyny Do Not Resuscitate v teorii a praxi: monografie. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, 2010. ISBN 978-80-87146-31-6.**
2. **KLEMENTA, Bronislav, Olga KLEMENTOVÁ a Pavel MARCIÁN. Resuscitace. 2., rozš. vyd. Olomouc: Epava, 2014. ISBN 978-80-86297-47-7.**
3. **MATĚJEK, Jaromír. Dříve projevená přání pacientů: výhody a rizika. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-850-6.**
4. **REMEŠ, Roman a Silvia TRNOVSKÁ. Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4530-5.**
5. **ŠIMEK, Jiří. Lékařská etika. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5306-5.**

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Martina Rabová**
Fakulta zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2017**
Termín odevzdání bakalářské práce: **9. května 2019**


prof. MUDr. Josef Fusek, DSc.
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. 5. 2019

Podpis autora
Štěpán Motyčka



PODĚKOVÁNÍ

Rád bych tímto poděkoval paní Mgr. Martině Rabové za vedení bakalářské práce, její rady a doporučení k sepsání. Dále bych chtěl poděkovat hlavně své rodině a přítelkyni za podporu v průběhu celého studia, všem pedagogům za předané vědomosti a spolužákům, kteří mi byli nápomocni v celém průběhu studia.

ANOTACE

Práce se zabývá ve své teoretické části historií a nejnovějšími poznatky z pole problematik dříve vysloveného přání a s ním úzce souvisejícím příkazem DNR. Okrajově se práce také zabývá kardiopulmonální resuscitací a paliativní péčí. Praktická část byla vypracována na základě krátkého dotazníku směřovaného na nelékařské zdravotnické pracovníky. Cílem bylo zjistit jejich povědomí o problematice a jejich postoje k ní.

KLÍČOVÁ SLOVA

Resuscitace

Příkaz Do not resuscitate

Dříve vyslovené přání

TITLE

Do not resuscitate and advanced directives

ANNOTATION

This bachelor thesis describes history and the newest knowledge about the Advance directives and to its closely connected DNR order. In its marginal part are mentioned basic information about CPR (cardio-pulmonal resuscitation) and palliative care. Practical part of this work is based on short questionnaire directed to the middle medical staff. The goal of questionnaire was to get information about their knowledge and ethic state to the problematics.

KEYWORDS

Resuscitation

Do not resuscitate

Advanced directives

OBSAH

Úvod.....	12
Cíle práce	13
Cíl teoretický.....	13
Cíle průzkumné.....	13
I. Teoretická část.....	14
1.1 Kardiopulmonální resuscitace	14
1.1.1 Náhlá zástava oběhu	14
1.1.2 Rozšířená KPR.....	14
1.1.3 Ukončení KPR	16
1.2 Dříve vyslovená přání	17
1.2.1 Úvod do problematiky	17
1.2.2 Vznik dříve vyslovených přání (problematika ve Spojených státech)	18
1.2.3 Právní úprava dříve vyslovených přání v Německu	20
1.2.4 Právní úprava dříve vyslovených přání v České republice.....	22
1.3 Příkaz DNR.....	25
1.3.1 Rozdíl mezi příkazem DNR a eutanázií	27
1.4 Paliativní péče	27
II. průzkumná část.....	30
2.1 Průzkumné otázky.....	30
2.2 Metodika průzkumu	30
2.2.1 Vzorek respondentů	32
2.3 Výsledky	36
2.4 Předešlé výzkumy v oblasti příkazu DNR a dříve vyslovených přání.....	59
2.5 Diskuze.....	60
2.5.1 Jak se respondenti orientují v problematikách dříve vyslovených přání a příkazu DNR? 60	

2.5.2	Jaký je etický postoj respondentů k problematikám dříve vysloveného přání a příkazu DNR?	62
2.5.3	V jaké míře se problematiky vyskytují v praxi na jednotlivých odděleních a jak je k nim přistupováno?.....	63
3	Závěr	66
4	Použitá literatura	68
5	Přílohy.....	70

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1: Graf pohlaví respondentů	32
Obrázek 2: Graf profesního zařazení respondentů	33
Obrázek 3: Graf nejvyššího dosaženého vzdělání respondentů.....	34
Obrázek 4: Graf délky praxe respondentů	35
Obrázek 5: Graf „Slyšel/a jste o příkazu DNR (Do Not Resuscitate = neresuscitovat)?“.....	36
Obrázek 6: Graf „Zabýval/ jste se hlouběji touto problematikou?“	37
Obrázek 7: Graf „Víte, kdo může příkaz DNR vydat?“	38
Obrázek 8: Graf „Vidíte nějaký rozdíl mezi eutanázií a příkazem DNR?“.....	39
Obrázek 9: Graf „Setkáváte se s problematikou příkazu DNR na svém pracovišti?“	40
Obrázek 10: Graf „V jaké podobě je správně příkaz DNR vystaven?“.....	41
Obrázek 11: Graf „V jaké formě je příkaz DNR na Vašem pracovišti vystaven?“	42
Obrázek 12: Graf „Jaký je Váš postoj k příkazu DNR?“	43
Obrázek 13: Graf „Je pro vás akceptovatelné vydání příkazu DNR i u mladých pacientů?“ ..	44
Obrázek 14: Graf „Setkal/a jste se se stížnostmi na téma zanedbání péče v souvislosti s příkazem DNR?“.....	45
Obrázek 15: Graf „Pokud jste se setkal/a se stížnostmi, jak se k nim stavíte?“	46
Obrázek 16: Graf „Pokud je příkaz DNR vydán, dochází dle vašeho názoru k výraznému omezení péče?“	47
Obrázek 17: Graf „Setkal/a jste se s problematikou dříve vyslovených přání?“.....	48
Obrázek 18: Graf „Víte, za jakým účelem se dříve vyslovená přání sepisují?“	49
Obrázek 19: Graf „Navazující otázka na otázku 14, pokud respondent odpověděl ano“.....	50
Obrázek 20: Graf „Sepsání dříve vyslovenému přání může proběhnout za předpokladu“	51
Obrázek 21: Graf „Víte, z jakého zákona dříve vyslovená přání vychází?“	52
Obrázek 22: Graf „Dříve vyslovená přání mohou sepsat“	53
Obrázek 23: Graf „Jak často se setkáváte s dříve vysloveným přáním na svém pracovišti?“ ..	54
Obrázek 24: Graf „Jaký je váš postoj k dříve vysloveným přáním?“.....	55
Obrázek 25: Graf „Pokud pacient sepíše dříve vyslovené přání, jak se postupuje v léčbě na Vašem pracovišti?“	56
Obrázek 26: Graf „Nastíněná situace“	57
Obrázek 27: Graf „Je podle vás problematika příkazu DNR a dříve vyslovených přání v ČR dost důkladně propracována?“	58

Tabulka 1: návratnost dotazníků a typ oddělení, na kterém jsou respondenti zaměstnáni32

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ČR	Česká republika
EU	Evropská unie
DNR	Do not resuscitate (neresuscitovat)
JIP	Jednotka intenzivní péče
KPR	Kardiopulmonální resuscitace
CPR	Cardio-pulmonal resuscitation
ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
NLZP	Nelékařský zdravotnický pracovník
UPV	Umělá plicní ventilace
ZZS	Zdravotnická záchranná služba
WHO	World health organisation (Světová zdravotnická organizace)
LF	Lékařská fakulta
UK	Univerzita Karlova

ÚVOD

Konec života není vždy spojen s poklidným umíráním, spousta lidí naneštěstí vlivem různorodých nevyлéčitelných onemocnění umírá v dlouhotrvajících bolestech. Úkolem zdravotnického personálu v těchto chvílích je co nejefektivněji tlumit bolest a snažit se zmírňovat příznaky onemocnění, celý tento proces se označuje jako paliativní péče. V souvislosti s takovýmto druhem onemocnění se nabízí diskuze, zdali některé úkony ze strany personálu nezasahují až za hranici paliativní péče a přechází se na léčbu, která pacienta drží při životě navzdory přirozenému odchodu.

Příkaz DNR a dříve vyslovená přání jsou témata, která jsou úzce spjata s paliativní péčí a předpokladem pacientovy autonomie v rozhodování o zdravotních službách, které mu budou zdravotnickým zařízením poskytovány. Pro Českou republiku je tato problematika poměrně nová, konkrétně v zákonné podobě vyšla problematika dříve vyslovených přání až v roce 2011. Samotná ČR se inspirovala v tvorbě vlastní podoby právního zakotvení postupy z praxe a legislativními dokumenty vydanými Evropskou unií a v ostatních západních zemích. Cílem teoretické části této práce je seznámit čtenáře s problematikou jako takovou, shrnout, jak je termín vnímán v zemích, kde má myšlenka své kořeny a v zemích, ze kterých česká legislativa čerpala při tvorbě vlastní verze zákona a jak je u nás zákon koncipován. Současně práce popisuje historii pojmu, okrajově se dotýká také kardiopulmonální resuscitace a paliativní péče, které jsou tématu velmi blízké. Praktická část bude založena na dotazníkovém šetření směřovaném na nelékařské zdravotnické pracovníky na výjezdových základnách záchranné služby krajského typu a taktéž na pracovníky standartních oddělení, jednotek intenzivní péče a anesteziologicko-resuscitačních oddělení nemocnic krajského typu. Cílem praktické části je určit erudovanost NLZP pracovníků v této problematice a jejich postoj k ní.

Mojí motivací pro tvorbu této práce byla hlavně právě novost této problematiky v České republice a obohacení mne samotného. Zároveň mnoho prací tohoto typu, dotýkajících se dříve vyslovených přání a příkazu DNR, nebylo dosud publikováno a o praktickém užití či postoji samotných pracovníků není moc známo, i když se jich problematika dotýká, krom pacientů, nejbližše. Dle mého názoru je důležité pro NLZP mít povědomí o problematikách, o tom, jak by měly být správně používány v praxi, neboť je to základní předpoklad pro správné rozhodování ve chvíli, kdy s ní přijde do styku.

CÍLE PRÁCE

Cíl teoretický

- Popsat nejnovější poznatky v problematikách příkazu DNR a dříve vyslovených přání

Cíle průzkumné

- Určit erudovanost respondentů v problematikách dříve vysloveného přání a příkazu DNR
- Určit etický postoj respondentů k dříve vyslovenému přání a příkazu DNR
- Určit četnost výskytu a přístup k řešení problematik příkazu DNR a dříve vyslovených přání na jednotlivých pracovištích

I. TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Kardiopulmonální resuscitace

Z hlediska odbornosti tématu se tato kapitola bude zabývat vznikem náhlé zástavy oběhu a následně rozšířenou kardiopulmonální resuscitací (dále KPR), která je v kompetenci zdravotnických pracovníků.

1.1.1 Náhlá zástava oběhu

Jedná se o náhle vzniklou příhodu, kdy selže funkce lidského srdce jako pumpy a nedochází tak k dostatečné perúzi ostatních životně důležitých orgánů. Primární příčinou vzniku náhlé zástavy oběhu je onemocnění srdce, např. koronární insuficience. Jako sekundární příčinu označujeme zástavy, které vzniknou následkem procesů mimo srdce. Může se jednat např. o intoxikaci, masivní krvácení nebo obstrukci dýchacích cest. Typická pro zástavu oběhu je nepřítomnost dýchání, u některých pacientů se však může objevovat tzv. gasping, neboli lapavé dechy. Laickým záchráncům se může gasping jevit jako normální dýchání, avšak tomu tak není a prodleva, kdy se nezačíná KPR může být pro postiženého osudová a šance na přežití se rapidně snižují. (Klementa, Klementová, Marcián 2014, s.18)

Během 10 sekund dochází u pacienta se srdeční zástavou k hypoxii mozku a následné ztrátě vědomí. Důležitým pojmem je tzv. resuscitační čas, což je čas, který uběhne od zástavy oběhu do doby, kdy dojde k nevratnému poškození orgánů. U mozku je resuscitační čas 4-6 minut, je tedy velice důležité zahájit KPR nejdéle do pěti minut. U kojenců, malých dětí a podchlazených pacientů může být časový interval o něco delší, neboť lépe tolerují nedostatek kyslíku. (Remeš, Trnovská a kol. 2013, s. 71)

1.1.2 Rozšířená KPR

Rozšířená KPR je soubor postupů za účelem obnovy srdečního oběhu prováděných vyškoleným a adekvátně vybaveným zdravotnickým týmem. Pokud se jedná o KPR v terénu, je velitelem týmu záchranář či lékař v závislosti na složení posádky. Na nemocničních pracovištích je to lékař dovolaný z anesteziologicko-resuscitačního oddělení. V obou případech je cílem obnova oběhu a stabilizace základních životních funkcí a zajištění důkladné poresuscitační péče na adekvátním oddělení. Pro úspěch celého procesu je velice důležitá souhra týmu a důkladné provádění jednotlivých úkonů. (Remeš, Trnovská a kol. 2013, st. 87)

Pokud se pacient nachází v nemocničním zařízení, je velice důležité rozpoznat zhoršující se stav pacienta a předcházet tak vzniku zástavy. Základním předpokladem pro předcházení

zástavě oběhu je dostatečně proškolený personál, který je schopný rozpoznat zhoršující se zdravotní stav pacienta a následně rychle jednat. Dalším faktorem je měření životních funkcí v dostatečných časových úsecích a vypracovaný plán, jak se v dané situaci chovat a co nejrychleji přivolat pomoc zkušenějších pracovníků. (Urgentní medicína 2015, st. 18)

U každé zástavy oběhu je nejdůležitější co nejrychleji rozpoznat, o jaký srdeční rytmus se jedná. Ze základního dělení rozlišujeme rytmy na defibrilovatelné (komorová tachykardie pulsní a bezpulsová, komorová fibrilace) a nedefibrilovatelné (asystolie a bezpulsová elektrická aktivita). Podle charakteru rytmu se provádí u defibrilovatelných rytmů defibrilace a u nedefibrilovatelných se postupuje klasickým algoritmem pro rozšířenou KPR. Defibrilace se provádí v počáteční dávce 150-200 J a následují dávky 150-360 J po dalších 2 minutách. Základem úspěšné resuscitace je kvalitně prováděná srdeční masáž, zajištění žilního vstupu a podávání farmak a zajištění dýchacích cest s následnou ventilací. Kvalitní srdeční masáž by měla být prováděna nepřerušovaným stlačováním hrudníku ve frekvenci 100 stlačení za minutu do hloubky 5-6 centimetrů proti hrudní kosti na spojnici prsních bradavek. Po každých 30 stlačeních hrudníku nastává krátká pauza, ve které by měly být provedeny 2 vdechy do pacienta pomocí křísícího vaku. Z farmak se při KPR používají adrenalin, který se je vhodným lékem volby u obou druhů rytmu, a to v dávce 1mg každé 4 minuty od zajištění žilního vstupu. U defibrilovatelného rytmu se jako další lék používá amiodaron v dávce 300mg po třetím výboji defibrilátoru a může následovat další podání dávky 150mg po pátém výboji. (Klementa, Klementová, Marcián 2014, st.56, 57, 58)

U každé zástavy oběhu je nutné zjistit, zdali nemá reversibilní příčinu a pokud ano, je třeba ji okamžitě léčit. Reverzibilních příčin je celkem 8 a užívá se pro ně souhrnná zkratka 4H, 4T. Jedná se o hypoxii, hypovolémii, hyper/hypokalémie, hypotermii, tenzní pneumotorax, tamponádu srdeční, trombembolickou nemoc a intoxikaci. Hypoxii se dá zabránit kvalitním zavedením endotracheální kanyly do dýchacích cest a následnou ventilací 100 % kyslíkem za kontroly kapnografické křivky a jejích hodnot. Hypovolémie bývá nejčastěji způsobena masivním krvácením. U takového stavu je nutné nahradit krevní ztráty elektrolytovými roztoky nebo krevními deriváty, zjistit příčinu krvácení a následně ho zastavit. Hyper a hypokalémii není jednoduché s jistotou rozpoznat bez krevních odběrů a následného biochemického vyšetření. Většinou bývá očekávána u pacientů s anamnézou renální nedostatečnosti či jiného endokrinního postižení. Charakteristické jsou pro tyto stavy změny na EKG (hrotnaté vlny T). U těžkých stavů hyperkalémie je nejúčinnějším řešením zahájení hemodialyzační léčby, u lehčích stavů lze použít farmakologickou léčbu v podobě diuretik, glukózy a calcia. Jako

hypotermie je označován pokles tělesné teploty pod 35°C. Pokles tělesné teploty výrazně snižuje prokrvení jednotlivých orgánů a je tak velice nebezpečný pro chod organismu. V přednemocniční péči je třeba pacienta přesunout do teplého prostředí a zabalit ho do aluminiové folie. V nemocničním prostředí je důležité pacienta držet v suchém oblečení a lze využít externí ohříváče. Defibrilace u těchto pacientů není vhodná, pokud je jejich tělesná teplota pod hodnotou 30°C. Tenzní pneumotorax je stav, kdy je přítomen volný vzduch v plurální dutině a nemůže unikat ven. Tento stav způsobuje kolaps plíce na postižené straně a následný útlak druhé plíce. Účinným terapeutickým postupem je provedení punkce hrudníku širokou kanylou nebo speciálně vytvořenou jehlou s jednocestným ventilem ve druhém mezižebří v medioklavikulární čáře. Tamponáda srdeční je způsobena přítomností tekutiny v perikardu, která způsobuje útlak srdce, a to následně není schopno plnit adekvátně svou funkci. Jediným možným způsobem odstranění příčiny je provedení punkce perikardu a odstranění tekutiny. Tento výkon je v přednemocniční péči velice riskantním, neboť hrozí příliš hluboké proniknutí jehly, zapříčiňujícím poškození srdečního svalu. Trombembolická nemoc nejčastěji způsobuje zástavu uzávěrem koronární tepny. Vzniká vytvořením krevní sraženiny, nejčastěji v cévách dolních končetin, následnému odtržení sraženiny, který doputuje krevním řečištěm do plic a následně do koronárního řečiště, kde vytvoří uzávěr. Při tomto vzniku zástavy je indikována trombolýza, popřípadě kardiochirurgický výkon. (Klementa, Klementová, Macián 2014, st. 59-66)

1.1.3 Ukončení KPR

Ukončení KPR je výhradně v kompetencích přítomného lékaře na místě zásahu. Indikacemi k ukončení jsou obnovení spontánního oběhu s adekvátním dechovým úsilím, elevací kapnografické křivky a hmatnými pulzacemi na velkých cévách, přetrvávající asystolie, pokud nebylo dosaženo obnovení rytmu během 20 minut prováděné KPR a byly vyloučeny všechny reversibilní příčiny vzniku, přetrvávající jiný patologický rytmus, kdy nedošlo k obnově rytmu do 60 minut a byly vyloučeny všechny reversibilní příčiny anebo úplné vyčerpání záchránců. (Remeš, Trnovská a kol. 2013, st. 101-102)

V případě, že nedojde k obnově oběhu a jsou vyčerpány veškeré terapeutické postupy a jakákoli snaha je neúspěšná, je na lékaři zvážení ukončení resuscitace. V takovém případě se doporučuje pacienta dále monitorovat přibližně 10 minut a následně je konstatována smrt. (Klementa, Klementová, Macián 2014, st. 67)

1.2 Dříve vyslovená přání

1.2.1 Úvod do problematiky

Od roku 2011 se v České republice mohou zdravotníci setkat se situací, kdy je pacient ve stavu neschopnosti rozhodovat o postupu v léčbě vlivem svého zdravotního stavu, avšak své rozhodnutí učinil již dříve. Tímto pacientem může být například ten, který je v terminálním stádiu onemocnění, ale již v dřívější fázi rozhodl o tom, jak se bude pokračovat (popřípadě nepokračovat) v jeho léčbě v případě, že se jeho zdravotní stav zhorší. Lékař se v takové situaci může zachovat dvěma způsoby. Buď nebude pokračovat v léčbě, jak si pacient přál, a ten následně pravděpodobně zemře. V druhém případě se rozhodne pro léčbu a pokusí se pacienta zachránit. V tomto případě však riskuje fakt, že koná proti vůli pacienta a ten jej může záhy žalovat, neboť postupoval proti jeho vůli. Lékař je svým konáním konfrontován s problematikou, která je jednou z hlavních otázek eticko-právně-medicínských problémů počátku 21. století, a to problematikou tzv. dříve vyslovených přání. (Matějek 2011, str. 9,10)

První zmínka úvah o vzniku problematiky dříve vyslovených přání se objevily v roce 1914 ve Spojených státech amerických z úst soudce Benjamina Cardoza, který pronesl: „Každá dospělá lidská bytost, jasně myslí má právo určit, co se bude dít s jejím vlastním tělem“. Hlavním podnětem ke vzniku institutu byl rapidní vývoj medicíny ve druhé polovině 20. století. Po roce 1945, který ukončil největší válku v dějinách lidstva se roznesla masivní vlna nechutenství a kritiky vůči válečným zločinům, kterých se dopouštěli nacističtí lékaři v koncentračních táborech. V souvislosti s těmito hrůznými činy se začalo upouštět od paternalismu, který zaujímal lékaře vůči pacientovi a pacient se začal stávat rovnocenným účastníkem debaty o svém zdravotním stavu. Druhým a tím zásadnějším důvodem byl překotný vývoj vědy a schopnosti lékařů léčit stavy, které by ještě několik desetiletí nebyly slučitelné se životem. Vlivem tohoto vývoje a silným pocitem úspěchu na poli vědy a lékařství se opomíjel pacientův postoj k onemocnění a jeho vlastní pocity. Tento problém se neustále probíral napříč společenským spektrem a vedl k debatám na poli politiky a právních zástupců. (Matějek 2011, str. 46, 47)

Vznik termínu a počáteční snahy za vznik dříve vyslovených přání se váží k souvislosti s několika kazuistikami z USA, Itálie ale i dalších zemí. V těchto konkrétních případech se postupovalo v léčbě až nadmíru dlouho, i když zlepšení zdravotního stavu bylo téměř jistě nerealistické. Pokud by pacienti tehdejší doby mohli využívat dříve vyslovených přání a byly by v platnosti dnes běžně užívané zákony, pravděpodobně by se v jejich léčbě nepokračovalo a pacientovi by byl umožněn odchod ze světa provázený adekvátní paliativní péčí. Příbuzným by

se zároveň ušetřilo trápení spojené se sledováním nezlepšujícího se zdravotního stavu bližního. (Císařová 2010, str. 11)

Pro nastínění takovéto situace bych jako příklad uvedl první zaznamenaný případ Karen Ann Quinlan ze Spojených států.

