

UNIVERZITA KARLOVA
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetřovatelství (12-UOS)



Eliška Vokřálová

**Postoje laické veřejnosti k problematice dříve
vyslovených přání**

Attitudes of the public towards advance directives

Bakalářská práce

Praha, květen 2019

Autor práce: Eliška Vokřálová

Studijní program: Ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

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

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetřovatelství 3LF**

Předpokládaný termín obhajoby: červen 2019

Prohlášení

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

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

V Praze dne 19. května 2019

Eliška Vokřálová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala paní Mgr. Janě Heřmanové, Ph.D. za ochotu, metodické vedení a důležité rady při psaní mé bakalářské práce. Další poděkování patří všem respondentům, kteří byli ochotni zúčastnit se výzkumu a popovídat si se mnou o tomto ožehavém tématu. Velké díky patří taktéž mé rodině a přátelům za trpělivost a podporu během celého mého studia.

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá problematikou institutu dříve vysloveného přání a postojů laické veřejnosti k dané problematice. Teoretická část práce se věnuje pojmu dříve vyslovené přání, jeho obsahu, právním normám, historii, etickým aspektům a dosavadním výzkumům.

Praktická část práce se zabývá výzkumem znalosti dříve vyslovených přání mezi laickou veřejností ve věku 20 – 30 let. Nejdříve jsou pomocí grafů zmíněny základní údaje o respondentech, poté přichází rozbor výzkumných otázek a jednotlivých odpovědí respondentů a nakonec diskuze, kde jsou výsledky výzkumu porovnány s výsledky, k nimž dospěla výzkumná agentura STEM/MARK v roce 2015 a také s výsledky bakalářské práce Adély Kadeřávkové z roku 2018.

Klíčová slova: dříve vyslovená přání, paternalismus, Nancy Cruzan, Karen Ann Quinlan, lidská důstojnost, etika, morálka, autonomie

Annotation

Bachelor thesis deals with the topic of advance directive and the public awareness of this subject. The theoretical chapter is dedicated to the concept of advance directive and its content, legal standard, history, ethical aspect and existing research.

The practical part of the thesis focuses on research on knowledge of public at the age of 20 to 30 about the advance directive. At first the basic information about respondents is introduced, subsequently the analysis of research questions is performed and finally there is a discussion about the results of research compared to the results of research carried out by research agency STEM/MARK in 2015 and also with results of research in bachelor thesis by Adéla Kadeřávková in 2018.

Keywords: advance directives, paternalism, Nancy Cruzan, Karen Ann Quinlan, human dignity, ethics, morality, autonomy

1 Obsah

1	OBSAH	7
2	ÚVOD	8
3	POJEM DŘÍVE VYSLOVENÉ PŘÁNÍ	9
3.1	DEFINICE POJMU	9
3.2	OBSAH DŘÍVE VYSLOVENÝCH PŘÁNÍ	10
3.3	HISTORIE DŘÍVE VYSLOVENÝCH PŘÁNÍ.....	11
3.3.1	<i>Paternalismus</i>	12
3.3.2	<i>Nancy Cruzan a Karen Ann Quinlan</i>	13
4	ÚMLUVA O LIDSKÝCH PRÁVECH A BIOMEDICÍNĚ	15
4.1	ZÁKON Č. 372/2011 SB., O ZDRAVOTNÍCH SLUŽBÁCH A PODMÍNKÁCH JEJICH POSKYTOVÁNÍ 18	
4.2	ZÁKON Č. 89/2012 SB., OBČANSKÝ ZÁKONÍK.....	22
5	ETICKÉ ASPEKTY INSTITUTU DŘÍVE VYSLOVENÝCH PŘÁNÍ	25
5.1	ETIKA	25
5.2	MORÁLKA	25
5.2.1	<i>Čtvero základních principů lékařské etiky</i>	26
6	DOSAVADNÍ VÝZKUMY	29
7	EMPIRICKÁ ČÁST	31
7.1	ETICKÝ POHLED NA VLASTNÍ VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ	31
7.2	KRITÉRIA PRO VOLBU RESPONDENTŮ	31
7.3	METODIKA VÝZKUMU.....	31
7.3.1	<i>Polostandardizovaný rozhovor</i>	32
7.4	CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	32
7.4.1	<i>Výzkumná otázka 1</i>	32
7.4.2	<i>Výzkumná otázka 2</i>	32
7.4.3	<i>Výzkumná otázka 3</i>	32
7.4.4	<i>Výzkumná otázka 4</i>	33
7.4.5	<i>Výzkumná otázka 5</i>	33
7.5	PRŮBĚH VÝZKUMU	33
7.6	ZPŮSOB ANALÝZY ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ	34
7.7	ZÁKLADNÍ INFORMACE O RESPONDENTECH – GRAFY	35
7.8	VÝSLEDKY VÝZKUMU.....	38
8	DISKUZE	45
9	ZÁVĚR	50
10	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	51
11	SEZNAM PŘÍLOH	55

2 Úvod

Medicína je dynamicky se rozvíjejícím oborem, který denně přináší nové, dříve nemyslitelné poznatky, ať už se jedná o transplantace orgánů, léčbu rakoviny, nebo dokonce o změnu pohlaví. Ačkoliv mají současní lékaři znalosti na špičkové úrovni, pozadu nezůstávají ani nelékařské zdravotnické profese. Zdravotnictví jde s dobou a je tedy zcela běžné, že sestra zavádí dlouhodobé žilní vstupy a provádí jiné, vysoce odborné úkony, které byly v minulosti výsadou pro lékaře, a tudíž pro sesterní kompetence téměř nemyslitelné. Dokáže se ale zdravotnický personál v této každodenní rutině soustředit i na další stránku věci? Řeč je především o pocitech, emočních stavech a přáních pacientů. To oni jsou ti, kteří o sobě mohou rozhodovat i ve velmi těžké životní situaci. Každý z nich má právo říct, co by se mělo dít s jeho vlastním tělem, což ale právě mnozí nevědí. V bakalářské práci se proto mimo jiné zabýváme tím, jak na institut dříve vyslovených přání nahlíží lidé v mladém dospělém věku, a zda jsou schopni se přes všechn shon současného světa soustředit také na zdraví. Dokážou se lidé vůbec zastavit a přemýšlet nad hodnotou života, a především nad tím, jaké by pro ně bylo, kdyby byli z minuty na minutu odkázáni například na dýchací přístroje?

Teoretická část práce se věnuje rozboru problematiky institutu dříve vyslovených přání, jejich historií, právní úpravě, obsahu dříve vyslovených přání, ale také etickým aspektům. Jejím cílem je seznámit čtenáře s institutem dříve vyslovených přání.

Empirická část práce je pojata jako forma kvalitativního výzkumu polostandardizovaného rozhovoru, jejímž cílem je zjistit povědomí o dříve vyslovených přáních ve skupině laické veřejnosti, a to ve věkové kategorii 20-30 let.

3 Pojem dříve vyslovené přání

„Každá dospělá bytost jasně mysli má právo určit, co se bude dít s jejím vlastním tělem“. Památná věta z roku 1914, jež stojí v základech dříve vyslovených přání, byla pronesena americkým soudcem Benjaminem Cardozou. (Matějek, 2012, s. 14)

3.1 Definice pojmu

Dříve vyslovená přání, (dále jen DVP) „previously expressed wishes“, nebo také „advances directives“, se týkají jak zdravých, tak nemocných lidí. Dle svobodné vůle a vlastního uvážení je možnost předem sdělit své přání ohledně péče a rozsahu medicínských intervencí ve chvíli, kdy již člověk nemusí být ve stavu schopném toto přání verbalizovat. (Matějek, 2012)

Konečná fáze života je důležitý moment, kterého se leckdo obává a právě toto ožehavé téma je mnohdy ve společnosti tabuizováno, leč je nepochybně důležitou součástí života.

Občané ČR mají od roku 2012 možnost vyjádřit svá přání a své pocity a říci, resp. sepsat preference ohledně zdravotní péče, která jim bude poskytnuta ve chvíli konečné fáze života, a také například to, zda si přejí být udržováni při životě i za nepříznivých okolností, či nikoliv. Pacient tímto dává najevo svůj souhlas, nebo spíše nesouhlas s poskytnutím nezbytné zdravotní péče, která je pro danou situaci klíčem k prodloužení života, ať už se jedná o aplikaci umělé výživy, použití respirátoru, nebo např. samotné resuscitace. (Haškovcová, 2015)

DVP musí být zrealizováno na základě písemného a ústního poučení pacienta se všemi možnými důsledky, a to ze strany lékaře. Pacient má také možnost určit svého opatrovníka.¹ (Ptáček, Bartůněk, et. al., 2014)

¹ Tato možnost je dána až novým občanským zákoníkem, platným od 1. ledna 2014.

Dle Povolné (2017, s. 108) můžeme říci, že: „*V průběhu svého života se pacient může ocitnout v méně či více předvídatelných situacích, v jejichž důsledku nebude s ohledem na svůj zdravotní stav schopen vyjádřit souhlas či nesouhlas s poskytnutím konkrétních zdravotních služeb.*“ Pokud by se tak stalo a pacient by měl sepsané dříve vyslovené přání, lze tuto situaci řešit dle priorit, přání a požadavků pacienta samotného, které jsou v tomto dokumentu uvedeny.

3.2 Obsah dříve vyslovených přání

Nejdůležitějším účastníkem v rozhodování o poskytnutí zdravotní péče je právě sám pacient, který bude verbalizovat svá přání ohledně léčebných postupů a péče věnované jeho tělu a duchu. Sepsání DVP může zásadně ovlivnit budoucí léčebný postup s ohledem na zdravotní péči a celkové zdraví pacienta.

Nejčastějšími pokyny v rozhodnutí pacienta lze dle Vizinger (2007, s. 5) uvést následující:

- *Withholding* - Nezahájení další léčby s ponecháním přirozeného průběhu nemoci.
- *Withdrawing* - Nepokračování v léčbě, která se jeví bezvysledně. Zastavení, či upuštění od všech kroků, které mají za cíl udržení pacienta při životě pomocí umělé výživy a jiných moderních technologií, avšak bez naděje na zlepšení stavu.
- *příkazy neresuscitovat (NR)* - Do not resuscitate (DNR), nebo Not for resuscitation (NFR) jsou pokyny pacienta, který si nepřeje provedení kardiopulmonální resuscitace (metoda nepřímé srdeční masáže) v případě, že by se jeho srdce zastavilo. Stejně tak odmítá veškerá radikální opatření ve snaze udržet jej při životě.

- *Útěšná péče* – Jedná se o praktické využití principů paliativní péče, které se mj. týká i účinné a cílené tlumení bolesti, a to možností neustálého navyšování léků na bolest.
- *Zástupce* (jmenování důvěrníka) - Ten je buď v roli prostředníka k vykonání poslední vůle, nebo má právo zastupovat jedince v rozhodování o následující péči. Při rozhodování je třeba řídit se explicitním přáním pacienta, nikoli osobními úsudky. Cílem jsou hypotetická přání pacienta. Těch je možné docílit prostřednictvím důvěrných znalostí, zájmů a hodnot jedince.

