

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2015

Ievgen Zemliak

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví B5345

Ievgen Zemliak

Studijní obor: Zdravotnický záchranář 5345R021

ETICKÉ OTÁZKY NEODKLADNÉ PÉČE

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Eva Pfefferová

PLZEŇ 2015

Oficiální zadání

Oficiální zadání

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně a všechny použité prameny jsem uvedl v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 29. 5. 2015

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Evě Pfefferové za odborné vedení mé bakalářské práce, hlavně za její originální nápady, konstruktivní rady, za poskytované materiály, cenné připomínky a celkově vstřícný a ochotný přístup. Dále děkuji všem pracovníkům FN Plzeň a studentům FZS ZČU, kteří se zúčastnili mého výzkumu a vyplnili dotazník, který mi umožnil zpracovat praktickou část této práce. Kromě toho bych chtěl poděkovat svým blízkým za navržené nápady a morální podporu.

Anotace

Příjmení a jméno: Zemliak Ievgen

Katedra: Katedra záchranářství a technických oborů

Název práce: Etické otázky neodkladné péče

Vedoucí práce: Mgr. Eva Pfefferová

Počet stran – číslované: 91

Počet stran – nečíslované: 30

Počet titulů použité literatury: 37

Počet příloh: 6

Klíčová slova: Etika – bioetika – dříve vyslovená přání – marná léčba – zadržovaná terapie – bazální terapie – dystanázie – intenzivní medicína

Souhrn:

Tato bakalářská práce je zaměřena na problematiku aktuálních etických otázek, které se v současné době vyskytují v prostředí intenzivní medicíny v České republice. Práce se skládá ze dvou hlavních částí, teoretické a praktické.

V teoretické části jsou vysvětleny pojmy etika, bioetika, morálka, marná léčba, předem vyslovená přání, dystanázie, defenzivní medicína a další. Jednotlivé kapitoly teoretické části jsou věnovány všeobecným poznatkům z předmětu etika, etickým kodexům v intenzivní medicíně, problematice marné a přerušované léčby, dříve vyslovených přání a také právní regulaci těchto etických dilemat.

Praktická část obsahuje analýzu vlastního výzkumného šetření, které bylo realizováno formou kvantitativního průzkumu metodou dotazování. Výzkumu se zúčastnili studenti Fakulty zdravotnických studií Zapadočeské univerzity v Plzni a nelékařští zdravotničtí pracovníci z Fakultní nemocnice v Plzni. Výzkumné šetření bylo především zaměřeno na zjišťování rozdílů v názorech a znalostech na současná etická dilemata v prostředí intenzivní péče mezi dvěma skupinami respondentů – NLZP a studenty. Kromě toho nás zajímal současný stav výuky bioetiky a aktuálních etických dilemat. Získaná data byla vyhodnocena a znázorněna grafy a tabulkami.

Annotation

Surname and name: Zemliak Ievgen

Department: Department of Paramedical rescue work and Technical studies

Title of thesis: Ethical issues emergency care

Consultant: Mgr. Eva Pfefferová

Number of pages – numbered: 91

Number of pages – unnumbered: 30

Number of literature items used: 37

Number of appendices: 6

Keywords: Ethics – bioethics – living will – futility treatment – withholding therapy – withdrawing therapy – disthanasie – intensive care medicine

Summary:

This bachelor's thesis is focused on current ethical issues which currently exist in the environment of intensive care medicine in the Czech Republic. The work consists of two main parts: theoretical and practical.

The theoretical part explains the concepts of ethics, bioethics, morality, futile treatment, living will, disthanasie, defensive medicine, etc. Chapters of the theoretical part focus on the general knowledge of the subject of ethics, codes of ethics in intensive care, the issue of futile and interrupted treatment, living will, and also the legal control over those ethical dilemmas.

The practical part contains an analysis of our own research, which was implemented through quantitative method of questionnaire. Research was attended by students of the Faculty of Health Studies University of West Bohemia in Pilsen and non-medical professionals in healthcare of the University Hospital in Pilsen. The research was mainly focused on inquiring difference between the opinions and knowledge of current ethical dilemmas in the intensive care environment between the two groups of respondents – non-medical professionals in healthcare and students. In addition, we were interested in the current state of education in bioethics and current ethical dilemmas. The data obtained were evaluated and shown in graphs and tables.

OBSAH

ÚVOD.....	10
TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1 BIOETIKA	11
1.1 Základní pojmy.....	11
1.2 Etika a morálka.....	11
1.3 Typy etiky.....	12
1.3.1 Lékařská etika.....	12
1.3.2. Bioetika.....	13
1.3.3. Zdravotnická a ošetrovatelská etika	13
1.3.4. Deontologie	14
1.4 Etické principy.....	14
1.4.1 Princip dobročinnosti (beneficence).....	15
1.4.2 Princip neškození (nonmaleficence).....	15
1.4.3. Respektování autonomie pacienta	16
1.4.4 Princip spravedlnosti (justice)	16
1.5 Vztah práva a etiky	17
1.6 Modely řešení etických situací	17
1.7 Etické kodexy	18
2 INTENZIVNÍ MEDICÍNA	21
2.1 Problematika intenzivní medicíny	21
2.2 Zhodnocení stavu v intenzivní medicíně	21
2.3 Etický problém a etické dilema	22
2.4 Aktuální etická dilemata v prostředí intenzivní medicíny v České republice	23
3 ROZHODOVÁNÍ O LÉČBĚ	24
3.1 Marná léčba	24
3.2 Kategorizace pacientů.....	24
3.3 Plná terapie	25
3.4 Zadržovaná terapie	26
3.5 Bazální terapie	27
3.6 Zásady převedení pacienta na základní nebo zadržovanou léčbu	28
3.7 Praktické provedení kategorizace léčby	29

3.8 Dříve vyslovená přání.....	30
3.8.1 Definice	30
3.8.2 Autonomie nemocného.....	30
3.8.3 Dříve vyslovená přání v ČR	31
3.8.4 Právní nedokonalost	32
3.9 Rozhodování o léčbě a legislativa	33
3.10 Dílčí závěr.....	34
PRAKTICKÁ ČÁST	35
4 FORMULACE PROBLÉMU	35
5 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY	36
5.1 Cíle práce.....	36
5.2 Hypotézy.....	36
6 METODIKA VÝZKUMU	37
6.1 Metody výzkumu.....	37
6.2 Charakteristika sledovaného souboru.....	38
7 VÝSLEDKY VÝZKUMU	39
7.1 Obecné informace o respondentech.....	39
7.2 Otázky zaměřené na etická dilemata v intenzivní medicíně.....	51
8 DISKUZE	84
ZÁVĚR.....	91
SEZNAM ZDROJŮ	92
SEZNAM TABULEK	95
SEZNAM GRAFŮ	97
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	98
SEZNAM PŘÍLOH	100

ÚVOD

Během studia oboru Zdravotnický záchranář se jako studenti setkáváme s mnoha studijními předměty jako jsou například: Urgentní medicína, Medicína katastrof a hromadných neštěstí atd. V rámci výuky těchto předmětů se obvykle řídíme podle předem stanovených norem, určitých faktů, jasně napsaných vžitých guidelinů a také etických principů. Pokud se jedná například o neodkladnou resuscitaci, vždy budeme usměřováni konkrétním aktuálním resuscitačním algoritmem (nebo souhrnem algoritmů), který byl vydán Evropskou resuscitační radou, a z právní stránky tak bude naše činnost považována za legitimní a správnou. Avšak v praxi se ne vždy setkáváme s jasně definovanými situacemi.

Výrazně obtížnější jsou pak komplikované otázky týkající se etiky, zejména etiky ve zdravotnictví, se kterými je nelékařský zdravotnický pracovník ve své každodenní praxi ve stálém kontaktu. Interakce praktické realizace marné a prerušované léčby, kategorizace pacientů, dystanázie, DNR (Do Not Resuscitate), dříve vyslovených přání s eticko-právní stránkou výše zmíněných problematik je občas velice obtížná.

Hlavní problém spočívá v tom, že zdravotnická etika je naimpregnovaná nedostatkem jasných a jednoznačných odpovědi na určité otázky. K tomu se pojí i v praxi dost častá jedinečnost určitých klinických případů. Chybějící konkrétnost etických dilemat se mnohdy stává klíčovým bodem ke vzniku právních sporů mezi pacientem (nebo jeho rodinou, oficiálním zástupcem) a zdravotnickým zařízením (zdravotnickým personálem, který se účastnil léčby pacienta).

Cílem této bakalářské práce bylo určit nejaktuálnější etická dilemata v prostředí intenzivní péče v České republice, zmapovat současný stav výuky těchto problémů etiky a porovnat znalosti a názory na uvedenou problematiku mezi nelékařskými zdravotnickými pracovníky pracujícími na oddělení intenzivní péče a mezi studenty bakalářských a navazujících magisterských nelékařských zdravotnických oborů. Bakalářská práce byla zcela zaměřená na odhalení mezer a nedokonalostí v otázkách etiky intenzivní medicíny, které se stále vyskytují, aby námi zjištěné poznátky přispívaly k povzbuzení studentů a NLZP k výuce bioetiky a mohly také sloužit ke zlepšení prevence eticko-právních sporů.

TEORETICKÁ ČÁST

1 BIOETIKA

1.1 Základní pojmy

Pod pojmem “etika“ rozumíme filozofickou disciplínu, jejíž významem je zkoumání mravních vztahů mezi společnostmi a jednotlivci. Jako praktická filozofie byla poprvé systematizována v samostatnou partikulární disciplínu v rámci klasické filozofie Aristotelem. (Kutnohorská, 2007) Zobecněně lze říci, že etika slouží k tomu, abychom mohli identifikovat a rozlišovat, co je mravní a co není. Navíc, může dojít i k takovým situacím, kdy mravní názor nebude jistě znamenat správný názor. (Haškovcová, 2002)

Morálka samotná představuje soubor psaných i nepsaných etických pravidel (praktické normy, hodnoty, základy vztahů), které se lidmi dodržují v jejich vzájemných vztazích a v rámci fungování společnosti. Předpokládá se povinné dodržování těchto pravidel každou osobou. (Lemon, 1997) Neshoda nebo shoda s principy vlastního svědomí je měřicím funkčním kritériem morálky. (Kořenek, 2004)

1.2 Etika a morálka

Kořenek uvádí, že etika je věda, která se zabývá otázkami sociálně reflektované mravnosti a morálky. Pojem “etika” pochází z řečtiny (řec. “ethos”) a znamená mrav, zvyk, zásada, obyčej. Z hlediska etymologie lze říci, že význam slova etika je totožný významu slova morálka. V morálce jsou také zahrnuty pojmy mrav, zásada, zvyk, s tím rozdílem, že historicky “morálka“ je původem z jazyka latinského. Obecně morálku můžeme vnímat jako soubor psaných a nepsaných pravidel mravnosti, tedy jako společenský standard chování každého jedince. (Kořenek, 2004)

Na první pohled se může zdát, že se bavíme o jednom a tom samém. Když se ale podíváme na “Biblické desatero”, které je starodávným zástupcem jednoho z existujících souborů morálních norem, zobrazí se nám teoreticko-praktická tenká hranice těchto dvou konceptů. Náboženství tradičně hodnotí jako hřích praktické překročení Božího zákona. Rovněž morálním (ne etickým!) imperativem budeme nazývat i zákaz kouření ve zdravotnických zařízeních. Jinými slovy řečeno, morálka je vyjádřena jako záležitost praktické činnosti člověka, jeho chováním, zatímco etika je teoretickým směrem, jež

ztělesňuje záležitosti poznání, myšlení a způsobu jednání individua. (Heřmanová a kol., 2012).

1.3 Typy etiky

Pokud vezmeme v úvahu definici výrazů “etika“ a “morálka“ a také dalších souvících konceptů v této oblasti, začíná být jasné, že mají jenom základní společnou hodnotu. V praxi, v závislosti na směru a vlastnostech konkrétního typu profesní etiky, se význam pojmů vyobrazuje užšími, více specializovanějšími významy. (Kutnohorská, 2007)

Mezi hlavní cíle profesní etiky (také oborová nebo stavovská) patří realizace etických základů, znalostí a principů v určitém povolání. Stojí za zmínku, že k dnešnímu dni ve své praxi spočívá na zásadách vlastní etiky dost profesí. Vytvoření etických kodexů a jejich implementace do některých profesí je ukázkovým příkladem separace singularit a vymezení hranic rozdílů jednotlivých typů profesní etiky. (Ivanová, 2004)

Z pohledu medicíny existuje několik druhů profesní etiky, které jsou v určitém zájmu v rámci této bakalářské práce, proto se o nich zmíníme podrobněji.