„Jednadvacetiletá dívka Karen upadla do bezvědomí v dubnu 1975 po studentské party, ve které zkombinovala účinky alkoholu s množstvím drog tak nešťastně, že přestala dýchat minimálně na dvě období, každé v délce patnácti minut. Lékaři jí sice zachránili život, ale Karen upadla díky poškození mozku do perzistentního vegetativního stavu s vyhlídkou, že již nikdy nebude schopna jakékoli kognitivní funkce. Lékaři sice konstatovali, že šance na probuzení z bezvědomí je nulová, ale neodpojili Karen od respirátoru, neboť pacientka nesplňovala kritéria mozkové smrti a byla tedy naživu. Rodina (matka Julia a její manžel Joe) započala právní bitvu o to, aby Karen mohla být odpojena od respirátoru. Situace byla zvláštní tím, že Karen i její rodiče byli hluboce věřící katolíci, a proto se v kauze objevuje důraz na náboženské principy. Rozhodnutí nižšího soudu nevyhovělo přání rodičů Karen od respirátoru odpojit. Ovšem Nejvyšší soud v New Jersey v roce 1976 zvrátil toto rozhodnutí v precedentním rozsudku. Soud konstatoval, že rodiče mají na mysli zájmy své dcery a že jakožto rodiče mají jistě znalost životních hodnot a postojů své dcery. Bylo to první soudní rozhodnutí, které ošetřilo možnost případného odnětí přístrojů uchovávajících při životě. Soud konstatoval, že „kdyby se Karen zázračně mohla na chvíli probírat ze svého stavu a rozvážit svou situaci, jistě by souhlasila se svým odpojením od přístrojů i v případě, že by následkem byla přirozená smrt.“ Rodina uspěla a Karen byla odstavena od respirátoru. Začala však spontánně dýchat sama. Zůstává v komatu dalších deset let až do června 1985, kdy umírá na zápal plic. Antibiotika jí nebyla podána.“ (Císařová 2010, str. 12)

1.2.2 Vznik dříve vyslovených přání (problematika ve Spojených státech)

Myšlenka dříve vyslovených přání (v originále *advanced directives*) se začala realizovat v 2. polovině 20. století v souvislosti s několika kazuistikami ze Spojených států i z ostatních zemí světa. S myšlenkou vzniku této problematiky poprvé přišel americký právník Luis Kutner, který v padesátých letech použil termín *advanced directives* a *living will*. Tento termín použil v souvislosti s předem vyřčeným pokynem pacienta, který odmítal být dlouhodobě udržován při životě za pomoci přístrojů v pokročilém stádiu progredujícího onemocnění. Své myšlenky poprvé sepsal roku 1969 a od tohoto okamžiku se rozvinula rozsáhlá debata o zavedení *advanced directives* do právních dokumentů ve všech padesáti státech. Prvním státem, který

uvedl *advanced directives* do právního systému byla Kalifornie v podobě zákona „Natural Death Act“ z roku 1976. Zákon byl společností přijat jako velice kontroverzní a vedly se o něm dlouhé debaty, avšak byl položen základní kámen pro zavedení legislativy i v ostatních státech. V následujících několika letech přijali určitou formu zákona i všechny ostatní státy. (Lack, Biller-Andorno, Brauer 2013, str. 4)

Od roku 1990 je tato problematika o odmítnutí péče na základě diagnostiky progredujícího onemocnění zahrnuta i ve federálním zákoně v podobě „Patient Self Determination Act“, v praxi používaným od roku 1991. Tento zákon nevytváří novou podobu již existujících zákonů, pouze uvaluje povinnost na zdravotnické pracovníky informovat pacienty o možnosti sepsání dříve vysloveného přání a dále odkazuje k zákonům jednotlivých států. Jeho úkolem bylo zamezení patové situací, která často nastávala, a to konkrétně situacím, kdy pacient očekává informovanost ze strany zdravotnického personálu, naproti tomu zdravotnický personál očekával konkretizované dotazy ze strany pacienta. V těchto patových situacích docházelo k absolutnímu omezení komunikace a dříve vyslovená přání nebyla využívána. Z takovéto skladby zákona vyplývá fakt, že zákon postrádá jednotící složku, což je poněkud problematické a celá řada povinností se tím shazuje na jednotlivé nejvyšší soudy. Ve znění tohoto zákona jsou *advanced directives* písemným, právně závazným dokumentem o rozhodnutí pacienta ohledně poskytování léčby ve stavu, kdy již nebude svá přání moci artikulovat. Dokument je nutné ze strany personálu respektovat s výjimkou tzv. námitky z důvodu svědomí, kterou může předložit lékař. Tato námitka musí mít vážné odůvodnění a následně musí být podrobena odbornému přezkumu situací, za jakých byla použita. Základem správně sepsaného dříve vysloveného přání je konzultace s lékařem, který musí v dostatečné míře pacienta poučit o jeho zdravotním stavu, aby mohl následně sepsat validní dokument. Problémem ve Spojených státech však bylo právě popisování pacientovi zdravotní problémy, které se ho týkají. Lékař často popisoval dané onemocnění, možnosti léčby a rizika s tím spojené příliš detailně a pro řadu pacientů byly tak komplikované, že již během krátké doby vysvětlování úplně ztratili zájem a motivaci dříve vyslovená přání sepsat z důvodu jejich subjektivní nemožnosti pochopit výklad. Dalším bodem, na který je kladen důraz v zákoně je rovnost pacientů před lékařem, a to v tom smyslu, že z pohledu personálu nebudou činěny žádné rozdíly mezi pacienty, kteří využili možnosti sepsat dříve vyslovené přání a těmi, kteří tak neučinili. Personál měl před zavedením tohoto zákona a jeho uvedením do praxe například tendenci pacientům, kteří odmítli být resuscitováni, podávat analgetika či antibiotika, která by jim ulevila od bolesti a umožnila bezbolestné a poklidné umírání. Problémem tehdejšího

zdravotnictví bylo, že zdravotničtí pracovníci nerozlišovali, zdali se jedná o dříve vyslovené přání týkající se pouze pokynu neresuscitovat či jinou formu odmítané léčby. Pokud pacient vyložil svou vůli nebýt resuscitován, jednalo se s ním jako s člověkem, který se rozhodl odmítnout celkovou léčbu včetně léčby přidružených příznaků a je smířen s tím, že zemře. Podle tohoto pocitu ze strany personálu byla následně omezena i analgetická léčba. Smyslem zákona tedy bylo, aby se těmito situacím zamezilo a k pacientovu přání se přihlíželo v takové míře, jakou si zaslouhuje a zároveň byly brány ohledy na zachování lidskosti a důstojnosti ve vztahu k umírání. Všechny zmíněné problémy však vycházely z jednoho, ale o to zásadnějšího problému, kterým byla původní motivace k sepsání tohoto zákona. Spojené státy se potýkali s ekonomickou krizí, která se týkala i zdravotnického sektoru. Hlavním cílem zákona bylo omezit finanční ztráty v oblasti, která zabírala největší podíl finančních nákladů spojených s léčbou. Konkrétně se jednalo o náklady spojenými s umíráním a provozem přístrojů udržujících pacienta při životě. Snaha o co nejrychlejší zavedení zákona do praxe vedla k tomu, že nebyl dostatečně propracován, což ze své podstaty vedlo k výskytu již zmíněných problémů. Ihned po vydání zákona se spustila vlna vládní mediální propagandy o nabádání k využití dříve vyslovených přání, což vedlo k masivní společenské debatě. Paradoxně se však nestalo, že se počet pacientů využívajících možnosti sepsání dříve vyslovených přání zvýšil tak, jak vláda očekávala a finanční ztráty se nepodařilo snížit v tížené míře. (Císařová 2010, str. 41-44)

1.2.3 Právní úprava dříve vyslovených přání v Německu

V Evropě v roce 2009 mělo ve svých právních systémech již obsaženou problematiku dříve vyslovených přání 11 států jako jsou například Španělsko, Francie, Rakousko nebo Německo. Právě již zmíněné Německo, jakožto jeden z našich nejbližších a nejrozvinutějších sousedů, sehrálo ve vzniku dříve vyslovených přání v české legislativě významnou roli a bylo pro vznik místní právní úpravy významnou inspirací. Vznik dříve vyslovených přání v Evropě je úzce spojen s jedním ze základních eticko-právních dokumentů dnešní doby, a to sepsáním a uvedením do praxe tzv. Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny (zkráceně Úmluva o lidských právech a biomedicíně, dále jen Úmluva). (Heřmanová, Vácha, Svobodová 2012, str. 193)

Vzniku dříve vyslovených přání v Německu, ihned po vydání Úmluvy a jejím přijetí členy EU, předcházela dlouhodobá debata o tom, jakým způsobem by se měla problematika do místní legislativy zahrnout, což probíhalo stejným způsobem i v České republice. Velice významným dokumentem, který vydala místní komise Zwischenbericht der Enquete-Kommission Ethik und Recht der moderner Medizin při německém Spolkovém sněmu, byl tzv. Patientenverfügungen,

do češtiny volně přeloženo jako dříve vyslovená přání. Tato komise popsala základní východiska pro vznik dříve vyslovených přání, vycházející z německé ústavy, tzv. Grundgesetz. Principy, ze kterých vychází jsou právo na ochranu lidské důstojnosti, svoboda jednání, právo na lidskou nedotknutelnost a práva na sebeurčení. Německá legislativa byla ještě v roce 2009 upravena, konkrétně se změnila část Občanského zákoníku. Změna je zavazující jak pro pacienta, tak pro lékaře a to tak, že si pacient ze zákona musí stanovit tzv. opatrovníka, který se stane jakýmsi prostředníkem mezi lékařem a právě pacientem, který není schopný dále vyjadřovat svá přání o průběhu léčby verbální formou. Opatrovník musí být pacientovi osoba blízká a je na něm, aby posoudil, zdali se pacientův zdravotní stav vyvíjí tak, jak ve svém přání předvídal a následně komunikoval s lékařem o dalším postupu léčby, přičemž lékař je povinen pacientovo přání řečené skrze opatrovníka respektovat. (Matějka 2012, str. 17-18)

Jak již bylo řečeno v předchozím odstavci, dříve vyslovená přání v Německu vycházejí z principu autonomie. Pacient má dle zákona právo na autonomii a bez jeho souhlasu není možné provádět léčebné zákroky, jinými slovy je to nezákonné. Je-li pacientovi přiznáno právo rozhodovat o své léčbě, není možné ho limitovat místem a časem, ale je třeba mu umožnit volbu i do budoucna, kdy se nebude moci sám vyjádřit. Ošetřující lékař je z hlediska legislativy povinen řídit se pacientovým dříve vysloveným přáním, v případě, že o přání neví a zahájil léčebné úkony v nevědomosti, je povinen léčbu ukončit ihned po zjištění existence takového dokumentu. Legislativa se setkala s kritikou, že sepsání dříve vyslovených přání neumožňuje pacientovi změnit názor a opomíjí vůli pacienta, která se mohla v průběhu času od vzniku přání výrazným způsobem změnit. Německá vláda na tuto kritiku odpověděla tak, že stejně jako je závěť platná po neomezenou dobu, stejně tak musí být brán i formát právního dokumentu jako je dříve vyslovené přání. První myšlenky o vzniku dříve vyslovených přání v Německu se objevily v roce 2003 ve spojitosti s případem pacienta, který trpěl nevléčitelnou nemocí, sepsal své přání o neudržování při životě pouze za pomoci přístrojů v případě, že by se dostal do stavu, kdy by již nebyl schopen artikulovat svá přání. Jako opatrovníka si vybral svého syna, který podle otcova přání požadoval ukončení péče po nastání situace, kterou jeho otec předvídal. V souvislosti s touto žádostí se situace přesunula ke Spolkovému soudnímu dvoru. Nejzásadnější otázkou soudu bylo, zdali příslušnému soudnímu přezkumu přísluší rozhodnout o osudu pacienta, za kterého v konkrétní situaci jedná určený opatrovník. V rámci řízení se řešilo hned několik problémů spojených s pojetím udělení souhlasu či nesouhlasu o poskytnutí léčby a zároveň jednání o zvoleném opatrovníkovi a jeho schopnosti přesně artikulovat pacientova přání. Z tohoto soudního řízení vyšlo ustanovení, že soud musí schválit žádost

opatrovníka, pokud je ze znaleckého posudku jasně zřejmé, že pouze tlumočí přání pacienta nacházejícího se v terminálním stádiu onemocnění a je zřejmé, že je léčba přímo v rozporu s dříve vysloveným přáním. Toto ustanovení má za úkol chránit základní práva pacienta, jako jsou právo na sebeurčení a důstojnost a zároveň chránit postavení opatrovníka tak, aby nemusel nést tíhu rozhodnutí o životě a smrti jemu blízké osoby. Díky tomuto konkrétnímu případu došlo k prozkoumání problematiky a v červnu 2009 byla schválena novela zákona o opatrovnictví. V této novele je specifikováno, že osobou, která může přání sepsat je pouze ta, která dosáhla plnoletosti a je svéprávná. Zvolení opatrovníka je čistě v pacientově režii, avšak pokud si žádného nezvolí, bude mu soudem přidělen. Dále je na opatrovníkovi, aby zasvěceně posoudil, zdali zdravotní stav pacienta odpovídá faktům, která jsou zmíněna v sepsaném přání a dále zajistil vykonání pacientovy vůle. Z odstavce dva tohoto zákona vyplývá také povinnost zabývat se i přáními, která neodpovídají po formální stránce předepsaná normě. Pokud takové přání existuje, je opatrovník povinen i za takové situace pacientovu vůli realizovat a dokládat příslušné podklady pro tvorbu validního dokumentu dle pacientovi náboženské víry, jeho přesvědčení a postojích (etických atd.). Poslední zmíněný fakt se v praxi může jevit jako problematický, neboť zatěžuje jak lékaře, tak opatrovníka složitými rozhodnutími. Lékař musí v takovém případě úzce spolupracovat s opatrovníkem a rodinnými příslušníky a na základě důkladného odborného posudku a subjektivních názorů rodiny rozhodnout o dalším postupu. Do řešení takových situací se v případě neshody mezi pacientem a opatrovníkem dále zapojuje ještě opatrovnícký soud. Ten má za úkol posoudit v případě opatrovníkova rozhodnutí o provedení či neprovedení určitého léčebného úkonu na pacientovi, o jeho účinnosti a adekvátnosti vzhledem k dané situaci. Pokud shledá léčbu jako neadekvátní na základě znaleckých posudků a neschválí její provedení, nemůže opatrovník o výkon dále žádat a stejně tak je tomu v případě odmítní léčby. Jedinou výjimkou je situace, kdy je zákrok akutní a na soudní přezkum již není čas. Vzhledem k tomu, že se jedná o poměrně nové téma i v Německu, je těžké posoudit, jak bude problematika do budoucna uplatitelná v rámci praxe a jak se s ní soudy vypořádají, podrobnější poznatky ukáže až čas. (Císařová 2010, str. 53-57)

1.2.4 Právní úprava dříve vyslovených přání v České republice

Největší inspirací pro vznik dříve vyslovených přání v České republice bylo pojetí problematiky v Německu. Z německého přístupu k dříve vysloveným přáním je zřejmé, z jakých lidskoprávních východisek přání vychází. Jsou to především práva na sebeurčení, ochrana lidské důstojnosti a nedotknutelnosti. Do České republiky byl zanesen pojem dříve vyslovená přání hlavně skrze již zmíněnou Úmluvu, konkrétně její článek 9, který říká, že je

nutno přihlížet na pacientova přání, nachází-li se ve stavu, kdy již není o svém osudu schopen rozhodovat. Současně s touto právní složkou však vyvstává nutnost brát v potaz i etický pohled na věc a z problematiky se rázem stává eticko-právní institut. Samotný článek 9 byl příliš strohým, proto musel být rozveden v tzv. Vysvětlující zprávě k Úmluvě Rady Evropy, a to konkrétně v člancích 60 až 62. Článek 61 se zabývá předvídaním stavů, kdy se pacient již nemůže vyjádřit ke svému zdravotnímu stavu, např. vlivem progredujících onemocnění, u nichž je zhoršení stavu očekáváno. V článku 62 jsou rozebrány konkrétní případy, kdy se pacientovo přání musí respektovat a naplňovat, na druhé straně případy, kdy je možno od plnění přání ustoupit. Lékařovým úkolem je podle tohoto článku ujistit se, zdali předvídaná situace již nastala a je tedy pacientovo prohlášení možno vykonat. (Matějka 2012, str. 14-15)

Prvním opatrným krokem pro uvedení dříve vyslovených přání v praxi byl zákon 372/2011 Sb., konkrétně v §36 (Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování). Jeho smyslem je učinit první kroky k možnosti vložení pacientovy vůle do léčby v terminální fázi jeho onemocnění. Prvním krokem pro funkční uplatnění v praxi je nutné přijmout zásadu, že pacient je rozhodujícím činitelem ve zdravotní péči a lékařovou rolí je zajistit odborný posudek a doporučení, jak by se měl pacient rozhodnout, přičemž rozhodnutí je čistě v pacientových rukou. Je nutno brát v potaz, že pacient může odmítnout jakýkoli výkon, pokud je při vědomí, musí mu být tato možnost poskytnuta i v případě, že při vědomí není. Otázkou je, zdali je jeho přání skutečným niterným přáním, neboť si často ani u pacientů při vědomí nemůžeme být jisti, zda činí rozhodnutí dle své opravdové vůle. Konkrétní problém z mravního pohledu zdravotníka není v tak silné míře nezáhájení léčby, naopak je to ukončení již zahájené léčby. Z pohledu zdravotníka není např. tak komplikované nenapojit pacienta na UPV a nechat ho v klidu odejít, naopak odpojit pacienta od přístroje v momentě, kdy je již léčba zahájena je dle výzkumů na anesteziologických odděleních pro řadu zdravotníků mnohem silnější psychickou zátěží. S tímto problémem se však zdravotnický personál musí vyrovnat a brát na pacientovu vůli ohled, pokud se nejedná o důvod, který je v zákoně specifikován. (Šimek 2015, str. 153-159)

Dle §36 zákona o zdravotních službách může pacient rozhodovat za pomoci tzv. dříve vysloveného přání o souhlasech či nesouhlasech s poskytnutím léčby v případě, kdy již nebude svá přání schopen artikulovat. Poskytovatel zdravotní péče je povinen postupovat podle tohoto dokumentu v případě, je-li mu přání k dispozici, nastala-li situace, kterou pacient předvídal a k níž se přání vztahuje a je ve stavu, kdy není schopen poskytnout nový souhlas či nesouhlas o poskytnutí léčby. Podmínkou pro respektování přání je dle odstavce dva takové, které bylo

učiněno na základě písemného poučení pacienta o následcích prostřednictvím praktického lékaře, u kterého je pacient registrován, nebo jiným ošetřujícím lékařem, který je odborníkem v oboru, se kterým přání souvisí. Dříve vyslovené přání dále musí být opatřeno úředně ověřeným podpisem pacienta a jeho součástí musí být přiložený dokument o poučení dle odstavce dva. V jiném případě je možné přání sepsat až během hospitalizace, kdy se přání vztahuje pouze na poskytovatele, v jehož péči se pacient aktuálně nachází. V takovém případě se přání zaznamená do dokumentace, musí být podepsáno pacientem, zdravotnickým pracovníkem a svědkem. V dalších odstavcích tohoto paragrafu je specifikováno, v jakých případech se přání nemusí anebo ho nelze respektovat. Není nutné přání respektovat v případě, že od doby sepsání přání došlo v poskytování péče v oboru, k němuž se přání vztahuje, k takovému vývoji, že by se dalo důvodně předpokládat pacientovo schválení takového výkonu. V takovém případě je nutné odborné odůvodnění předpokládané pacientovy vůle a důvod nerespektování přání řádně zaznamenat do dokumentace vedené o pacientovi. Přání se nesmí respektovat v případě, že by nabádalo k úkonům, které by vedly k aktivnímu způsobení pacientovy smrti. Dále nelze přání respektovat v případě, že by jeho vykonáním byly ohroženy jiné osoby a v případě, že by poskytovatelem zdravotní péče byly v nevědomosti o existenci přání zahájeny léčebné úkony, jejichž náhlé ukončení by vedlo k aktivnímu způsobení smrti. V posledním odstavci je specifikováno, že přání můžou sepsat pouze zletilé a svéprávné osoby, v jiném případě se přání nesmí respektovat. (Zákon č. 372/2011, §36)

Během roku 2011 se spolu s vydáním nového paragrafu zákona diskutovalo o tom, zdali je určená doba platnosti dostačující. Dle původního znění byla omezena doba platnosti na 5 let, avšak s novelizací zákona nabývající platnosti k 10.12. 2012 se toto omezení zrušilo na základě výnosu Ústavního soudu, který konstatoval, že časové omezení doby platnosti je v rozporu s článkem 9 Úmluvy. Odůvodněním tohoto výnosu byl fakt, že s uplynutím časového limitu platnosti není možné omezovat pacientovo právo na vyjádření vůle a musí na něj být brán ohled pro případ, že by byl v této době již neschopen přání obnovit. (Tomešová, *Dříve vyslovené přání - předem vyslovený (ne)souhlas s poskytnutím léčby* [online], 2016)