3.3 Historie dříve vyslovených přání

Počátky DVP lze nalézt ve Spojených státech amerických. Luis Kutner, americký právník, roku 1969 jako první užil pojem „*living will*“. Byl to právě Kutner, kdo svým dokumentem navrhoval možnosti zastavení léčby v základu sepsané „*living wills*“ vyjadřující vůli pacienta, pokud jeho fyzický stav zůstane plně vegetativní a je toliko jisté, že již nedojde k obnovení duševních a fyzických funkcí. (Matějka, 2012)

Dle Heřmanové a Šimka (2009, st. 552) v základech „*advance directives*“ v USA nalezneme dva důležité dokumenty, a to „*living wills*“, vyjadřující přání pacienta o způsobu a rozsahu léčby, kterou si pacient v určité situaci bude přát, a „*durable power of attorney*“, v němž pacient jmenuje zástupnou osobu, která bude uvažovat v nejlepším zájmu pacienta a odpoví na otázky, které budou v souvislosti s péčí a léčbou ve chvíli, kdy sám pacient nebude schopen rozhodnutí a verbalizace svých přání.

V historii lze jako významný moment pro vznik institutu dříve vyslovených přání považovat dva faktory. Za první je to dynamický rozvoj medicíny v 2. pol. 20. století, a za druhé změna společenského a sociálního klima, přesněji tedy postoje lékařů k pacientům. Bartůněk, Ptáček a Mach (2017, s. 150) sdělují ve své knize,

že: „Vztah mezi pacientem a lékařem byl po staletí chápán jako paternalistický, tj. otcovský. Zatímco pacienta zbavoval tento přístup autonomie v komunikaci s tím, kdo jej léčí, pro lékaře představoval prostor, v němž byl nezpochybnitelnou autoritou a jehož postoje byly přijímány samozřejmě a bez výhrad. Přicházel-li tedy pacient se žádostí o léčbu, předpokládalo se, že bude s lékařovým pohledem na případnou léčbu srozuměn.“

3.3.1 Paternalismus

Nyní lze říci, že nastala velká změna z původního paternalistického, tj. otcovského přístupu lékařů k pacientům na úroveň profesionálního partnerství. Jinými slovy se pacient stává aktivním účastníkem na léčbě, a podílí se tak na rozhodování o zdravotní péči, která mu bude věnována. Pacient tak přijímá částečnou odpovědnost, týkající se poskytnuté terapie a díky uplatňování principu autonomie lze v rozhodování shledat pacientovo právo na svobodnou volbu. Dříve nevykazoval tento vztah téměř žádné prvky otevřené komunikace. Pacient hrál roli pasivního příjemce zdravotní péče a lékař byl ten, kdo rozhodl, co bude pro pacienta nejlepší. (Ptáček, Bartůněk, Mach, et al. 2017)

Vácha, Königová, Mauer (2012, s. 57) uvádí v paternalistickém i partnerském přístupu nejen výhody, ale také určité nevýhody, dokonce i rizika. Ne vždy ví lékař, co je pro pacienta dobré, a co nikoli. V paternalistickém přístupu, který se odmítá alespoň částečně podřídít přáním, nebo požadavkům pacienta, je možné ocitnout se v rozporu s vlastním dobrem. Naopak lze také mluvit o určitém riziku právě v nerespektování pacientových přání obecně. Potřeby pacienta vnímané lékařem nemohou převážit pacientova práva.

Partnerský přístup oproti tomu respektuje volbu a preference pacienta, leč je v mnohých případech možné vidět, že v úporných bolestech by pacient leckdy upřednostnil rychlý, avšak chápavý a citlivý zásah ze strany lékaře, než otevřenou diskuzi o tom, co by se nemělo, nebo mělo dělat. Lékař působí na spoustu občanů

jako autorita už sám o sobě, a proto mu v mnoha případech pacient rád a s vděčností ponechá určitá i závažná rozhodnutí. (Vácha, Königová, Mauer, 2012)

Změny v autonomii se objevily nejen mezi lékaři a pacienty, ale také v souvislosti s ošetrovatelským personálem a ošetrovatelstvím jako samostatným vědeckým oborem. Struktura péče, kterou poskytuje nelékařský zdravotnický personál, a s ní spjaté rozšířené vzdělávání všeobecných sester, které je kromě anatomie, fyziologie, atp. obohaceno o další důležité prvky, a to komunikaci, individualizované pojetí pacienta a holistické chápání člověka, neboli pochopení bytosti jako celku, přispělo k lepší míře rovnocenné komunikace mezi poskytovatelem péče a přijímajícím. Nyní je to právě pacient, kdo se může aktivně podílet na rozhodování o zdravotní péči jemu věnované. Diskuze, dotazy a především kvalitní komunikace, jsou důležitými aspekty pro spokojenost a porozumění, jak ze strany pacienta, tak ze strany personálu. (Bartůněk, Ptáček, Mach, 2017)

3.3.2 Nancy Cruzan a Karen Ann Quinlan

Společně s pohledem do minulosti je vhodné zmínit světově známý případ pětadvacetileté Nancy Cruzan, ženy, která po vážné autonehodě upadla do perzistentního vegetativního stavu². Poškození mozku bylo nevratné a udržení při životě bylo umožněno jen díky lékařské péči, zavodňování a umělé výživě. Rodina požadovala odpojení od přístrojů a zajištění klidného odchodu Nancy z tohoto světa. Argumentovala tím, že ona sama by si nikdy nepřála být udržována při životě jen díky přístrojům, pokud by věděla, že její stav je nevratný. Nemocnice v Missouri, kde byla Nancy hospitalizována, vyžadovala pro tento úkon soudní rozhodnutí. Situaci řešil U. S. Supreme Court (Nejvyšší soud ve

² Dle Doležela je Perzistentní vegetativní stav (PVS) stav, který je způsoben traumatickým, nebo atraumatickým poškozením mozku. V tomto stavu pacient přetrvává déle než 1 měsíc a lze jej diagnostikovat na základě určitých kritérií. Pacient v tomto stavu například nevykazuje žádné známky vědomí, objevuje se nepřítomnost jakýchkoli reakcí na taktilní, nebo např. bolestivé podněty, neshledáme u něj slovní odpověď, ani porozumění položených otázek, objevuje se intermitentní bdělost a trvalá inkontinence; dle <https://www.solen.cz/pdfs/neu/2010/01/07.pdf>

Spojených státech amerických). Návrh byl zamítnut pro nedostatek důkazů přednesených zástupci rodiny. Její nepříznivá situace přiměla rodinu požádat o obnovení procesu. Na základě svědectví dalších osob z Nancyina okolí, svědčících u soudu o tom, že by si pacientka toto nepřála, byl návrh schválen. Nancy byla odpojena od výživy a po 11 dnech zemřela. (Císařová, 2010)

Tato kauza rozbouřila pomyslné řeky. Institut dříve vyslovených přání byl podpořen soudem U. S. Supreme Court. Možnost sepsání „*advance directives*“ byla zvolena jako nejlepší způsob vyjádření vůle pacienta ohledně léčebných postupů na konci života a vyústilo tak v přijetí tzv. „*Patient self-determination act*“, federálního zákona, stanovujícího poskytovatelům zdravotní péče povinnost informovat pacienty o možnosti sepsání „*advance directives*“. (Heřmanová, Šimek, 2009)

Dalším známým případem je dívka Karen Ann Quinlan, která, stejně jako Nancy, upadla do perzistentního vegetativního stavu. Důvodem bylo nešťastné zkombinování alkoholu a drog během studentské párty. Udržení při životě bylo možné jen díky péči personálu a přístrojové technice. Rodiče byli hluboce věřícími katolíky, avšak i přes své náboženské přesvědčení se dožadovali odpojení Karen od respirátoru. Tvrdili, že ona sama by si nepřála být takto udržována při životě a jednali tak v nejlepším zájmu Karen samotné. Pochopení hledali u nejvyššího soudu v New Jersey roku 1976, který uznal za vhodné odpojení dívky od respirátoru a kladl důraz na to, že kdyby se Karen mohla zázračně na malou chvíli probrat ze svého stavu a verbalizovat svá přání, rozhodla by se stejně tak, jak říkají její rodiče. U tohoto případu je důrazně poukázáno na jednání rodiny v nejlepším zájmu jejich dcery, a tak následného soudního rozhodnutí o odpojení z přístrojové techniky. Přestože byla dívka odstavena od respirátoru, tak za spontánního dýchání zůstala po dobu dalších 10 let naživu. V červnu roku 1985 zemřela na zápal plic, antibiotika nebyla podána. (Devetter R. J., 2016)

4 Úmluva o lidských právech a biomedicíně

Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny (dále jen „Úmluva o lidských právech a biomedicíně“ či „Úmluva“) z roku 1997 v čl. 1 jasně stanoví následující: *„Smluvní strany budou chránit důstojnost a svébytnost všech lidských bytostí a každému bez diskriminace zaručí úctu k integritě jeho bytosti a ostatní práva a základní svobody při aplikaci biologie a medicíny.“* (Úmluva o lidských právech a biomedicíně)

Článek značí potřebu ochrany každé lidské bytosti při poskytování zdravotní péče, ať už je člověkem dospělým, dítětem, nebo ještě nenarozeným. Ochrana by neměla být omezována finančními prostředky, státním občanstvím, nebo trvalým pobytem jedince. Ve znění Úmluvy jsou jisté rozpaky, a to např. v definici pojmu lidská důstojnost, zejména však v oprávněném, či neoprávněném zásahu do důstojnosti ať už v běžném životě, či při poskytování zdravotní péče. (Vondráček, 2005)

Lidskou důstojnost nelze přesně definovat, avšak v literatuře je psáno, že je to jakási univerzální lidská záležitost, která přísluší každému člověku. (Heřmanová et al., 2012)

Lidská důstojnost je nepochybně důležitou součástí každodenního běžného života, a to nejen ve zdravotnictví. Zdravotnický pracovník se s ní setkává prakticky každý den a každým dnem se učí nové poznatky nejen o jedné z těchto lidských záležitostí. Během své praxe získávají zdravotničtí pracovníci nové poznatky o člověku a rovněž se učí, jak s pacientem pracovat a zacházet s pokorou, empatií a důstojností.

Členské státy Rady Evropy přijaly Úmluvu o lidských právech a biomedicíně roku 1997. Čtyři roky poté, tedy v roce 2001, byla Úmluva Českou republikou ratifikována. Avšak jak hovoří o institutu zakotveném v Úmluvě Povolná (2017, s. 108): „...vzhledem k jejímu poměrně vágnímu znění a absenci jakýchkoliv prováděcích předpisů se v praxi začal reálně využívat až od roku 2012, kdy v účinnost vstoupil zákon o zdravotních službách a vyhláška o zdravotnické dokumentaci, jež pro jeho uplatnění stanovily bližší podmínky.“

V souvislosti s nízkou znalostí institutu mezi občany uvádí odborníci další problém s DVP, a tím je jeho uložení, jelikož ne vždy je možné dokument dohledat, a tak se objevuje problém s následnou možností, nebo spíše nemožností jeho uplatnění v praxi. Haškovcová (2015, s. 190) se taktéž přiklání k názoru, že: „Řada nejasností (například dohledatelnost takového písemného dokladu) je ale důvodem, proč se dříve vyslovené přání zatím prakticky neuplatňuje.“

Klíčovou součástí Úmluvy je nepochybně čl. 9, který i kolektiv autorů, expertů na medicínské právo, považují za relevantní a citují celé jeho znění ve své publikaci. Těšínová, Žďárek, Polícar (2011)

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

Dle Povolné (2017), autorky knihy Právní rádce pro pracovníky ve zdravotnictví a klienty zdravotních pojišťoven, je dříve vyslovené přání jedním ze způsobů, jak lze promítnout práva pacienta a zásady svobodného rozhodování v péči o vlastní zdraví, a tak nedotknutelnosti jeho osoby.