1.3.1 Lékařská etika

Medicínská nebo lékařská etika představuje samostatný lékařský směr, který oficiálně vznikl v České republice v roce 1991. Samozřejmě, že datum jeho vyčlenění jako samostatné disciplíny neznamená jeho skutečné zrození. Již v deontologických kodexech, které se datují od 3-4 století před naším letopočtem, zkoumaly mravní postoje v lékařské profesi. Vývoj technologických vlastností a možností zdravotnického zařízení, lékařské vědecké objevy a mnoho dalších faktorů přímo vedly k vývoji etiky v medicíně. Právě proto, že tento dlouhodobý vývoj etiky jako součásti medicíny dosáhl svého vrcholu, bylo nutné vyčlenit ji jako zvláštní disciplínu pro podrobnější studie s ohledem na nové technické a lékařské znalosti. (Ivanová, 2004)

Všechna pravidla a vlastnosti, které jsou zmíněny a fungují v klasické etice, jsou platné i v lékařské etice. Specifičnost tohoto předmětu má jasně stanovené rozhraničení vykonání praktického povolání lékaře v souvislosti se zásadami medicíny. Lékařské jednání by mělo být vždy založeno na konceptech mravnosti a morálky. (Kuře, 2012)

Docela často, z nevědomosti nebo z jiných důvodů, se pojem “lékařská etika“ nahrazuje slovem “bioetika“, i když tato slova nejsou synonyma. (Bužgová, 2013)

1.3.2. Bioetika

Haškovcová uvádí, že lékařská etika (včetně synonyma tohoto pojmu) představuje užší pojem a je součástí “bioetiky“. Bioetika (etika - mravnost, bios - život) se zabývá především zkoumáním problémů etiky v lékařství. Bioetika se specializuje ve všech oblastech praktického výkonu praxe lékaře, a také je součástí i jiných oborů, které se na druhé straně přímo protínají s lékařskou praxí (zejména farmacie, chemie, biofyzika, biologie). (Haškovcová, 2002)

Tudíž, jak můžeme dnes vidět, “bioetika“ a “lékařská etika“ nejsou synonyma. (Jankovský, 2003) V praxi si můžete také najít případy, kdy někteří autoři používají pojem “biomedicínská etika“, která ve svém významu a podle svého naplnění zcela nahrazuje pojem “bioetika“. (Kořenek, 2004)

1.3.3. Zdravotnická a ošetrovatelská etika

Situace se záměnou používání pojmů “bioetika“ a “lékařská etika“ se dostatečně jasně vysvětluje těsným propletením těchto oblastí a začleněním jednoho do druhého. Haškovcová uvádí, že záměna zdravotnické etiky za etiku lékařskou je nepřijatelná. Etika ve zdravotnictví se především zabývá řešením etických otázek ve zdravotnictví, vysvětluje problémy etiky různých zdravotnických systémů. (Haškovcová, 2002)

Ošetrovatelství je v první řadě zaměřeno na uspokojení bio-, socio-, psycho- a spirituálních potřeb každé osobnosti. Realizace ošetrovatelského procesu se opírá o etické principy humanitní, pedagogické, sociologické a psychologické vědy, a zahrnuje také i principy bioetiky. (Jarošová, 2000).

Bužgová uvádí, že ošetrovatelská etika zkoumá problematiku etiky v teoretické a praktické ošetrovatelské péči a náplní své problematiky spadá pod etiku zdravotnickou, tj je její součástí. (Bužgová, 2013)

Pokud se podíváme na zahraniční písemné prameny, můžeme vidět, že analogem české “ošetrovatelské etiky“ v anglické literatuře je pojem “nursing ethics“. Doslovným překládáním tohoto výrazu do češtiny by vznikl pojem “sesterská etika“ nebo “etika v práci sester“, což by nebylo úplně správným postupem. Nicméně, s ohledem na korigování a úpravy na základě struktury systému zdravotnictví ČR, kde ošetrovatelskou péčí kromě sester provádí také ošetrovatelky, je vhodné používat ustálený termín “ošetrovatelská etika“. (Haškovcová, 2002).

1.3.4. Deontologie

Deontologie (řeck. deon = povinnost) samotná představuje učení o povinnostech v obecném pojetí a vztahuje se na mnohé oblasti života jedince. Lze obecně říci, že ona zobrazuje takovou otázku, jako “co by dělal člověk v určité situaci, v souladu s určitými stávajícími mravními povinnostmi, týkající se právě této situace?”. Jako příklad můžeme také uvést kategorický imperativ Immanuela Kanta, který uvádí, že člověk by měl vždy postupovat tak, aby maxima jeho vůle mohla být považována za univerzální všeobecný zákon. (Munzarová, 2005).

Ve světě lékařství deontologie limituje a definuje odpovědnosti lékaře v souvislosti se vztahy mezi kolegy, pacienty a veřejností. Medicínská deontologie se jako součást lékařské etiky v současné době především asociuje s úzkou a specializovanou částí této problematiky - s deontologickými kodexy. Hippokratova přísaha se považuje za první kodex deontologie, a je známa lidstvu už během 2. století př.n.l. (Haškovcová, 2002)

1.4 Etické principy

Moderní ošetrovatelství je organizováno takovým způsobem, aby mohla být poskytnuta náležitá ošetrovatelská péče i při nemocech, i při plném zdraví všem pacientům, v období od narození až do jejich smrti. Bez ohledu na to, že každý klinický případ je čistě individuální, je jakýkoliv medicínský zaměstnanec a nelékařský zdravotnický pracovník povinen vždy spoléhat nejen na faktory konkrétní situace při hodnocení možných účinků budoucích činností, ale také na etické normy a principy. (Jarošová, 2000)

Childress a Beauchamp vytvořili jednotnou koncepci etických principů ve vztahu k pacientům v ošetrovatelském procesu. První vydání jejich koncepce bylo publikováno v roce 1979 pod názvem “Principles of biomedical ethics”, k dnešnímu dni je již známo dalších sedm vydání této knihy. Autoři této knihy se pokusili sjednotit existující principy etiky v lékařství a zdravotnictví tak, aby mohly být i nadále použity stejným způsobem pro každého pacienta, bez závislosti na jejich náboženství. (Childress a Beauchamp, 2009)

Principy beneficence a nonmaleficence nám byly již dlouhou dobu známé z Hippokratovy přísahy. Tyto dva “staré“ etické principy byly Childressem a Beauchampem doplněny dvěma novými zásadami moderní lékařské etiky: respektem k autonomii a principem spravedlnosti. Autory vyvinutý model biomedicínské etiky v sobě spojil základní etické přístupy (hranice možností mravního poznání, podstatu dobra a zla, zdroje

mravnosti). V lékařské praxi se respektuje dodržování těchto principů vždy a ve všech případech, až na vzácné výjimky, kdy některé nouzové situace vyžadují vlastní nestandardní řešení, které by mohlo být v rozporu se stanovenými etickými zásadami. (Munzarová, 2005), (Childress a Beauchamp, 2009)

1.4.1 Princip dobročinnosti (beneficience)

Tento princip je založen na tom, aby medicínský pracovník zajišťoval pacientům takové jednání, které by v plné míře a bezvýhradně odpovídalo prospěšnosti zdravotního stavu pacientů, tj bylo by uskutečňováno pro pacientovo dobro. (Jarošová, 2000)

Jinými slovy řečeno, tato větev všeobecného konceptuálního modelu etických principů se především opírá o kombinaci pozitivní tendence neškodit, která spočívá v zajištění dobra pacientům, v předcházení a rychlém odstranění (v tom případě, pokud k tomu došlo) veškeré škody, a také v poskytnutí jakékoli pomoci při uspokojování osobních plánů pacienta. (Munzarová, 2005)

Kořenek uvádí, že zásady tohoto principu etiky odkazují na Hippokratovu přísahu, v níž se hovoří, že nejvyšší zákon v lékařské praxi je pacientovo zdraví. Princip beneficience obsahuje následující základní etické kontaktní body:

- dosažení úlevy od bolesti a strádání
- maximálně možné dosažitelné vylepšení kvality života pacienta
- obnovení pacientova zdraví
- chránění zdravotního stavu (Kořenek, 2004)

1.4.2 Princip neškození (nonmaleficience)

Munzarová uvádí, že daný etický princip, stejně tak jako i princip dobročinnosti má svůj původ v textu Hippokratovy přísahy. Hlavní myšlenka této zásady spočívá v pravidle “především neškodit = primum non nocere“. (Munzarová, 2005)

V praxi se tato zásada uplatňuje následujícím způsobem: zdravotnický pracovník ve vztahu k pacientovi v prostředí ošetrovatelského procesu musí být schopen identifikovat možná rizika jakéhokoliv diagnostického, terapeutického a rehabilitačního zákroku a musí být schopen včas provést veškeré potřebné korektivy, aby nedošlo k realizaci těchto rizik. (Kořenek, 2004)

1.4.3. Respektování autonomie pacienta

“... nemocný nemá být jen příjemcem lékařských informací, ale jeho názor má být brán v úvahu v diagnostické i léčebné praxi” (Kořenek, 2004, s.56)

Etický princip respektování autonomie pacienta spoléhá v první řadě na myšlenku, že každý pacient by měl mít možnost v rámci svého diagnostického, terapeutického a rehabilitačního procesu rozhodovat v souladu s osobními hodnotami, principy a náboženskými názory, a tím se podílet na vlastní léčbě. (Kutnohorská, 2007)

Zajištění samostatného, svobodného, nezávislého rozhodování, které není ovlivněno z vnějšku, musí být realizováno s ohledem na skutečnost, že každý je sám pro sebe nejlepším soudcem pro učinění rozhodnutí na základě svých vlastních zájmů, osobních zkušeností, a jiných druhořadých faktorů. Pacient, který je v adekvátním stavu, umožňujícím mu analyzovat a objektivně posuzovat možnosti navrhovaného diagnostického, léčebného, rehabilitačního procesu a ošetrovatelské péče, vybírat pro sebe možné existující alternativy postupů, by měl dostat oprávněnou příležitost autonomie. V praxi je tento etický princip těsně svázaný s ošetrovatelským procesem a týká se především informovaného souhlasu s jakýmkoliv zákrokem. (Munzarová, 2005)

1.4.4 Princip spravedlnosti (justice)

Princip spravedlnosti spoléhá ve své podstatě na správný a eticky nejvíce racionální přístup k rozřídění služeb, zátěže, dobra a dostupných prostředků, potřebných pro prevenci, diagnostiku, léčbu a rehabilitaci každého pacienta. Spravedlnost rozdělení představuje směrový vektor tohoto etického principu. (Bužgová, 2013)

Problematika dostupné a ideální medicíny je ve větší či menší míře v současné době aktuální lékařskou otázkou ve zdravotním systému každé země. V praxi je vždy nutné respektování omezené dostupnosti finančních prostředků, nedostatku technického vybavení, omezení možností diagnostické a terapeutické péče. (Kořenek, 2004)

I když se ve skutečnosti ukazují zřejmé rozdíly v potřebách a reálných možnostech řešení těchto nezbytností pacientů, je třeba se opírat o princip spravedlnosti a snažit se poskytnout metody efektivní redukce těchto rozdílů s obecným přihlédnutím k celkové rovnosti pacientů. (Munzarová, 2005)

1.5 Vztah práva a etiky

“...etika a zákon jsou dvě různé věci... zákon by neměl stát v protikladu k mravnosti. Naopak – etické zásady by měly být podkladem, na němž je zákon stavěn” (Munzarová, 2005, s.95)

Veškerá rozhodnutí učiněná ve zdravotnickém procesu ve vztahu “zdravotník/lékař-pacient”, zahrnuje nejen informační základ a skutečná fakta o pacientovi, ale také musí vycházet z hodnotových elementů situace, etických principů a právních norem. Je důležité, aby všechny aspekty, které mohou ovlivnit výsledek rozhodnutí situace (pozitivně nebo negativně), byly vzaty v úvahu před provedením reálné činnosti. Je rovněž důležité, aby odhad a vyhodnocení veškerých situačně důležitých faktorů byly provedeny paralelně a také v závislosti na poměru jednoho faktoru k druhému a naopak. (Ivanová, 2004)

Klinický případ, ve kterém se dosahuje dodržování právních předpisů a etických principů s přihlédnutím k posouzení doplňující jednotlivých faktorů ohledně každého pacienta, lze považovat za zcela ideální. Diferenciace rozdílu mezi právními zákony a mravními principy ošetrovatelské etiky v praxi je velmi důležitým bodem, který bychom si neměli nikdy nechat ujít. Právo přímo vychází z jednoznačných postulatů-standardů, zatímco etika se zabývá řešením sporných situací s posuzováním a rozlišováním dobra a zla pro následné přijetí řešení. (Kutnohorská, 2007)

1.6 Modely řešení etických situací

Kořenek uvádí, že současná medicína se stále více potýká s situačními etickými dilematy, kdy nejen pracovník v oblasti zdravotní péče, ale i celá lidská společnost pokládá otázky vyhledávání mravních hodnot během rozhodování. Typicky, se hovoří o takových případech, kdy se jednalo podle zákona a norem, avšak nalezení klíčových bodů mravních etických odpovědi je v těchto situacích podstatně ztíženo. (Kořenek, 2004)

Právě tehdy, když jedno morální přesvědčování popírá nebo odmítá to druhé, nebo když dochází ke konfliktu mezi etikou a právem, se zdravotnický pracovník bezprostředně setkává s tím, že je třeba neodkladně řešit tento etický konflikt. V praxi se tyto situace vyskytují dostatečně často. Podstata vnitřního konfliktního sporu spočívá ve výběru toho, co je nejlepší volbou, v tom, jaké nejlepší mravní řešení bychom měli vybrat, při dodržování zákona. (Ivanová, 2004)

Kořenek uvádí tři modely zvládnutí konfliktních situací ve vztahu medicínského práva a etiky:

1. Model zákonné etiky

Daný model jednání představuje uzavřený systém činů, které jsou realizovány výhradně v plném souladu se zákonem. Složitost určité situace a dynamika jejího rozvinutí nemohou být zohledněny v tomto případě. To znamená, že právě nemožnost začlenění těchto dvou zvláštností v rozřešení situace ve zdravotnictví, vylučují všeobecně rozšířenou a početnou přípustnost zvládnutí konfliktních případů s etickými podtexty.

2. Model situační etiky

Hlavním opěrným bodem tohoto etického modelu je jedinečnost konkrétního případu. Veškerá pozornost je věnována etické významnosti situací. Nevhodným pro praktické použití tohoto modelu dělá fakt odmítnutí racionality normativní generalizace.