Hned po vydání zákona se v souvislosti s ním začaly řešit problémy, které se v jednotlivých odstavcích vyskytly. Jedním z problémů je, jak zajistit, aby se k poskytovateli zdravotních služeb dostalo již sepsané přání a nemohlo tak dojít k jeho nevyužití z důvodu nevědomosti o existenci ze strany personálu. V souvislosti s tímto příkladem se řešilo, zdali je lepší přání uschovávat u své rodiny či u pečovatele, nebo informovat příslušné nejbližší zdravotnické zařízení, ve kterém je velká pravděpodobnost hospitalizace daného pacienta. U možnosti

přenechat přání v opatrovnictví u rodinného příslušníka či ošetřovatele je složité zajistit, že se přání opravdu do zařízení dostane, je tedy lepší informovat předem zdravotnické zařízení, avšak i tento způsob může být v praxi poměrně složitě proveditelný. Největším problémem u tohoto zákona je s největší pravděpodobností praktické užití odstavce 5 písmene d), dle kterého se nesmí přání respektovat v případě, že se již v nevědomosti zdravotnického personálu zahájily úkony, které by při jejich přerušení aktivně způsobily smrt pacienta. Dle tohoto odstavce by např. mohlo dojít k připojení pacienta na umělou plicní ventilaci a po zjištění existence pacientova přání by odpojení znamenalo téměř jistě pacientovu smrt, což by sice bylo dle přání v pořádku, ale dle zákona nikoli. Vystává zde tedy otázka, zdali by neměl být tento odstavec specifikován a odpojení od přístroje neboli ukončení léčby by v tomto případě bylo bráno jako nezahájení léčebného úkonu. O postavení ukončení léčby a její nezahájení na stejnou úroveň se již snaží evropská judikatura, neboť by se tím dalo zabránit těmto konkrétním patovým situacím, ve kterých by se postupovalo v rozporu s myšlenkou dříve vyslovených přání. Dalším konkrétním problémem byla otázka, jak se vyhodnotí výklad ohledně svéprávnosti pacienta v situaci, kdy se vlivem svého onemocnění stane nesvéprávným např. u neurodegenerativních onemocnění. Tento problém není v zákoně blíže specifikován, ale dle autorky, doktorky Tomešové, by se v tomto případě mělo s přáním zacházet jako s přáním, které sepsal svéprávný jedinec, což je i z dříve zmíněného zřejmé a v úpravě zákona by měl být tento poznatek zaveden. V praxi se samozřejmě v průběhu času budou dříve vyslovená přání setkávat s mnoha dalšími problémy, neboť personál zdravotnických zařízení bude do budoucna s přijetím přání balancovat na tenké právní nitce mezi nedodržením dříve vysloveného přání a konání tak proti vůli pacienta na jedné straně a neposkytnutím léčby na straně druhé. Další poznatky v této problematice však ukáže až čas. (Tomešová, *Dříve vyslovené přání - předem vyslovený (ne)souhlas s poskytnutím léčby* [online], 2016)

1.3 Příkaz DNR

Příkaz DNR je příkaz, který se vydává před nastáním očekávaného zhoršení zdravotního stavu. Tento příkaz poskytuje pacientovi předběžnou možnost volby o poskytování KPR pro případ, že by taková situace nastala. Jedná se nejčastěji o případy, kdy je pacient v počáteční fázi progredujícího neléčitelného onemocnění. Příkaz DNR se na rozdíl od dříve vyslovených přání specifikuje konkrétně na oblast KPR, nikoli na další metody a způsoby poskytování péče. Z pohledu pacienta a jeho rodiny není vůbec snadné učinit tak radikální rozhodnutí ohledně odmítnutí KPR, je důležité v souvislosti s příkazem DNR brát v potaz, že současně s jeho sepsáním musí být poskytována adekvátní paliativní péče. Lékař příkaz DNR může do

pacientovy dokumentace zaznamenat pouze po naplnění určitých předpokladů. (Martin, Laura J., Do-not-resuscitate order [online], 2018)

V současné době se v rámci ČR nedá, na rozdíl od dříve vyslovených přání, dohledat žádný právně konkretizovaný dokument týkající se příkazu DNR. Pokud sepsané dříve vyslovené přání nezahrnuje konkrétně i příkaz DNR, je zařízení poskytující nemocniční i přednemocniční péči odkázáno na své vlastní vnitřní předpisy, což může být dále konfrontováno s výkladem trestněprávním ohledně neposkytnutí pomoci či nápomoci k sebevraždě. Právě právní odpovědnost a nejasné ukotvení příkazu DNR do legislativy je velkým dilematem dnešních lékařů na odděleních ARO a JIP či ZZS. Ze studie studentů 3. LF UK vyšlo, že většina lékařů na již zmíněných odděleních či výjezdových stanovištích ZZS je ochotna příkaz DNR respektovat a uplatňovat v praxi, nicméně jen za předpokladu jasného právního předpisu. Ačkoliv příkaz nemá svou formální úpravu, i tak je v praxi využíván převážně v rámci týmu lékařů a jejich dialogů během velkých vizit, popřípadě je vydán i jednotlivcem. Pokud je pacient při vědomí, mělo by se s ním o možnosti ordinace DNR jednat v přímém rozhovoru, avšak tak tomu vždy není. Tyto rozhovory, když už proběhnou, nemají až na několik výjimek předepsanou strukturu a rozsah a nejsou nikde zaznamenávány výsledky o pacientově vyjádření k dalšímu postupu léčby. Co je horší, často se lékař vyhýbá tomuto tématu v rozhovoru s pacientem a problém řeší skrze jeho rodinu nebo o ordinaci rozhodne bez jakékoli konzultace primář, vedoucí lékař nebo sám ošetřující lékař. V případě, že je pacient v bezvědomí se postupuje na základě konzultace s rodinou po důkladném probrání zdravotního stavu pacienta lékařským týmem z anesteziologického oddělení. V takovém případě by měl rozhovor probíhat v co největší pohodě bez stresu rodinných příslušníků a mělo by se s nimi jednat otevřeně o pacientově diagnóze a prognóze s účastí nezávislého mediátora. Tímto by mohl být například člen etické komise zdravotnického zařízení, i když jejich role v místních zdravotnických zařízeních není příliš specifikována na příkaz DNR a problematiku spojenou s koncem života, jako spíše na posuzování výsledků výzkumů a studií. Vzhledem k často neexistujícím předpisům o příkazu DNR v rámci zdravotnických zařízení a jejich běžnému používání se dá očekávat podání trestního oznámení ze strany rodinných příslušníků. V dokumentaci je často zapsáno na konci zprávy v pacientově dokumentaci něco ve smyslu „neresuscitovat“ nebo „terminální stav – DNR“ a kdokoli z rodinných příslušníků, kteří mohou nahlížet do dokumentace a nebyli dostatečně informováni si toto může vyložit jako zanedbání péče. Aby se těmito situacím zabránilo, měla by se konkrétně specifikovat problematika příkazu DNR

v zákoně stejně jako je to u dříve vyslovených přání, popřípadě by mělo mít přinejmenším každé zdravotnické zařízení svou úpravu ve vnitřních předpisech. (Císařová 2010, str. 18-22)

1.3.1 Rozdíl mezi příkazem DNR a eutanázií

Slovo eutanázie pochází z řečtiny a jeho překladem je usmrcení na žádost. Usmrcení na žádost se svolením pacienta je v České republice na rozdíl od jiných zemí Evropy, jako jsou např. Nizozemsko nebo Belgie, zakázané a je bráno jako vražda. I přes několik výjimek je eutanázie moderní lékařskou etikou považována za nepřipustnou a měla by dle etiků být odmítána. Je však nutno brát ohled na pacientovo právo odmítnutí léčby, které neetické není a pokud si nepřejí poskytování péče, musí se respektovat, i když jeho odmítnutí končí smrtí. (Bartůněk, Jurásková, Heczková a kol. 2016, str. 65)

Souhlas s poskytnutím léčby je podmínkou poskytnutí péče v ČR, příkaz DNR je tedy nutno chápat jako předem poskytnutý nesouhlas k poskytnutí léčby. Za tohoto předpokladu není lékař aktivním působným činitelem při možné následné smrti pacienta a není tedy možné shazovat vinu na ošetřujícího lékaře, pokud způsobilý pacient poskytl souhlas s lékařskou nečinností. Lékařova nečinnost je v tomto případě jakousi formou pasivní eutanázie, avšak z hlediska právního se nejedná o eutanázii aktivní, která je v české legislativě zakázána. Je však otázkou, jestli se dá v tomto případě z doslovného překladu slova eutanázie hovořit právě o příkazu DNR. (Císařová 2010, str. 32-36)

1.4 Paliativní péče

Paliativní péče se stejně jako dříve vyslovená přání a příkaz DNR řadí mezi jeden z mladých oborů medicíny, její vývoj začal až ve druhé polovině 20. stol. v souvislosti s řadou, v té době nevyléčitelných, infekčních onemocnění. Dlouhodobě umírajícím se do té doby nevěnovalo ve zdravotnictví mnoho pozornosti a umírání bylo pro mnoho lidí nekonečným obdobím plným bolesti. Vše se pomalu začalo měnit v 60. letech 20. stol., kdy se problematikou umírání začaly zabývat země západního světa a v roce 1967 vznikl první hospic ve Velké Británii. (Bužgová 2015, str. 15-20)

Jako paliativní péče se podle definice WHO z roku 1990 označuje „aktivní komplexní péče o pacienty, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní péče je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin.“ V následujících letech se definice změnila a v její novější podobě se již klade důraz na prevenci a včasnou diagnostiku onemocnění a s tím související analgetickou léčbou. Kvalitně

poskytovaná paliativní péče by měla splňovat šest základních cílů a těmi jsou orientovanost na pacienta vycházející z pacientových přání a cílů, prospěšnost pacientovi, bezpečnost, která nepovede k urychlení smrti, včasnost (tak aby nebyla zahájena příliš pozdě, ani brzy), spolehlivost zajištěnou všemi prospěšnými, podporujícími prostředky a efektivnost tak, aby nebylo plýtváno časem ani prostředky. Paliativní péče bude i do budoucna vzhledem ke stárnutí populace a logickému zvyšování počtu nemocí spojených se stářím velkým tématem moderní medicíny. (Bužgová 2015, str. 15-20)

V důsledku politické situace došlo v ČR k opožděnému rozvoji paliativní péče, její základy zde byly položeny až v 90. letech 20. století. Prvním hospicem na našem území byl roku 1995 založený hospic v Červeném Kostelci a k roku 2008 se jich na našem území nacházelo 12 převážně díky doktorce Marii Svatošové a finanční podpoře ministerstva zdravotnictví. Důležité je však neopomenout, že paliativní péče sahá daleko za hranice hospicových služeb, neboť hospice jsou specializované pouze na určité spektrum onemocnění. Z hlediska poskytování paliativní péče je nutno ji rozdělit na péči obecnou, kterou by měla být schopna poskytnout všechna zdravotnická zařízení a dále na péči specializovanou, která je poskytována speciálně proškolenými zdravotníky. Ze zprávy Umírání a paliativní péče v České republice vydané roku 2004 vyplývalo, že z pohledu zdravotníků i pacientů (popřípadě pozůstalých) má paliativní péče výrazné nedostatky. Z této zprávy dále vyplývalo, že veřejnost neshledává péči uspokojující v oblasti péče o psychické utrpení umírajících a jejich rodin. Osmdesát procent dotázaných se nechalo slyšet, že by si přáli zemřít v prostředí domova, nikoli ve specializovaném zařízení. Stejně jako veřejnost se k tématu stavili i zdravotníci, většina z nich podle jejich slov není připravena na komunikaci s pacientem v terminálním stádiu onemocnění a financování v této oblasti bylo nedostatečné. (Matochová 2009, str. 170-174)

Od roku 2004 se v ČR rozpoutala debata o paliativní péči naskrz společenským spektrem a vzrostl zájem o její výzkum a rozvoj. Paliativní péče je od té doby pojata dle holistického principu jako péče o bio-psycho-spirituální bytost a je nutné zahájit debatu s nemocným o jejím provádění již v zárodku onemocnění. Lékařům se podařilo zajistit léčbu biologickou, související s tlumením bolesti a příznaků onemocnění a taktéž umožnit pacientům dostatečné vyžití v oblasti spirituální, jako jsou náboženské hodnoty a možnost udržování společenských vztahů, avšak psychologická stránka je na hodnocení velmi složitá. U pacientů v terminálním stádiu onemocnění je velice důležité zaměřit se na individuální hodnoty daného pacienta a jeho rodinných příslušníků, což je v rámci běžných zdravotnických zařízení s desítkami pacientů v rámci oddělení velice složitě. Na hodnocení tohoto druhu potřeb se snažili specialisté vytvořit

řadu dotazníků, které vyplývaly z obecného předpokladu potřeby a následné pacientovy reakce na daný praktický úkon pro zlepšení kvality života. Tyto škály by měly zefektivňovat péči u specifické skupiny nemocných, jako jsou např. mladí lidé. (Bužgová 2015, str. 41-45)

Psychologická stránka paliativní péče je v současné době tou nejsložitější. U pacientů s nevléčitelným onemocněním se vyskytuje pět stádií přijetí nemoci. Prvním stádiem je šok, kdy se pacient dozvídá o onemocnění a nemůže uvěřit, že se stal nemocným. Druhým stádiem je agrese, kdy si pacient vylívá frustraci na okolí. Třetím stádiem je smlouvání, kdy si pacient plně uvědomuje závažnost svého onemocnění a snaží se získat čas pro oddálení smrti prostřednictvím smlouvání s vyšší silou. Následuje stádium deprese a smutku, kdy pacient ventiluje své emoce a vyčítá si, co v životě ještě mohl stihnout. Poslední fází je přijetí a smíření, kdy je pacient již poklidný a smířený s přijetím svého osudu. Z pozice zdravotnického pracovníka je nejdůležitější rozpoznat, v jakém stádiu přijímání onemocnění se pacient nachází a k dané situaci zvolit vhodný způsob komunikace. Pacientovi by nemělo být bráněno se s onemocněním vyrovnat po svém a vnucovat mu názory okolí, mělo by se hovořit o věcech, které ho v danou chvíli trápí. Zdravotníci a rodinní příslušníci by měli pacienta podporovat prostřednictvím empatických rozhovorů a fyzického kontaktu tak, aby si pacient uvědomil, že na onemocnění není sám a má podporu v situaci od okolí. (Plevová 2011, str. 117-119)

II. PRŮZKUMNÁ ČÁST

2.1 Průzkumné otázky

1. Jak se respondenti orientují v problematikách dříve vyslovených přání a příkazu DNR?
2. Jaký je etický postoj respondentů k problematikám dříve vysloveného přání a příkazu DNR?
3. V jaké míře se problematiky vyskytují v praxi na jednotlivých odděleních a jak je k nim přistupováno?

2.2 Metodika průzkumu

Pro sběr dat v této bakalářské práci byla zvolena kvantitativní forma sběru dat, konkrétně forma polostrukturovaného dotazníkového šetření směřovaného na střední zdravotnický personál, tedy na nelékařské zdravotnické pracovníky. Soubor respondentů tvořili zaměstnanci (všeobecné sestry, praktické sestry a zdravotničtí záchranáři) standardních oddělení, anesteziologicko-resuscitačních oddělení (ARO) a jednotek intenzivní péče (JIP) v nemocnici krajského typu a dále zaměstnanci na výjezdových základnách Zdravotnické záchranné služby (ZZS) krajského typu.

Dotazník byl mé vlastní tvorby postavený na základě získaných teoretických poznatků (viz příloha A). Složen byl z třidvaceti otázek doplněných otázkami na určení souboru respondentů. Všechny otázky byly vyplňovány kroužkováním jedné z možných odpovědí, popřípadě rozvedené vypsáním odpovědi při zvolení jedné z možností. Před zahájením samotného průzkumu proběhlo pilotní šetření, které mělo za úkol zajistit srozumitelnost a jasnost kladených otázek. V rámci pilotního šetření byl dotazník rozdán pěti nezúčastněným zdravotnickým pracovníkům a všichni potvrdili srozumitelnost a jasnost otázek v dotazníku.

Před zahájením průzkumu na jednotlivých pracovištích jsem kontaktoval hlavní sestry daných zdravotnických zařízení a průzkum byl zahájen až po udělení povolení k provedení průzkumu. Samotný průzkum probíhal v období od března do dubna roku 2019. Nejprve jsem došel na cílová oddělení, konkrétně za jejich vrchními sestrami, s žádostí o zcela anonymní a dobrovolné vyplnění dotazníků na jejich pracovišti, informoval jsem je, za jakým účelem bude dotazníkové šetření probíhat a k čemu získaná data poslouží a zároveň jsem jim poskytl vzorový dotazník pro možné otázky z jejich strany. Provedení průzkumu z jejich strany mi bylo velice rychle umožněno, a tak jsem v následujících dnech zanesl smluvený počet dotazníků (dle kapacity

personálu) na jednotlivá oddělení. Současně s dotazníky jsem na jednotlivá oddělení zanesl i boxy, do kterých bylo možné vhazovat vyplněné dotazníky tak, aby byla zachována naprostá anonymita respondentů. Po domluveném časovém období jsem na oddělení opět došel a odnesl si box s vyplněnými dotazníky.

Dotazníky byly následně vyhodnoceny, výsledky zpracovány v programu Microsoft Office Excel do grafů a tabulek a statisticky popsány pomocí absolutní a relativní četnosti. Do výsledků byly zaneseny pouze ty navracené dotazníky, které byly kompletně vyplněné z důvodu zkreslování dat nekompletně vyplněnými dotazníky.

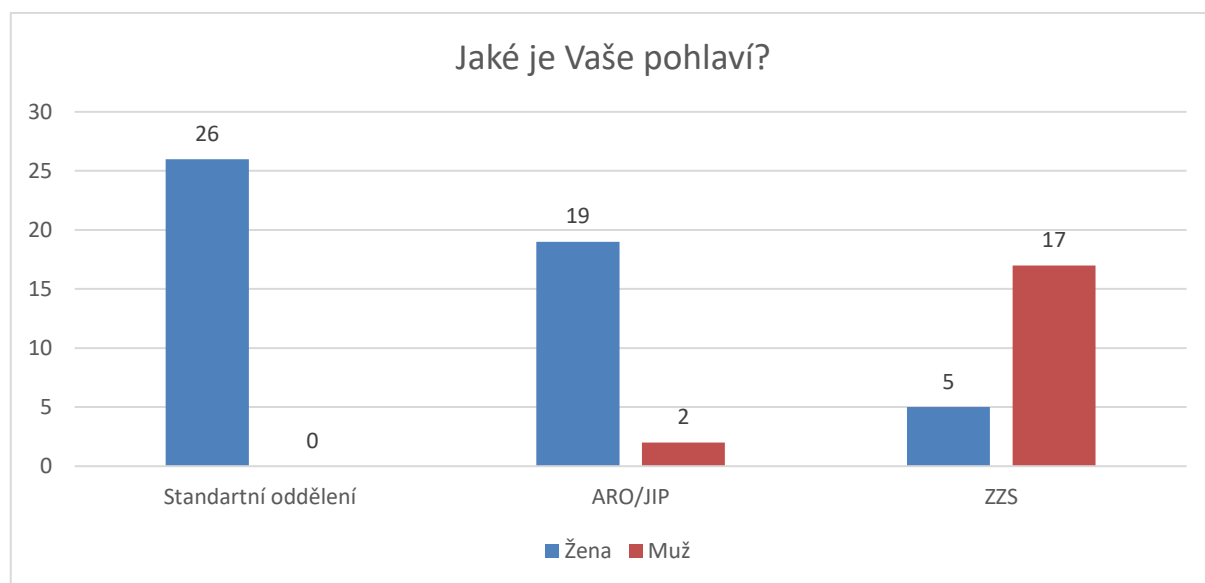
2.2.1 Vzorek respondentů

Návratnost dotazníků a typ oddělení, na kterém jsou respondenti zaměstnání

Typ oddělení	Rozdané dotazníky celkem	Navracené, správně vyplněné dotazníky	Relativní četnost návratnosti
Standartní oddělení	28	26	92,86 %
ARO/JIP	35	21	60,00 %
ZZS	34	22	64,71 %

Tabulka 1

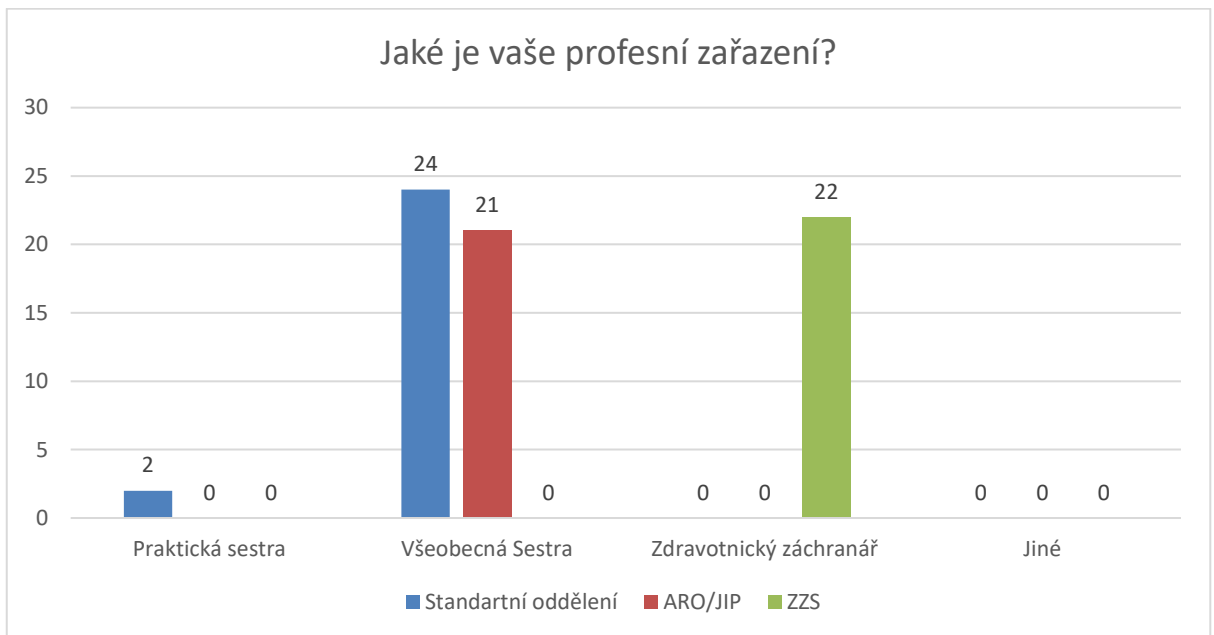
Jaké je Vaše pohlaví?