Na principu svobody a svobodného rozhodování člověka ulpívá podstata autonomie, o které se zmiňují Ptáček, Bartůněk a kol. (2014, s. 374) a to tak, že: „Autonomie pacienta je v současném právním systému a tím i medicíně nadřazena

všemu ostatnímu a pacient má definitivní nezpochybnitelné právo o své léčbě rozhodovat nebo jakoukoliv léčbu zcela odmítnout.“

V podstatě DVP a autonomií s institutem nepochybně spjatou se tak promítá svobodná vůle a respekt k požadavkům pacienta ze stran lékařského a nelékařského zdravotnického personálu.

Je nutné mít na paměti fakt, že DVP neznamena právo pacienta na jím požadovanou léčbu či lékařský zákrok. Úmluva o lidských právech a biomedicině, coby základní předpis českého zdravotnického práva, v článku 4 stanoví: *„Jakýkoliv zákrok v oblasti péče o zdraví, včetně vědeckého výzkumu, je nutno provádět v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy.*“ (Úmluva o lidských právech a biomedicině)

Tato část úmluvy značí, že lékař může pacientovi navrhnout a posléze provést jen takový zákrok, jenž je účelný a vhodný z odborného hlediska. Pokud by lékař navrhnul jedinci neadekvátní zákrok, tak by ani pacientův případný souhlas nezbavil jednání lékaře protiprávnosti. (Dostál, 2005)

Jak již bylo uvedeno, v souvislosti s tématem dříve vysloveného přání se můžeme setkat s anglickým pojmem *living will*. Haškovcová (2007, s. 141) jej definuje: *„Jedná se o písemné prospektivní vyjádření vůle nemocného, tedy pro případ, kdy pacient nebude už pro závažnost stavu schopen ani posoudit svou situaci, ani verbalizovat své přání“*. V minulosti byla užívána řada českých ekvivalentů pojmu, od vzdálenějších jako „testament“ či „závěť“, až po „předstižné pokyny“ (Vizinger, 2007), kdy následným vývojem a přijetím zákona č. 372/2011, o zdravotních službách, byl v právním řádu České republiky zakotven pojem „dříve vyslovená přání.“

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

Dne 1. 4. 2012 v České republice nabyl účinnosti zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Zákon v §34 upravuje náležitosti poskytování zdravotních služeb se souhlasem, a také je zde §36, ve kterém jsou zakotvena dříve vyslovená přání.

V §34 nalezneme v odst. 1 – 7 náležitosti potřebné ohledně poskytování zdravotních služeb se souhlasem. Níže zmínění autoři se ve svých názorech shodují v důrazech, které kladou na všechny spojitosti s poskytováním informovaného souhlasu.

Haškovcová, profesorka lékařské etiky, (2015, s. 81) o informovaném souhlasu říká, že jeho nejčastější chybou je informování pacienta pouze formou písemného informovaného souhlasu a vkládá tak důraz na rozhovor lékaře s nemocným. „*Ten musí vždy předcházet podpisu informovaného souhlasu prostě proto, že pacient má právo klást zpřesňující otázky.*“ O informovaném souhlasu hovoří ve své stejnojmenné knize Ptáček, Bartůněk, Mach et al. (2017). Skupina autorů taktéž uvádí jako hlavní myšlenku smysluplného informovaného souhlasu otevřenou a funkční komunikaci mezi lékaři a pacienty. Uvádí i jeho negativa, přičemž také zmiňují absenci ústního poučení, jakožto chybu nejzávažnější, kdy správně vypracovaný písemný informovaný souhlas bude pacientem podepsán, avšak bez předcházejícího poučení. Samotný Mach (2015, s. 21) sděluje: „*Vysvětlení je řádně podáno, lze-li rozumně předpokládat, že druhá strana pochopila způsob a účel zákroku, včetně očekávaných následků i možných nebezpečí pro své zdraví, jakož i to, zda přichází v úvahu případně i jiný postup.*“

Pacient by měl být před podepsáním informovaného souhlasu důkladně poučen i ústní formou, a to otevřeným rozhovorem s lékařem, který mu tak dává možnost klást otázky k případným nesrovnalostem.

Dříve vyslovená přání upravuje §36 následovně:

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

(2) *Poskytovatel bude brát zřetel na dříve vyslovené přání pacienta, má-li ho k dispozici, a to za podmínky, že v době poskytování zdravotních služeb nastala předvídatelná situace, k níž se dříve vyslovené přání vztahuje, a pacient je v takovém zdravotním stavu, kdy není schopen vyslovit nový souhlas nebo nesouhlas. Bude respektováno jen takové dříve vyslovené přání, které bylo učiněno na základě písemného poučení pacienta o důsledcích jeho rozhodnutí, a to lékařem v oboru všeobecné praktické lékařství, u něhož je pacient registrován, nebo jiným ošetřujícím lékařem v oboru zdravotní péče, s níž dříve vyslovené přání souvisí. (Zákon 372/2011, Sb.)*

K odst. 2 se vyjadřuje Krejčíková (2014). Ta považuje za velice důležité poučení o DVP ze strany lékaře, neboť je možné, že právě toto poučení poskytuje záruku v poskytnutí relevantních informací, a tak skutečně svobodného rozhodnutí pacienta. O nesporných výhodách přítomnosti lékaře se zmiňuje také v souvislosti se srozuměním pacienta s obsahem informovaného souhlasu, a to za účelem zodpovězení doplňujících otázek a vysvětlením všech náležitostí, které jsou s informovaným souhlasem spjaty.

Pacient má možnost učinit prohlášení, a to zpravidla písemnou formou v době, kdy je schopen sdělit svůj souhlas, nebo spíše nesouhlas se zdravotní péčí, která mu může být v určité životní situaci poskytnuta. V ust. §36 odst. 3 je řečeno, že: *Dříve vyslovené přání musí mít písemnou formu a musí být opatřeno úředně ověřeným podpisem pacienta. Součástí dříve vysloveného přání je písemné poučení podle odstavce 2. (Zákon 372/2011 Sb.)*

Součástí §36 v bodě 3 bylo v původním znění zákona uvedeno, že doba platnosti dříve vysloveného přání je omezena na 5 let. Přezkumem Ústavního soudu však byl shledán rozpor s čl. 9 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně a k 20. 11. 2012 byla příslušná část z §36 odstraněna. (Povolná, 2017)

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

Aby se poskytovatel dříve vysloveným přáním mohl řídit, musí být splněny tři kritéria. Poskytovatel musí mít dříve vyslovené přání k dispozici, pacient musí být v době poskytování služeb v tak nezpůsobilém stavu, kdy nebude schopen rozhodnout o poskytnutí zdravotních služeb, a musí nastat předpokládaná situace, ke které se DVP vztahuje. Stejně tak nemusí být splněno za všech okolností. Právě zákon o zdravotních službách v §36 poukazuje na několik výjimek, kdy není třeba respektovat, nebo dokonce nesmí být DVP splněno (Povolná, 2017).

Na tomto místě lze zmínit tři příklady, kdy není třeba, nebo nelze respektovat dříve vyslovené přání dle §36:

(5) Dříve vyslovená přání

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

Povolná (2017) se dále vyjadřuje k odst. 5 písmene a). Říká, že dříve nedostupná léčba se nyní mohla stát léčbou existující a pro pacienta dostupnou. Je vhodné uvážit, že by se jedinec aktuálně vzhledem k okolnostem mohl chtít rozhodnout jinak. Je proto zapotřebí apelovat na aktuálnost a obezřetnost v sepsaném DVP a případně provést úpravu dokumentu, vzhledem k okolnostem a léčbě, která je nyní nabízena.

Oproti tomu Mach (2015) uvádí, že takové případy, kdy by přání bylo sepsáno v dávné minulosti a za dobu jeho platnosti došlo k určitým změnám, budou spíše výjimečné.

I tak je vhodné se vždy zamyslet nad tím, zda by pacient i aktuálně uvažoval stejně tak, jak je sepsáno v jeho dříve vysloveném přání.

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

Za aktivní způsobení smrti není považováno jen podání takové dávky léku, která bude smrtelná, ale také např. odpojení od život udržující přístrojové léčby. (Mach, 2015)

Krejčíková (2014) bere otázku odpovědnosti lékaře za smrt pacienta jako tu nejpodstatnější.

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

d) nelze respektovat, pokud byly v době, kdy poskytovatel neměl k dispozici dříve vyslovené přání, započaty takové zdravotní výkony, jejichž přerušení by vedlo k aktivnímu způsobení smrti. (Zákon 372/2011 Sb.)

Jako příklad je možné uvést případ, kdy po úspěšné kardiopulmonální resuscitaci a následném napojení pacienta na přístroj bude v kapse pacienta nalezeno dříve

vyslovené přání, které obsahuje například samotné nezahájení kardiopulmonální resuscitace, nebo napojení pacienta na přístrojovou léčbu. V tomto případě by se při odpojení pacienta jednalo o aktivní způsobení smrti (Povolná, 2017).

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

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

Pacient má vedle možnosti sepsání dříve vysloveného přání, také možnost určit svého zástupce pro zástupný souhlas. Vztah zástupného souhlasu a institutu dříve vyslovených přání však v minulosti nebyl právně upraven. Pokud by tak byly v rozporu, nastala by bezvýchodná situace. Kolizní norma je obsažena až v novém občanském zákoníku z r. 2012, kde v dílu 2 oddílu 2 nalezneme institut předběžného prohlášení. Ten je upraven mj. §38 a §39:

§38

„V očekávání vlastní nezpůsobilosti právně jednat může člověk projevit vůli, aby byly jeho záležitosti spravovány určitým způsobem, nebo aby je spravovala určitá osoba, nebo aby se určitá osoba stala jeho opatrovníkem.“ (Zákon č. 89/2012 Sb.)

Tomešová (2016) uvádí jako vhodnou metodu pro spolehlivější realizaci DVP spojení dříve vysloveného přání a předběžných prohlášení, které však musí mít formu veřejné listiny, nebo musí být podepsáno dvěma svědky. Pacient musí vymezit osobu, která ho bude zastupovat, nebo se stane jeho opatrovníkem. Tomešová (2016) považuje za vhodné, aby tato osoba byla pověřena výkonem v oprávnění, (dle §33 odst. 1 ZZS), které umožňuje nahlížení do zdravotnické dokumentace, informace o zdravotním stavu pacienta a zejména možnost vyslovení souhlasu, nebo nesouhlasu (dle §34, odst. 7 ZZS) s poskytnutím zdravotních služeb. Takto určená a informovaná osoba poté může od

poskytovatele žádat respektování dříve vysloveného přání pacienta. (Tomešová, 2016)

Haškovcová (2015) apeluje na důkladné promyšlení v užití zástupného souhlasu a současně klade důraz na důležitost a podrobné poučení pacienta pomocí informovaného souhlasu, které by právě díky zástupnému souhlasu mohlo být zastíněno.