3. Model vnitřního etického morálního postoje

Model vnitřního morálního etického postoje v praxi bere v úvahu respektování situačních, mravních a právních norem, s důkladným přihlédnutím k individuálnosti klinického případu. Rozhodnutí v souladu s tímto modelem se uskutečňuje tvůrčím způsobem, při kterém dochází k podrobnému posouzení situace, zvážení všech etických a právních aspektů a k následnému přijetí konečného rozhodnutí, s ohledem na vnitřní etické poziční hledisko. (Kořenek, 2004)

1.7 Etické kodexy

Kutnohorská uvádí, že etika nikdy neomezovala definici dobra v roli determinanty subjektivně podobné se svědomím. Etika se vždy snažila o rozvoj poznání, které by definovalo “mravní správné“ v individuálních oblastech, aby potom z tohoto “správného” vytvořilo normu na úrovni sociální. Člověk se nerodí mravní bytostí. Teprve kultura a její strategie vedou přímo k rozvoji morálky, takže se prvopočátečně vyžaduje jen minimum mravní identity pro následné formování etického sociálního obrazu. (Kutnohorská, 2007)

V různých profesních situacích ve zdravotnictví by měly být vždy aplikovány doporučení jednání a chování, které představují a tvoří etické standardy a normy, a které jsou přítomné v každé profesi. Každý etický kodex je souborem norem a pravidel etického chování, které musí být dodržovány, a to ne jen ledajakým zaměstnancem, ale také i pacientem, pokud se jedná o kodex pacienta. V dnešním světě, největší počet takových profesionálních kodexů nalézáme právě v medicíně, což není nic překvapujícího, s

přihlédnutím k náročnosti velkého množství individuálních aspektů a faktorů dané sféry vcelku, a to jak pro lékařské i nelékařské pracovníky, tak i pro samotné pacienty. (Bužgová, 2013)

Jednoduše řečeno, etický kodex to je shrnutí formálních pravidel činností daného povolání, která by neměla být v rozporu vůči vztahům k osobnostním hodnotám jakéhokoliv zástupce tohoto druhu činnosti. (Jarošová, 2000).

Kutnohorská uvádí, že ve světě moderní medicíny a zdravotnictví lékaři a NLZP potřebují znát, respektovat a používat ve své praxi následující kodexy etiky (uvedeny pouze nejvýznamnější):

- Všeobecná deklarace lidských práv (1948)
- Ženevská deklarace (1948)
- Úmluva na ochranu lidských práv a základních svobod (1950)
- Kodex sestry ICN (1953, poslední novelizace 2000?)
- Mezinárodní pravidla pro chování sestry (1964)
- Deklarace práv duševně postižených lidí (1971)
- Úmluva o právech dítěte (1989)
- Kodex sester České asociace sester (1991)
- Etické normy v ošetrovatelství (1991)
- Práva pacientů (1992)
- Etický kodex České lékařské komory (1996)
- Úmluva o lidských právech a biomedicíně Rady Evropy (1997)

Samozřejmě, že tento seznam není úplným výčtem kodexů existujících v světové medicíně etických, avšak s ohledem na zvláštnosti oboru “Zdravotnický záchranář”, představují nejdůležitější a nezbytné kodexy v této profesi. (Kutnohorská, 2007)

Bužgová uvádí, že univerzalistický charakter lze nazvat jediným společným znakem-vlastností všech etických kodexů. V praxi to funguje následujícím způsobem: každý kodex etiky byl navržen a zkompilován tak, aby mohl sloužit a aby byl využit maximálně velkým počtem lidí o co nejvyšším přípustným objemu. Akceptovatelná, srozumitelná, jasná pravidla, shromážděná v klíči každého kodexu jsou odhodlána sloužit jako rady, návody a doporučení pro realizaci náležité správné formy jednání a chování pracovníka v medicíně a zdravotnictví, a která ke všemu nebudou realizována v rozporu s právními zákony a předpisy. (Bužgová, 2013)

Z hlediska kodexů etiky, kterými by se měl řídit nelékařský zdravotnický pracovník, můžeme označit následující cíle sledované těmito etickými kodexy (Jarošová, 2000):

- tvoření jednoho z nejdůležitějších podkladů pro normalizaci vztahů, které se konají v profesionálním prostředí mezi pacientem, lékařem, nelékařským zdravotnickým pracovníkem, spolupracovníky, příbuzními pacienta, a také společností o profesním sdružením;
- poskytnutí pomoci veřejnosti v pochopení odborné činnosti nelékařského zdravotnického pracovníka;
- slouží jako orientační základna v profesionální činnosti pro čerstvé absolventy, stejně jako i báze pro specializovanou prevenci již pracujících odborníků;
- působí jako ochrana nespravedlivě obviněného zdravotníka, anebo jako standard pro trest odborníka, který si v praxi dovolil nepřijatelný postup jednání či chování.

2 INTENZIVNÍ MEDICÍNA

2.1 Problematika intenzivní medicíny

Intenzivní medicína v současné době představuje dynamický obor, který je zaměřený na poskytování souboru diagnostických a terapeutických zákroků pacientům, kteří trpí závažnými a také nečíslně i přímo život ohrožujícími stavy s cílem odvrátit tato nebezpečná onemocnění. (Zadák, Havel, 2007) Pracovníci oddělení typu ARO a JIP se snaží ve své každodenní práci změnit kritický stav pacientů a přispět k obnovení ztracené kvality života. (Kořenek, 2004)

V posledních letech je pozorován významný rozvoj technologické a informační báze a celkové zdokonalení lékařské a ošetrovatelské péče v oboru intenzivní medicína. (Kuře, 2012) Technologický pokrok „najednou“ umožnil udržovat po velmi dlouhou dobu naživu takové pacienty, kteří mají jednoznačně nepříznivou prognózu. (Kořenek, 2004) Právě v tu chvíli během tohoto vývoje se paradoxně zjistilo, že tento technologický progres ve formě maximální přístrojové podpory spíše přispívá k znemožnění důstojného umírání pacienta, než k jeho možnému vylečení. (Kuře, 2012)

2.2 Zhodnocení stavu v intenzivní medicíně

Kořenek uvádí, že prognózování finálního dopadů pacientů v intenzivní medicíně se v nynější době často realizuje s uvědoměním a přihlédnutím k této vlastnosti technologického vývoje. Navíc jsou ke všemu určité skórovací systémy pro zhodnocení závažnosti stavu v intenzivní medicíně, které pomáhají lékařům v jejich rozhodování. (Kořenek, 2004)

Posouzení tíže akutního stavu, rizika komplikací a možného úmrtí v určité situaci se dnes uskutečňuje díky velkému množství existujících skórovacích systémů. Nejčastěji jsou v praxi užívané APACHE II (acute physiology and chronic health evaluation), SOFA (sepsis-related organ failure assessment), Sickness score (dynamický APACHE II), SAPS (simplified acute physiology score), Hypoxic-ischemic coma outcome (neurologické vyšetření), OSF (organ system failures), MPM (mortality prediction model), RIP (riyadh intensive care program), PSI (physiologic stability index) a PRISM (pediatric risk of mortality). (Zadák, Havel, 2007)

Tyto, v intenzivní péči používané, skórovací systémy se obvykle opírají o následující kritéria: pacientův věk, aktuální zdravotní stav, aktuální onemocnění, prodělané

nemoci, existující komplikace, a vždy směřují k odhadu mortality v budoucnu. Jde o komplexní a velice dynamický proces, pokud se jedná o klinické rozhodování v intenzivní a resuscitační péči. Konfrontace situací, ve kterých by lékař měl rozhodnout, zda omezit nebo naopak rozšířit, zahajovat nebo pokračovat dál v již zvolených diagnostických a terapeutických postupech, je každodenní. (Kořenek, 2004) Ke všemu, bohužel, ve skutečnosti tato rozhodnutí neřeší jenom jednosměrné nejjednodušší úkoly, jako přežití či nepřežití pacienta v kritickém stavu, ale dbá především na to, aby oni vedli k uchování života v uspokojivé kvalitě. (Kuře, 2012)

2.3 Etický problém a etické dilema

Ve zdravotnictví se dost často můžeme setkávat s pojmy etický problém a etické dilema. Na první pohled se může zdát, že tyto výrazy jsou synonymické, ale ve skutečnosti tomu tak není. Dilema vždy vystupuje v roli náročné a obtížné volby, která by měla jednoznačně vyloučit jednu možnost ze dvou nabízených. Paradox zde spočívá ve výběru jednoznačného řešení v takových situacích, ve kterých taková jednoznačná řešení původně chybí. Příklady etických dilemat mohou být nerozšiřování a redukování léčby, eutanazie, interrupce, dárcovství orgánů atd. (Bužgová, 2013)

Etický problém lze definovat jako složitou, nerozřešenou otázku, pro kterou je však vždy možné najít, vyhovující obou zúčastněným stranám, řešení. Například, se to týká sdělování pravdy pacientovi o jeho aktuálním nevyléčitelném stavu. Na takovou surovou pravdu pacienta můžeme, a nemálo kdy i musíme psychicky připravit. Kromě toho, sdělování pravdy může probíhat metodou „dávkování“. S ohledem na tuto zvláštnost bychom neměli v praxi používat pojmy etický problém a etické dilema jako synonyma. (Ivanová, 2004)

Bužgová uvádí, že při rozhodování u etických dilemat by měl zdravotník nebo lékař vždy volit variantu menšího zla samozřejmě s podřízením k platné legislativě. Zásady minimalizace morální konfrontace při rozhodování u etických dilemat se opírají o pravidla:

- hlavní činnost nese dobro;
- musí být alespoň malá převaha pozitivního efektu rozhodování nad efektem negativním;
- konečný výsledek je legální. (Bužgová, 2013)

2.4 Aktuální etická dilemata v prostředí intenzivní medicíny v České republice

Zadák a Havel, a také Krejčíková uvádějí základní současné etické problémy a dilemata v prostředí intenzivní medicíny:

- marná léčba
- permanentní vegetativní stav
- přijatelnost výsledku péče/míra handicapu
- nerozšiřování a redukování léčby
- důstojnost a spolurozhodování
- terminální péče
- KPR osob v terminálním stadiu maligního onemocnění
- dříve vyslovená přání
- dystanázie (prodlužování života, zadržovaná smrt)
- invazivita léčby u osob staršího věku
- přání pacienta DNR (do not resuscitate)
- eutanazie
- vražda z útrpnosti
- asistovaná reprodukce (Zadák, Havel, 2007), (Krejčíková, 2014)

Z výše uvedených etických dilemat a problémů jsme zvolili pro naši bakalářskou práci problematiku marné léčby, včetně otázek nerozšiřování a redukování léčby, a také problematiku dříve vyslovených přání. Tento směr v etice současné intenzivní medicíny byl zvolen hlavně z toho důvodu, že tato problematika je relativně nová nejen pro Českou republiku, ale také i pro jiné státy s rozvinutou a rozvojovou medicínou. Mimo to je navíc málo zkoumaná a velice diskutabilní. Proto v kapitolách číslo 3 a číslo 4 budeme věnovat svou pozornost konkrétně těmto otázkám. (Krejčíková, 2014)

3 ROZHODOVÁNÍ O LÉČBĚ

3.1 Marná léčba

„Marnou či medicínsky neadekvátní léčbou se rozumí léčba, která je natolik nedostačující či minimálně účinná, že se lékaři shodnou na jejím neposkytování, a to i pokud ji pacient či jeho zástupci vyžadují.“ (Ševčík, 2012)

Z této definice lze jinými slovy odvodit, že marná léčba (angl. futility treatment) představuje medicínskou strategii léčby pacienta, která není zcela přínosná. Touto strategií nelze v žádném případě dosáhnout uzdravení pacienta, ani takovou léčbou nepřispějeme k prodloužení života v jeho akceptovatelné kvalitě. Přínosem takového postupu může být pouze oddalování neodvratitelné smrti, z velké části díky již zmíněnému technologickému pokroku v intenzivní medicíně. Ale na druhou stranu definovat oddalování úmrtí u pacientů se špatnou prognózou nebo v ireverzibilním stavu jako přijatelný přínos není přípustné, protože takové rozhodnutí vystupuje především v rozporu se základními principy medicínské etiky. (Kuře, 2012)

Soubor činností lékařského a nelékařského zdravotnického personálu, které přispívají k zabránění přirozeného průběhu umírání a v situacích nevléčitelého terminálního stadia onemocnění přinášejí pacientům více utrpení než prospěchu, se nazývá distanázia, a je v dnešní intenzivní medicíně spojována s marnou léčbou. (Zadák, Havel, 2007) U pacientů ve stavech neodvratitelné smrti by vždy a včas mělo být uvažováno o ukončení, nezahájení nebo nerozšiřování léčby ošetřujícím lékařem podle určitých kritérií, abychom mohli předejít situaci distanázia. (Haškovcová, 2002).