Obrázek 1

Tento graf znázorňuje, jakého pohlaví byli respondenti z daných oddělení. Ze standartních oddělení se průzkumu zúčastnilo 26 žen (100 %). Z ARO a JIP pak 19 žen (90,48 %) a 2 muži (9,52 %). Ze ZZS pak žen 5 (22,73 %) a mužů 17 (77,27 %).

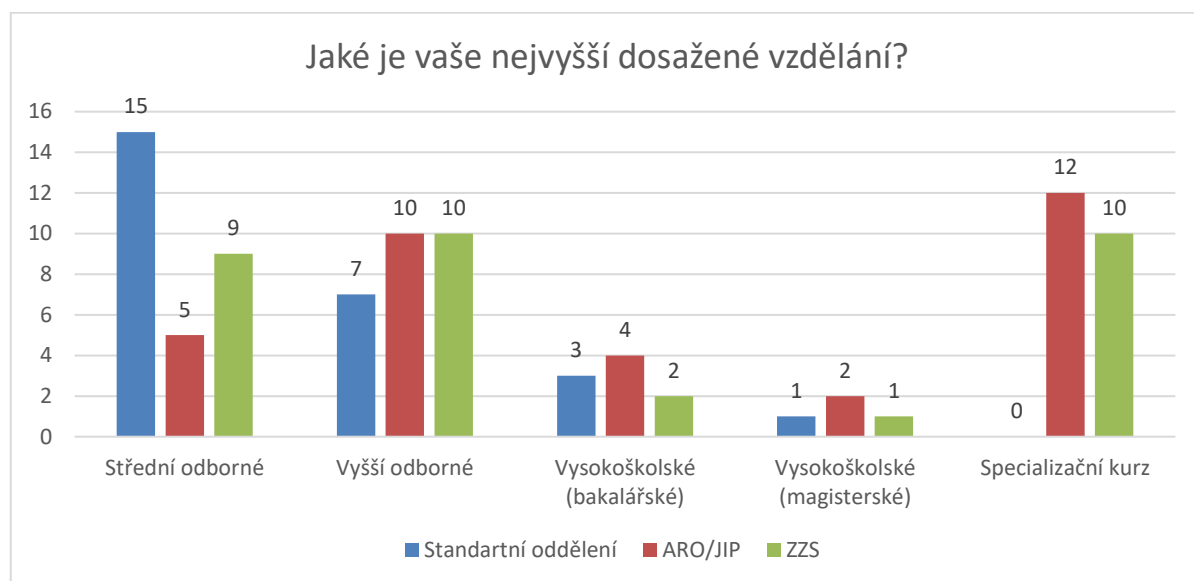
Jaké je vaše profesní zařazení?



Obrázek 2

Následující graf znázorňuje profesní zařazení pracovníků na jednotlivých odděleních. Ze standartních oddělení 2 (7,69 %) respondenti uvedli, své profesní zařazení jako praktická sestra, zbylých 24 (92,31 %) jako všeobecná sestra. Z JIP a ARO všech 21 (100 %) respondentů uvedlo zařazení všeobecná sestra, stejně tak na ZZS všech 22 (100 %) uvedlo zařazení zdravotnický záchranář.

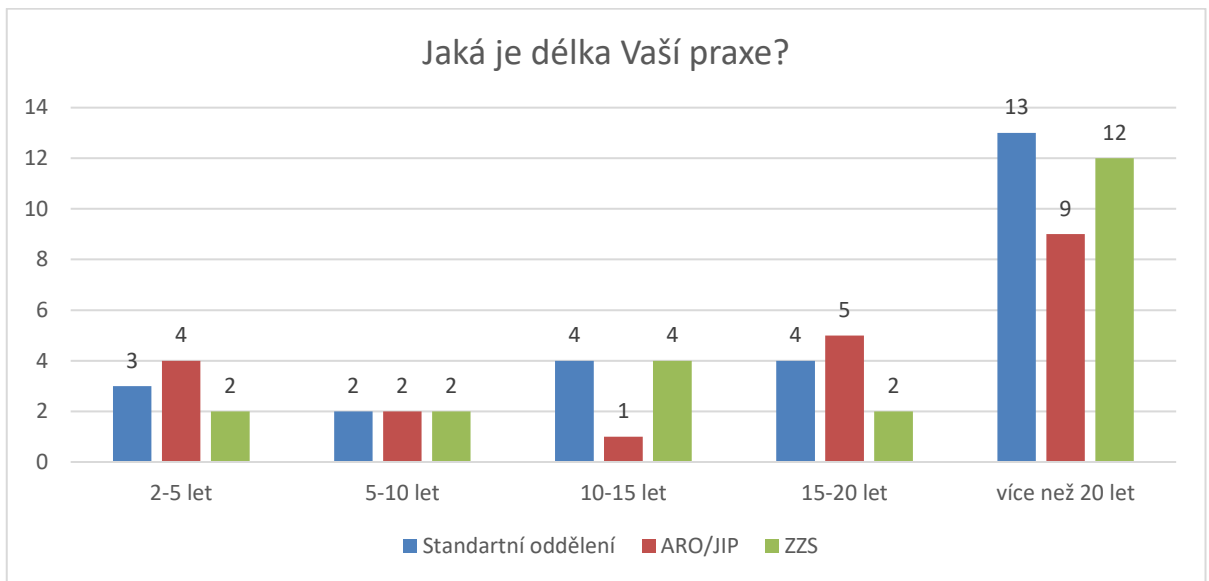
Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?



Obrázek 3

Tento graf popisuje nejvyšší dosažené vzdělání respondentů na jednotlivých pracovištích. Ze standardních oddělení uvedlo 15 respondentů (57,69 %) jako nejvyšší dosažené vzdělání střední odborné, dále 7 (26,92 %) vyšší odborné, 3 (11,54 %) vysokoškolské bakalářské a 1 (3,85 %) vysokoškolské magisterské. Z JIP a ARO uvedlo 5 (23,81 %) respondentů jako nejvyšší dosažené vzdělání střední odborné, 10 (47,62 %) vyšší odborné, 4 (19,05 %) vysokoškolské bakalářské, 2 (9,52 %) vysokoškolské magisterské a 12 (57,14 %) absolvovalo specializační vzdělávání, ARIP. Z pracovišť ZZS uvedlo jako nejvyšší dosažené vzdělání střední odborné 9 (40,91 %) respondentů, vyšší odborné 10 (45,45 %), 2 (9,09 %) vysokoškolské bakalářské, 1 (4,55 %) vysokoškolské magisterské, 9 (40,91 %) absolvovalo specializační vzdělání ARIP a 1 (4,55 %) specializační vzdělání v rámci NCO NZO, zdravotnický záchranář v Brně.

Jaká je délka vaší praxe?

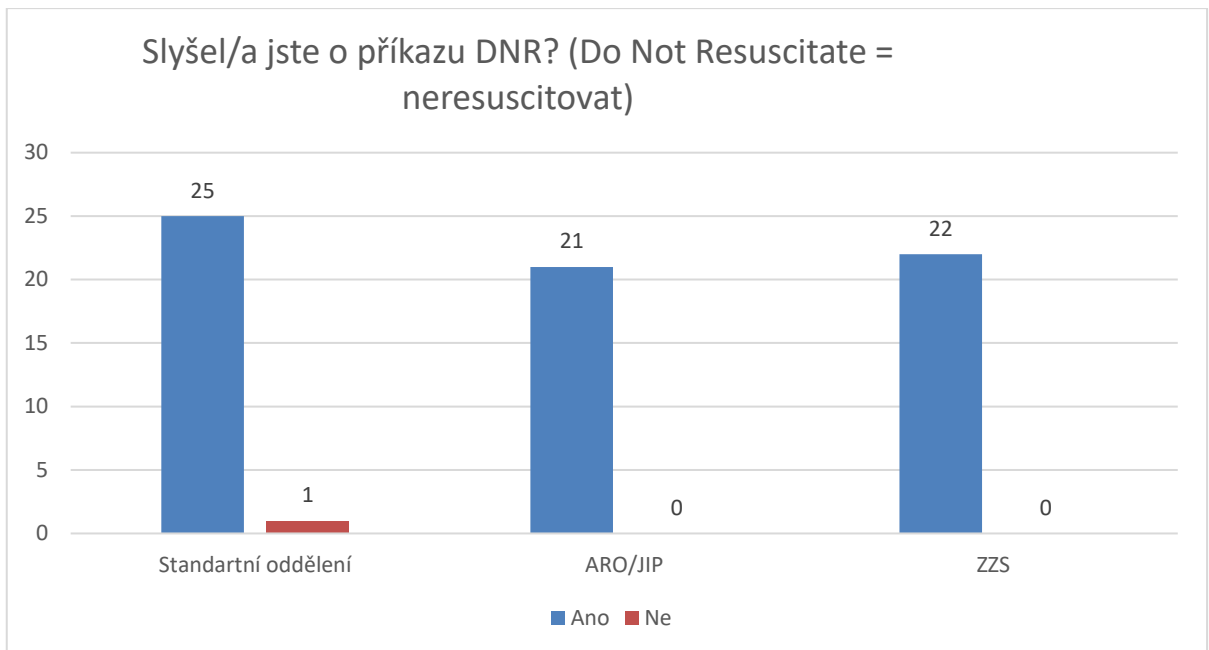


Obrázek 4

V tomto grafu lze pozorovat délku praxe pracovníků na jednotlivých odděleních. Ze standardních oddělení 3 (11,54 %) respondenti uvedli délku své praxe 2-5 let, 2 (7,69 %) respondenti 5-10 let, 1 (3,85 %) tázaný 10-15 let, 5 (19,23 %) 15-20 let a 13 (50 %) více než 20 let. Z oddělení ARO a JIP uvedli 4 (19,05 %) respondenti délku své praxe 2-5 let, dále pak 2 (9,52 %) 5-10 let, 1 (4,76 %) 10-15 let, 5 (23,81 %) 15-20 let a 9 (42,86 %) více než 20 let. Ze zaměstnanců ZZS pracují 2 (9,09 %) na svém pracovišti 2-5 let, 2 (9,09 %) 5-10 let, dále pak 4 (18,18 %) 10-15 let, 2 (9,09 %) 15-20 let a 12 (54,55 %) více než 20 let.

2.3 Výsledky

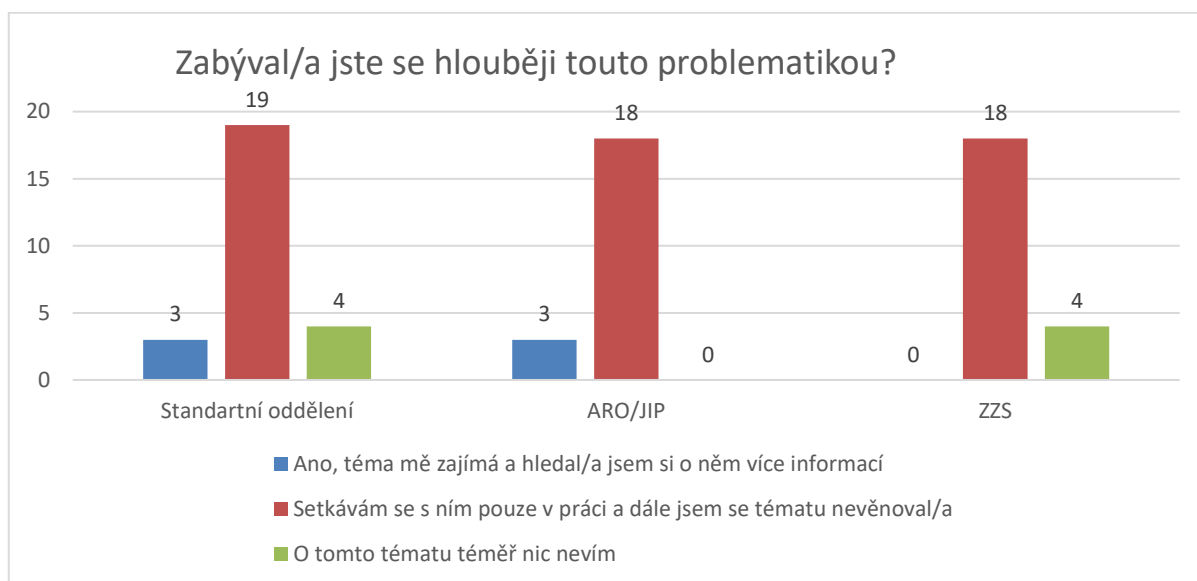
Otázka č. 1



Obrázek 5

Otázka č.1 se dotazovala, zdali účastníci průzkumu již někdy slyšeli o příkazu DNR. Ze standartních oddělení odpověděl pouze 1 (3,85 %) tázaný, že o příkazu neslyšel a 25 odpovědělo, že ano (96,15 %). V rámci JIP, ARO a ZZS odpovědělo všech 43 dotazovaných, že o příkazu DNR již slyšelo (100 %). Z grafu je patrné, že převážná většina respondentů již o příkazu DNR v minulosti slyšela.

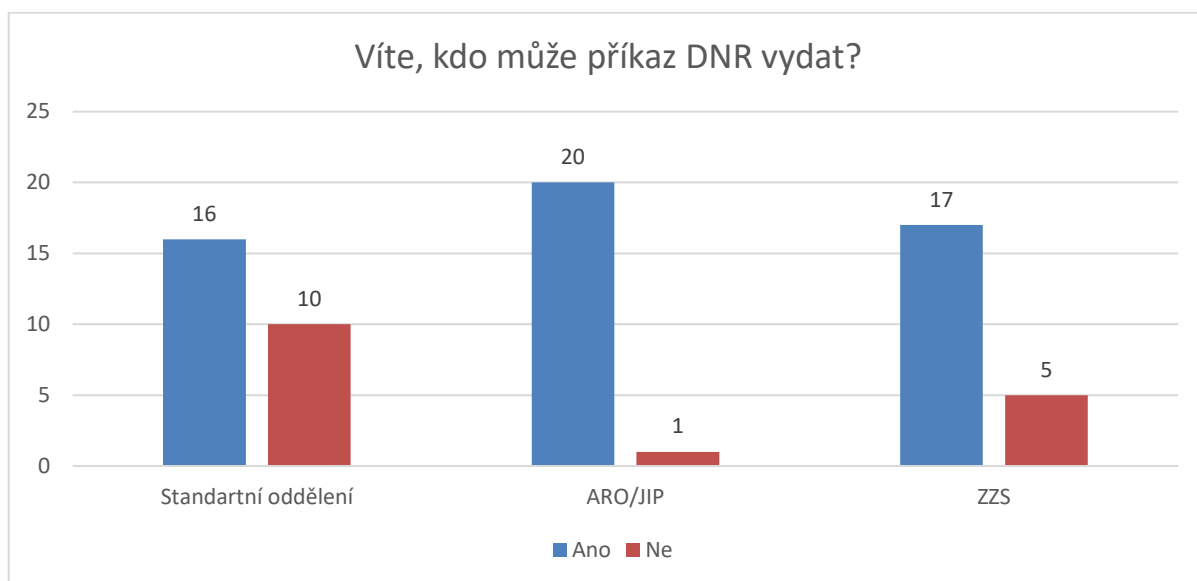
Otázka č.2



Obrázek 6

Ze standartních oddělení se problematikou dle výsledků hlouběji zabývali 3 respondenti (11,54 %), pouze v rámci práce se s ní setkala 19 osob (73,08 %) a 4 (15,38 %) respondenti zvolili odpověď „o tomto tématu téměř nic nevím“. V rámci JIP a ARO 4 respondenti (14,29 %) zvolili odpověď „ano, téma mě zajímá a hledal/a jsem si o něm více informací“, 17 (85,71 %) se s tématem setkává pouze v práci a nikdo neodpověděl, „o tomto tématu téměř nic nevím“. Na ZZS zvolilo odpověď B 18 respondentů (81,82 %) a možnost C respondenti 4 (18,18 %), možnost A nezvolil žádný. Z tohoto grafu je patrné, že se velká část respondentů se tématem hlouběji nezabývala, avšak většina se vyjádřila tak, že se s příkazem stýká ve své praxi.

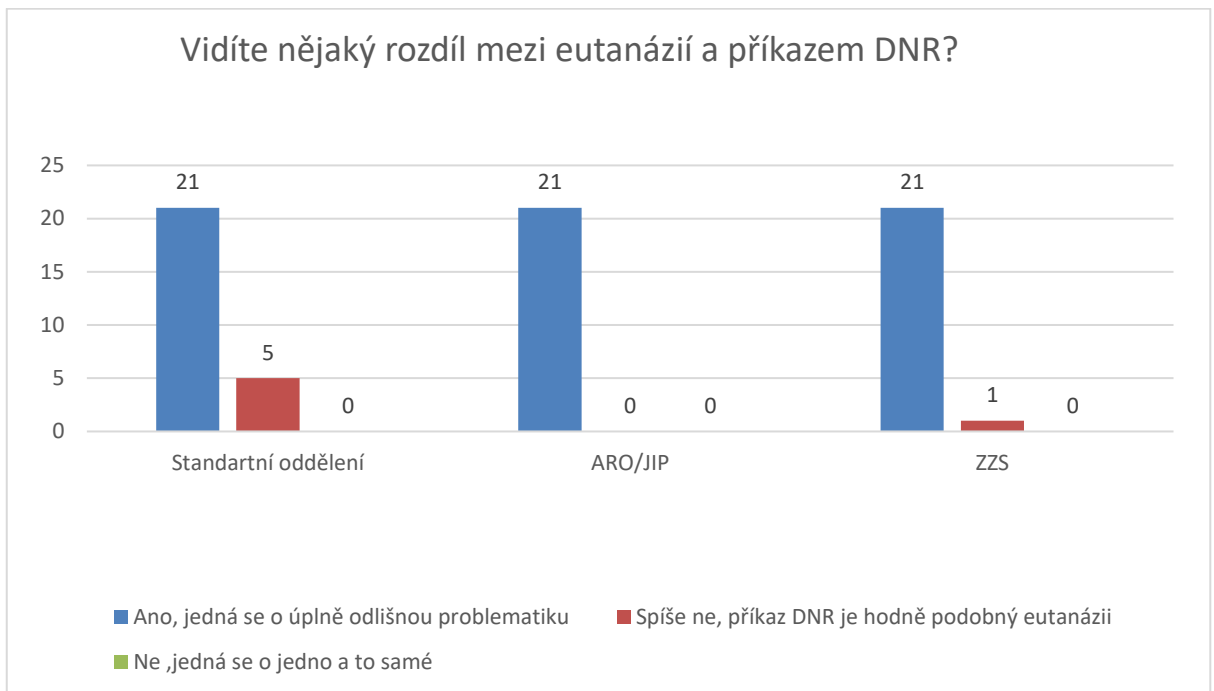
Otázka 3



Obrázek 7

Součástí této otázky byl i požadavek vypsání odpovědi v případě, že respondent odpoví ano. Ze standardních oddělení odpovědělo ano 16 respondentů (61,54 %), 10 respondentů (38,46 %) zvolilo odpověď ne. Z 16 osob, které odpověděly ano 8 (50 %) uvedlo, že příkaz DNR vydává ošetřující lékař, 2 (12,5 %) odpovědělo, že pacient a 6 (37,5 %) zvolilo možnost DNR tým, respektive paliativní tým. Z ARO a JIP odpovědělo ano 20 respondentů (95,24 %) a možnost ne zvolil 1 (4,76 %). Z 20 respondentů, kteří odpověděli ano 15 (75 %) napsalo, že příkaz DNR může vydat lékař, 4 (20 %) odpovědělo primář daného oddělení po návrhu ošetřujícího lékaře a konzultaci s ostatními lékaři a rodinou pacienta a 1 (5 %) nezvolil, že kdokoli z lékařů po prokázání smrti mozku či u pacienta v terminálním stádiu. V rámci ZZS zvolilo možnost ano 17 tázaných (77,28 %) a 5 (22,72 %) možnost ne. Z dotazovaných, kteří zvolili možnost ano vypsalo 12 (70,59 %), že příkaz vydává lékař, 2 (11,76 %), že pacient po poučení lékařem, 1 (5,89 %) sám pacient a 2 (11,76 %) konsilium lékařů.

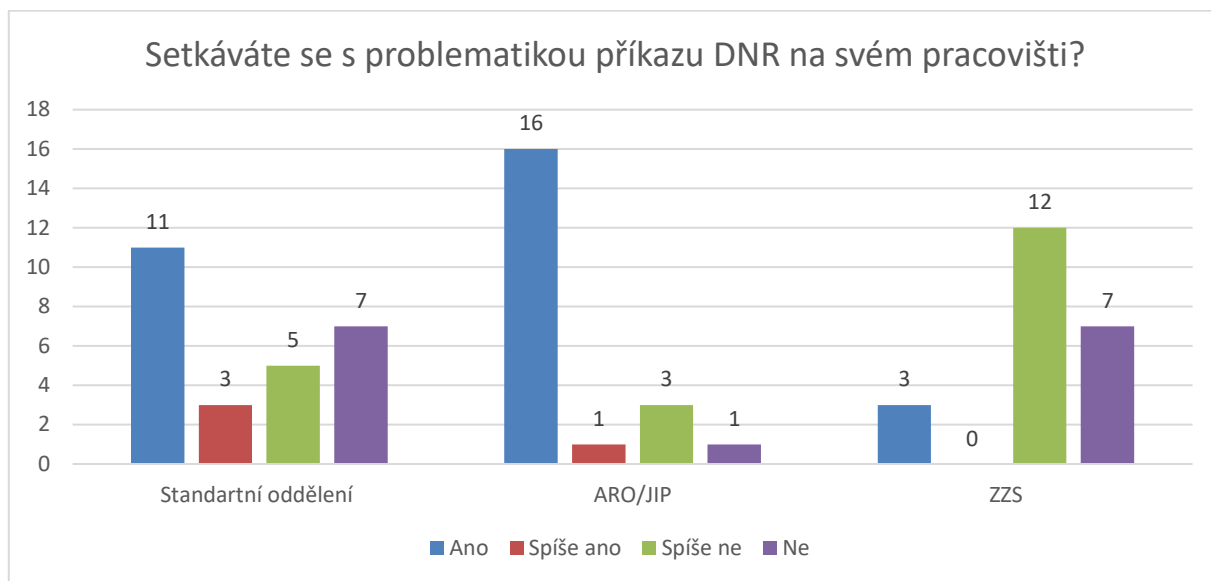
Otázka 4



Obrázek 8

Na tuto otázku respondenti ze standardních oddělení odpovídali následovně. 21 (80,77 %) z nich vidí problematiku jako naprosto odlišné a 5 (19,23 %) říká, že jsou si problematiky velmi podobné, že se jedná o stejnou problematiku si nemyslí žádný. Na odděleních ARO a JIP všech 21 (100 %) respondentů odpovědělo, že se jedná o naprosto odlišné problematiky. Ze zaměstnanců ZZS odpovědělo 21 (95,45 %), že se jedná o úplně jinou problematiku a 1 (4,55 %), že se jedná o hodně podobnou. Z této otázky vyplývá, že 91,3 % ze všech dotazovaných shledává problematiku příkazu DNR a eutanázie, jako naprosto odlišné.