§39

(1) *„Nemá-li prohlášení formu veřejné listiny, musí být učiněno soukromou listinou opatřenou datem a potvrzenou dvěma svědky; svědek o sobě uvede v potvrzení údaje, podle nichž ho lze zjistit.*

(2) *Svědky mohou být jen osoby, které na prohlášení a jeho obsahu nemají zájem a nejsou nevidomé, neslyšící, němé nebo neznalé jazyka, v němž je prohlášení učiněno. Svědci musí prohlášení podepsat a být schopni potvrdit schopnost prohlašujícího jednat a obsah jeho prohlášení.*

(3) *Je-li obsahem prohlášení pořízeného veřejnou listinou určení, kdo se má stát opatrovníkem, ten, kdo veřejnou listinu sepsal, zapíše údaje o tom, kdo prohlášení pořídil, kdo je povolán za opatrovníka a kdo veřejnou listinu sepsal, do neveřejného seznamu vedeného podle jiného zákona.*

(Zákon 89/2012 Sb.)

Možnost soudního přezkumu ve věci je pak stanovena §43 téhož zákona:

§43

„Změní-li se okolnosti zjevně tak podstatným způsobem, že člověk, který prohlášení učinil, by je za takových okolností neučinil nebo by je učinil s jiným obsahem, soud prohlášení změni nebo zruší, pokud by jinak člověku, který prohlášení učinil, hrozila závažná újma. Před vydáním rozhodnutí soud vyvine potřebné úsilí, aby zjistil názor člověka, o jehož prohlášení rozhoduje, a to i za použití takového způsobu dorozumívání, který si člověk zvolí. (Zákon 89/2012 Sb.)

Institut DVP je v občanském zákoníku zmíněn dále v §98:

§ 98

(1) Nemůže-li člověk udělit souhlas pro neschopnost projevit vůli, byť jen přechodnou, a nemá-li zákonného zástupce, vyžaduje se souhlas přítomného manžela, rodiče, nebo jiné osoby blízké. Není-li přítomna žádná z těchto osob, vyžaduje se souhlas manžela, a není-li, souhlas rodiče, popřípadě jiné osoby blízké, pokud je lze bez obtíží zjistit a zastihnout a pokud je zřejmé, že nehrozí nebezpečí z prodlení. Není-li možné získat souhlas žádným z výše uvedených způsobů, může souhlas udělit jiná přítomná osoba, která o dotčenou osobu osvědčí mimořádný zájem. (Zákon č. 98/2012 Sb.)

Výše uvedený odstavec uvádí posloupnost osob v udělení souhlasu, pokud bude pacient ve stavu neschopném pro projevení své vůle, byť bude v tomto stavu jen přechodnou dobu.

(2) Při zákroku i při udělení souhlasu se vezme zřetel na dříve vyslovená známá přání člověka, do jehož integrity má být zasazeno. (Zákon č. 98/2012 Sb.)

Osoba, která bude stanovena do pozice zástupného souhlasu, bude vázána na dříve vyslovená přání pacienta. (Koubová, 2015)

5 Etické aspekty institutu dříve vyslovených přání

„Etika je jedna ze základních filozofických disciplín. Je to nauka o podstatě a původu mravního vědomí, která teoreticky a normativně stanovuje, co je mravné a co nikoliv“ (Kutnohorská, Cichá, Goldmann, 2012, s. 23).

5.1 Etika

Původ slova etika pochází z řeckého „*ethos*“, což je do češtiny přeloženo jako „*mrav, zvyk, obyčej*“. Jedná se o nauku, která se zabývá správným jednáním člověka v lidské společnosti. Vývoj filozofie byl totožný s vývojem etiky. Počátky lze nalézt v období mytickém, a to vazbou na náboženské spisy a staré hrdinské eposy, které vedly až k racionálnímu východisku z promyšleného zpracování problému, které lze nalézt u starých Řeků. Z historického hlediska se na vytvoření etiky, jakožto vědní disciplíny zabývající se lidskou společností, podílel zejména Aristoteles, a to v díle nesoucím jméno jeho syna - Etika Nikomachova. (Jankovský, 2018)

5.2 Morálka

Výraz morálka, která je předmětem etiky, lze etymologicky odvodit z latinského „*mos*“, v množném čísle „*mores*“ v češtině přeloženo jako „*mrav, zvyk, obyčej*“. Morálka hodnotí lidské jednání, a to ze stran zla a dobra porovnáváním se svědomím člověka. Ve vztahu člověka k morálce se vytváří jeho sociální identita vůči společnosti, ve které on sám žije. Morálka plní určité funkce, a to funkci regulativní, která zahrnuje chování člověka, dále funkci poznávací, do níž lze zahrnout interpersonální vztahy a v neposlední řadě funkci humanizační neboli zušlechťování člověka. (Jankovský, 2018)

S lékařskou etikou a zároveň dříve vysloveným přáním jsou úzce spjaty pojmy autonomie, nonmaleficence, beneficence a spravedlnosti. Lékař je mnohdy v nelehké roli, kdy je zapotřebí učinit rozhodnutí, které si žádá jak pohled lékaře, coby odborníka, tak prostého člověka s lidským pohledem na pacienta, jakožto holistickou bytost. Individualizovaný přístup k pacientům je základem moderního ošetrovatelství a lékařské péče, a tak nepochybnou potřebou pacienty respektovat.

O holistickém pojetí člověka se zmiňuje Jankovský (2018, s. 19), ve své knize *Etika pro pomáhající profesie, ve které vnímá člověka „...nejen jako bytost bio-psycho-sociální, ale také (anebo spíše především) jako bytost spirituální (duchovní),“*

5.2.1 Čtvero základních principů lékařské etiky

V souvislosti s lékařskou etikou je možné zmínit čtvero základních principů, které jsou nepochybně aspekty, kterými je důležité se řídit mj. i v souvislosti s dříve vysloveným přáním:

- *Respekt k autonomii* – (z řec. *auto sám* a *nomos pravidlo*) lze chápat jako spolurozhodování a vyjádření svobodné vůle pacienta, a to i ve stavu nemoci, ať už se jedná o diagnostické a posléze léčebné metody, nebo například samotnou prevenci. Lékař pacienta musí poučit a seznámit se všemi okolnostmi, nicméně je to právě pacient, kdo se rozhodne dle svého uvážení, svých zkušeností a svých priorit, kterou možnost bude preferovat (Šimek, 2015).

Heřmanová et al. (2012, s. 35) říká: „*Jsem sám sobě zákonodárcem*“. O autonomii ve své publikaci píše i skupina autorů, kteří pojem přibližují následující: „*Jedná se tedy spíše o pocit autonomie, který je pro každého z nás klíčovým prvkem naší duševní stability a rozhodujícím faktorem naší životní spokojenosti*“. (Ptáček, Bartůněk, Mach, et al. 2017, s. 62)

Z toho lze odvodit, že každý vnímá své tělo i ducha jiným způsobem a je nutné to plně respektovat a svědomitě k tomu přistupovat.

- *Princip nonmaleficence* – (z lat. male špatně a facere dělat, činit) znamená neškodit druhému. Tento princip obsahuje mnohá morální pravidla, jako například:

- Nezabíjej
- Nepůsob bolest, nebo utrpení
- Nezbavuj práv
- Neurážej
- Nezbavuj ostatní životních radostí (Beauchamp, Childress, 2001)

- *Princip beneficence* – (z lat. bene dobře a facere dělat, činit) tento model je nejstarším ze čtyř základních principů lékařské etiky a je založen na prospěšnosti pacientovi. Základem tohoto modelu jsou dobrá komunikace a subjektivní preference pacienta. Jde především o pomoc pacientovi a o snahu mu neškodit. (Ptáček, Bartůněk, Mach et al., 2017)

- *Spravedlnost* – základní myšlenkou tohoto principu je nárok na zdravotní péči a dostupnost zdravotních služeb stejnou mírou všem. „...tedy všem nemocným ve stejné míře naplňovat jejich zdravotní potřeby, bez rozdílu pohlaví, majetku a etnické příslušnosti“. (Šimek, 2015, s. 120-121)

Odborníci na lékařskou etiku se shodují, že je vždy v souvislosti s výzkumem i klinickou praxí třeba jednat dle pravidel tzv. bioetiky, do které patří mj. i výše zmíněná pravidla. Principu *beneficence* lze rozumět tak, že všechny navrhované a posléze realizované léčebné a diagnostické postupy budou prováděny pro dobro pacienta a v jeho vlastním zájmu. Haškovcová (2015)

Princip *nonmaleficence* je vyvarování se úmyslnému, nebo i neúmyslnému poškození pacienta. *Spravedlnost* je založena na poskytování péče bez diskriminace ať už pohlaví, rasy, nebo třeba věku, či národnosti. O *autonomii* říká kolektiv autorů, že značí respekt k pacientovi a umožňuje mu podílet se na záležitostech ohledně rozhodování, kdy má být zasaženo do jeho tělesné integrity. (Ptáček, Bartůněk a kol. 2014)

Pro potřebu konkretizace a rozšíření čtyř základních pravidel vznikla Evropská charta lékařské etiky, ve které je obsaženo 15 principů etiky. Roku 2011 byla tato charta na zasedání reprezentantů lékařských komor schválena. Haškovcová (2015)

„Jedná se o nejnovější etický kodex, kterým se mají řídit všichni lékaři při výkonu svého povolání. Jednotlivé principy jsou stručné a kromě tradičních principů reflektují i problémy současné medicíny i celé společnosti.“ Ptáček, Bartůněk, Mach et al. (2017, s. 221)

6 Dosavadní výzkumy

V roce 2015 se již po třetí uskutečnil výzkum veřejného mínění na téma Umírání a péče o nevyлéčitelně nemocné, ve kterém byla zahrnuta i znalost DVP. Zúčastnili se jak laici starší 15 let v počtu 1088, tak odborná veřejnost v počtu 418.

Výzkum popisuje vzorce chování a myšlení české veřejnosti, v přístupu k ožehavému tématu umírání a smrti. Zadavatelem byla nezisková organizace Cesta domů, která poskytuje registrované sociální a zdravotní služby, realizátorem výzkumná agentura STEM/MARK a odborným konzultantem Centrum paliativní péče.

Výzkumy byly realizovány v letech 2011, 2013 a 2015 na dvou odlišných cílových skupinách, a to jak již bylo řečeno z řad laiků starších 15 let a zdravotníků/lékařů. Ve skupině laiků probíhal sběr dat online metodou dotazování prostřednictvím internetového panelu respondentů ČR metodikou CAWI (Computer Assisted Web Interviewing). U starší generace respondentů probíhalo dotazování z očí do očí formou osobního setkání a dotazování tazatelem metodikou CAPI (Computer Assisted Personnel Interviewing), v rámci multitématického šetření Omnibus. V případě lékařů byla v rámci internetového panelu zdravotníků společnosti STEM/MARK použita metodika CAWI (Computer Assisted Web Interviewing), dále telefonická konzultace s lékaři a hloubkové rozhovory mezi lékaři praktickými.

Z výzkumného šetření se ukázalo, že jen 25 % populace má povědomí o DVP. Z nich pouze 3 % ví přesně, o co se jedná, 10 % má jen obecnou představu a 12 % o něm slyšelo, ale nemá představu, o co se jedná. Zbýlých 75 % o DVP nikdy neslyšelo.

V roce 2018 prováděla v rámci své bakalářské práce šetření informovanosti laické veřejnosti o DVP Bc. Adéla Kadeřávková. Výzkum byl prováděn formou 10 polostandardizovaných rozhovorů s respondenty od 50 let a výše. (Kadeřávková, 2018, s. 48)

Z šetření vyplynulo, že 9 z 10 respondentů nemělo o DVP žádné povědomí a pouze jediná respondentka věděla a znala, co dříve vyslovené přání je. Z celkových výsledků vyplynulo, že znalost DVP veřejností je stále takřka mizivá a otázky ohledně umírání a smrti jsou v naší společnosti stále tabuizována. Z výsledků Kadeřávkové je zřejmé, že dospěla k obdobným výsledkům jako agentura STEM/MARK v roce 2015, a to, že povědomí z řad laické veřejnosti o dříve vysloveném přání je stále velmi nízké.