3.2 Kategorizace pacientů

Prognóza stavu pacienta představuje velice důležitý účel, který by měl být dynamicky a mnohočetně sledován a vyjádřován během celého průběhu kritického stavu. Nedílnou součástí maximalizace objektivního rozhodování jsou již zmíněné skórovací systémy odůvodněně vyvinuté pro uplatňování v prostředí intenzivní medicíny. (Košenek, 2004)

Dnes kategorizace rozsahu léčby nevyvolává velké problémy s její praktickou realizací v klinické praxi, ale otázkou stále zůstává, u koho konkrétně je nutné tuto terapii kategorizovat a nasadit. Zde je hlavně myšleno o možné konečně dosažitelné kvalitě života pacienta, která bude pro jednoho jedince uspokojující a absolutně akceptovatelná, a pro

jiného pacienta bude mít za následek formu marné a beznadějně existence spojené s nepředstavitelným utrpením. (Kuře, 2012)

Bez ohledu na zmíněné etické nejasnosti a těžkosti limitace léčby, je na odděleních intenzivní péče stanovení rozsahu terapie a následující zařazení pacienta v kritickém stavu do jedné z kategorií součástí léčebného plánu. (Adamus, 2012)

Kuře uvádí, že rozsah jakékoliv léčby může být zařazen do jedné ze tří základních typů terapie, včetně podtypu DNR:

- standardní (plná léčba) – terapie lege artis, která využívá všechny současné dostupné v intenzivní medicíně prostředky, teoretické poznatky a klinické zkušenosti;
- zadržovaná (angl. withholding therapy, nerozšiřování léčby) – terapie bez rozšiřování diapazonu aktuálně používaných diagnostických a léčebných postupů pro daného pacienta;
- bazální (angl. withdrawing therapy, základní nebo redukováná léčba) – terapie, ve které se postupuje podle rozhodnutí o omezení nebo zastavení aktuálního rozsahu léčby. (Kuře, 2012)
- kategorie DNAR (angl. Do not attempt resuscitation) nebo DNR (angl. Do not resuscitate) – rozhodnutí o zařazení nemocného v kritickém stavu do této kategorie se realizuje v situacích, kdy poskytnutá a úspěšně zvladnutá KPR v budoucnu předpokládane nepřispěje k zlepšení klinického stavu pacienta, a proto se neindikuje. (Adamus, 2012) Daná kategorie u mnoha autorů se nepovažuje za samostatnou skupinu limitace léčby, protože je součástí bazální nebo zadržované terapie. (Kuře, 2012)

Posuzování a přehodnocení kategorií by mělo být prováděno pravidelně denně. Situace, kdy dochází k omezení nebo úplné zástavě aktuální péče s jejím následujícím převodem do bazální terapie se zaznamenává ošetřujícím lékařem do chorobopisu. Do profesionálních povinností lékaře také patří kontakt s rodinou a příbuznými nemocného během kterého se poskytuje otevřené informování o aktuálním stavu, prognóza situace a popis možností následující péče. (Adamus, 2012)

3.3 Plná terapie

Plná neboli standardní léčba představuje terapii v dostatečném obsahu, abychom mohli pacientovi navrátit jeho ztracené zdraví a zajistit kvalitu života ve vyhovujícím rozsahu po nejdelší možnou dobu. (Kraus, 2003) Plná terapie předpokládá využití všech dostupných v konkrétním zdravotnickém zařízení možností. Sem patří nejenom

diagnostické, terapeutické a rehabilitační prostředky pro obnovení zdravotního stavu nemocného, které jsou k dispozici ve zdravotnickém zařízení, ale také i praktické klinické zkušenosti a teoretické znalosti ošetřovatelského týmu. Taková léčebná strategie by měla v plné míře odpovídat standardům a doporučeným postupům medicíny. (Ševčík a kol., 2014) Kardiopulmonální resuscitace v situacích selhání životně důležitých orgánů se provádí standardně dle aktuálních guidelinů. (Paříková, Černý, Dostál, 2001)

3.4 Zadržovaná terapie

Zadržovaná terapie (angl. withholding therapy) představuje nerozšířování aktuální terapeutické strategie. Léčebný postup, který nemůže odvrátit úmrtí jedince a nepřispívá k návratu zdraví a zastavení onemocnění, patří do kategorie neindikovaných, a proto by neměl být proveden. (Doporučení ČLK č.1/2010). Nepřijetí nemocného na jednotku intenzivní péče vzhledem k tomu, že jeho onemocnění neodpovídá úrovni této péče (pacient primárně spadá na standardní nebo ambulantní oddělení), nebo vzhledem k terminálnímu stadiu choroby se také považuje za nerozšířování intenzivní terapie. (Ševčík, 2012)

Na základě aktuálního stavu pacienta, dynamiky onemocnění, výsledků skórovacích testů a prognózy budoucího stavu se obvykle rozhoduje o nerozšířování stávající léčby, která v okamžiku přijetí tohoto rozhodnutí bude považována za maximálně dostatečnou a odpovídá postupu „lege artis“. (Sláma a kol., 2007)

Adamus uvádí obsah nerozšířované léčby:

- režim ventilační podpory se nemění
- stávající farmakologická podpora organismu včetně podání antibiotické léčby
- nezvýšení dávek vazopresorů a inotropních léků
- nezahajení nových léčebných postupů (včetně substituční terapie krevními deriváty)

nezahajení eliminačních metod (hemodialýza, CRRT) a další orgánové podpory. (Adamus, 2012)

3.5 Bazální terapie

Vyspělé technické možnosti a vysoká uroveň klinických znalosti umožňuje v současné době zachránit velké množství životů. Avšak velice často stavy pacientů po „moderní“ záchráně života představují pouze oddálení umírání. (Ivanová, 2004)

Důstojné umírání pacienta v nevyléčitelném stavu je dnes umožněno zařazením tohoto pacienta do kategorie bazální terapie (withdrawing terapie). Jinými slovy se dál postupuje podle schématu omezení dyskomfortu při umírání. To znamená, že terapie pacienta se soustředí pouze na redukci a minimalizaci hladu, chladu, pocitu žízně, úzkosti a bolesti. Problematika přechodu do paliativní léčby je detailně objasněna v Doporučení představenstva České lékařské komory č.1/2010. V tomto doporučení jsou popsány postupy rozhodování a převedení neschopných vyjádřit svou vůli pacientů v terminálním stavu z plné intenzivní terapie na paliativní. (Adamus, 2012)

U prognosticky beznadějných nevyléčitelných pacientů se ponechává komplex terapeutických postupů, obsahujících ukončení metod eliminace (hemodialýza, CRRT), vysazení farmakologické podpory kardiovaskulárního systému vazopresory a inotropními léky, ukončení (v určitých případech) nebo omezení ventilace. (Kuře, 2012) Kromě toho se zastavuje léčebná rehabilitace. Někteří autoři také hovoří o ukončení podávání antibiotické terapie. Vyšetření laboratorních parametrů se ordinuje v základním rozsahu. (Kořenek, 2004)

Vysazení asistované nutrice a hydratace (ANH) v rámci kategorizace pacientů vyvolává i dnes žhavé diskuse mezi odborníky, kteří se v řešení této otázky rozdělili na dva tábory s argumenty „pro“ a „proti“. Na jedné straně zastavení ANH by mohlo s větší pravděpodobností vést ke smrti pacienta, což se rozhodně můžeme považovat za jednu z forem eutanazie, která je dnes v ČR právně zakázaná. Na druhou stranu podávání tekutin a stravy u pacientů s nevyléčitelnými stavy umělým způsobem je považováno některými odborníky za k ničemu nevedoucí zbytečnou terapii, a proto by měla být ukončena. (Munzarová, 2005)

Adamus uvádí shrnutý obsah bazální „withdrawing therapy“:

- základní režim ventilace (eventuálně odpojení, angl. terminal weaning);
- dostatečná analgosedace formou kombinace benzodiazepinu a morfinu (může být jiná varianta analgosedace);
- tekutinová terapie – 2000-2500 ml/24 hod.;

- antibiotická léčba jako preventivní opatření proti nozokomiálním nákazám (není uznáváno všemi autory);
- totální parenterální výživa (není uznáváno všemi autory);
- výživa pomocí nazogastrické sondy (není uznáváno všemi autory);
- standardní ošetrovatelská péče. (Adamus, 2012)

3.6 Zásady převedení pacienta na základní nebo zadržovanou léčbu

V ten okamžik léčebného procesu, kdy aktuální terapie je zhodnocena jako marná, ošetřující tým vznáší k posouzení logickou otázku o nerozšiřování nebo zastavení této léčby. Základní medicínský princip nám říká, že by se vždy a za všech okolností mělo postupovat pouze v nejlepším zájmu nemocného. Zadržování neodvratitelného umírání marnou léčbou je mimo tento princip, navíc hraničí s koncepcí „non lege artis“. (Kuře, 2012) Dle § 2 odst. 7 Etického kodexu České lékařské komory, respektivě § 1a odst. 1 písm. e) Disciplinárního řádu České lékařské komory, lékařské povinnosti jsou jasně ustanovené a naopak se považují za postup „lege artis“. Každý lékař je povinen mírnit utrpení, dbát o lidskou důstojnost a také zmírňovat bolest nevléčitelně nemocného. Proto prodlužování života za každou cenu tam, kde bezprostředně očekáváme umrtí, není vhodné lékařské jednání. (Krejčíková, 2014) Během terapeutického procesu v podstatě musí být splněny dvě důležitá kritéria: marná terapie není aplikována lékařem a marná terapie není vyžadována pacientem. (Ivanová, 2004)

Adamus uvádí zásady, které je nutno dodržovat při převedení pacienta na základní nebo zadržovanou léčbu:

- pacientovi v kritickém stavu je poskytována intenzivní péče a během tohoto lékařského procesu byla stanovena diagnóza „závažné poškození organismu, stav není slučitelný se životem“;
- komplexní aktuální léčba nepřispívá ke zlepšení klinického stavu nemocného (hodnocení stavu pacienta se opírá o skórovací schémata);
- rozhodnutí je písemné; (Adamus, 2012)
- rozhodnutí se provádí metodou konsensuální shody ošetrovatelského a lékařského týmu; do rozhodovacího procesu by měl být zahrnut celý ošetřující tým, který se podílel na léčbě pacienta, tzv. angl. „shared-approach to end-of-life decision making“ model. (Ševčík, 2012)

3.7 Praktické provedení kategorizace léčby

Praktické provedení limitace terapie kolísá v určitých bodech v závislosti na vnitřních řádech a doporučených postupech jednotlivých nemocnic a také zvláště jednotek intenzivní péče. (Kuře, 2012) Odpojení od ventilátoru (angl. terminal weaning) se provádí v terminálním stadiu při stanovení smrti jedince po informování příbuzných, s ukončením protokolu terminálního odpojení. (Adamus, 2012) Při převedení pacienta do bazální terapie se odpojení může například neprovádět vůbec, pacientovi se ponechává podpůrný základní režim s obsahem 21 % kyslíku O₂. (Kuře, 2012) Nebo se může postupovat takovým způsobem, že hodnota kyslíku a nastavení end-expiračního přetlaku (PEEP) jsou vybrány experimentálně. To znamená, že úroveň nastavení se ponechává na hraničních hodnotách, které nebudou působit pacientovi dechovou tíseň. (Ivanová, 2004) Jsou také případy, kde nezávisle na rozsahu spontánní ventilace nemocného je prováděno konečné odpojení dýchacího přístroje. Navíc existují jednotky intenzivní péče, na kterých se dokonce provádí i terminální extubace, která však vede k velké nevýhodě ve tvaru ztráty možnosti provádění a kontroly toalety dýchacích cest. (Kuře, 2012)

Nelze také pomlčet o dalším závažném problému, který se objevil před několika desítkami let se zavedením koncepce kategorizace léčby. Problém poprvé vznikl ve Spojených státech amerických v důsledku nadměrného právního tlaku a nazývá se „fenomén defenzivní medicíny“. (Ševčík, 2012)

Studdert ve spolupráci s dalšími autory uvádí pojem defenzivní medicíny: „*Defensive medicine is a deviation from sound medical practice that is induced primarily by a threat of liability*“ (Studdert et al., 2005, s. 2609)

Stolínová a Mach nám zjednodušeně říkají, že jádro defenzivní medicíny se schovává v obavách lékařů z možných soudních sporů kvůli omezení léčby nebo naopak indikaci zbytečné terapie. (Stolínová a Mach, 2010) Tato problematika se za desítky let od svého vzniku postupně usadila v různé míře ve všech státech Evropy, bohužel neminula ani Českou republiku. V praxi to vypadá tak, že lékaři radši budou ordinovat postup pokračování ve zbytečně nepřínosné léčbě, aby se mohli vyvarovat právnímu útoku. A to i přes dobré uvědomění ekonomické a etické iracionality, které v sobě nese takové řešení. Zlepšení situace se očekávalo uplatněním zákona č. 372/2011 Sb. (Zákon o zdravotních službách), ale i tento krok zatím nedokázal přispět k viditelným a významným změnám. (Ševčík, 2012)

3.8 Dříve vyslovená přání

3.8.1 Definice

„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“. (Zákon č. 372/2011 Sb., §36, s. 46) První zakotvení možnosti sepisování dříve vysloveného přání (angl. living will) se v české legislativě uskutečnilo v Úmluvě o lidských právech a biomedicíně z roku 2001. K rozšíření možnosti institutu předem vyslovených přání došlo za pouhých 10 let s přijetím zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách. Jak můžeme z toho vyvodit, tato problematika v intenzivní medicíně České republiky je relativně nová, a díky nepřesnostem z právní a etické stránky i dodnes zůstává velice diskutabilní. (Bužgová, 2013)

3.8.2 Autonomie nemocného

Jedním z principů lékařské etiky je zajištění autonomie pacienta, která spočívá v možnostech individuálního rozhodování, svobody vůle nemocného, jeho sebeurčení a nezávislosti atd. (Vácha a kol., 2012) Do tohoto etického principu spádají i „dříve vyslovená přání“. (Matějek, 2011)