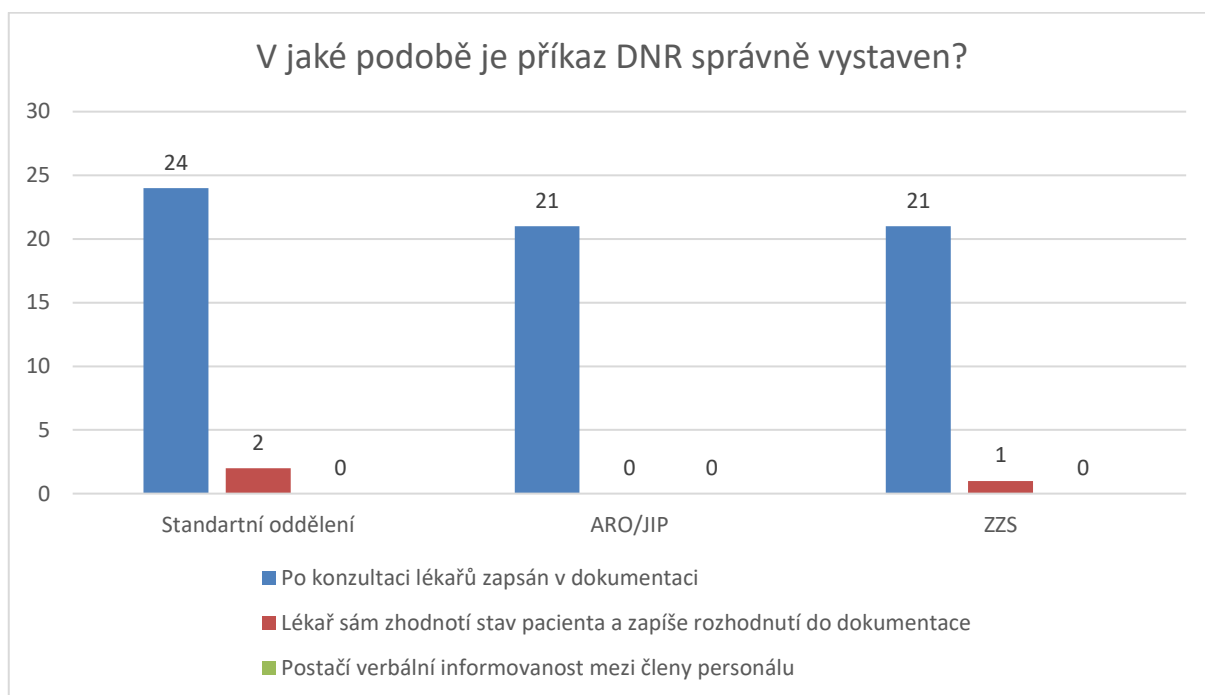
Otázka 5



Obrázek 9

Na otázku, zdali se zaměstnanci setkávají na svých odděleních s příkazem DNR na standartních odděleních 11 (42,31 %) odpovědělo ano, 3 (11,54 %) spíše ano, 5 (19,23 %) spíše ne a 7 (26,92 %) ne. V rámci ARO a JIP možnost ano zvolilo 16 osob (76,19 %), 1 (4,76 %) spíše ano, 3 (14,29 %) spíše ne a 1 (4,76 %) ne. Na ZZS odpověděli ano 3 respondenti (13,64 %), spíše ano žádný, spíše ne 12 (54,55 %) a ne 7 (31,82 %). Tento graf ukazuje, že s příkazem DNR se nejvíce setkávají pracovníci ARO a JIP, naopak zaměstnanci ZZS s tématem téměř nepřijdou do styku.

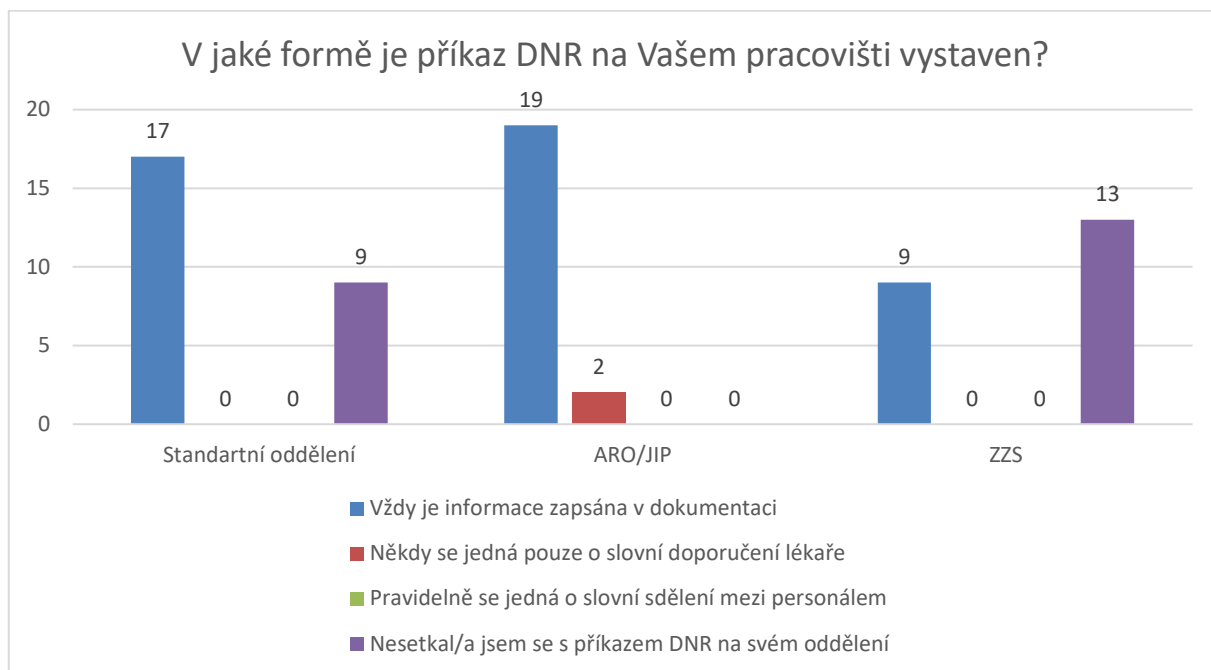
Otázka 6



Obrázek 10

Na otázku číslo 6 odpovědělo 24 respondentů (92,31 %) ze standardních oddělení tak, že musí být po konzultaci lékařů zapsán v dokumentaci, 2 respondenti (7,69 %), že stačí zhodnocení ošetřujícího lékaře samotného a dle žádného nestačí pouze slovní informování napříč členy personálu. Na JIP a ARO všech 21 respondentů (100 %) odpovědělo, že musí být zapsán do dokumentace po konzultaci lékařského týmu. Na ZZS pouze 1 (4,55 %) odpověděl, že má stačí zhodnocení jednoho lékaře a následné zapsání do dokumentace, zbylých 21 (95,55 %) si myslí, že je třeba konzultace většího množství lékařů.

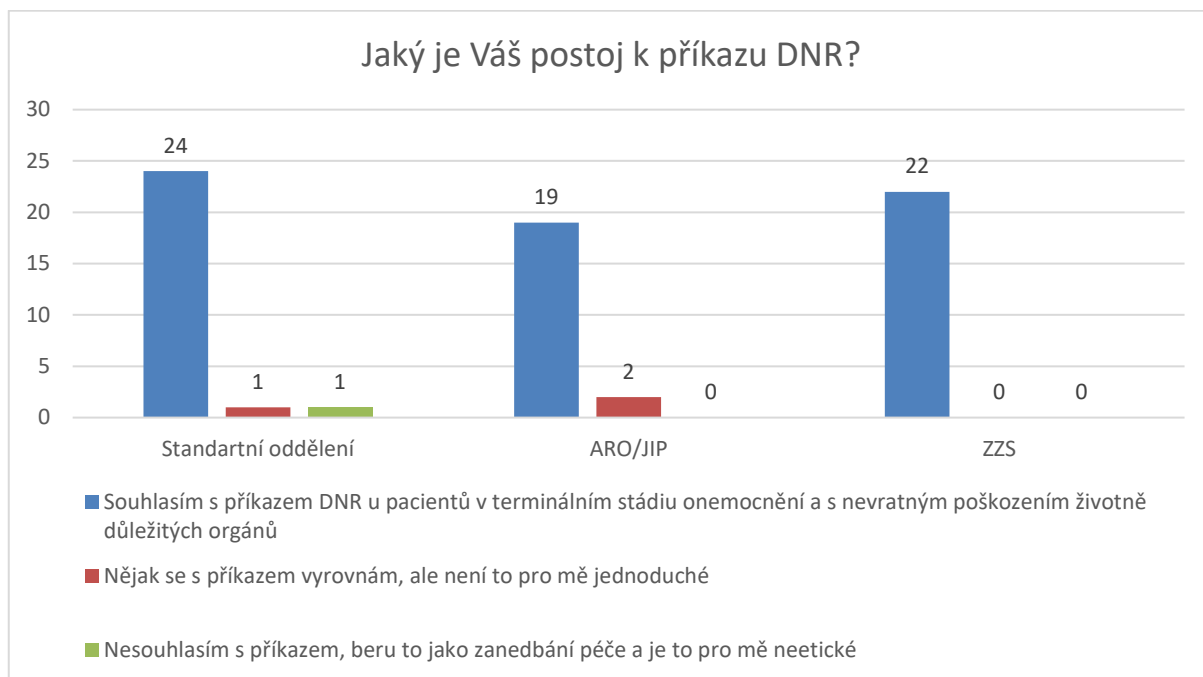
Otázka 7



Obrázek 11

Na tuto otázku žádný respondent neodpověděl možností, že se pravidelně jedná o slovní sdělení mezi členy personálu. Ze standardních oddělení 17 respondentů (65,38 %) odpovědělo, že je vždy informace zapsána v dokumentaci a 9 (34,62 %) se s příkazem DNR na svém pracovišti nesetkalo. Z JIP a ARO je dle 19 respondentů (90,48 %) vždy informace poznamenána v dokumentaci a dle 2 (9,52 %) se někdy jedná pouze o slovní doporučení lékaře. Z výsledku od posádek ZZS vyplývá, že je příkaz vždy zapsán v dokumentaci dle 9 (40,91 %) respondentů a 13 (59,09 %) z nich se s příkazem DNR nesetkalo. Z grafu je patrné, že příkaz DNR je správně v převážné většině případů zapsán v dokumentaci a nejedná se pouze o slovní informování mezi členy personálu.

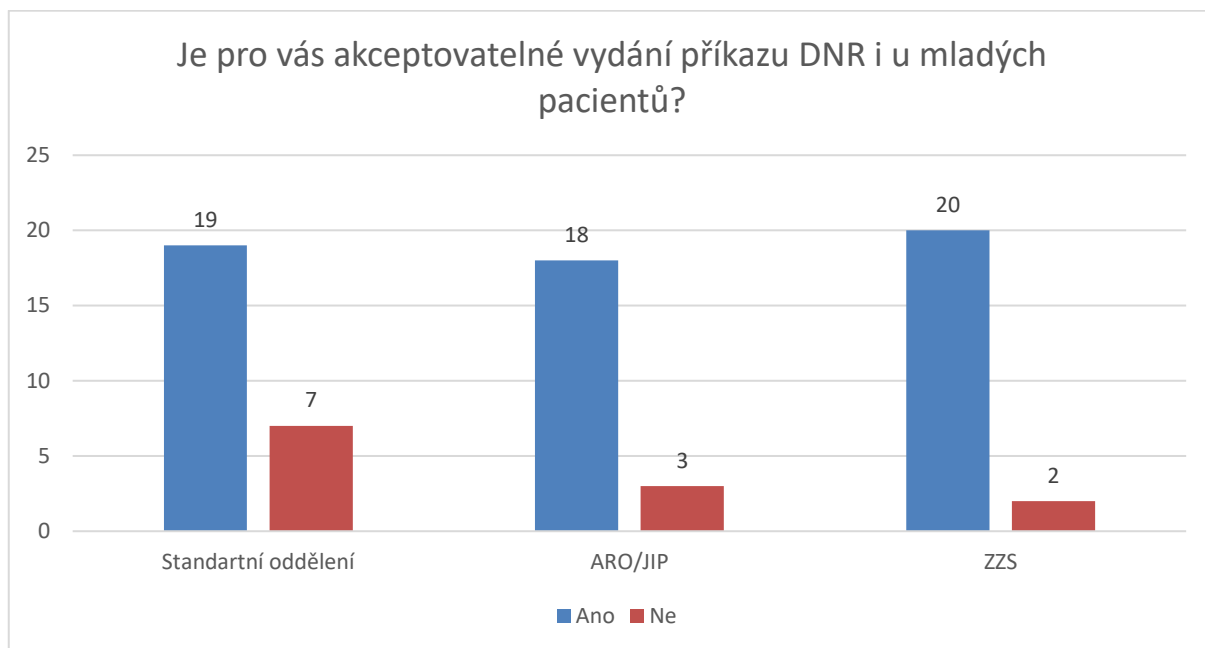
Otázka 8



Obrázek 12

Na otázku etického postoje k příkazu DNR se respondenti ze standardních oddělení vyjádřili následovně. S příkazem u pacientů v terminálním stádiu onemocnění či s neléčitelným poškozením životně důležitých orgánů souhlasí 24 z nich (92,31 %), 1 (3,85 %) zvolil odpověď, že se s příkazem nějak vyrovná, i když mu to není příjemné a dle 1 (3,85 %) je příkaz DNR neetický. V rámci ARO a JIP souhlasí s příkazem 19 respondentů (90,48 %) a 2 (9,52 %) se s příkazem nějakým způsobem vyrovnávají. Všechny 22 respondentů (100 %) ze ZZS souhlasí s příkazem za předpokladů dle znění odpovědi. Z grafu je tedy zřejmé, že většina respondentů přijímá příkaz DNR bez jakýchkoli obtíží.

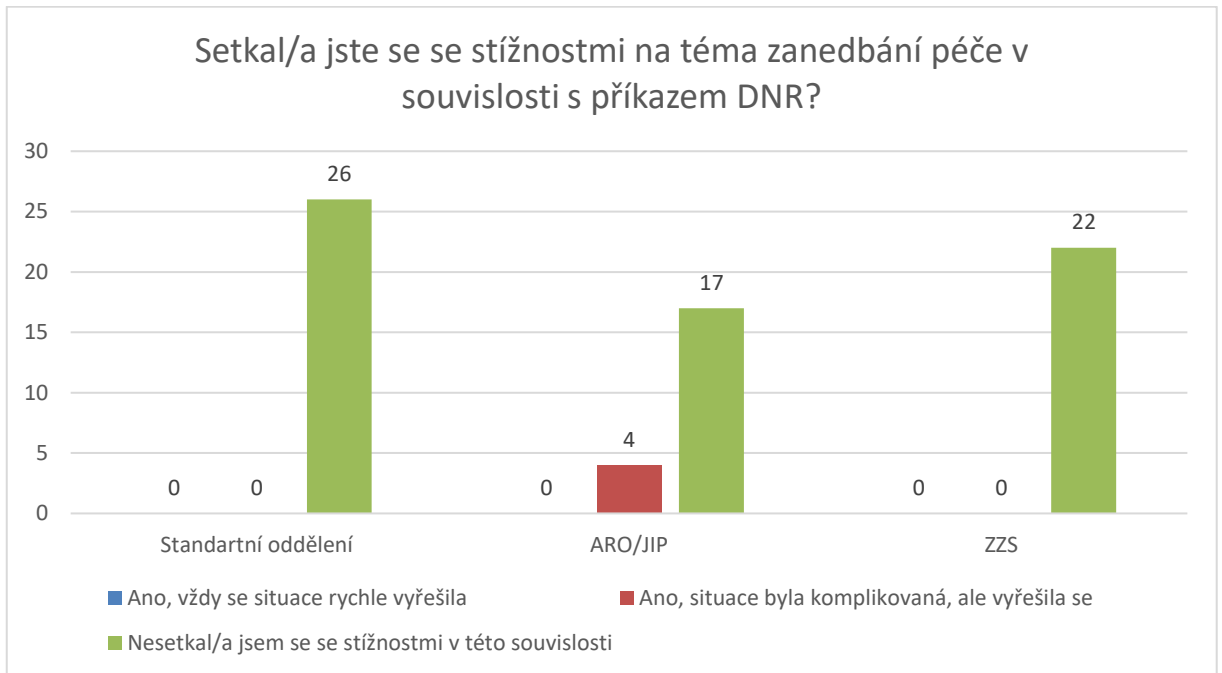
Otázka 9



Obrázek 13

Na tuto z etického pohledu složitou otázku odpovědělo ano 19 respondentů (73,08 %) ze standardních oddělení, 7 (26,92 %) z nich je proti vydání příkazu u mladých pacientů. Dle zaměstnanců ARO a JIP je akceptovatelný pro 18 osob (85,71 %), pro 3 (14,29 %) akceptovatelný není. Ze zaměstnanců ZZS by akceptovalo příkaz 20 respondentů (90,91 %), neakceptovatelný je pro 2 (9,09 %).

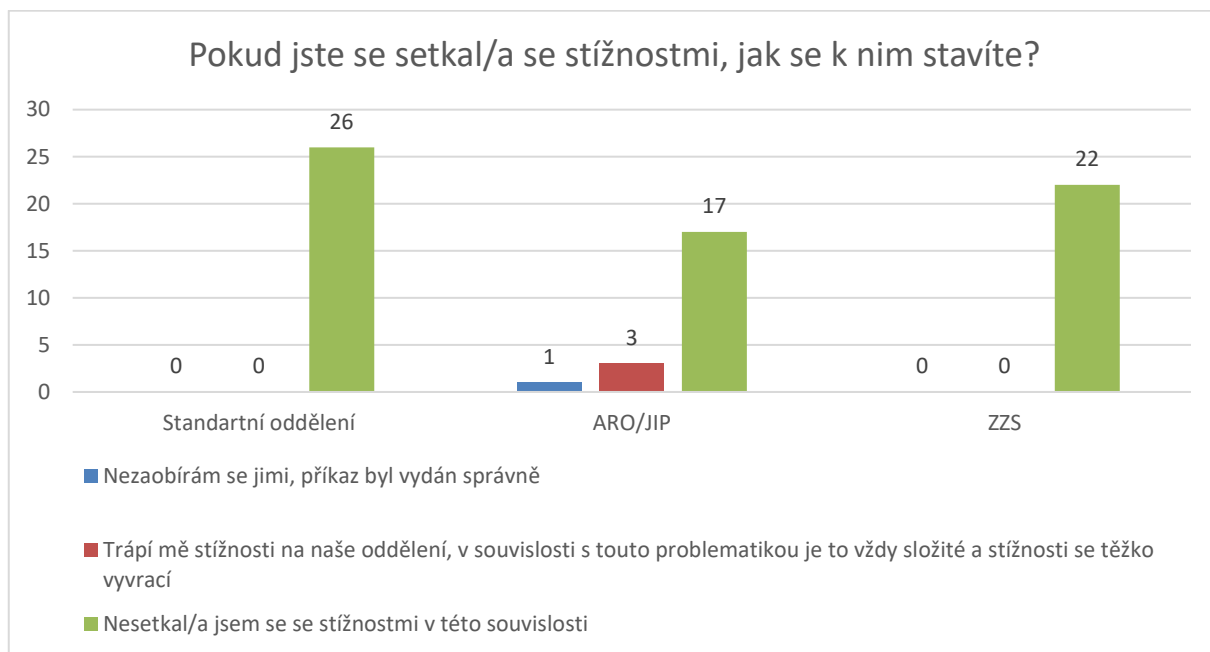
Otázka 10



Obrázek 14

Na standartních odděleních se všech 26 respondentů (100 %) nesetkalo se stížnostmi v souvislosti s příkazem DNR, stejně tak odpovědělo všech 22 zaměstnanců ZZS (100 %). Na odděleních ARO a JIP se se stížnostmi, které byly komplikované, ale nějakým způsobem se vyřešily, setkali respondenti 4 (19,05 %), zbylých 17 (80,95 %) se se stížnostmi nesetkalo.