Přestože institut dříve vyslovených přání není v ČR novinkou, byly zjištěny neuspokojivé výsledky. Znalost, nebo pouhé povědomí o DVP je nízká, lze říci až téměř žádná, a jelikož se toto téma týká všech lidí ve společnosti, bylo by vhodné informovat o podstatě a případné možnosti realizace dokumentu.

7 Empirická část

7.1 Etický pohled na vlastní výzkumné šetření

Institut dříve vyslovených přání a dotazy spjaté s rozhovory jsou velmi osobní problematikou, která může v každém jednotlivci zanechat jiné, ne vždy příjemné, pocity. Pro tento fakt byly rozhovory ponechány v plné anonymitě.

Respondentům bylo oznámeno, že pokud se nechtějí výzkumu zúčastnit, nebo pokud se budou chtít některé otázky zdržet, je to plně respektováno. Také bylo předem sděleno, že vše, co bude v rozhovoru obsaženo, zůstane zcela anonymní a výsledné informace budou zpracovány pouze za účelem vypracování bakalářské práce na toto ožehavé téma.

7.2 Kritéria pro volbu respondentů

Rozhovory byly prováděny cíleně s mladými dospělými lidmi ve věku 20 – 30 let z řad laické veřejnosti. Zvoleno bylo 10 respondentů z autorčina blízkého okolí, kteří plně souhlasili s rozhovory a přijali nabídku osobního setkání na místě jimi zvoleném, kde se budou cítit dobře. Před zahájením rozhovoru bylo sděleno, že je možnost v průběhu dotazování sezení ukončit v jakémkoli případě, a to i za té možnosti, že by se respondent necítil dobře a bylo mu téma dříve vyslovených přání a smrti s tím související nepříjemné.

7.3 Metodika výzkumu

Pro sběr informací do empirické části práce byla určena kvalitativní metoda polostandardizovaného rozhovoru. Metoda byla zvolena cíleně z důvodu náročnosti tématu, kdy tento zvolený postup umožňuje respondentům odpovídat otevřeně a do hloubky rozvést své názory a postoje a rovněž dává možnost tazateli vyjasnit případné nesrovnalosti, či vysvětlit otázku, pokud respondent plně neporozuměl. Respondenti byli seznámeni s tím, že pokud neporozumí otázce je možnost ji zopakovat.

Před samotným začátkem šetření proběhly dva cvičné rozhovory, ve kterých byly shledány nedostatky, a tak byly výzkumné a položené otázky mírně pozměněny pro lepší srozumitelnost a otevřenost v dotazování.

7.3.1 Polostandardizovaný rozhovor

Polostandardizovaný, nebo také polostrukturovaný rozhovor patří do skupiny rozhovorů výzkumných. K tomuto typu rozhovoru má tvůrce předem připravené otázky, nicméně tato metoda je využívána především pro možnost změny pořadí otázek dle situace a otevřené komunikace mezi tazatelem a respondent. (Reichel, 2009)

7.4 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cíl:

Zjistit v jaké míře jsou mladí dospělí lidé informováni o dříve vyslovených přáních a jaké jsou jejich postoje k této problematice.

7.4.1 Výzkumná otázka 1

Jaké životní hodnoty jsou pro osoby ve věku 20 - 30 let důležité?

7.4.2 Výzkumná otázka 2

Jaký je názor lidí v mladém dospělém věku na moderní technologie ve zdravotnictví, které dokážou ovlivnit a prodloužit lidský život?

7.4.3 Výzkumná otázka 3

Jak moc jsou respondenti obeznámeni s přáním svých blízkých na konci života?

7.4.4 Výzkumná otázka 4

Jaká je úroveň znalostí osob v okruhu 20-30 let o institutu dříve vyslovených přání?

7.4.5 Výzkumná otázka 5

Jaké jsou postoje osob v okruhu 20-30 let k možnosti sepsat dříve vyslovené přání? Jaký je jejich názor na volbu zástupce v případě rozhodování?

7.5 Průběh výzkumu

Rozhovory byly provedeny s 10 respondenty. Všichni dotazovaní byli osloveni dostatečně předem, aby si mohli rozmyslet, zda rozhovor opravdu chtějí poskytnout, nebo zda si to nepřejí. Kontaktování proběhlo buď osobně, nebo telefonicky. Rozhovory probíhaly v období březen – duben 2019, a to na místě předem určeném dle přání a možností respondentů. Délka rozhovoru se pohybovala od 20 – 40 minut podle toho, zda i po ukončení rozhovoru respondent projevil zájem o další informace ohledně institutu DVP.

Respondentů jsme se nejprve tázali na základní informace, jako jejich věk, zda nyní pracují, nebo studují a případně jakou formu studia si zvolili. Dále jsme se tázali na typ náboženské víry a aktuální zdravotní stav (duševní, fyzický). Dále jsme přestoupili ke čtyřem postupně za sebou položeným obecným otázkám. Poté byl každému jednotlivci, který o institutu nikdy předtím neslyšel, předán informativní leták pro laickou veřejnost od Cesty domů, kde je podrobné vysvětlení dříve vyslovených přání. I respondenti, kteří pojem znali, projevíli zájem o přečtení letáku. Ponechali jsme dostatek času na přečtení a dále odpovídali na případné otázky, které kladli respondenti související s tematikou. Dotazovaní měli možnost ptát se a ujasnit si tak nesrovnalosti spjaté s tímto institutem.

Dále byly položeny ještě další tři otázky s přihlédnutím k tomu, že respondenti již byli seznámeni s tím, co DVP znamená a jaké jsou ohledně této problematiky možná řešení. Faktem je, že dotazovaní, kteří se s dříve vysloveným přáním setkali úplně poprvé, neměli dostatečnou možnost vše v klidu promyslet a přemýšlet nad tématem. Avšak k tomu jsme přihlédlí a našim cílem byly první myšlenky a poznatky, které dotazované napadnou ohledně institutu dříve vyslovených přání.

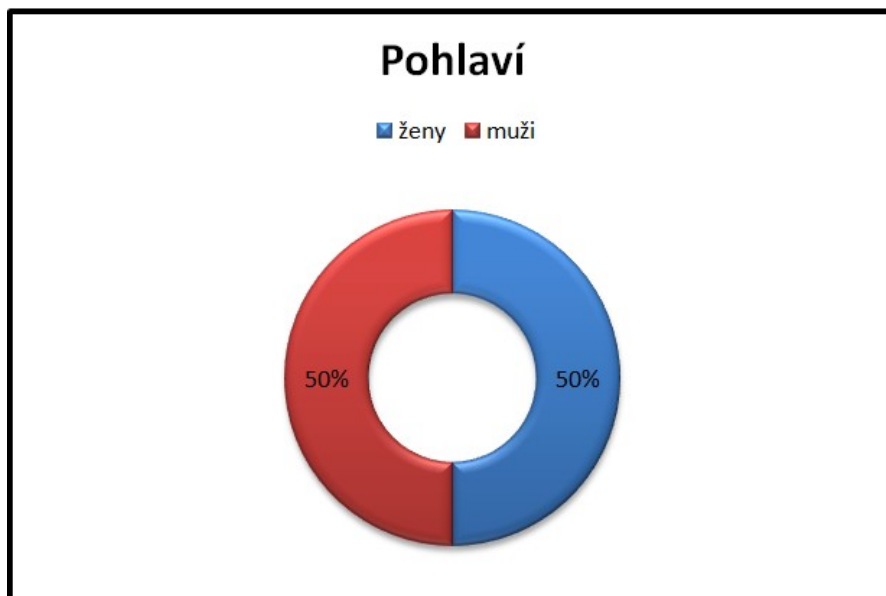
7.6 Způsob analýzy získaných údajů

Rozhovory byly nahrávány pomocí diktafonu (Iphone 6S). Rovněž byl použit záznamový arch, na kterém byly připraveny všechny otázky, na které jsme se chtěli respondentů dotázat. Získané odpovědi byly doslovně přepsány, následně vytisknuty a přiřazeny k jednotlivým položeným otázkám.

Pomocí techniky tzv. kódování jsme definovali jevy (kategorie), které se opakovaně objevují ve výpovědích dotazovaných. (Hendl, 2016)

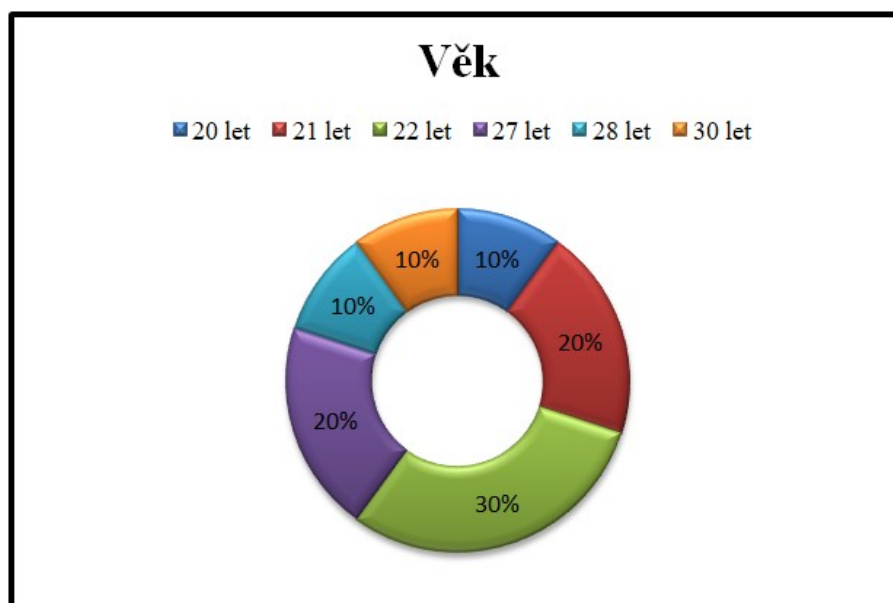
7.7 základní informace o respondentech – grafy

Graf č. 1 - pohlaví



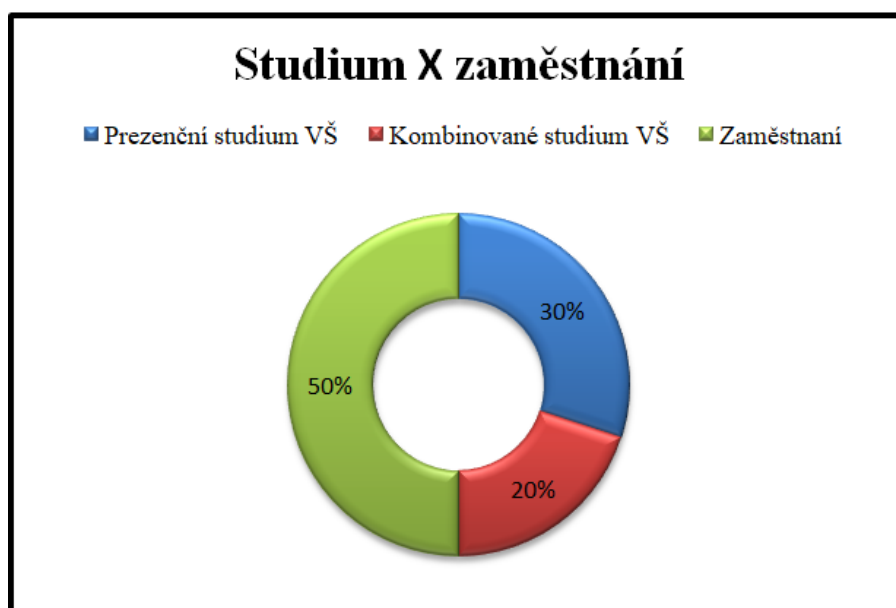
Z 10 (100%) dotazovaných respondentů se šetření zúčastnilo 5 žen (50%) a 5 mužů (50%). Každé pohlaví tak mělo stejný podíl zastupujících členů.