Jak již bylo výše řečeno, technologický pokrok v intenzivní medicíně je dnes obrovský, ale i přesto se častěji setkáváme s obavami pacientů, než s jejich nadějemi. Jednou z takových obav je přípuštění nemocného, že on sám se může v budoucnu ocitnout v situaci terminálního stádia onemocnění nebo se mu přihodí těžké zranění a v ten okamžik nebude moci učinit rozhodnutí ohledně své léčby. (Kuře, 2012) Příklady takových stavů jsou demence, těžký úraz, obecně terminální stav nemoci, stavy po KPR s následnými komplikacemi, permanentní vegetativní stav. (Haškovcová, 2007) Perspektiva stát se objektem dystanázie, tj. nesmyslného udržování naživu, vyvolává u pacientů větší strach, než předčasný smrtelný konec. Což je celkem pochopitelné, protože dystanázie se nachází v přímém rozporu s lidskostí. A právě proto living will by mělo podpořit pacienty a posílit jejich autonomii (Kuře, 2012)

3.8.3 Dříve vyslovená přání v ČR

Bužgová uvádí, že dle zákona o zdravotních službách č. 372/2011 Sb., se respektuje pouze takové předem projevené přání, které bylo sepsáno na základě poučení nemocného v písemně formě. Písemné poučení by mělo obsahovat vysvětlení lékařem, u něhož je pacient registrován, popřípadě jiným ošetřujícím lékařem, o možných důsledcích takového rozhodnutí pacienta. Předem projevené přání je platné, jestli má písemnou podobu s úředně ověřeným podpisem nemocného. (Bužgová, 2013) Dříve projevené přání také může být vytvořeno při přijetí pacienta do zdravotnického zařízení. (Kuře, 2012)

Platnost tohoto dokumentu byla dříve omezená §36 Zákona o zdravotních službách a to na dobu 5 let. Právní neslučitelnost článku 9 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně s platností dle zákona o zdravotních službách přivedla k tomu, že ustanovením Ústavního soudu ČR platnost dříve vysloveného přání byla zrušena, stejně jako i poslední věta § 36 zákonu č. 372/2011 Sb., dříve určující platnost předem vysloveného přání (Krejčíková, 2014)

Interpretace vytvořeného dříve projeveného přání pacienta obsahuje důležitý bod, a to „adresát prohlášení nemocného“. Z právního hlediska adresáty mohou být:

- lékař, který léčil pacienta, znal ho osobně, byl si vědom okolností pacienta nejenom z medicínské stránky a nemocný toto prohlášení s ním konzultoval v první řadě;
- lékař, neznající nemocného, ale patřící k oboru, do kterého spadá text dříve vysloveného přání;
- lékař, neznající osobně pacienta a nepatřící k oboru dříve vysloveného přání.

Jde hlavně o to, aby nemocný během sepisování svého přání věděl, pro koho ho konkrétně píše, protože tento parametr je součástí v mnoha případech složitého rozhodnutí – postupovat-li podle tohoto přání pacienta nebo ne. (Matějek, 2011)

Bužgová uvádí seznam případů, ve kterých nelze předem projevené přání pacienta respektovat:

- pacient je nezletilý nebo není právně způsobilý rozhodovat;
- poskytovatel zdravotní péče započal léčebný proces v době, kdy neměl u sebe předem projevené přání nemocného. Navíc přerušení započatých postupů by mohlo vést k aktivnímu zavinění smrti jedince;
- splněním tohoto dokumentu by došlo k ohrožení jiných osob;
- splněním tohoto dokumentu by došlo k aktivnímu způsobení smrti;

- není dostatek informací – doba, která uplynula od sepísování předem projeveného přání je příliš dlouhá, a během ní došlo k takovému vývoji zdravotní péče, že bychom mohli aktuálně předpokládat, že by pacient chtěl postupovat dle tohoto vývoje, než dle zastaralého dokumentu. (Bužgová, 2013)

3.8.4 Právní nedokonalost

Úmluva o lidských právech a biomedicíně stanovuje, že lékař je povinen přihlížet do předem projeveného přání nemocného. Ale to vůbec neznamená, že v praxi se bude podle doloženého přání jednat. (Haškovcová, 2007) Navíc se ukázalo, že dříve vyslovená přání nejsou až tak populárním a používaným právním nástrojem. (Krejčíková, 2014) To je objasněno tím, že v současné době většina občanů ČR ani neví o existenci možnosti předem projeveného přání. (Haškovcová, 2007)

Oprávněné spory ohledně závažnosti a respektování předem projevených přání se pořád vedou. Úmluva o lidských právech a biomedicíně nám jasně říká, že na dříve vyslovená přání bude brán zřetel v rámci lékařského procesu, jestliže pacient v ten okamžik nebude mocí své přání vyjádřit. (Kuře, 2012) Ale vysvětlující zpráva k Úmluvě o biomedicíně zároveň dodává, že i když by na předem projevená přání měl být brán zřetel, neznamená to splnění tohoto přání za každých okolností. Delší uplynulá doba od sepísování, vědecký a technologický pokrok v medicíně a další důvody mohou být příčinou nerespektování dokumentu dříve vysloveného přání. Z výše uvedeného plyne, že právní úprava předem projeveného přání nemocného není až tak dokonalá a v určitých případech může lehce dojít k právním sporům mezi pacientem (nebo jeho rodinou) a poskytovatelem zdravotní péče. (Krejčíková, 2014)

Ve vztahu dříve vyslovenému přání k nezahajení marné léčby je na první pohled situace docela srozumitelná. (Matějek, 2011) §30 trestního zákoníku upravuje protiprávnost jednání lékaře, které vedlo ke smrti pacienta, o které nemocný sám požádal nebo k tomu dal svůj souhlas. Jedná se o aktivní usmrcení nebo asistovanou sebevraždu. Ale existuje i opačný případ, když máme k dispozici pacientův informovaný nesouhlas nebo dříve projevená přání, v souladu s nimiž může být pacientovi ukončena život zachraňující terapie nebo nebude vůbec poskytnuta. V tomto případě taková činnost lékaře samozřejmě může vést ke smrti pacienta, ale i přes to je lékař právně krytý. V praxi to až tak dobře nefunguje, hlavně kvůli obavám ošetřujícího lékaře, protože je vždy riziko, že

dříve vyslovené přání pacienta nebude z nějakých právních důvodů uznáno. (Krejčíková, 2014)

3.9 Rozhodování o léčbě a legislativa

Články číslo 1, 3 a 4 zákona č. 2/1993 Sb. „Listina základních práv a svobod“ popisují princip rovnosti všech občanů v právech a důstojnosti, a také absolutně zakazují jakýkoliv druh diskriminace. V dnešní době v rámci české intenzivní medicíny je toto právo občanů na poskytování zdravotní péče bez jakékoliv diskriminace v plné míře splněno. (Pařízková, 2008)

Článek číslo 6 zákona č. 2/1993 Sb. „Listina základních práv a svobod“ nám říká, že *„Každý má právo na život. Nikdo nesmí být zbaven života.“* (Ústavní zákon č. 2/1993 Sb., článek č. 6) Jelikož „Listina základních práv a svobod“ má nejvyšší právní sílu, v souladu s článkem č. 6 je nepřipustné a právně zakázané aktivní ukončení života jedince metodou asistované sebevraždy a eutanázie. Neposkytování marné terapie, ať se již jedná o nerozšiřování léčby, nebo převedení pacienta na bazální terapii, není zaměřeno na usmrcení pacienta nebo zkrácení délky jeho života. Hlavním cílem omezení léčby je zabránit strádání, dyskomfortu, bolestem, stresu a dalším negativním vlivům, které může marná léčba ve své podstatě nést. V takovém případě nemocný umírá na následky svého nevléčitelného kritického stavu nebo terminálního onemocnění a nikoliv na důsledek rozhodování lékařů. (Pařízková, 2008)

„Úmluva o lidských právech a biomedicině“, která je součástí právního řádu ČR, zmiňuje v článku č. 2: *„Zájmy a blaho člověka (lidské bytosti) musejí být nadřazeny všem ostatním zájmům společnosti a vědy“*, v článku č. 4: *„Každý zásah do sféry zdraví, včetně výzkumu, musí být prováděn v souladu s profesními závazky a na odpovídající odborné úrovni“*, v článku č. 8: *„Jestliže v naléhavých případech není možné získat odpovídající souhlas, musí být každý lékařský zásah proveden v zájmu zdraví dané osoby bezodkladně“*, v článku č. 9: *„U pacienta, jenž v době zásahu není v takovém stavu, aby mohl vyslovit svá přání, nutno přihlížet k přáním, která pacient v souvislosti s provedením zásahu vyslovil dříve“* (Předpis č. 96/2001 Sb. m.s., článek č. 2, 4, 8, 9) Pouze ošetřující lékař může ohodnotit nevléčitelný stav pacienta a vysadit stávající terapii. Takovým jednáním by postupoval v rámci blaha a zájmů pacienta v souladu se svými profesními povinnostmi, aby zajistil důstojné umírání nevléčitelně nemocného. (Cvachovec et kol., 2009) Důvodem omezení terapie nemůže v žádném případě být ekonomická nedostupnost

intenzivní medicíny, která dnes neexistuje. Co se týká článku č. 9 při rozhodování o limitaci terapie, může pouze ošetřující lékař rozpoznat, do jaké míry je dříve vyslovené přání sepsané pacientem použitelné v dané situaci a jestli jeho akceptováním bude dosažen postup „lege artis“ z právního a etického hlediska. (Pařízková, 2008)

Dle Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999, O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících, jsme povinni chránit důstojnost všech lidí, zmírňovat utrpení, zajistit maximální úlevu, navíc by nemělo dojít k umělému prodlužování umírání nemocných v nevléčitelných stavech a také pacientů v terminalních stádiích onemocnění. (Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999)

3.10 Dílčí závěr

Kategorizace pacientů pro zabránění poskytování marné léčby ve své podstatě splňuje tři základní principy etiky. Princip dobročinnosti (beneficence) je dosažen jednáním ošetřujícího týmu v nejlepším zájmu pacienta. Minimalizaci poškození zdraví pacienta a neposkytnutí marné léčby dosáhneme principu nonmaleficence (především neškodit). Kromě toho omezení léčby v případech, kde taková léčba není nutná, a nasazení ekonomických a technických prostředků v klinických případech, kde jsou nezbytné, nám umožňuje splnit princip spravedlnosti. (Duška, 2010) Snadněji je také dosažena orientace zdravotnických pracovníků a kontinuita ošetrovatelského procesu. Navíc systém limitování léčby klade velký důraz na etickou stránku a důstojnost přístupu k nemocnému. (Pařízková, 2008)

Na druhou stranu, častá nejistota lékařů v rozhodnutích ohledně zařazení pacienta do určité kategorie odhaluje negativní stránku problematiky. Souvisí to především se zamítavým postojem příbuzných nemocného, právním chráněním personálu, potížemi interpretace a prognózování zdravotního stavu a přání pacienta, zaměňování pojmu „neposkytnutí marné léčby“ s pojmem „pasivní eutanázie“. (Pařízková, 2008) V neposlední řadě je třeba poznamenat, že v české intenzivní medicíně dnes hraje důležitou a možná i hlavní roli špatně a nepřesně legislativně definovaná problematika marné léčby a dříve vyslovených přání, což velice omezuje lékařský a zdravotnický personál při řešení výše zmíněných problematických situací. (Ševčík, 2012)

PRAKTICKÁ ČÁST

4 FORMULACE PROBLÉMU

Současná intenzivní medicína má několik etických otázek: marná léčba, permanentní vegetativní stav, nerozšiřování a redukování léčby, důstojnost a spolurozhodování, dříve vyslovená přání, dystanázie, DNR (Do Not Resuscitate), eutanazie, asistovaná reprodukce atd. Hlavním problémem ve většině případů je rozpor mezi léčebnými koncepcemi, eticko-právními aspekty, sociálními normami a vírou.

“Práce ve zdravotnictví klade na zdravotníky vysoké požadavky nejen po stránce odborné, ale také po stránce morální. Každý zdravotník může svým přístupem a jednáním přispět ke zvyšování kvality zdravotní péče i ke zvyšování spokojenosti pacientů. K tomu je zapotřebí, aby měl patřičné odborné znalosti a také znalosti v oblasti etiky.” (Bužgová, 2013, s.4)

Dostatečnou výukou a zkoumáním otázek předmětu etiky neodkladné péče lze v mnohých případech předejít možným nežádoucím situacím, ve kterých pak bude zapotřebí řešit eticko-právní spory mezi pacientem a zdravotnickým zařízením. Kromě toho odborné znalosti etiky neodkladné péče nejen právně chrání zdravotnický personál, ale také výrazně pomáhají v již zmíněném zvyšování celkové kvality zdravotní péče a spokojenosti pacientů.

5 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

5.1 Cíle práce

Cíl 1 Zjistit rozdíly ve znalostech a názorech na současná etická dilemata mezi nelékařskými zdravotnickými pracovníky pracujícími na oddělení intenzivní péče a mezi studenty bakalářských a navazujících magisterských nelékařských zdravotnických oborů.

Cíl 2 Zjistit aktuální etická dilemata v prostředí intenzivní péče v ČR.

Cíl 3 Zjistit znalosti nelékařských zdravotnických pracovníků pracujících na oddělení intenzivní péče a studentů bakalářských a navazujících magisterských zdravotnických oborů o problematice dříve vyslovených přání.

Cíl 4 Zmapovat současný stav výuky aktuálních etických dilemat u studentů bakalářských a navazujících magisterských nelékařských zdravotnických oborů.

5.2 Hypotézy

Hypotéza 1 Studenti bakalářských a navazujících magisterských zdravotnických oborů se lépe orientují v problematice etiky neodkladné péče, než nelékařští zdravotničtí pracovníci pracující na oddělení intenzivní péče.

Hypotéza 2 Česko v intenzivní péči v současné době má tato nejčastější etická dilemata: marná léčba, nerozšiřování léčby a dříve vyslovená přání.