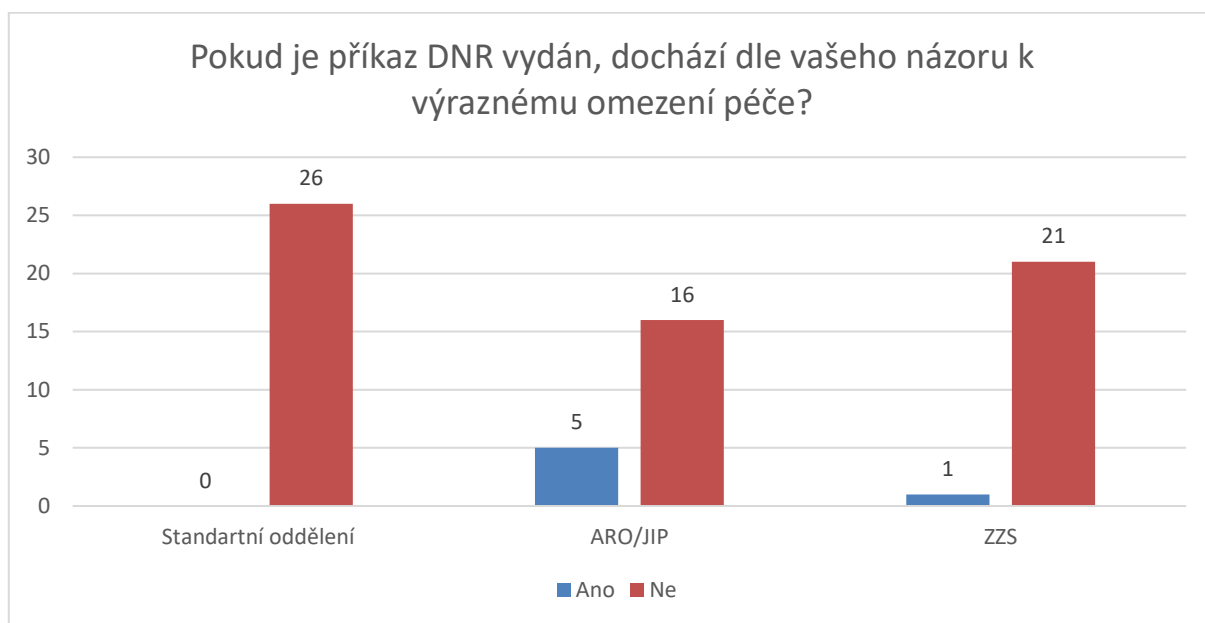
Otázka 11



Obrázek 15

Tato otázka navazovala na otázku předchozí, tudíž se výsledky v rámci standardních oddělení a ZZS shodují s výsledky předchozí otázky a všech 48 respondentů (100 %) se se stížnostmi v souvislosti s příkazem DNR nesetkalo. V rámci oddělení ARO a JIP se nesetkalo se stížnostmi totožně s předchozí otázkou 17 respondentů (80,95 %), 1 se stížnostmi nezaobírá (4,76 %) a 3 (14,29 %) se se stížnostmi na své oddělení vyrovnávají těžce.

Otázka 12



Obrázek 16

Na tuto otázku všech 26 respondentů (100 %) ze standardních, oddělení odpovědělo, že ne. Z JIP a ARO odpovědělo ne 16 respondentů (76,19 %) a možnost ano zvolilo 5 (23,81 %). Pracovníci ZZS ve většině zvolili možnost ne, konkrétně 21 (95,24 %), možnost ano zvolil pouze 1 (4,76 %). Pokud respondent na tuto otázku odpověděl ano, součástí byla i podotázka v jakém smyslu. Pracovník ZZS odpověděl, že se léčba omezuje pouze na tekutiny stravu a základní ošetrovatelskou péči. Odpovědi zaměstnanců ARO a JIP byly následující.

Respondent 1: „Minimální počet léčiv, snížený počet vyšetření“

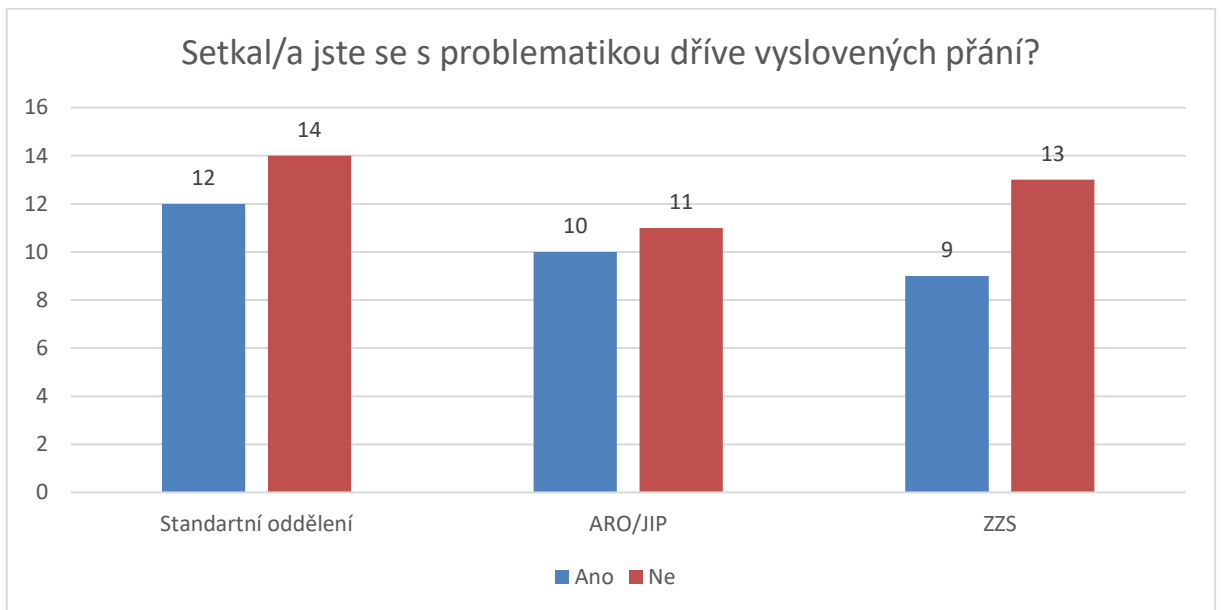
Respondent 2: „Omezená péče v předem stanoveném limitu“

Respondent 3: „Ošetrovatelská péče tak, aby nezatěžovala (nepolohování). Ponechání analgetik, opiátů, tekutin a výživy.“

Respondent 4: „Nerozšiřování terapie, nezahajování eliminačních technik, nepodávání masivních náhrad krevních derivátů. Ošetrovatelská péče a komfort pacienta je v plném rozsahu zachován!“

Respondent 5: „Dochází k omezení péče v předem stanovené hranici“

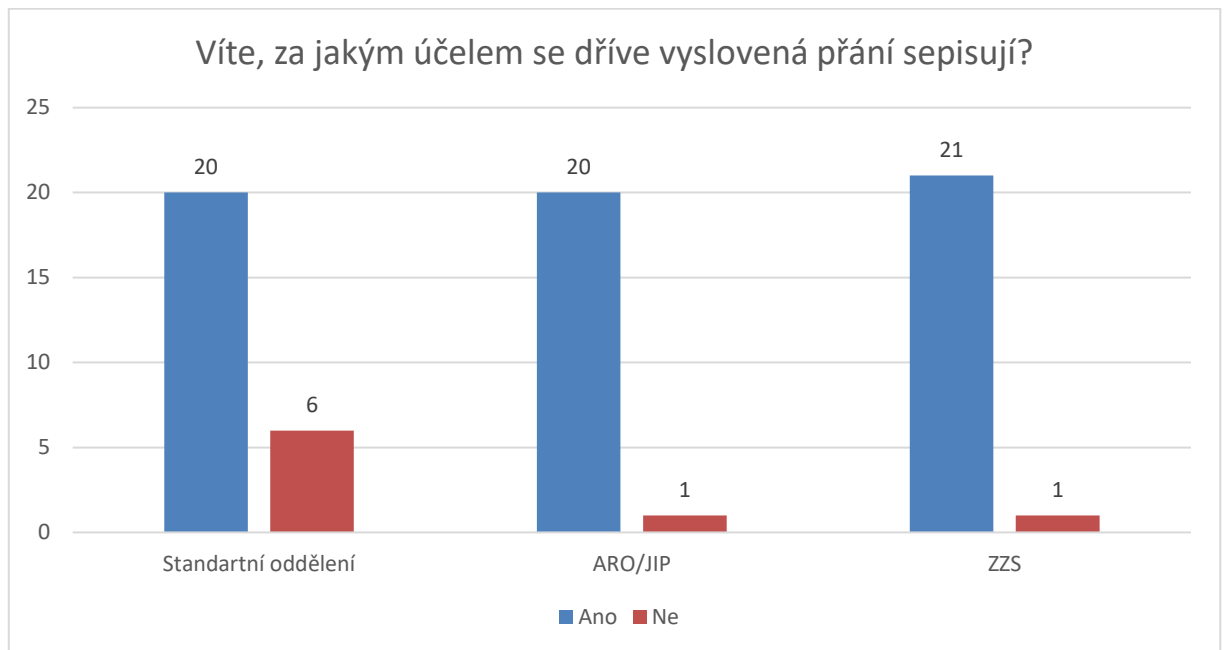
Otázka 13



Obrázek 17

Ze standardních oddělení se dle znění této otázky s dříve vyslovenými přáními setkala 12 respondentů (46,15 %), naopak nenesetkalo se s nimi 14 (53,85 %). Z JIP a ARO se s přáními setkala 11 (52,38 %) respondentů, 10 (47,62 %) z nich nikoliv. Ze ZZS zvolilo odpověď ano 9 tázaných (40,91 %) a možnost ne 13 (59,09 %).

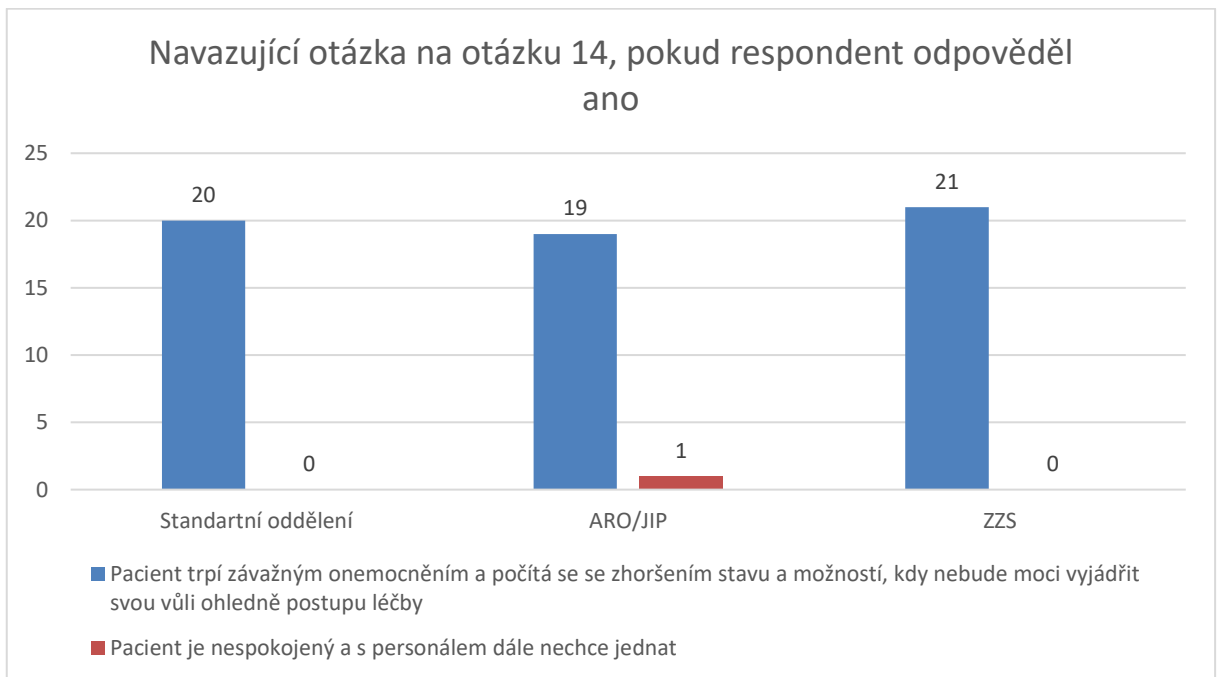
Otázka 14



Obrázek 18

Na otázku, zdali respondenti vědí, za jakým účelem se dříve vyslovená přání sepisují odpovědělo 20 respondentů ze standardních oddělení ano (76,92 %) a 6 ne (23,08 %), z oddělení ARO a JIP pak 20 ano (95,24 %) a 1 ne (4,76 %) a z pracoviště ZZS 21 ano (95,45 %) a 1 ne (4,55 %).

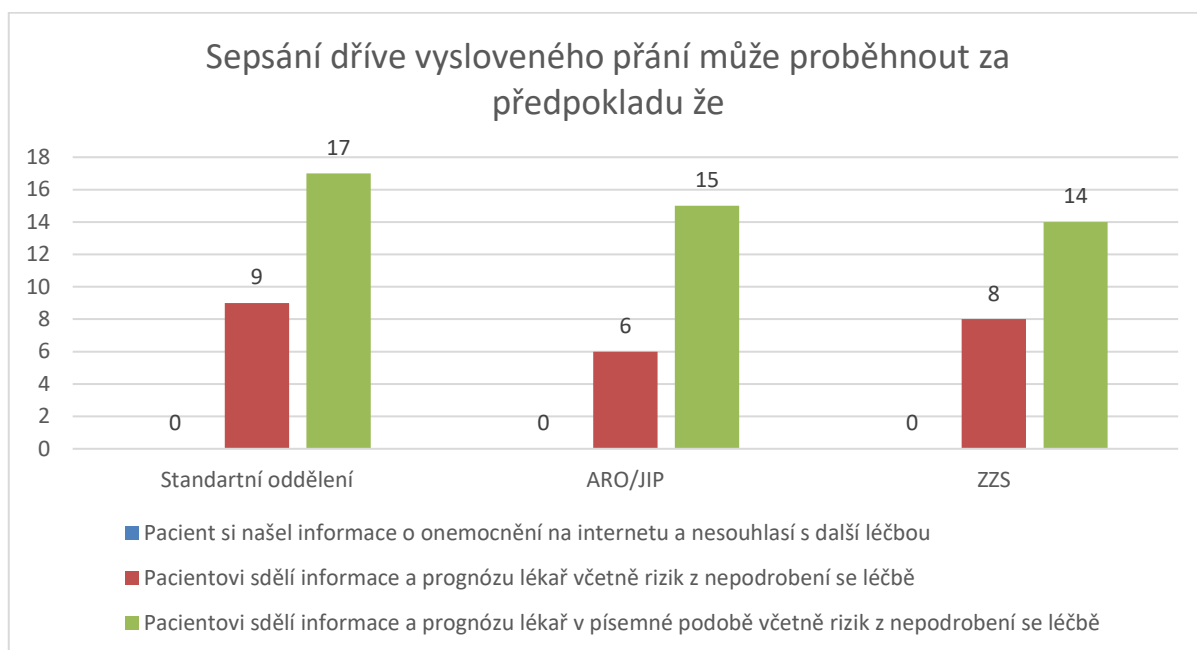
Otázka 15



Obrázek 19

Otázka 15 volně navazovala na otázku 14 a respondent na ni odpovídal pouze pokud v otázce 14 zvolil odpověď „ano“. Ze standardních oddělení všech 20 respondentů (100 %), kteří odpověděli na otázku 14 „ano“ odpovědělo na tuto otázku tak, že příkaz DNR je určen pacientům s progredujícím onemocněním, u nichž hrozí zhoršení stavu a očekává se, že nebudou moci artikulovat svá přání ohledně postupu léčby. Stejně tak odpovědělo i všech 21 respondentů ze ZZS (100 %). V případě ARO a JIP odpovědělo stejně 19 dotazovaných (95 %) a pouze 1 (5 %), že slouží pacientům, kteří nejsou spokojeni s personálem a dále s ním nechtějí jednat.

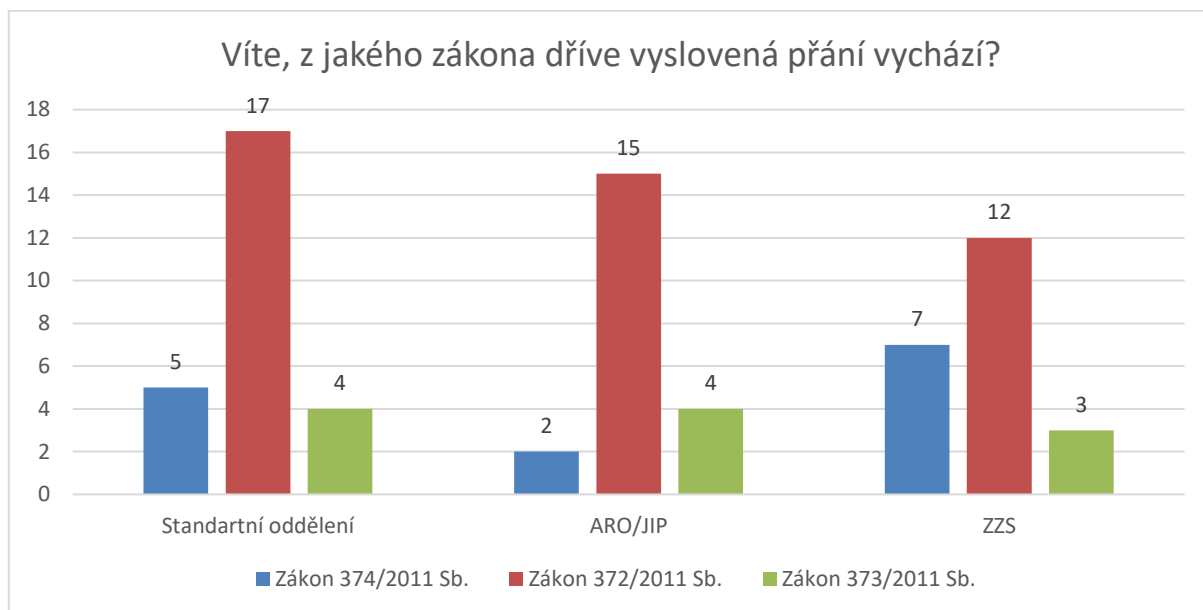
Otázka 16



Obrázek 20

Na tuto otázku odpovědělo 9 osob (34,62 %) ze standartních oddělení ve smyslu, že stačí pouze ústní sdělení ze strany lékaře, zbylých 17 (65,38 %) zvolilo možnost písemného podkladu s informacemi, dle žádného respondenta nestačí informace z internetu. Stejně jako u výsledků standartních oddělení nikdo další nezvolil možnost internetového informování. Z oddělení ARO a JIP 6 respondentů (28,57 %) odpovědělo, že stačí informovanost bez písemného podkladu a 15 (71,43 %) s písemným podkladem. Ze zaměstnanců ZZS je písemný podklad nutný dle 14 respondentů (63,64 %) a je možné sepsat přání i bez písemného poučení dle 8 respondentů (36,36 %)

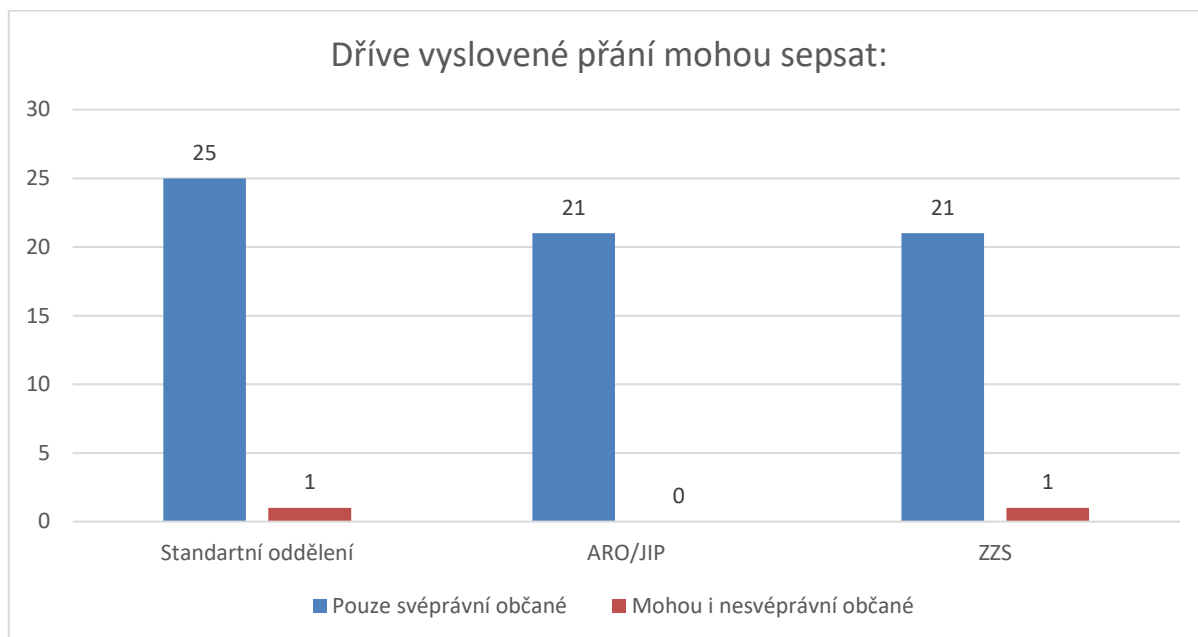
Otázka 17



Obrázek 21

Ze standardních oddělení v této otázce zvolilo zákon 373/2011 Sb. 5 respondentů (19,23 %), zákon 372/2011 Sb. 17 (65,38 %) a 374/2011 Sb. zvolili 4 (15,38 %). Z JIP a ARO byla taktéž nejčastější odpověď zákon 372/2011 Sb. a zvolilo jej 15 respondentů (71,43 %), 373/2011 Sb. pak 4 (19,05 %) a zákon 374/2011 Sb. 2 respondenti (9,52 %). Na ZZS byla stejně jako u předchozích oddělení nejčastější odpověď zákon 372/2011 Sb. a vybralo jej 12 osob (54,55 %), zákon 373/2011 Sb. pak 3 osoby (13,64 %) a zákon 374/2011 Sb. 7 respondentů (31,81 %).