Graf č. 2 - věk



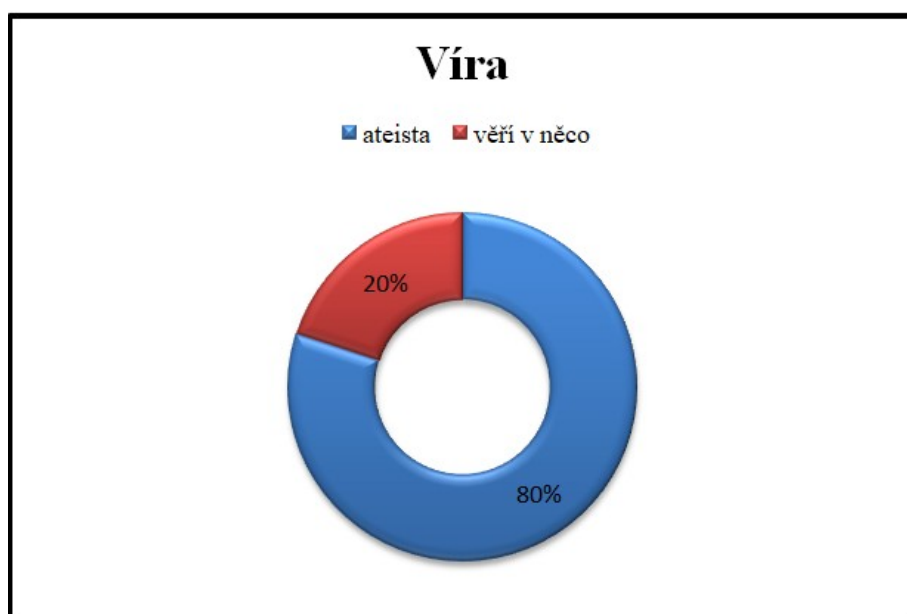
Věkové rozmezí 20 – 30 let bylo zvoleno cíleně. 3 respondentům z 10 dotazovaných bylo 22 let a tvořili tak 30% účastníků. 20%, tzn. 2 účastníci byli 21 letí lidé a stejně tak se zúčastnili 2 dotazovaní ve věku 27 let. Poté se po jednom účastníkovi výzkumu zúčastnili respondenti ve věku 20, 28 a 30 let. Mohli jsme tak sledovat názory a životní postoje lidí v různém věku na danou problematiku.

Graf č. 3 – studium X zaměstnání



Ze 100%, tedy 10 zúčastněných uvedlo 50%, tj. 5 dotazovaných, že jsou zaměstnaní, již nestudují a studium nyní nemají v plánu. Dalších 30% zúčastněných studuje prezenční formu studia. 1 z respondentů uvedl, že současně pracuje na plný úvazek a zbylí 2 pracují také, nicméně na úvazky zkrácené. Zbylí 2 respondenti (20%) zvolili pro studium kombinovanou formu a současně pracují na HPP.

Graf č. 4 – víra



Velká většina respondentů (80%), tj. 8 z 10 dotazovaných uvedlo, že jsou ateisté. Respondent č. 4 (dále jen R. 4): „*Bez vyznání.*“ Zbylí 2 (20%) uvedli, že věří v něco, ale ani jeden z nich neoznačil přesný termín. Respondent č. 6 (dále jen R. 6): „*V něco věřím, ale né v křesťanství třeba, nebo náboženství určitýho typu.*“

Graf č. 5 – úroveň zdraví



Potěšující informací bylo, že 9 z 10 účastníků, tj. 90% se cítí plně zdrávo jak z fyzické stránky, tak z té duševní. Respondent č. 8 (dále jen R. 8): „*Uplně v pohodě. Jsem úplně zdravěj*“. Pouze 1 (10%) respondent uvedl, že pociťuje jakousi fyzickou bolest a tudíž se necítí plně zdráv. Respondent č. 2 (dále jen R. 2): „*Myslím si, že mě něco trápí, ale cítím se jakoby dobře. Je to spíš z fyzického hlediska*“. Ze strany duševní neuvedl žádnou bolest.

7.8 Výsledky výzkumu

V kapitole s názvem výsledky výzkumu se zabýváme vyhodnocováním získaných dat od jednotlivých respondentů z řad laické veřejnosti. Rozhovory jsou přepsány doslovně i se všemi hovorovými výrazy, které dotazovaní použili.

Výzkumná otázka 1

Jaké životní hodnoty jsou pro osoby ve věku 20 - 30 let důležité?

Položená otázka 1

Co je pro Vás ve Vašem životě momentálně nejdůležitější?

6 z 10 dotazovaných uvedlo, že nejdůležitější je pro ně aktuálně zdraví. R. 4: *„Zdraví. V mém životě je pro mě momentálně nejdůležitější zdraví, rodina, práce, škola.“* To ale nebylo jediným aspektem, který respondenti uváděli, jelikož se oni sami mohli rozhodnout, zda jejich odpověď bude jednoslovná, nebo zda své výpovědi rozvedou. Přestože 2 z nich bez váhání označili v žebříčku hodnot na prvním místě samotné zdraví, tak ostatní 4 z těchto 6 uvedli současně se zdravím i další důležité životní hodnoty, jako např. rodinu, přátelství, manželství/partnerství, studium, nebo zaměstnání.

Respondent č. 1 (dále jen R. 1): *„No bude to asi jako klišé, ale zdraví. Prostě aby moje rodina byla zdravá.“* 2 respondenti z 10 uvedli samotnou rodinu, kterou momentálně považují za nejdůležitější. R. 8: *„Rodina. Čekáme dítě, takže teďka priority jsou úplně někde jinde.“* 1 z 10 hovořil o potřebě nezávislosti a radosti ze života. R. 6: *„Bejt nezávislej třeba na někom a radovat se, často. Ne jenom jednou za čas a užívat si života trochu, co to jde.“* 1 z 10 dotazovaných uvedl zajímavý názor v aktuálních prioritách. Respondent č. 5 (dále jen R. 5): *„Tak momentálně je pro mě asi nejdůležitější... Možná jsem v tom trošku sobecká, ale nejdůležitější pro mě teď je abych prostě já byla šťastná, ale zároveň i nechci bejt jako šťastná za tu cenu, že bych třeba ublížila rodině to zase ne, takže prostě na prvním místě je pořád ta rodina, ale teď jsem se začala hodně soustředit na sebe, takže je pro mě prioritou, abych byla šťastná. I když toho mám hodně ve škole, tak pořád je prostě pro mě důležitější si jít třeba zacvičit, opravdu se jako zrelaxovat než abych byla prostě permanentně ve stresu a pořád se jenom učila.“*

Výzkumná otázka 2

Jaký je názor lidí v mladém dospělém věku na moderní technologie ve zdravotnictví, které dokážou ovlivnit a prodloužit lidský život?

Položená otázka 2

Jaký je Váš názor na moderní technologie ve zdravotnictví, které dokážou udržet a prodloužit lidský život?

9 z 10 respondentů uvedlo, že moderní technologie úzce spjaté s medicínou, a tak pokrokem v léčení a udržení při životě jsou zajímavým a prospěšným krokem na současném poli medicíny. Respondent č. 9 (dále jen R. 9): *„No určitě je to krok dobrým směrem, využíváme toho, máme štěstí, že žijeme v tak vyspělé době, že se nám prodlužuje věk, díky vysoké úrovni zdravotnictví a můžeme být rádi za první, že jsme v téhle době a za druhé že jsme v téhle geografické poloze jako vyspělá země.“* Respondent č. 7 (dále jen R. 7) má na tuto problematiku trochu jiný pohled v tom smyslu, že pokrok ve zdravotnictví je sice důležitý, nicméně je potřeba neopomíjet lidskou důstojnost a lidská přání: *„Vždycky má všechno asi podle mě nějakou hranici. Myslím si, že to je fajn, že život, nebo technika spěje takhle dopředu, že se takhle dokážeme zdokonalovat, dokážeme dýl lidi udržet jako na základě léků nebo i na základě nějakých přístrojů, ale všechno má nějakou hranici a někdy ta hranice se trošku víc překračuje, než by měla.“*

1 z 10 dotazovaných mluví o své neúplné znalosti ohledně moderních technologií, avšak vkládá svůj názor, kde zmiňuje, že ne každý člověk chce být trvale udržován při životě pomocí přístrojové techniky a péči zdravotnického týmu. Respondent č. 3 (dále jen R. 3): *„Tak o tom jsem ani pořádně nic neslyšel, nebo že bych to nějak jako studoval, takže to asi jako nevím no. Záleží asi taky na člověku, jak to prostě bere. Jestli jako už nějak dopředu říkal prostě, jako že by nechtěl být někomu na obtíž, nebo prostě takhle a někdo je zase takovej, že jako chce tady zůstat úplně co nejdýl. Takže těm se to asi prostě neříkám, vyplatí, nebo jako byli by za to asi rádi, takže si myslím, že ty příbuzný by mu to asi umožnili no.“*

Výzkumná otázka 3

Jak moc jsou respondenti obeznámeni s přáním svých blízkých na konci života?

Položená otázka 3

Znáte přání Vašich blízkých ohledně péče na konci života, kdy by byl v terminální (konečné) fázi onemocnění nebo např. v pokročilé fázi senilní demence?

6 dotazovaných z 10 uvedlo, že zhruba vědí, nebo alespoň tuší, co by si jejich blízcí přáli. R. 2: *„Tuším, ale asi úplně konkrétně ne. Zhruba vím.“* Také respondent č. 10 (dále jen R. 10) sděluje své poznatky ohledně přání svých blízkých: *„Určitě by dokud by to šlo tak by určitě chtěli být v zázemí rodiny, tím jsem si jistej, že by chtěli zůstat doma případně, pokud by to šlo, aby za nima nějaká pečovatelka nebo nějaký doktor docházel takhle to má asi spousta lidí, ale samozřejmě nemůžu soudit, ale potom asi když by to nešlo tak by museli do nějakýho zařízení a potom by chtěli, abychom je co nejvíc navštěvovali.“* 3 respondenti z 10 znají důvěrně přání svých blízkých ohledně péče na konci života. R. 7: *„Myslím si, že vím hodně, jako na dnešní dobu právě většinou vím, že se něco třeba v okolí stane nějakýmu jenom třeba známému a že právě vím, že většinou to téma u nás nastane, jak s rodičema, tak teďka už i s manželem se třeba bavíme, co bysme chtěli, aby se dělo s náma potom kdyby se něco takovýho stalo a my nemohli rozhodovat o tom těle, duši.“* 1 respondent z 10 uvedl, že o tomto tématu nikdy v rodině nemluvili, tudíž netuší, co by bylo jejich přáním. R. 1: *„Ne, nikdy jsme se o tom nebavili.“*

Výzkumná otázka 4

Jaká je úroveň znalostí osob v okruhu 20-30 let o institutu dříve vyslovených přání?