Hypotéza 3 Nelékařští zdravotničtí pracovníci pracující na oddělení intenzivní péče znají problematiku dříve vyslovených přání méně, než studenti bakalářských a navazujících magisterských zdravotnických oborů.

Hypotéza 4 Nelékařští zdravotničtí pracovníci pracující na oddělení intenzivní péče a studenti bakalářských a navazujících magisterských nelékařských zdravotnických oborů považují současný stav výuky etiky za dostačující.

6 METODIKA VÝZKUMU

6.1 Metody výzkumu

Pro splnění cílů naší bakalářské práce jsme zvolili výzkumné šetření formou kvantitativní metodologie. Kvantitativní výzkum byl realizován pomocí metody dotazování prostřednictvím techniky dotazníku a byl zaměřen především na zjišťování rozdílů v názorech a znalostech na určitá etická dilemata mezi zdravotnickým personálem poskytujícím ošetrovatelskou péči na lůžkách akutní a dlouhodobé intenzivní péče a studenty nelékařských zdravotnických oborů.

Anonymní dotazníkové šetření bylo určené pro nelékařské zdravotnické pracovníky poskytující ošetrovatelskou péči na lůžkách akutní a dlouhodobé intenzivní péče Fakultní nemocnice Plzeň a zvláště pro studenty nelékařských zdravotnických studijních programů „Ošetrovatelství“ (všeobecné sestry bakalářského a navazujícího magisterského studijního programu) a „Specializace ve zdravotnictví“ (studenti bakalářského programu oboru Zdravotnický záchranář) Fakulty zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni. Vzhledem k potížím vytvoření jediné totožné formulace některých otázek průzkumu, bylo rozhodnuto vytvořit dva samostatné dotazníky, jeden pro studenty, druhý pro nelékařské zdravotnické pracovníky. Dotazníky byly vytvořeny s úplným zanechaním v nich stejných zkoumaných aspektů týkajících se jednotlivých otázek.

Výzkum, určený pro nelékařské zdravotnické pracovníky, probíhal na jednotkách intenzivní a dlouhodobé intenzivní péče, a také na anesteziologicko-resuscitačním oddělení Fakultní nemocnice Plzeň v průběhu odborné praxe od 20. 4. 2015 do 8. 5. 2015 se svolením manažerky pro vzdělávání a výuku NLZP. Pro tuto část výzkumného šetření byly vybrány následující oddělení Fakultní nemocnice Plzeň: Metabolická JIP, DIP FNB, ARO FNB, PNE JIP, KCH RES, CHK JIP II a K-JIP. Pracujícím nelékařským zdravotnickým pracovníkům na těchto pracovištích FN Plzeň bylo se svolením vrchních sester celkem rozdáno 113 dotazníků a vyplněných se vrátilo 79. Procentuální návratnost činí 69.9 %.

Anonymní dotazník pro NLZP je strukturovaný a je tvořen 21 otázkami. Otázky číslo 1, 4, 7 a 17 byly uzavřené dichotomické, respondenti měli možnost výběru pouze jedné odpovědi ze dvou nabízených variant. Navíc z toho otázka číslo 7 byla filtrační, tzn. že eliminovala dotazované respondenty v odpovědi na následující otázku. Otázky číslo 5, 11, 14 a 21 byly uzavřené trichotomické, nabízely výběr jedné odpovědi ze tří nabízených variant. Ke kategorii uzavřené polytomické, která nabízela jednu odpověď z několika

nabídnutých patřily otázky číslo 2, 3, 6, 13, 16, 18-20. Otázka číslo 8 v dotazníku pro NLZP byla otevřená, a zaměřovala se na popis definice pojmu “bioetika”. Otázka číslo 10 byla výčtová polouzavřená s možností textové odpovědi. Kategorie výčtových uzavřených otázek byla vymezena otázkami číslo 12 a 15. Nakonec i otázka číslo 9 byla uzavřená polytomická s možností textové odpovědi. Otázky jsou zaměřené především na znalosti NLZP etických otázek neodkladné péče, zvláště pak problematiky marné a přerušované léčby a také dříve vyslovených přání.

Studenti byli dotazováni formou anonymního dotazníku v elektronické podobě, který obsahoval 20 otázek týkajících se stejné problematiky, jako dotazník pro NLZP. Otázky číslo 1, 4, 6 a 16 byly uzavřené dichotomické, z toho otázka číslo 6 byla filtrační. Otázky číslo 10, 13 a 20 byly uzavřené trichotomické, otázky číslo 2, 3, 5, 8, 12, 15, 17-19 byly uzavřené polytomické, otázka číslo 7 byla otevřená, otázka číslo 9 spadá do kategorie výčtových polouzavřených otázek s možností textové odpovědi, nakonec i otázky číslo 11 a 14 byly výčtové uzavřené. Dotazník vyplnilo 78 studentů. Procentuální návratnost v tomto případě není možné vypočítat vzhledem k tomu, že dotazník byl elektronický.

6.2 Charakteristika sledovaného souboru

Do kvantitativního výzkumu byly zahrnuti nelékařští zdravotničtí pracovníci poskytující ošetrovatelskou péči na lůžkách akutní a dlouhodobé intenzivní péče Fakultní nemocnice Plzeň a studenti nelékařských zdravotnických bakalářských a navazujících magisterských studijních programů “Ošetrovatelství“ a „Specializace ve zdravotnictví“ Fakulty zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni. Soubor respondentů byl zvolen na základě náhodného výběru. Celkem se dotazníkového šetření zúčastnilo 79 nelékařských zdravotnických pracovníků Fakultní nemocnice Plzeň a 78 studentů Fakulty zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni.

7 VÝSLEDKY VÝZKUMU

7.1 Obecné informace o respondentech

Pomocí prvních šesti dotazníkových položek dotazníku určeného pro nelékařské zdravotnické pracovníky a prvních pěti dotazníkových položek dotazníku určeného pro studenty jsme získali všeobecný přehled o respondentech dvou zkoumaných skupin. Prostřednictvím první dotazníkové položky jsme zjistili pohlaví respondentů. Následně z odpovědí na druhou dotazníkovou otázku jsme vymezili procentuální poměr věkového parametru respondentů. Ve třetí otázce jsme rozdělili respondenty na kategorie podle nejvyššího dosaženého vzdělání v okamžiku provedení výzkumu (střední s maturitou, vyšší odborné, vysokoškolské bakalářské, vysokoškolské magisterské, a také s možností výběru zvláštní varianty pro NLZP - specializační vzdělání v IP). Čtvrtá dotazníková položka obou dotazníků byla zaměřená na zjišťování aktuálního pracovního zařazení respondentů, a to ve smyslu zda-li je respondent studentem, nelékařským zdravotnickým pracovníkem nebo nelékařským zdravotnickým pracovníkem a studentem současně. Pátá dotazníková otázka dotazníku pro NLZP nám umožnila procentuálně určit typ oddělení, kde momentálně pracuje respondent. Stejná dotazníková položka v dotazníku pro studenty nám poskytla informativní přehled o rozdělení v procentuálním poměru respondentů dle ročníku studia. Pomocí šesté dotazníkové otázky dotazníku pro NLZP jsme zjišťovali procentuální zastoupení těchto respondentů ve vztahu k jejich délce praxe v intenzivní péči. Šestá dotazníková položka v dotazníku pro studenty už se vztahuje k odborným informacím zkoumaných aspektů v rámci určených etických dilemat a bude zmíněná níže v odpovídající praktické části bakalářské práce.

Vzhledem k tomu, že jsme prováděli dotazníkové šetření pro dvě skupiny respondentů, byly v praktické části naší bakalářské práce pro lepší vizuální vnímání výsledků zvoleny dvě barvy grafické úpravy. Tabulky s daty, které patří k nelékařským zdravotnickým pracovníkům jsou úpravené v zelené barvě, zatímco tabulky s daty pro studenty jsou oranžové.

Položka 1 – otázka č. 1 Pohlaví respondentů

Tabulka 1a Pohlaví NLZP

Odpověď	Počet respondentů	
	absolutní četnost	relativní četnost
muž	4	5,1 %
žena	75	94,9 %
CELKEM	79	100 %

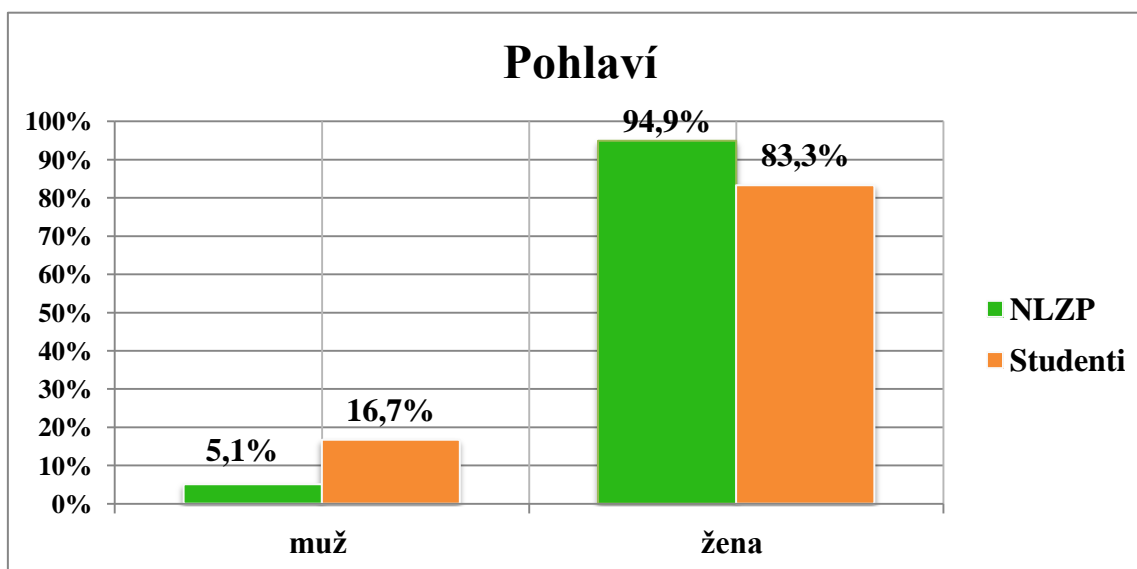
Zdroj: vlastní

Tabulka 1b Pohlaví studentů

Odpověď	Počet respondentů	
	absolutní četnost	relativní četnost
muž	13	16,7 %
žena	65	83,3 %
CELKEM	78	100 %

Zdroj: vlastní

Graf 1 Pohlaví NLZP a studentů



Zdroj: vlastní

Z celkového počtu respondentů první skupiny byl zkoumaný vzorek nelékařských zdravotnických pracovníků zastoupen 94,9 % žen a 5,1 % mužů. Druhá skupina byla zastoupena zkoumaným vzorkem dotazovaných studentů v poměru 83,3 % žen a 16,7 % mužů.

Položka 2 – otázka č. 2 Věk respondentů

Tabulka 2a Rozdělení NLZP podle věku

Odpověď'	Počet respondentů	
	absolutní četnost	relativní četnost
19 – 25 let	15	19,0 %
26 – 35 let	36	45,6 %
36 – 45 let	21	26,6 %
46 – 57 let	7	8,9 %
58 let a víc	0	0 %
CELKEM	79	100 %

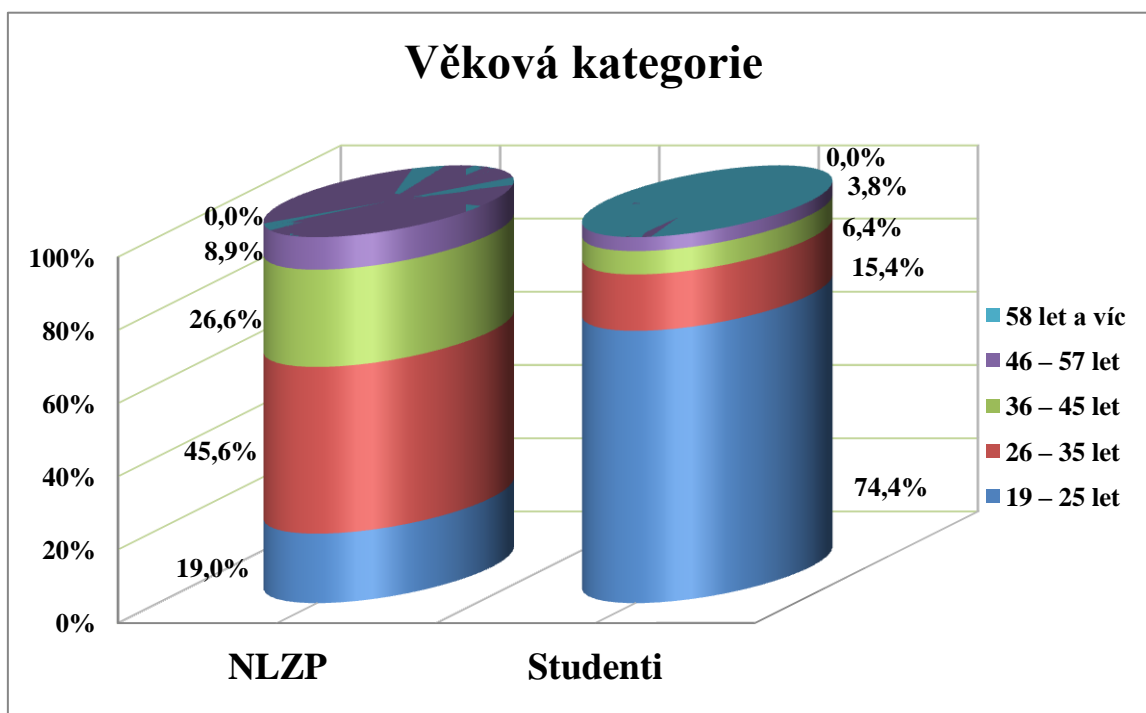
Zdroj: vlastní

Tabulka 2b Rozdělení studentů podle věku

Odpověď'	Počet respondentů	
	absolutní četnost	relativní četnost
19 – 25 let	58	74,4 %
26 – 35 let	12	15,4 %
36 – 45 let	5	6,4 %
46 – 57 let	3	3,8 %
58 let a víc	0	0 %
CELKEM	78	100 %

Zdroj: vlastní

Graf 2 Věková kategorie NLZP a studentů



Zdroj: vlastní

Věkové kategorie obou skupin respondentů nejsou zastoupeny rovnoměrně. Z oslovených nelékařských zdravotnických pracovníků Fakultní nemocnice Plzeň bylo 19 % respondentů ve věku 19 – 25 let. K této věkové kategorie studentů patří o něco víc, což v procentuálním poměru činí až 74,4 %. Dalších 45,6 % nelékařských zdravotnických pracovníků spadá do věkové kategorie 26 – 35 let, která je v případě s dotazovanými studenty zastoupena 15,4 % respondentů. Věková skupina 36 – 45 let je představena 26,6 % NLZP a 6,4 % studentů v jednotlivých dotazovaných skupinách. 8,9 % NLZP a 3,8 % studentů se nachází ve věkovém rozmezí 46 – 57 let. Žádný z respondentů obou dotazovaných skupin nespadal do věkové kategorie 58 let a víc.