Otázka 18



Obrázek 22

Na tuto otázku pouze 1 respondent (3,85 %) ze standartního oddělení odpověděl tak, že dříve vyslovená přání mohou sepsat i nesvéprávní občané. Zbylí respondenti ze standartních oddělení, konkrétně 25 (96,15 %), odpověděli tak, že mohou přání sepsat pouze svéprávní občané. Stejně tak odpovědělo i všech 21 respondentů (100 %) z oddělení ARO a JIP. Ze stanovišť ZZS dle 21 respondentů (95,45 %) mohou sepsat přání pouze svéprávní občané a dle 1 (4,55 %) i nesvéprávní.

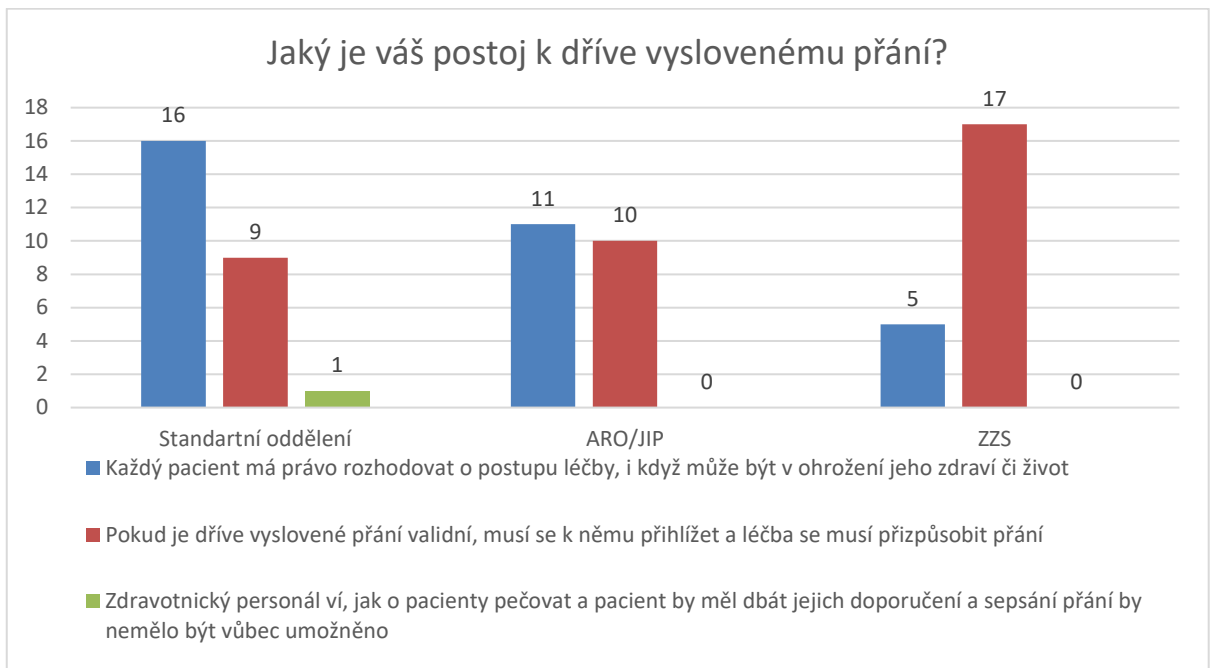
Otázka 19



Obrázek 23

Na standartních odděleních se s přáním setkávají jednou za čas 3 respondenti (11,54 %), pouze výjimečně 7 (26,92 %) a nesetkalo se s ním 16 (61,54 %). Z oddělení JIP a ARO se s přáním setkávají jednou za čas 2 respondenti (9,52 %), pouze výjimečně 6 (28,57 %) a nesetkalo se s ním 12 zaměstnanců (57,14 %). Na ZZS se s přáním setkává pouze výjimečně 6 osob (27,27 %) a nesetkalo se s ním 16 (72,73 %).

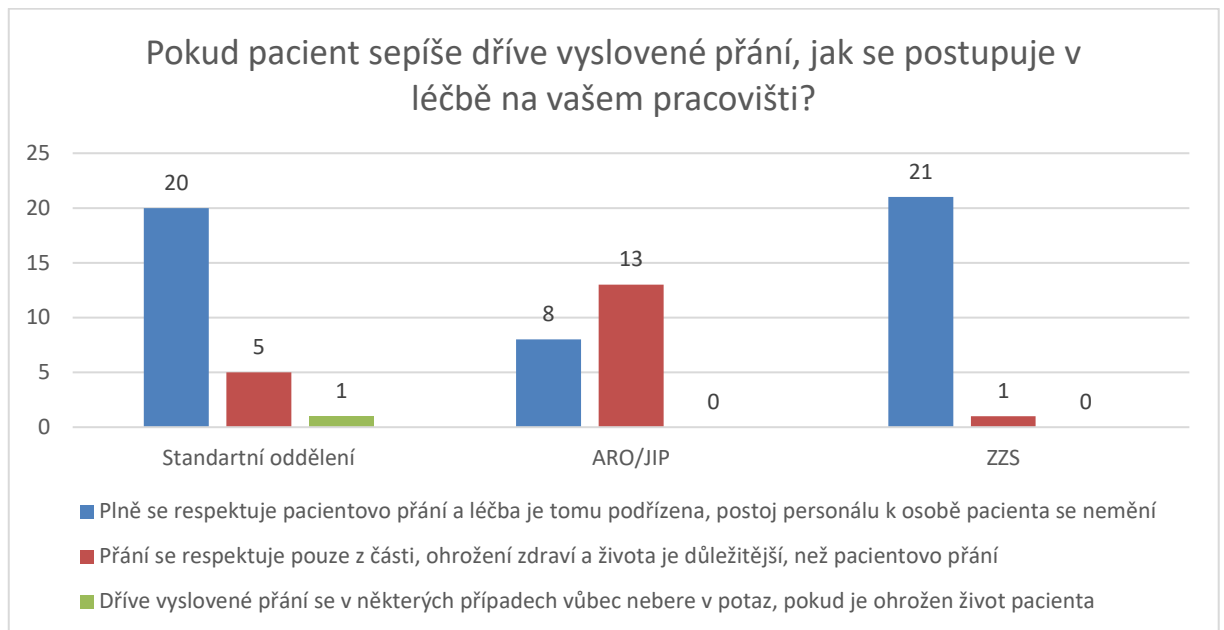
Otázka 20



Obrázek 24

Pro absolutní autonomii pacienta je ze standartních oddělení 16 respondentů (61,54 %), tolerovatelná jsou přání pro 9 (34,62 %) a neuznávaná dle 1 (3,84 %). Každý pacient má právo na rozhodování o své léčbě dle 11 (52,38 %) zaměstnanců ARO a JIP, tolerovatelná jsou pro 10 (47,62 %). Dle 17 zaměstnanců (77,27 %) ZZS je třeba přihlížet na validní přání a dle 5 (22,73 %) má pacient právo na rozhodování o své léčbě. Zavrženíhodné nejsou přání ani pro jednoho ze zaměstnanců ARO, JIP a ZZS.

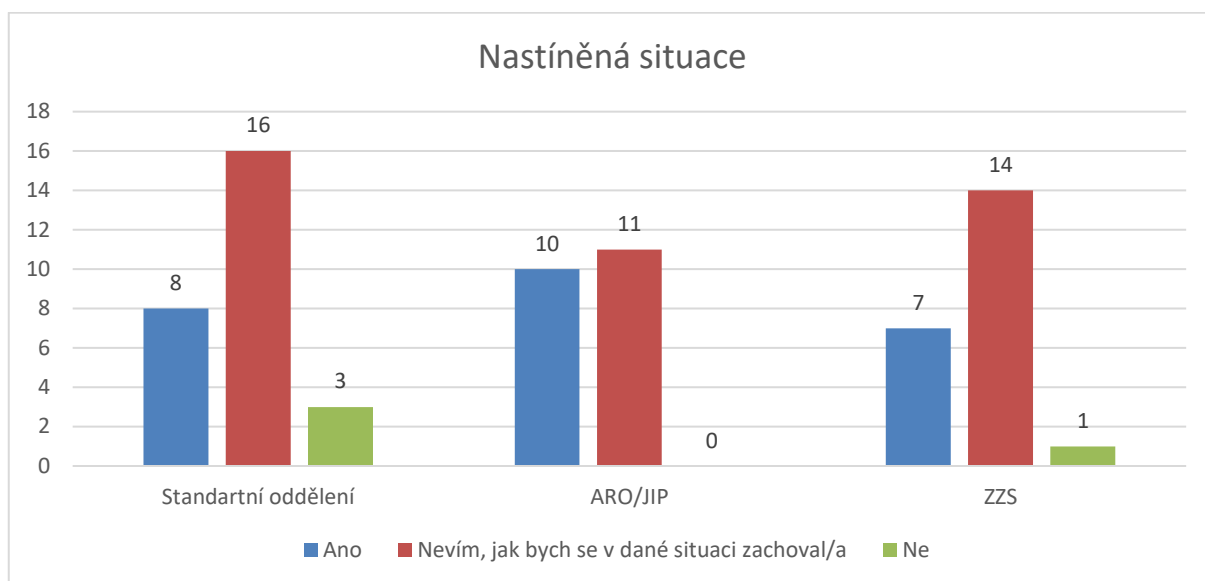
Otázka 21



Obrázek 25

Dle standardního oddělení je plně respektováno přání podle 20 zaměstnanců (76,92 %), pouze z části odpovědělo 5 (19,23 %) a v některých případech vůbec zvolil 1 (3,85 %). Na odděleních ARO a JIP se plně respektuje dle 8 respondentů (38,1 %) a zčásti dle 13 (61,9 %). Ze zaměstnanců ZZS odpovědělo 21 (95,45 %) tak, že je přání plně respektováno a pouze 1 (4,55 %) odpověděl, že je respektováno pouze z části.

Otázka 22

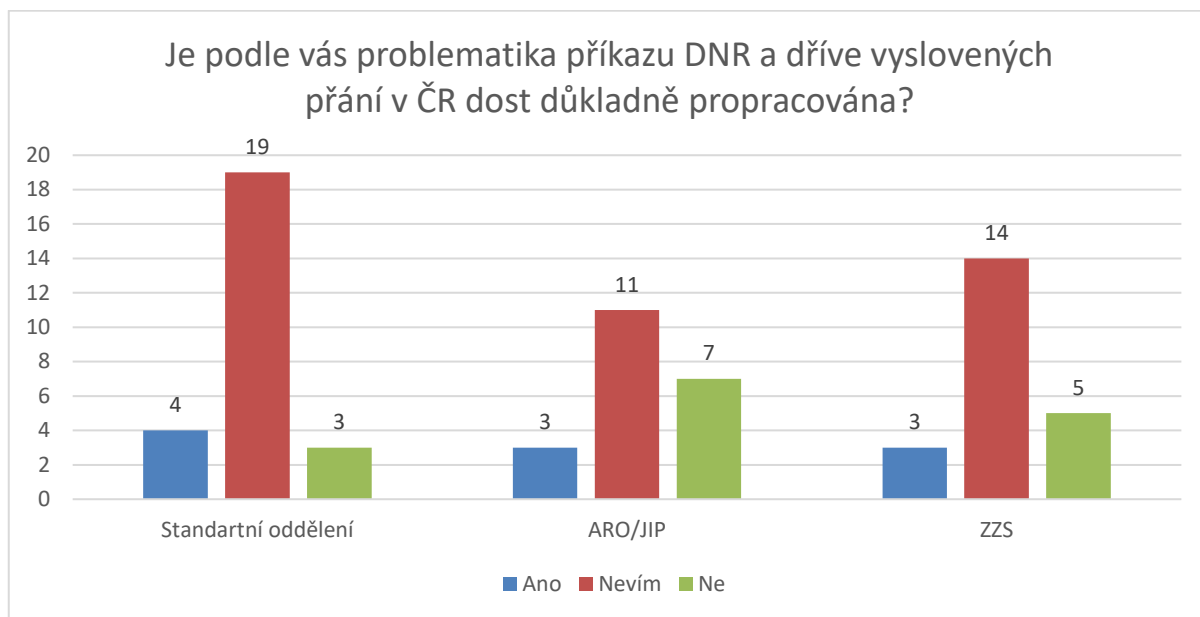


Obrázek 26

V této otázce byla respondentům nastíněna následující situace: „Pacient je vážně nemocný, ale je pouze v počáteční fázi onemocnění. Sepíše dříve vyslovené přání, ve kterém nechce, aby mu byla poskytována analgetická léčba, i když neví, jak bude onemocnění probíhat. V pozdějším stádiu leží na oddělení v nemocnici a trpí velkými bolestmi, není schopen přání změnit. Je v tomto případě podle vás na místě porušit přání, i když hrozí právní odpovědnost ze strany zaměstnance?“ Odpovědi respondentů na tuto otázku byly následující.

Ze standartních oddělení 8 (30,77 %) odpovědělo, že ano, 16 (61,54 %) neví, jak by se v dané situaci zachovalo a 3 (11,54 %) by přání neporušili. Z oddělení ARO a JIP by 10 (47,62 %) osob v dané situaci přání porušilo a 11 (52,38 %) neví, jak by se v dané situaci zachovalo. Ze stanovišť ZZS by přání porušilo 7 respondentů (31,82 %), 14 (63,64 %) neví, jak by se zachovalo a neporušil by ho 1 (4,55 %)

Otázka 23



Obrázek 27

Tato otázka musí být brána velmi subjektivně dle pocitů pracovníků na jednotlivých odděleních. Ze standardních oddělení je problematika v dostatečné míře propracována dle 4 (15,38 %), nedokáže odpovědět 19 (73,08 %) a není dost propracována dle 3 (11,54 %). Dle 3 (14,29 %) pracovníků ARO a JIP je problematika dostatečně projednána, nedokáže odpovědět 11 (52,38 %) a není dostatečně projednána pro 7 (33,33 %) osob. Dostatečně probraná je dle 3 zaměstnanců ZZS (13,64 %), odpovědí si není jistých 14 (63,64 %) a není v dostatečné míře probrána dle 5 (22,73 %).

2.4 Předěšlé výzkumy v oblasti příkazu DNR a dříve vyslovených přání

Pro porovnání výsledků v diskuzi bylo zapotřebí provést rešerši již proběhlých prací či výzkumů na obě zmíněná témata. Jako klíčová slova zde bylo použita „dříve vyslovená přání“ a „příkaz DNR“. Pro průběh rešerše byl použit internetový portál Theses a Primo. Dle provedené rešerše vyšlo najevo, že mnoho předěšlých prací zatím nebylo vytvořeno. Do své diskuze jsem použil práce, které byly mému tématu nejbliže a soustředily se na podobné typy otázek, jako v mé vlastní práci. Tyto již existující práce popíši na několika následujících řádcích.

Mé práci nejbližší byla práce Jitky Klimešové z roku 2018, jejíž vedoucí práce byla paní magistra Jana Bublaková, která svou práci na téma příkaz DNR vypracovala v roce 2012. V obou zmíněných pracích se objevovaly podobně směřované otázky, jako v mé vlastní práci. Zatímco paní Bublaková využila jako metodu sběru dat rozhovor, u paní Klimešové se jednalo, stejně jako v mém případě o dotazníkové šetření. Pro porovnání mých výsledků posloužila lépe práce paní Klimešové, která si zvolila výzkumné otázky podobného charakteru jako já. Konkrétně se jednalo o znalost sester ohledně ordinace DNR, názor sester na DNR a dále pak postoj k ordinaci u pacientů v různých věkových skupinách či využívanost dříve vyslovených přání s DNR u pacientů z pohledu NLZP. Stejně cíle měla i práce paní Bublakové jejíž výsledky se v mnohém nelišily od výsledků paní Klimešové. (Klimešová 2018, Bublaková 2012)

Další prací, která byla využita v rámci mé diskuze byla práce pana Vařeky z roku 2013. Ve své práci se zabýval příkazem DNR v českých podmínkách. Ke své práci využil stejně jako já ke sběru dat dotazníkové šetření a zaměřil se ve svém výzkumu na otázky předávání příkazu DNR v rámci oddělení, na povědomí respondentů o ordinaci příkazu DNR, na praktické užití v rámci jednotlivých oddělení, na dříve vyslovená přání a jejich užití v praxi a další. (Vařeka 2013)

2.5 Diskuze

Cíly praktické části této bakalářské práce bylo zjistit erudovanost nelékařských zdravotnických pracovníků v oblastech příkazu DNR a dříve vyslovených přání a dále pak jejich etický postoj k již zmíněným problematikám. Na následujících několika stranách rozeberu výzkumné otázky, které měli prostřednictvím dotazníku distribuovaného na jednotlivá oddělení naplnit cíle této části práce.

2.5.1 Jak se respondenti orientují v problematikách dříve vyslovených přání a příkazu DNR?

Otázky týkající se této výzkumné otázky byly otázky 1, 2, 3, 6, 14, 15, 16, 17, 18 a 23. Otázka číslo 1 byla v této práci pouze orientační a až na jednoho respondenta všichni slyšeli o příkazu DNR, což bylo zásadní východisko pro další otázky. Stejně tak druhá otázka byla pouze orientační, posloužila k subjektivnímu posouzení vlastních znalostí týkající se problematiky z pohledu respondenta. V této otázce se menšinová část respondentů nevyjádřila odpovědí „o tomto tématu téměř nic nevím“, ale přinejmenším se s tématem setkává v rámci praxe většina respondentů, což bylo pro další průběh výzkumu příznivé.

Otázka číslo 3 se dotazovala respondentů, zdali vědí, kdo příkaz DNR může vydat. U této otázky jsem očekával podobné výsledky, jako Vařeka (2013), který zmínil otázku, „kdo rozhoduje o nezahájení resuscitace“, načež 92 % respondentů odpovědělo lékař. V mé práci jsem respondentům nabídl možnost ne, kterou nakonec zvolilo 16 osob, což mohlo být zapříčiněno buď nevědomostí či uhnutím od komplikovanější odpovědi. Zajímavé je, že po nabídnutí odpovědi v otázce číslo 6 zvolila správnou odpověď valná většina respondentů, konkrétně 95,65 %. Ze zbylých 53, kteří zvolili možnost ano v otázce 3, správně odpovědělo 48 (90,57 %) možností lékař, konsilium lékařů, DNR tým, který na daném pracovišti funguje či primář oddělení nejlépe po konzultaci s pacientem a rodinou, což koresponduje s výsledky Vařeky.

Všeobecnou otázkou, otázkou číslo 14 na níž navazovala po zvolení odpovědi ano otázka číslo 15, byla otázka, zdali respondenti vědí, za jakým účelem se dříve vyslovená přání sepisují. Překvapila mě odpověď ze standartních oddělení, kde jsem očekával vyšší počet zvolení odpovědi ano, vzhledem k mému očekávání vyššího výskytu tohoto fenoménu na pracovišti nemocničním, oproti respondentům ze ZZS u otázky číslo 14. Více však napověděla otázka číslo 13 ohledně četnosti setkání se s problematikou, která bude rozebrána v následující

kapitole. V otázce číslo 15 dle mého očekávání odpovědělo 98,36 % respondentů správnou odpovědí a zařazením institutu na pole zdravotního stavu pacienta s očekávaným zhoršením oproti jeho neochotě dále komunikovat s personálem.

Otázka číslo 16 vycházela z §36 Zákona 372/2011 Sb. o tom, za jaké podmínky může sepsání přání proběhnout. V této otázce jsem neočekával, že by některý z respondentů zvolil možnost, kdy sepsání přání proběhne na základě informací, které si pacient našel na internetu, což se potvrdilo a odpověď ne zvolil ani jeden z dotazovaných. Zajímalo mě tedy, dle jaké části respondentů stačí pouze ústní informovanost pacienta ze strany lékaře, na druhé straně pak nutnost přiložení písemného poučení k přání. Na tuto otázku převažovala odpověď, že je nutno mít přiloženo písemné informování pacienta, avšak očekával jsem ještě vyšší převahu tohoto tvrzení.

Poměrně složitou otázkou byla otázka číslo 17, která měla za úkol zjistit, zdali respondenti vědí, z jakého zákona dříve vyslovená přání vychází. I přes složitost této otázky jsem očekával většinovou četnost odpovědi Zákon 372/2011 Sb. z nemocničních oddělení, a naopak odpověď Zákon 374/2011 Sb. u pracovníků ZZS, který se jich týká. Tento předpoklad byl z výsledků naplněn, neočekávaný byl pouze vysoký výskyt správné odpovědi Zákon 372/2011 Sb. u pracovníků ZZS.

Poslední otázkou týkající se erudovanosti zdravotnických pracovníků ohledně problematik, kterou jsem do dotazníku zařadil byla otázka číslo 18. Dle mého očekávání většina zvolila, že přání mohou sepsat pouze svéprávní občané, překvapilo mě pouze, že se přeci jen vyskytly dvě odpovědi s možností sepsání i v případě nesvéprávného občana.

Otázkou, která se dotýká částečně znalostí respondentů o problematikách, ale spíše subjektivně hodnotí jejich pohled na dostatečné legislativní zakotvení obou institutů je otázka číslo 23. Očekával jsem nejčastější odpověď nevím, ale příjemně mě překvapilo 22 odpovědí ano, nebo ne. Dle mého názoru mají dříve vyslovená přání svou právní úpravu v dostačující míře zakotvenou, i když z ní vyvstává několik problémů, které by bylo dobré blíže specifikovat, avšak právní úprava konkrétně příkazu DNR doposud neexistuje a tak bych se spíše přikláněl k odpovědi ne stejně jako 15 z zmíněných 22 respondentů. Tato otázka je samozřejmě čistě na posouzení jednotlivce, a tak by mě zajímal názor většího množství respondentů, pokud by v budoucnu vznikly další práce či výzkumy v této oblasti.

Celkově bych zhodnotil dle výsledků dotazníků povědomí o problematice jako velmi solidní vezmu-li v potaz novost problematiky dříve vyslovených přání a chybějící právní podklady k problematice příkazu DNR.