Položená otázka 4

Víte, že v České republice je možnost sepsat dříve vyslovené přání, které může ovlivnit rozhodování o zdravotní péči v závěru života podle přání pacienta?

7 z 10 uvedlo, že o institutu dříve vyslovených přání nikdy neslyšeli. Někteří z nich uvedli v potaz to, že se o DVP nikdy ani nezajímali. R. 8: „*Tak to nevím, nikdy jsem se vlastně o to jako nezajímal, takže možná proto to nevím.*“ R. 5: „*Tak to vůbec nevím a jakoby když to ten člověk sepíše, že by já nevím, chtěl bejt třeba v nějakých lázních dražších nebo tak a nebude na to mít dostatek peněz, tak má asi stejně smůlu?*“ 1 z 10 respondentů řekl, že doufal v tuto možnost. R. 7: „*Beru to, že to tak jako možný je. Nikdy jsem nepátrala po tom, zda je to nějak právně jako opravdu možný, nebo jestli opravdu s tím nějak nakládat, ale brala jsem to tak ve svém nějakým, ve svý hlavě, svým rozumem, že prostě by něco takovýho určitě mělo být. Že ty sepíšeš, co chceš, aby s tebou bylo děláno, kdybys prostě byla třeba v nějakým stavu, ve kterým by ses nemohla rozhodnout sama. Tak ono jak se furt ty zákony nějak měněj žejó a neměněj tak nevím, už když jsem byla dítě, tak jsem přemejšlela o tom, že jednou když bych zemřela, aby ty orgány byly prostě prospěšný ať mě klidně v uvozovkách jako to dítě jsem brala, ať mě rozeberou, nevadí mi to. Asi by mi to v závěru nevadilo v dnešní době a pak jako se jako mluví, něco slyším v médiích, který nemusej bejt stoprocentní, něco slyšíš od lidí, a pak už nevíš, kde je ta hranice, zda to teda opravdu jde, zda musíš sepsat nějakěj souhlas k tomu, aby tak s tebou bylo nakládáno, nebo zda oni si s tebou můžou dělat, co chtěj, takže jakoby úplně takový to jako rozhodnutí 100% nevím, že jako jde. Vždycky jsem doufala, že jo a ví to ta rodina, jak asi bych to chtěla, takže doufám, že i když nic nemám sepsanýho, tak že by to prostě za mě rozhodli dobře.*“

1 z 10 dotazovaných řekl, že zaslechl, jak se o tomto tématu někde mluví. R. 10: „*No něco jsem o tom slyšel, moc ne. Ted' se přiznám, že si nejsem jistej, kde by se to sepisovalo, jestli u notáře, nebo u lékaře.*“ 1 člověk z 10 o dříve vysloveném přání věděl. R. 4: „*To vím, dozvěděl jsem se o tom od přítelkyně.*“

Výzkumná otázka 5

Jaké jsou postoje osob v okruhu 20-30 let k možnosti sepsat dříve vyslovené přání? Jaký je jejich názor na volbu zástupce v případě rozhodování?

Položená otázka 5

Když jste se teď seznámili s tím, co dříve vyslovené přání znamená, a že existuje možnost sepsat DVP, co si o tom myslíte?

6 z 10 respondentů si myslí, že institut DVP je dobrá věc, nicméně, že má spoustu „ale“. R. 4: *„No myslím si, že to je jako dobrej institut, ale myslím si, že to není domyšleno není to úplně dotaženo do dokonalosti, aby to bylo v praxi využitelný a univerzálně použitelný.“* 2 z 10 dotazovaných odpověděli, že je to dobrá myšlenka. R. 9: *„Myslím si, že je to dobrá myšlenka, že můžeme rozhodovat o tom, co přijde, určitě jako je to směr dopředu. Myslím si, že je to v pořádku, že se tím přibližujeme západu.“* 2 z 10 dotazovaných dokonce uvažovali o tom, že by si dříve vyslovené přání sepsali. R. 8: *„Tak určitě je to dobrá věc a určitě bych se o tom chtěl víc informovat, abysme věděli do budoucna, co můžem se sebou dělat nebo aby věděli ty příbuzný a abych já se třeba netrápil.“*

Položená otázka 6

Je podle Vás důležité, aby člověk mohl určit osobu, která za něj, avšak v jeho nejlepším zájmu, bude rozhodovat o zdravotní péči? Kdo by to podle Vás měl být?

7 respondentů z 10 si myslí, že je velice důležité to, aby člověk měl možnost určit svého zástupce, který bude znát jejich přání. R. 1: *„Asi ano, kdybych věděla, že to nemůžu udělat sama. Je fajn vědět, že mám tu možnost, že by to za mě mohl někdo udělat. Asi by to měl být můj manžel, nebo někdo, s kým budu žít. Myslím, že mě nejlíp zná a věděl by o mě nejvíc, víc než rodiče.“* R. 5: *„Jo, tak určitě, protože z vlastní zkušenosti třeba vím, že plno lidí nemá jakoby dobrý vztahy třeba s rodičema a jestli vím správně, tak pokud nemáš manžela, tak za Tebe asi rozhodnou rodiče, že jo? A opravdu jako plno lidí věřím, že by třeba nechtělo, aby za ně ten rodič rozhod prostě, jestli budou žít a prostě jak budou žít, takže jako určitě a hlavně i je prostě plno párů, který se nikdy nevezmou, takže to prostě*

není zákonem potvrzený a opravdu maj jako životní partnery a chtěli by, aby za ně rozhodoval on takže toľento je určitě dobrý.“

Zbylí 3 dotazovaní z 10 řekli, že je to nejspíš důležité, nicméně že i to má své „ale“. R. 10: *„No to je, ale i z vlastní zkušenosti vím, že i v tó rodině, když fakt jsou dvě, tři děti a jedná se o jejich rodiče, tak většinou si to vezme na bedra jeden a ne že by ty ostatní jako obešel, ale neinformuje je dostatečně, takže je to asi na tom člověku, který si to přání chce sepsat a ten si ho má určit sám. Nejlíp rodina, děti, sourozenci, když je člověk mladší, tak klidně i rodiče. Ale když by to nešlo tak asi i nejbližší člověk.“*

Všichni dotazovaní se shodli na tom, že rozhodování a volba zástupce je velmi individuální. Také kladli důraz na důležité a promyšlené ono určení svého zástupce. 8 respondentů z 10 uvedlo partnera, přičemž 5 z těchto 8 zařadilo do možných osob v rozhodování také rodiče, děti, blízké příbuzné, nebo přátele. R. 2: *„To si myslím, že je super, že to jde. Určitě. Měl by to být buď životní partner, případně rodiče, nebo děti. Podle toho, v jakým budu věku asi no.“* Zbylí dva respondenti uvedli taktéž rodiče, děti, sourozence, nebo blízké příbuzné R. 9: *„Určitě ano, měl by to být někdo z rodiny, kdo je tomu člověku nejbližší. Myslím si, že nejlogičtější děti, popřípadě sourozenec.“*

8 Diskuze

Výzkumná otázka 1

Jaké životní hodnoty jsou pro osoby ve věku 20 - 30 let důležité?

Cílem bylo dozvědět se, co je důležitými aspekty v životě mladých lidí a které životní hodnoty považují aktuálně za nejdůležitější.

Položená otázka 1

Více než polovina respondentů (6 z 10) uvedla na prvním místě zdraví, z čehož 2 z nich uvedli samotné zdraví a 4 z těchto 6 dotazovaných označili současně se zdravím rodinu, lásku, manželství/partnerství, ale také studium, nebo zaměstnání. 2 z 10 respondentů uvedli samotnou rodinu jako nejdůležitější prioritu v jejich současných životních hodnotách. 1 respondent z 10 aktuálně považuje za důležitý pocit nezávislost a užívání si života. Taktéž 1 z 10 dotazovaných označil svou osobní spokojenost jako aktuální životní prioritu.

Z výzkumu Adély Kadeřávkové, který byl uskutečněn v roce 2018, je zřejmé, že respondenti měli jednoznačný názor a jako nejdůležitější hodnotu označili zdraví. Také uváděli důležitost mezilidských vztahů a rodiny. Věk respondentů Kadeřávkové se pohyboval od 50 let výše. Z našeho výzkumu, kdy zdraví jako nejdůležitější neoznačili všichni respondenti, lze sledovat rozdílnost v žebříčku hodnot osob v různých věkových kategoriích.

Výzkumná otázka 2

Jaký je názor lidí v mladém dospělém věku na moderní technologie ve zdravotnictví, které dokážou ovlivnit a prodloužit lidský život?

Cílem bylo dozvědět se, co si o moderních technologiích a technologickém vzestupu ve zdravotnictví myslí mladí lidé a jak vnímají život udržující léčbu.

Položená otázka 2

9 z 10 respondentů uvedlo technologický vzestup využívaný v medicíně jako zajímavou a nezbytnou věc. 1 z 10 dotazovaných řekl, že nemá dostatečné informace o moderních technologiích, které lze ve zdravotnictví využít, ale i přesto uvedl v potaz důležitost respektování preferencí každého jedince. Někteří se taktéž přiklonili k názoru, že život udržující léčba záleží rovněž na tom, zda si ji dotyčná osoba vlastně přeje a zda technologie, které takto dokážou člověka udržet, už nejsou překračování hranice v lidské důstojnosti.

Výzkumná otázka 3

Jak moc jsou respondenti obeznámeni s přáním svých blízkých na konci života?

Cílem v této otázce bylo zjistit, zda se v rodinách v ČR hovoří o přáních a požadavcích v konečné fázi života a tím pádem o ožehavém tématu smrti.

Položená otázka 3

Z výsledků našeho výzkumu je zřejmé, že 6 z 10 respondentů tuší, nebo předpokládají, jaká přání jejich blízcí mají. Tudíž nelze hovořit o přímých rozhovorech v rodině o této problematice. 3 respondenti z 10 uvedli, že přání svých blízkých důvěrně znají a 1 dotazovaný z 10 se zmínil, že o přáních v konečné životní fázi a smrti v rodině nikdy nemluvili.

S výsledky Kadeřávkové lze shledat rozdíl s našimi výsledky. 8 z 9 respondentů ve výzkumu v roce 2018 uvedlo, že neznali přání ohledně lékařské péče v závěru života.

Ve výzkumu zrealizovaném výzkumnou agenturou STEM/MARK bylo zjištěno, že až 70% dotazovaných nikdy nepřemýšleli o tom, jak by o ně mělo být v konečné životní fázi postaráno. Zhruba polovina z těch, kteří už o něčem takovém uvažovali (36%), se někomu svěřili. V 32% to bylo v rámci kruhu rodinného, okrajově pak přátelům, nebo lékařům.

Opět se ve výsledcích našeho výzkumu shodujeme s podloženou informací z roku 2015, že přímé rozhovory ohledně přání na konci života mezi blízkými jsou takřka mizivé.

Výzkumná otázka 4

Jaká je úroveň znalostí osob v okruhu 20-30 let o institutu dříve vyslovených přání?

V této otázce nás zajímalo, zda respondenti vědí, že v ČR existuje možnost sepsat si dříve vyslovené přání a co vlastně DVP je.