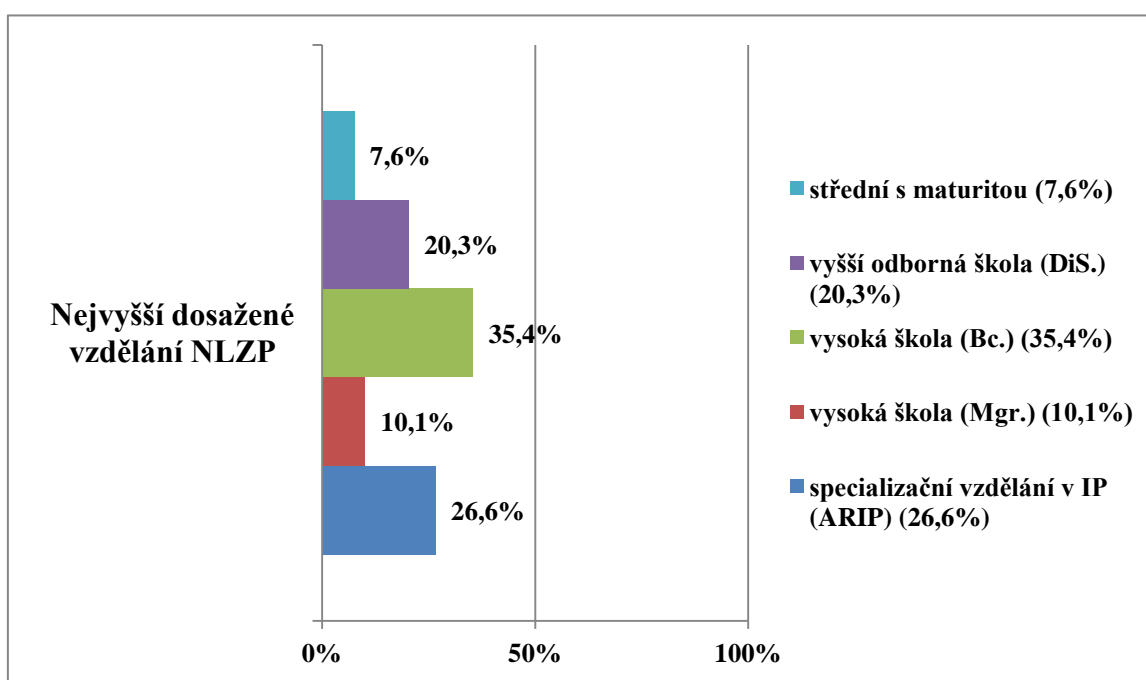
Položka 3 – otázka č. 3 Nejvyšší dosažené vzdělání

Tabulka 3a Rozdělení NLZP podle nejvyššího dosaženého vzdělání

Odpověď	Počet respondentů	
	absolutní četnost	relativní četnost
střední s maturitou	6	7,6 %
vyšší odborná škola (DiS.)	16	20,3 %
vysoká škola (Bc.)	28	35,4 %
vysoká škola (Mgr.)	8	10,1 %
specializační vzdělání v IP (ARIP)	21	26,6 %
CELKEM	79	100 %

Zdroj: vlastní

Graf 3a Nejvyšší dosažené vzdělání NLZP



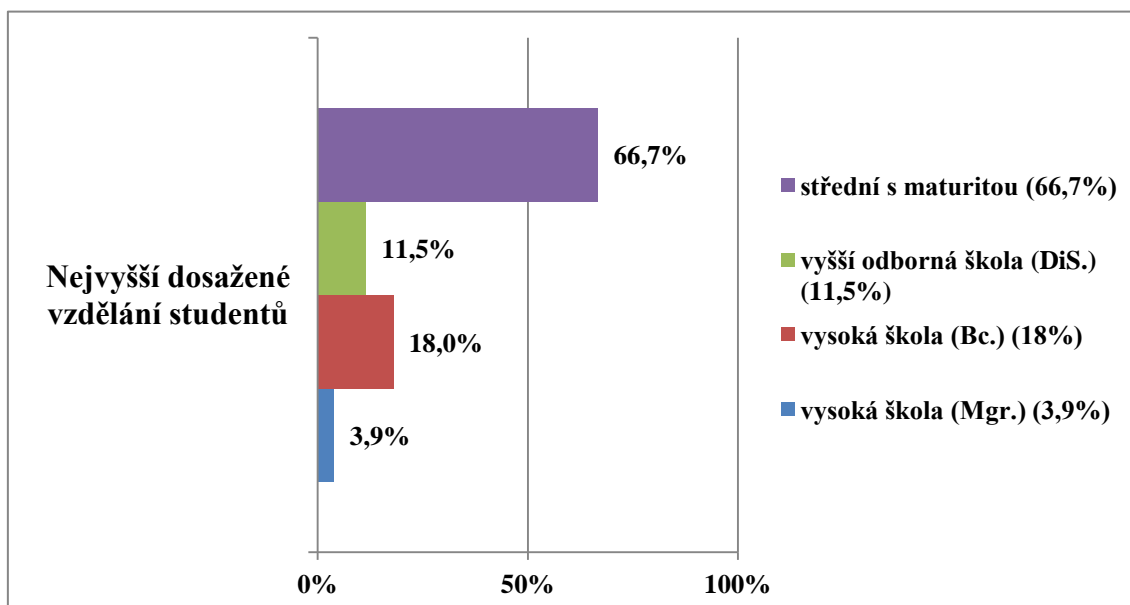
Zdroj: vlastní

Tabulka 3b Rozdělení studentů podle nejvyššího dosaženého vzdělání

Odpověď	Počet respondentů	
	absolutní četnost	relativní četnost
střední s maturitou	52	66,7 %
vyšší odborná škola (DiS.)	9	11,5 %
vysoká škola (Bc.)	14	18,0 %
vysoká škola (Mgr.)	3	3,9 %
CELKEM	78	100 %

Zdroj: vlastní

Graf 3b Nejvyšší dosažené vzdělání studentů



Zdroj: vlastní

Dotazník vyplnilo celkem 79 nelékařských zdravotnických pracovníků FN Plzeň a 78 studentů Fakulty zdravotnických studií ZČU. V první skupině (NLZP) největší počet respondentů, tj. 35,4 %, uvedlo vysokoškolské bakalářské vzdělání. Dále sestupně v této skupině specializační vzdělání v IP (ARIP) mají 26,6 % respondentů, vyšší odborné 20,3 %, vysokoškolské magisterské 10,1 %, i nakonec 7,6 % respondentů uvedlo střední s maturitou jako své nejvyšší dosažené vzdělání. Dotazovaný vzorek studentů byl představen 66,7 % respondentů se středním vzděláním s maturitou, 18 % vysokoškolských respondentů s titulem Bc., 11,5 % respondentů s vyšším odborným vzděláním, a také 3,9 % respondentů, kteří absolvovali vysokoškolský magisterský studijní program.

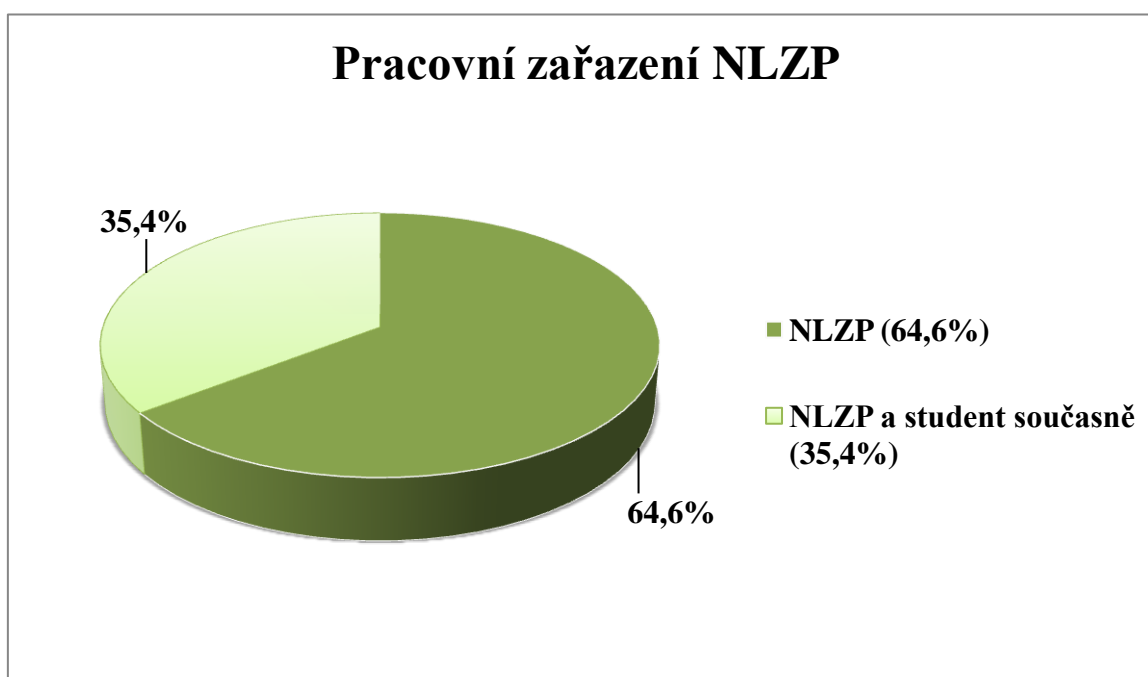
Položka 4 – otázka č. 4 Pracovní zařazení

Tabulka 4a Rozdělení NLZP podle pracovního zařazení

Odpověď	Počet respondentů	
	absolutní četnost	relativní četnost
NLZP	51	64,6 %
NLZP a student současně	28	35,4 %
CELKEM	79	100 %

Zdroj: vlastní

Graf 4a Pracovní zařazení NLZP



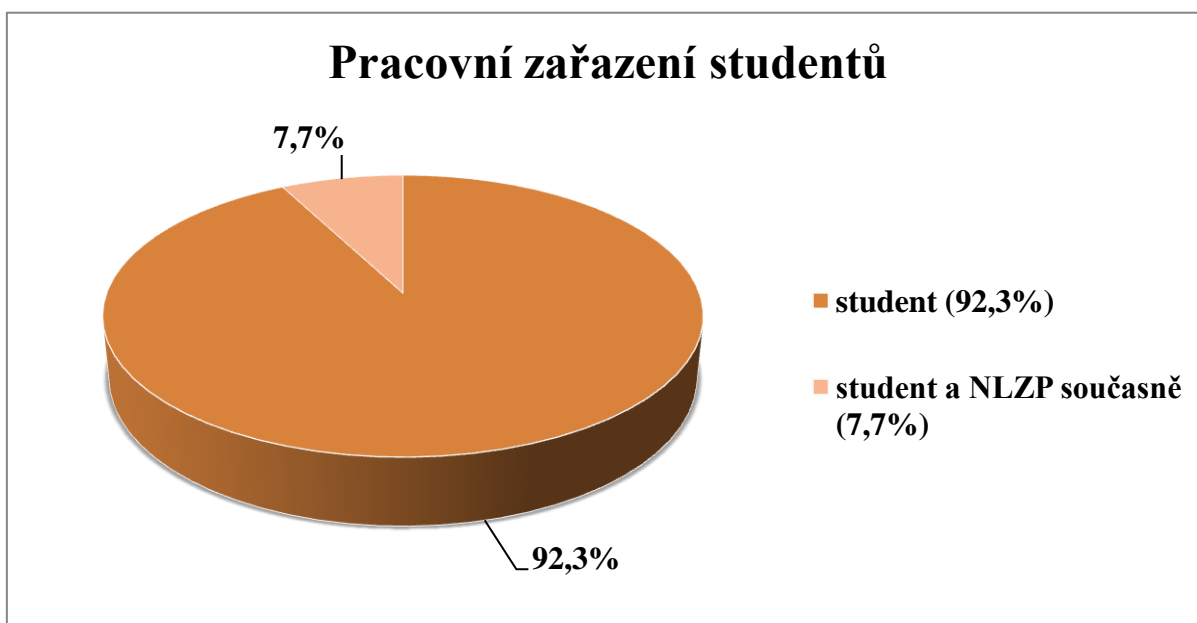
Zdroj: vlastní

Tabulka 4b Rozdělení studentů podle pracovního zařazení

Odpověď	Počet respondentů	
	absolutní četnost	relativní četnost
student	72	92,3 %
student a NLZP současně	6	7,7 %
CELKEM	78	100 %

Zdroj: vlastní

Graf 4b Pracovní zařazení studentů



Zdroj: vlastní

Vzhledem k tomu, že dotazník byl zaměřen na zjišťování rozdílů v názorech a znalostech na určitá etická dilemata mezi zdravotnickým personálem Fakultní nemocnice Plzeň poskytujícím ošetrovatelskou péči na lůžkách akutní a dlouhodobé intenzivní péče a studenty nelékařských zdravotnických oborů, a také vzhledem k tomu, že v nynější době studenti mohou pracovat a studovat současně, stejně jako i nelékařští zdravotničtí pracovníci si mohou dodělávat specializaci nebo vysokoškolské vzdělání, jsme procentuálně rozdělili dvě dotazované skupiny podle pracovního zařazení. Ve vzorku NZLP 64,6 % respondentů pracují a 35,4 % pracují i studují současně. Dotazovaná skupina respondentů Fakulty zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni obsahuje 92,3 % studentů a pouze 7,7 % respondentů, pracujících v oboru a studujících současně.