2.5.2 Jaký je etický postoj respondentů k problematikám dříve vysloveného přání a příkazu DNR?

Na tuto výzkumnou otázku měli nalézt odpověď otázky číslo 4, 8, 9, 10, 11, 20 a 22. Otázka číslo 4 se týkala pohledu respondentů na rozdíl mezi eutanázií a příkazem DNR. Dle práce Bublákové (2012) a Klimešové (2018) většina pracovníků nevnímá téma příkazu DNR jako totožné s pasivní eutanázií. Stejně jako v těchto zmíněných pracích i v mé respondentů, až na 6, kteří odpověděli, že jsou si témata hodně podobná, odpovídali, že se jedná o naprosto odlišná témata. Z těchto odpovědí vychází fakt, že většina respondentů nevnímá příkaz DNR ani jako pasivní formu eutanázie, naopak spíše jako umožnění pacientovi v poklidu zemřít.

Otázka číslo 8 směřuje na etický postoj k institutu příkazu DNR a dále jí rozvíjí otázka číslo 9. Z otázky číslo 8 vychází stejně jako u Klimešové (2018) že většina respondentů souhlasí s vydáním příkazu DNR u pacientů v terminálním stádiu onemocnění, pouze jeden bere příkaz DNR jako neetický institut a třem není akceptování příkazu DNR příjemné. V mé práci jsem zvolil pro otázku číslo 9 vydání příkazu u mladých lidí, oproti tomu Klimešová pracovala s vyjádřením k dospělým a dětem zvlášť. U dospělých lidí převažovalo v její práci akceptování příkazu, naopak u dětí byla brána jako forma eutanázie. V mé převládalo zvolení odpovědi akceptování příkazu DNR u mladých pacientů. Rozdíl v odpovědích byl však znatelný v rámci standartních oddělení a pracovišť JIP, ARO a ZZS. Ze standartních oddělení byla vyjádřena mnohem nižší akceptovatelnost v této situaci oproti ostatním oddělením.

Další otázky, které směřovaly na etický pohled byly otázky 10 a 11 týkající se stížností spojených s příkazem DNR. Z výsledků vyšlo, že se se stížnostmi na toto téma setkali pouze 4 respondenti, což je velmi dobré číslo, bohužel i tak se nějaké stížnosti spojené s příkazem DNR vyskytují a všichni zmínění respondenti uvedli, že vyvracení bylo velice složité. V jednom z případů se zdravotnický pracovník nezaobíral stížností, protože byl přesvědčen, že příkaz DNR byl vydán správně, avšak zbylí tři se vyjádřili tak, že pro ně byla situace velmi složitá a těžko se vyvrací pochybení. Je tedy otázkou, zdali by právní úprava tohoto institutu zabránila vzniku těchto stížností či alespoň jednoduššímu vyvracení, pokud je příkaz vydán správným způsobem.

Otázka číslo 20 směřovala na institut dříve vyslovených přání. Dle této otázky je pro absolutní autonomii pacienta „pouze“ 32 respondentů napříč odděleními. Dříve vyslovená přání jsou pak akceptovatelná pro 36 respondentů a proti je pouze 1. Z hlediska trendu moderní medicíny nechávat volbu postupu léčby na pacientovi, respektive umožnit mu volbu jaké výkony a zákroky je ochoten podstoupit, nekorespondují naprosto přesně s výsledky dotazníků. Z odpovědí je patrné, že velká část respondentů, konkrétně 36 je ochotno akceptovat přání, ale naprosto volnou ruku v rozhodování pacientovi nedává. Je tedy zřejmé, že zdravotníci vnitřně soupeří s podstatou svého povolání, péče o nemocné, a na druhé straně s dříve vyslovenými přáními, které mohou být správně sepsána, ale pacientovi se dá v dané situaci ještě pomoci.

Jako poslední otázku v této části jsem zvolil z etického hlediska velmi složité nastínění situace a to otázku 22. Jak by se zdravotník zachoval v situaci, kdy pacient odmítne do budoucna analgetickou léčbu prostřednictvím dříve vysloveného přání v počáteční fázi svého onemocnění a následně v zdravotnickém zařízení trpí velkými bolestmi? Je v této situaci správné odstoupit od přání a pacientovi podat analgetika, i když by tím eventuálně byla v ohrožení právní odpovědnost zaměstnance? Většina respondentů neví, jak by se v dané situaci zachovala. Dle výsledků by se pro porušení přání rozhodlo 25 zdravotníků, 4 by se zachovali dle přání. I když je šance právní odpovědnosti v takové situaci velmi mizivá, je velkým problémem, jak se v dané situaci zachovat a sám bych měl velký problém se rozhodnout. Možná by bylo na snaze právě takovéto situace zahrnout do právní úpravy zákona a tyto dilemata by nemusela vůbec probíhat.

Etické aspekty obou problematik jsou velice složité a vše záleží na povaze jednotlivce. Výsledky na tuto výzkumnou otázku mě moc nepřekvapily a byly v rámci jednotlivých pracovišť vesměs podobné a potvrdila se etická problematičnost témat.

2.5.3 V jaké míře se problematiky vyskytují v praxi na jednotlivých odděleních a jak je k nim přistupováno?

K zodpovězení této výzkumné otázky posloužily otázky číslo 5, 7, 12, 13, 19 a 21. Otázkou množství výskytu vydání příkazu DNR na jednotlivých odděleních z pohledu respondentů byla otázka číslo 5. Při vkládání této otázky jsem měl představu o tom, že nejvyšší výskyt této ordinace bude na odděleních JIP a ARO, na druhé straně nejnižší počet v rámci práce ZZS, což se potvrdilo. Stejně tak z pohledu problematiky dříve vyslovených přání směřovaly otázky číslo 13 a 19, které měly zjistit, zdali se respondenti již setkali s tímto institutem, respektive jak často. Oproti konkrétnímu příkazu DNR se s dříve vyslovenými přáními nesešla téměř polovina ze

všech respondentů, což mě poměrně překvapilo, jejich výskyt v praxi jsem očekával vyšší, i když se jedná o poměrně novou problematiku. Dle výsledků průzkumu se s přáními jednou za čas setkají tři respondenti ze standartních oddělení a dva z JIP a ARO. Pouze výjimečně pak sedm pracovníků ze standartních oddělení, sedm z JIP a ARO a šest ze ZZS, což je velmi málo. Klimešová (2018) však ve své práci zmínila podobnou otázku a dle jejích výsledků a slov je nízký výskyt dříve vyslovených přání v praxi zapříčiněn neznalostí institutu ve veřejném prostředí, s čímž souhlasím a informovanost veřejnosti by měla být navýšena.

Otázka číslo 7 se dotazovala v jaké podobě je příkaz DNR na jednotlivých pracovištích vydán. V rámci všech pracovišť se ukázalo, že ve valné většině případů, kdy se respondenti setkali s příkazem DNR na svém pracovišti je zpráva správně zapsána v dokumentaci. Pouze u dvou případech se v některých případech jedná pouze o slovní informování ze strany lékaře, a to v rámci pracovišť JIP a ARO. Výsledky jsou v podstatě stejné jako u Klimešové (2018) a Vařeky (2013), což hovoří o zlepšení situace oproti době, kdy svou práci tvořila Bublákova (2012) a trendem bylo pouze ústní informování.

Další otázkou, otázkou číslo 12, jsem se dotazoval na omezení léčby v případě vydání příkazu DNR. Na tuto otázku až na šest respondentů odpověděli všichni ne stejně jako v pracích Klimešové (2018). Ze zbylých šesti respondentů v mé práci pět odpovědělo, že se jedná pouze o změny v počtu vyšetření, která budou pacientovi poskytována a v omezení medikamentózní léčby, popřípadě náhrad krevních derivátů. Výjimkou byl právě jeden respondent, který uvedl, že dochází k omezení ošetrovatelské péče tak, aby nezatěžovala. Dle mého názoru by nemělo docházet k zásadním změnám v poskytování péče a pokud ano, tak pouze v rozsahu, jaký uvedlo zmíněných pět respondentů.

Poslední otázkou bylo, jaký je přístup personálu k pacientovi, který sepíše dříve vyslovené přání, a to otázka číslo 21. Při vkládání této otázky do dotazníku jsem očekával největší výskyt odpovědí, kdy je přání plně respektováno a postoj personálu se nemění. V rámci standartních oddělení a ZZS se tento předpoklad naplnil, avšak byl jsem velmi překvapen odpověďmi z JIP a ARO. Dle výsledků se na těchto pracovištích přání respektuje pouze zčásti jeli ohrožen život pacienta ve 13 případech z 21, na standartních odděleních v 5 z 26 a na ZZS v 1 z 22. Pokud je pacient v ohrožení života, dá se tento stav poměrně jednoduše pochopit, avšak v jednom případě ze standartních oddělení se objevil výsledek, že se v některých případech přání vůbec nerespektuje, pokud je v ohrožení život, což naprosto odstupuje od myšlenky celého institutu.

Bohužel jsem se v dalších otázkách nedotázal, za jakých situací dochází k omezení výkladu právní, ale určitě bych se v budoucích pracích na tento fakt zaměřil blíže.

3 ZÁVĚR

Cílem teoretické části práce bylo popsání nejnovějších poznatků na poli problematik dříve vyslovených přání a příkazu DNR. Tato část práce vycházela z veškeré dostupné literatury a odborných internetových článků. Určitou limitací při jejím zpracování bylo, že mnoho odborných publikací, které se dotýkají konkrétně těchto problematik, nebylo doposud publikováno. Vzhledem k rozvoji a novosti témat a jejich uvádění do praxe by se mohly jevit jednotlivé publikace každým uplynulým rokem od svého vydání jako zastaralé. Problematiky dříve vyslovených přání a příkazu DNR je v určitém úhlu pohledu možno brát jako jednotlivé kapitoly, avšak obě problematiky jsou velice složité, neboť se v nich mísí tři komplexní vědní obory a to medicína, etika a právo. Právě propojení tří vědních oborů pojí obě témata s řadou dalších oblastí etiky, práva a medicíny. Práci jsem tedy nepojal pouze jako téma dle názvu práce, ale alespoň částečně jsem se dotkl některých z problematik, které s tématy velice úzce souvisí. Jsou to například témata paliativní péče, eutanázie a kardiopulmonální resuscitace nebo právní problémy, které s tématy souvisí. Mohl bych vyjmenovat spoustu dalších témat, avšak rozsahem práce bych se dostal mimo stanovené parametry bakalářské práce. Cíl této části práce byl tedy naplněn kombinací poznatků ze všech dostupných zdrojů, ale je zde jistě do budoucna velký prostor pro odlišné pohledy na věc a propojování s dalšími tématy.

Cílem praktické části práce bylo zmapovat či určit erudovanost NLZP v obou problematikách, určit jejich etický postoj k nim a také výskyt a přístup k tématům na jednotlivých pracovištích. V oblasti erudovanosti zdravotnických pracovníků jsem byl příjemně překvapen. Zaměřil jsem se na základní otázky o právních aspektech problematiky dříve vyslovených přání a příkazu DNR a erudovanost ohledně obou problematik mezi nimi je dle mého názoru na solidní úrovni napříč jednotlivými pracovišti. V rámci jednotlivých pracovišť se až na malé rozdíly nelišily ani etické pohledy jednotlivých pracovníků na problematiku. Překvapivým zjištěním pro mě však byly výsledky třetí výzkumné otázky praktické části, a to konkrétně o výskytu dříve vyslovených přání v praxi. Zdravotníci v mém výzkumu měli dobré znalosti ohledně obou problematik, vyplynulo také, že ať jsou problematiky z etického a morálního pohledu velice složité, i přesto jsou ochotni je akceptovat v praxi. Výskyt přání je však v praxi oproti příkazu DNR velice nízký. Dle mého názoru souhlasím s Klimešovou (2018) a jejím výrokem, že pacienti nejsou dostatečně informováni o možnosti sepsání přání, což jistě vede k nižšímu výskytu problematiky v praxi. Myslím si, že cíle mé práce byly naplněny, potvrdily znalosti NLZP a určily jejich etický postoj i výskyt a přístup na jednotlivých pracovištích. Zajímavou

prací či studií by pro budoucnost obou problematik mohlo být, dle mého názoru, právě zmapování povědomí veřejnosti o obou tématech.

4 POUŽITÁ LITERATURA

BARTŮNĚK, Petr, Dana JURÁSKOVÁ, Jana HECZKOVÁ a Daniel NALOS, ed. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4343-1.

BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5402-4.

CÍSAŘOVÁ, Dagmar. *Dříve vyslovená přání a pokyny Do Not Resuscitate v teorii a praxi: monografie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, 2010. ISBN 978-80-87146-31-6.

HEŘMANOVÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3469-9.

KLEMENTA, Bronislav, Olga KLEMENTOVÁ a Pavel MARCIÁN. *Resuscitace*. 2., rozš. vyd. Olomouc: Epava, 2014. ISBN 978-80-86297-47-7.

LACK, Peter. *Advanced directives*. New York: Springer, 2013. ISBN 978-94-007-7376-9.

MATĚJEK, Jaromír. *Dříve projevená přání pacientů: výhody a rizika*. Praha: Galén, c2012. ISBN 978-80-7262-850-6.

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

PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3558-0.

REMEŠ, Roman a Silvia TRNOVSKÁ. *Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4530-5.

ŠIMEK, Jiří. *Lékařská etika*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5306-5.

Urgentní medicína, *Časopis pro neodkladnou lékařskou péči*. České budějovice: Mediprax CB s.r.o., 2015, roč. 18, ISSN 1212-1924

Česko. *Zákon 372/2011 Sb. §36, Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)*, In: *Sbírka zákonů*. 6. 11. 2011

Ostatní práce

BUBLÁKOVÁ, Jana. *DNR jako eticko-ošetřovatelský problém*. České Budějovice 2012. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta

KLIMEŠOVÁ, Jitka. *Pohled sester na ordinaci DNR*. Jihlava 2018. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava. Katedra zdravotnických studií

VAŘEKA, Karel. *DNR v podmínkách České republiky*. Zlín 2013. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií

Online zdroje

MARTIN, Laura J. *Do-not-resuscitate order* [online]. 18.2.2018 [cit. 2019-03-27]. Dostupné z: <https://medlineplus.gov/ency/patientinstructions/000473.htm>

TOMEŠOVÁ, Jana. *Dříve vyslovené přání-předem vyslovený (ne)souhlas s poskytnutím léčby* [online]. 27.7.2016 [cit. 2019-03-25]. Dostupné z: <https://www.pravniprostor.cz/clanky/obcanske-pravo/drive-vyslovene-prani-predem-vysloveny-ne-souhlas-s-poskytnutim-lecby>

372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách. *Zákony pro lidi - Sbírka zákonů ČR v aktuálním konsolidovaném znění* [online]. Copyright © [cit. 02.05.2019]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

5 PŘÍLOHY

Příloha A

Vážení respondenti, vážené respondentky,

Obracím se na vás s žádostí o vyplnění tohoto dotazníku, který bude sloužit jako podklad pro mou bakalářskou práci na téma „Příkaz DNR a dříve vyslovená přání“.

Chtěl bych Vás požádat o co nejpřesnější a nejpravdivější vyplňování otázek. Účast v průzkumu vyplněním dotazníku je zcela dobrovolná a anonymní.

Otázky jsou psány formou výběru podle písmen abecedy, kde svou odpověď zakroužkujete, dále se vyskytuje otevřená odpověď, zde Vás prosím o stručné vyjádření své odpovědi.

Předem vám děkuji za spolupráci. Štěpán Motyčka, student 3. ročníku Univerzity Pardubice Fakulty zdravotnických studií oboru zdravotnický záchranář.

1. Slyšel/a jste o příkazu DNR (Do Not Resuscitate = neresuscitovat)?

a) ano

b) ne

2. Zabýval/a jste se hlouběji touto problematikou?

c) ano, téma mě zajímá a hledal/a jsem si o něm více informací

d) setkávám se s ním pouze v práci a dále jsem se tématu nevěnoval/a

e) o tomto tématu téměř nic nevím

3. Víte, kdo může příkaz DNR vydat? (pokud ano, napište svou odpověď)

a) ano

b) ne

4. Vidíte nějaký rozdíl mezi eutanázií a příkazem DNR?

a) ano, jedná se o úplně odlišnou problematiku

b) spíše ne, příkaz DNR je hodně podobný eutanázii

c) ne, jedná se o jedno a to samé

5. Setkáváte se s problematikou příkazu DNR na svém pracovišti?

a) ano

b) spíše ano

c) spíše ne

d) ne

6. V jaké podobě je správně příkaz DNR vystaven?

a) musí být po konzultaci lékařů o zdravotním stavu pacienta zapsán v dokumentaci

- b) lékař sám zhodnotí stav pacienta a zapíše rozhodnutí do dokumentace
- c) stačí se verbálně informovat mezi zdravotnickým personálem na oddělení

7. V jaké formě je příkaz DNR na vašem pracovišti vystaven?

- a) vždy je informace zapsána v dokumentaci
- b) někdy se jedná pouze o slovní doporučení lékaře
- c) pravidelně se jedná o ústní sdělení mezi personálem
- d) nesetkal/a jsem se s příkazem DNR na svém pracovišti

8. Jaký je váš postoj k příkazu DNR?

- a) souhlasím s příkazem u pacientů v terminálním stádiu onemocnění a s nevratným poškozením životně důležitých orgánů
- b) nějak se s příkazem vyrovnám, ale není to pro mě jednoduché
- c) nesouhlasím s příkazem, beru to jako zanedbání péče a je to pro mě neetické

9. Je pro Vás akceptovatelné vydání příkazu DNR i u mladých pacientů?

- a) ano
- b) ne

10. Setkal/a jste se někdy se stížnostmi na téma zanedbání péče v souvislosti s příkazem DNR?

- a) ano, vždy se situace rychle vyřešila
- b) ano, situace byla komplikovaná, ale vyřešila se
- c) nesetkal/a jsem se se stížnostmi na toto téma

11. Pokud jste se setkal/a se stížnostmi, jak se k nim stavíte?

- a) nezaobírám se jimi, příkaz byl vydán správně
- b) trápí mě stížnosti na naše oddělení, v souvislosti s touto problematikou je to vždy složité a stížnosti se těžko vyvrací
- c) nesetkal/a jsem se stížnostmi v této souvislosti

12. Pokud je příkaz DNR vydán, dochází dle vašeho názoru k výraznému omezení péče? Pokud ano, napište prosím, v jakém smyslu.

- a) ano
- b) ne

13. Setkal/a jste se s problematikou dříve vyslovených přání?

- a) ano
- b) ne

14. Víte, za jakým účelem se dříve vyslovená přání sepisují?

- a) ano

b) ne

•

15. Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a ano, vyberte odpověď

- a) pacient trpí závažným onemocněním a počítá se se zhoršením stavu a možností, kdy nebude moci vyjádřit svou vůli ohledně postupu léčby
- b) pacient je nespokojený a s personálem dále nechce jednat

16. Sepsání dříve vyslovenému přání může proběhnout za předpokladu:

- a) pacient si našel informace o onemocnění na internetu a nesouhlasí s další léčbou
- b) pacientovi sdělí informace a prognózu lékař včetně rizik z nepodrobení se léčbě
- c) pacientovi sdělí informace a prognózu lékař v písemné podobě včetně rizik z nepodrobení se léčbě

17. Víte, z jakého zákona dříve vyslovená přání vychází

- a) Zákon 374/2011 Sb.
- b) Zákon 372/2011 Sb.
- c) Zákon 373/2011 Sb.

18. Dříve vyslovené přání mohou sepsat

- a) Pouze svéprávní občané
- b) Mohou i nespověprávní občané

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

- c) jednou za čas
- d) pouze výjimečně
- e) neseťkal/a jsem se s dříve vysloveným přáním v praxi
- f) jiné (vypíšte)

20. Jaký je váš postoj k dříve vyslovenému přání?

- a) každý pacient má právo rozhodovat o postupu léčby, i když může být v ohrožení jeho zdraví či život
- b) pokud je dříve vyslovené přání validní, musí se k němu přihlížet a léčba se musí přizpůsobit přání
- c) zdravotnický personál, ví, jak o pacienty pečovat a pacient by měl dbát jejich doporučení a přání by nemělo být vůbec umožněno

21. Pokud pacient sepíše dříve vyslovené přání, jak se postupuje v léčbě na Vašem pracovišti?

- a) plně se respektuje pacientovo přání a léčba je tomu podřízena, postoj personálu k osobě pacienta se nemění

- b) přání se respektuje pouze z části, ohrožení zdraví a života je důležitější, než pacientovo přání
- c) dříve vyslovené přání se v některých případech vůbec nebere v potaz, pokud je ohrožen život pacienta

22. Nastínění situace: Pacient je vážně nemocný, ale je pouze v počáteční fázi onemocnění. Sepíše dříve vyslovené přání, ve kterém nechce, aby mu byla poskytována analgetická léčba, i když neví, jak bude onemocnění probíhat. V pozdějším stádiu leží na oddělení v nemocnici a trpí velkými bolestmi, není schopen přání změnit. Je v tomto případě podle vás na místě porušit přání, i když hrozí právní odpovědnost ze strany zaměstnance?

- a) ano
- b) nevím, jak bych se v takové situaci zachoval/a
- c) ne

23. Je podle vás problematika příkazu DNR a dříve vyslovených přání v ČR dost důkladně propracovaná tak, aby mohla být prakticky používána bez ohrožení právní odpovědnosti personálu a pacient byl spokojený s poskytováním péče?

- a) ano
- b) nevím
- c) ne

Jaké je Vaše pohlaví?

- a) žena
- b) muž

Jaké je Vaše profesní zařazení?

- a) Praktická sestra
- b) Všeobecná sestra
- c) Zdravotnický záchranář
- d) Jiné

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- 1) Střední odborné
- 2) Vyšší odborné
- 3) Vysokoškolské (bakalářské)
- 4) Vysokoškolské (magisterské)

5) Absolvoval/a jste specializační vzdělávání?

Ano (uved'te jaké).....

Jaká je délka Vaší praxe?

- a) 2-5 let
- b) 5-10 let
- c) 10-15 let
- d) 15-20 let
- e) více než 20

V jakém typu zdravotnického zařízení jste zaměstnán/a?

- a) nemocnice krajského typu
- b) ZZS

Na jakém typu oddělení pracujete? Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a ZZS, neodpovídejte na tuto otázku.

- a) standardní oddělení