Položená otázka 4

Na tuto otázku odpovědělo 7 z 10 respondentů, že nevědí a ani netuší, co by to mohlo být. 1 z 10 dotazovaný doufal v to, že něco takového existuje, ale neměl to nijak podloženo. Rovněž 1 respondent z 10 tušil, že něco existuje, ale nevěděl, jak by se dříve vyslovené přání sepisovalo a následně uplatňovalo v praxi. Pouze 1 člověk z 10 věděl, že DVP existuje.

Kadeřávková ve svém výzkumu v bakalářské práci dospěla k tomu, že 9 z 10 respondentů nemělo ponětí o tom, co dříve vyslovené přání je. 1 respondent uvedl, že o DVP slyšel.

Výzkumná agentura STEM/MARK v roce 2015 dospěla k výsledku neznalosti DVP až v 75% populace, stejně tak my jsme dospěli k neuspokojivým výsledkům týkajících se znalosti, nebo spíše neznalosti dříve vyslovených přání. Výsledky tedy značí potřebu rozšíření informací o institutu dříve vyslovených přání mezi laickou veřejností.

Výzkumná otázka 5

Jaké jsou postoje osob v okruhu 20-30 let k možnosti sepsat dříve vyslovené přání? Jaký je jejich názor na volbu zástupce v případě rozhodování?

Cílem bylo zjistit, jaké jsou první myšlenky, které respondenty napadají po seznámení s institutem dříve vyslovených přání a zda by je zajímalo dozvědět se o tomto institutu více.

Položená otázka 5

6 z 10 respondentů si myslí, že je to dobrá myšlenka, avšak všichni k institutu uvádí nějaké „ale“. Příjemným překvapením bylo, že 2 respondenti z 10 dokonce uvažovali o sepsání DVP a chtěli se o institutu dozvědět více. 2 z 10 si myslí, že je to výborná možnost pro vyjádření osobních preferencí.

Z výzkumu Kadeřávkové (2018) vyplývá, že 6 z 10 respondentů pokládá DVP za dobrou myšlenku. Naši respondenti se v tomto názoru tedy shodují s respondenty Kadeřávkové.

Agentura STEM/MARK dospěla k výslednému faktu, že DVP jsou vnímána jako smysluplný dokument.

Položená otázka 6

Cílem bylo informovat se o tom, zda mladým lidem z laických řad přijde jako dobrý způsob v rozhodování o zdravotní péči v závěru života určení zástupného souhlasu, který musí nepochybně jednat dle přání pacienta a zda považují za důležité, aby člověk měl možnost sám určit, kdo jím bude. Také nás zajímalo, kdo by zástupným souhlasem měl být.

7 respondentů z 10 odpovědělo, že považují za důležitou možnost volby zástupce. 3 dotazovaní z 10 odpověděli taktéž, že je důležité, aby měl jedinec možnost volby svého zástupce, nicméně poukazovali na možné zneužití DVP, pokud by zástupce nejednal ve prospěch pacienta.

8 z 10 dotazovaných uvedlo jako důvěryhodnou osobu partnera. Přičemž 5 z těchto 8 zařadilo také přátele, rodinu, nebo blízké příbuzné. 2 respondenti z 10 odpověděli, že by to měli být rodiče, děti, sourozenci, nebo blízcí příbuzní.

Rovněž agentura STEM/MARK ve svém výzkumu došla k výsledku, že celých 69% populace by byli ochotni ustanovit pro sepsání DVP opatrovníka a nejčastějším blízkým člověkem by byl právě partner/partnerka.

Na závěr je nutné říci, že výsledky rozhovorů s počtem 10 respondentů nelze plně srovnávat s výsledky výzkumné agentury STEM/MARK z roku 2015. Pro větší objektivnost by bylo vhodné potvrdit výsledky rozhovorů na větším počtu respondentů. Také je vhodné zmínit, že každý respondent se nachází v odlišné životní situaci, což mohlo nepochybně taktéž ovlivnit celý rozhovor.

9 Závěr

Bakalářská práce byla zaměřena na znalost institutu dříve vyslovených přání mezi laickou veřejností, konkrétně tak mezi mladými dospělými lidmi ve věku 20 – 30 let. Důvodem zvoleného téma byla hypotéza stále nízkého povědomí o této problematice mezi občany ČR, a pokud by se potvrdila, tak i následná snaha poukázat na možnost volby každého jedince, který se může kdykoli během svého života ocitnout v těžké životní situaci, kterou by třeba rád vyřešil jiným způsobem než tím, který mu bude nabízen jako jediná alternativa.

Z informací, které vyplynuly ze získaných dat, bylo zjištěno, že povědomí o institutu dříve vyslovených přání je stále velice nízké a bylo by dobré zvolit vhodný způsob, kterým budou mít lidé v České republice možnost dozvědět se, jaká jsou jejich práva a možnosti. Pacient, který je v dnešní době členem týmu poskytujícího zdravotní péči, může říci, co by si přál, nebo naopak nepřál ohledně zdravotní péče, která mu bude poskytnuta v závěru života.

Zrealizovaný výzkum, který byl zaměřen na znalost DVP u lidí ve věku 20 – 30 let přinesl opět obdobné výsledky, jako výzkumy z předešlých let. Byla zjištěna velká nevědomost o možnosti sepsání osobních přání a preferencí ohledně péče na konci života. Rozhodovací procesy, které přichází společně s koncem života, jsou velmi citlivé a ožehavé téma. V ČR je toto téma poměrně tabuizováno, avšak z výpovědí respondentů je zřejmé, že by si většina přála dozvědět se více o dříve vysloveném přání a během realizace výzkumu byl ve valné většině respondentů ze strany tazatele pocíťován skutečný zájem o vyšší informovanost DVP.

Téma umírání a smrti nemusí a většinou ani není příjemné, nicméně i tato část života nepochybně patří mezi jednu, velmi důležitou, etapu lidského bytí. Životní cestu ušel každý jinak, avšak možnost rozhodovat o svém vlastním těle a duchu, když přijde onen konec, by měl mít každý stejnou.

10 Seznam použité literatury

1. BEAUCHAMP, Tom L. a James F. CHILDRESS. *Principles of biomedical ethics*. 5 th ed. New York, N. Y.: Oxford University Press, 2001. ISBN 0-19-514331-0.
2. CÍSAŘOVÁ, Dagmar et al., 2010. *Dříve vyslovená přání a pokyny Do Not Resuscitate v teorii a praxi: monografie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta. ISBN 978-80-87146-31-6.
3. DOSTÁL, Ondřej, 2005. *Právo informovaného souhlasu a předem vyslovená přání*. In: Ročenka intenzivní medicíny. Praha: Galén. ISBN 8072623443.
4. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén, c2007. ISBN 978-80-7262-471-3.
5. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. Čtvrté, aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Galén, [2015]. ISBN 978-80-7492-204-6.
6. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.
7. HEŘMANOVÁ, Jana a Jiří ŠIMEK. *Dříve vyslovená přání (advance directives) v USA*. Praktický lékař. 2009, **89**(10), 552-555. ISSN 0032-6739.
8. HEŘMANOVÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3469-9.
9. JANKOVSKÝ, Jiří. *Etika pro pomáhající profese*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Stanislav Juhaňák-Triton, 2018. ISBN 978-80-7553-414-9.
10. KADEŘÁVKOVÁ, Adéla, 2018. *Informovanost laické veřejnosti o problematice dříve vyslovených přání*. Praha. Bakalářská práce. Karlova univerzita, 3. lékařská fakulta
11. KREJČÍKOVÁ, Helena. *Ukončování léčby pacienta a trestní odpovědnost lékaře*. Praha: Galén, c2014. Theatrum medico-iuridicum. ISBN 978-80-7492-167-4.

12. KUTNOHORSKÁ, Jana, Martina CICHÁ a Radoslav GOLDMANN.
Etika pro zdravotně sociální pracovníky. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3843-7.
13. MACH, Jan. *Medicínské právo – co a jak: praktické rady pro lékaře a zdravotníky*. Praha: Galén, [2015]. Theatrum medico-iuridicum. ISBN 978-80-7492-218-3.
14. MATĚJEK, Jaromír. *Dříve projevená přání pacientů: výhody a rizika*. Galén. Praha, 2012. ISBN 978-80-7262-850-6.
15. POVOLNÁ, Michaela. *Právní rádce pro pracovníky ve zdravotnictví a klienty zdravotních pojišťoven*. Praha: Alfom, 2017. ISBN 978-80-87785-04-1.
16. PTÁČEK, Radek, Petr BARTŮNĚK a Jan MACH. *Informovaný souhlas: etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Praha: Galén, [2017]. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-7492-334-0.
17. PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada, 2014. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-5471-0.
18. REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 2009. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-3006-6.
19. ŠIMEK, Jiří. *Lékařská etika*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5306-5.
20. VÁCHA, Marek Orko, Radana KÖNIGOVÁ a Miloš MAUER. *Základy moderní etiky*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-7367-780-0.
21. VÁCHA, Marek, 2010. *Dříve vyslovená přání*, In: *Dříve vyslovená přání a pokyny Do Not Resuscitate v teorii a praxi: monografie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze. ISBN: 978-80-87146-31.
22. VIZINGER, Radek. *Předstižné pokyny pacienta (living will) v právní teorii i praxi*. *Zdravotnictví a právo 2007*, (7-8)
23. VONDRÁČEK, Lubomír. *Právní předpisy nejen pro hlavní, vrchní, staniční sestry*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1198-2.

24. DEVETTER, R. J., 2016. *Practical Decision Making in Health Care Ethics. Cases, Concepts, and the Virtue of Prudence*. 4 th ed. Georgetown University Press. Washington, DC. str. 111-123

Elektronické prameny

25. DOLEŽIL, David, 2010. *Paliativní péče u pacientů ve vegetativním stavu*. In: Neurologie pro praxi [online]. Praha, 2010 [cit. 2019-04-29]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/neu/2010/01/07.pdf>
26. KOUBOVÁ, Michaela, 2015. *Dříve vyslovená přání: první krůček k tomu, aby závěr života vypadal podle našich představ*. In: Zdravotnický deník: zdravé je vědět [online]. 28. 6. 2015 [cit. 2019-04-29]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2015/06/drive-vyslovena-prani-prvni-krucek-k-tomu-aby-zaver-zivota-vypadal-podle-nasich-predstav/>
27. STEM/MARK, agentura, 2015. *Výzkum veřejného mínění na téma: Umírání a péče o nevléčitelně nemocné* [online]. 2015 [cit. 2019-04-12]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/sites/default/files/custom-files/cesta-domu-zprava-umirani-a-pece-o-nevylecitelne-nemocne-2015.pdf>
28. TOMEŠOVÁ, Jana, 2016. *Dříve vyslovené přání – předem vyslovený (ne)souhlas s poskytnutím léčby*. In: Právní prostor [online]. 27. 7. 2016 [cit. 2019-04-29]. Dostupné z: <https://www.pravniprostor.cz/clanky/obcanske-pravo/drive-vyslovene-prani-predem-vysloveny-ne-souhlas-s-poskytnutim-lecby>
29. *Zákony pro lidi* [online]. AION CS, 2019 [cit. 2019-04-29]. Dostupné z: <https://zakonyprolidi.cz/>

Právní předpisy

30. Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 96/2001 Sb. m. s., o přijetí Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojné lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně
31. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotnických službách a podmínkách jejich poskytování
32. Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník

11 Seznam příloh

Příloha č. 1 - položené otázky