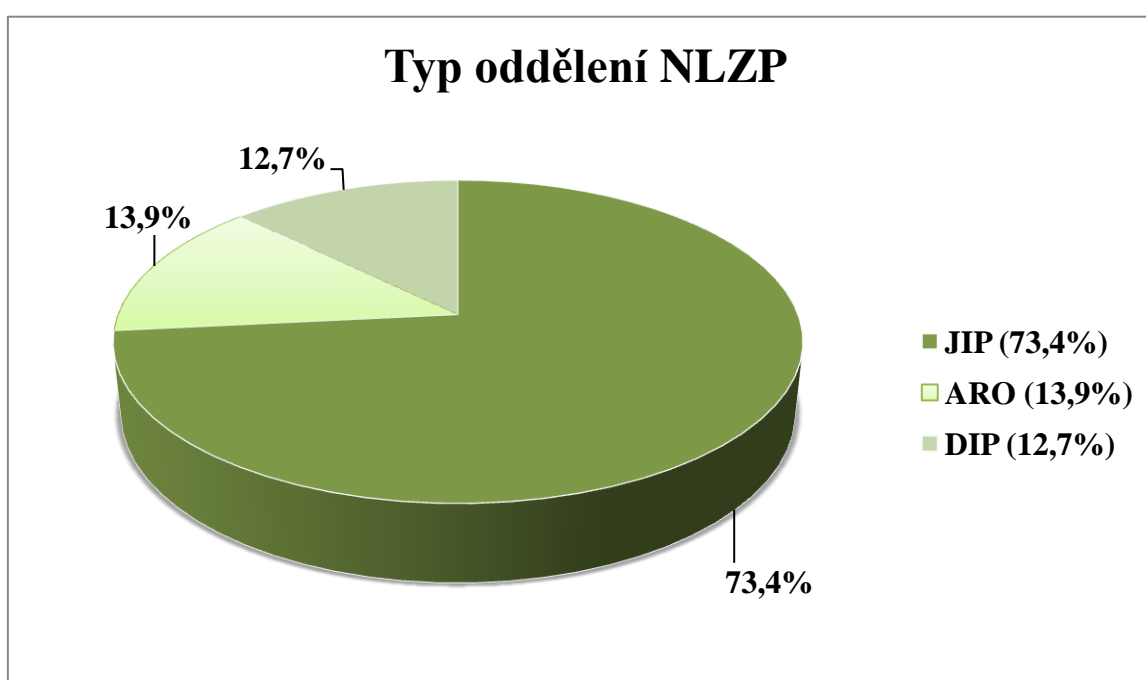
Položka 5* – otázka č. 5 Typ oddělení (*pouze v dotazníku pro NLZP)

Tabulka 5 Rozdělení NLZP podle typu oddělení

Odpověď	Počet respondentů	
	absolutní četnost	relativní četnost
Jednotka intenzivní péče (JIP)	58	73,4 %
Anesteziologicko-Resuscitační oddělení (ARO)	11	13,9 %
Oddělení dlouhodobé intenzivní péče (DIP)	10	12,7 %
CELKEM	79	100 %

Zdroj: vlastní

Graf 5 Typ oddělení NLZP



Zdroj: vlastní

Pro lepší přehled jsme rozdělili dotazované nelékařské zdravotnické pracovníky Fakultní nemocnice Plzeň podle typu oddělení, na kterých aktuálně pracují. 73,4 % respondentů označilo jednotku intenzivní péče jako typ oddělení, na kterém jsou teď momentálně zaměstnáni. 13,9 % respondentů uvedlo anesteziologicko-resuscitační oddělení a 12,7 % jednotku dlouhodobé intenzivní péče.

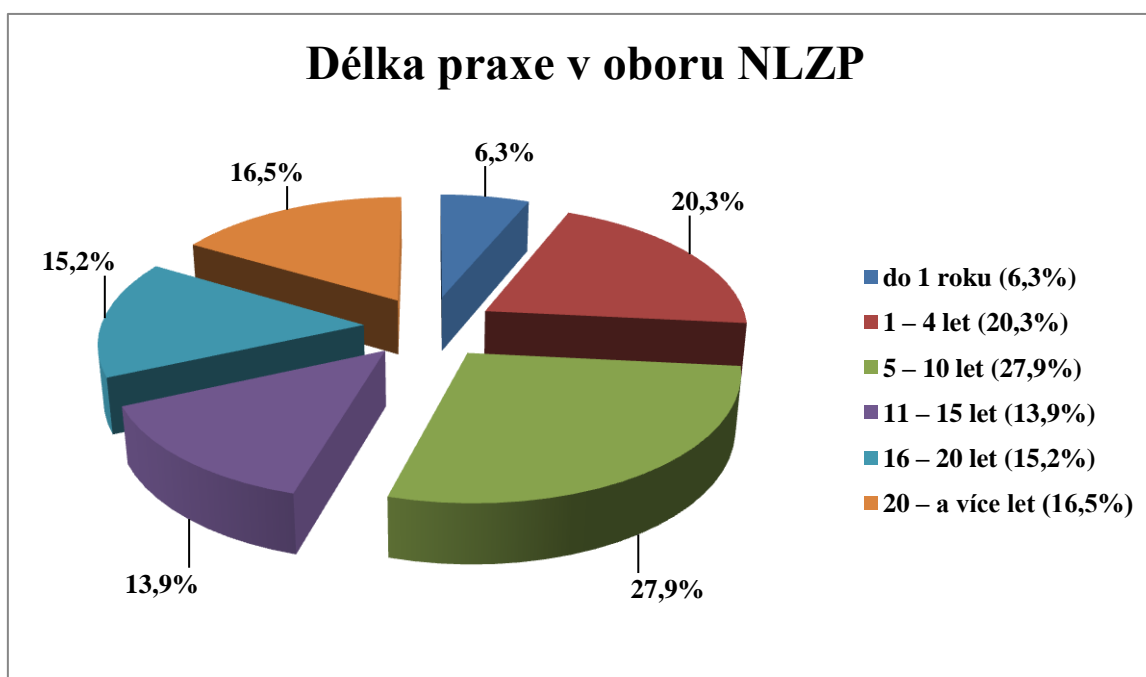
Položka 6a – otázka č. 6 pro NLZP Délka praxe v oboru

Tabulka 6a Rozdělení NLZP podle délky praxe

Odpověď	Počet respondentů	
	absolutní četnost	relativní četnost
do 1 roku	5	6,3 %
1 – 4 let	16	20,3 %
5 – 10 let	22	27,9 %
11 – 15 let	11	13,9 %
16 – 20 let	12	15,2 %
20 – a více let	13	16,5 %
CELKEM	79	100 %

Zdroj: vlastní

Graf 6a Délka praxe v oboru NLZP



Zdroj: vlastní

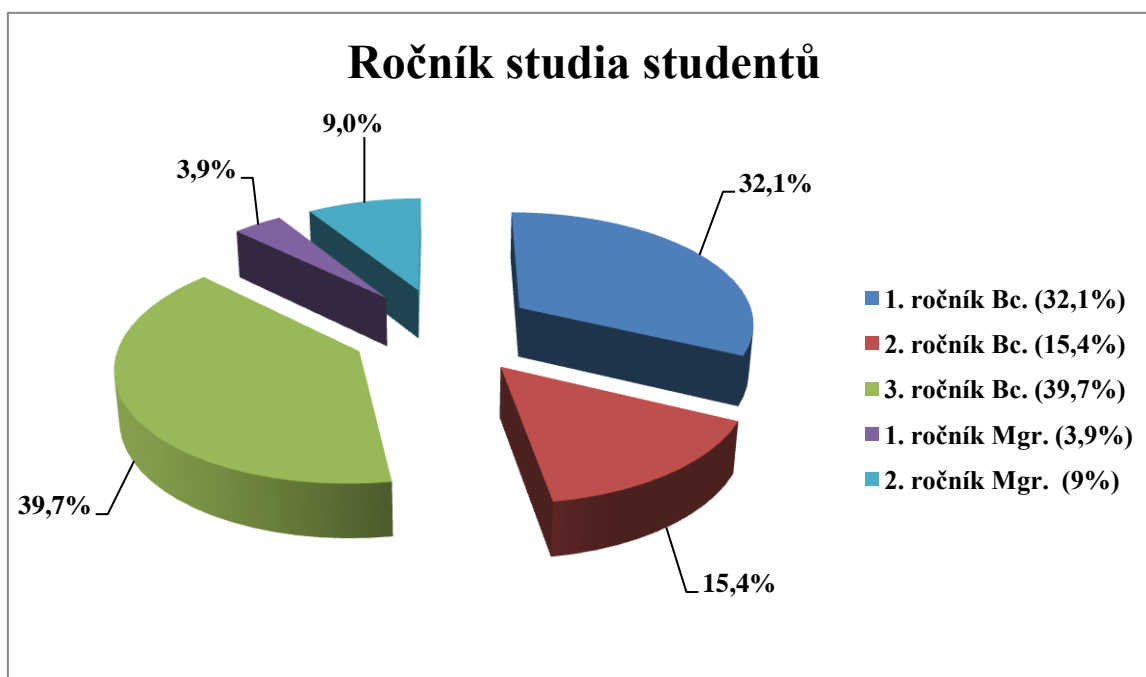
Položka 6b – otázka č. 5 pro studenty Ročník studia

Tabulka 6b Rozdělení studentů podle ročníku studia

Odpověď	Počet respondentů	
	absolutní četnost	relativní četnost
1. ročník bakalářského studia	25	32,1 %
2. ročník bakalářského studia	12	15,4 %
3. ročník bakalářského studia	31	39,7 %
1. ročník navazujícího magisterského studia	3	3,9 %
2. ročník navazujícího magisterského studia	7	9,0 %
CELKEM	78	100 %

Zdroj: vlastní

Graf 6b Ročník studia studentů



Zdroj: vlastní

Položka č. 6 zahrnuje rozdělení dotazovaných nelékařských zdravotnických pracovníků podle délky jejich praxe v oboru a také rozdělení dotazovaných studentů podle ročníku jejich studia. Z grafu 6a vyplývá, že nejvíce respondentů ze skupiny NLZP, tj. 27,9 % mají praxi v oboru v rozmezí 5 – 10 let. 20,3 % respondentů NLZP pracuje v oboru 1 – 4 let, 16,5 % mají praxi 20 let a více, 15,2 % patří ke skupině 16 – 20 let, 13,9 %

respondentů uvedlo 11 – 15 let, a nakonec 6,3 % dotazovaných uvedlo délku své praxe v oboru do 1 roku.

Na grafu 6b máme vizuální rozdělení dotazovaných studentů podle ročníku studia na Fakultě zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni, ze kterého lze zaznamenat, že 39,7 % se nachází ve třetím ročníku bakalářského studia, 32,1 % respondentů je v prvním ročníku bakalářského studia, 15,4 % ve druhém ročníku bakalářského studia. Procentuální počet studentů prvního ročníku navazujícího magisterského studia skládá 3,9 %, a následně 9 % respondentů v okamžik provedení výzkumného šetření studovalo ve druhém ročníku navazujícího magisterského studia.

7.2 Otázky zaměřené na etická dilemata v intenzivní medicíně

V následujících otázkách dotazníku jsme zjišťovali, jaká jsou aktuální etická dilemata v prostředí intenzivní péče v České republice. A zajímalo nás také, jaké jsou rozdíly v názorech na současná etická dilemata mezi nelékařskými zdravotnickými pracovníky pracujícími v prostředí intenzivní péče a mezi studenty bakalářských a navazujících magisterských nelékařských zdravotnických oborů. Kromě toho určitá část otázek byla zaměřena na znalosti výše uvedených respondentů problematiky dříve vyslovených přání a také na zjištění jejich názorů na současný stav výuky aktuálních etických dilemat u studentů bakalářských a navazujících magisterských nelékařských zdravotnických oborů.

Hypotéza 1 Studenti bakalářských a navazujících magisterských zdravotnických oborů se lépe orientují v problematice etiky neodkladné péče, než nelékařští zdravotničtí pracovníci pracující na oddělení intenzivní péče.

Položka 7a – otázka č. 7 pro NLZP Setkal(a) jste se již s pojmem „bioetika“?

Tabulka 7a Setkání NLZP s pojmem “bioetika”

Odpověď	Počet respondentů	
	absolutní četnost	relativní četnost
ano	24	30,4 %
ne	55	69,6 %
CELKEM	79	100 %

Zdroj: vlastní

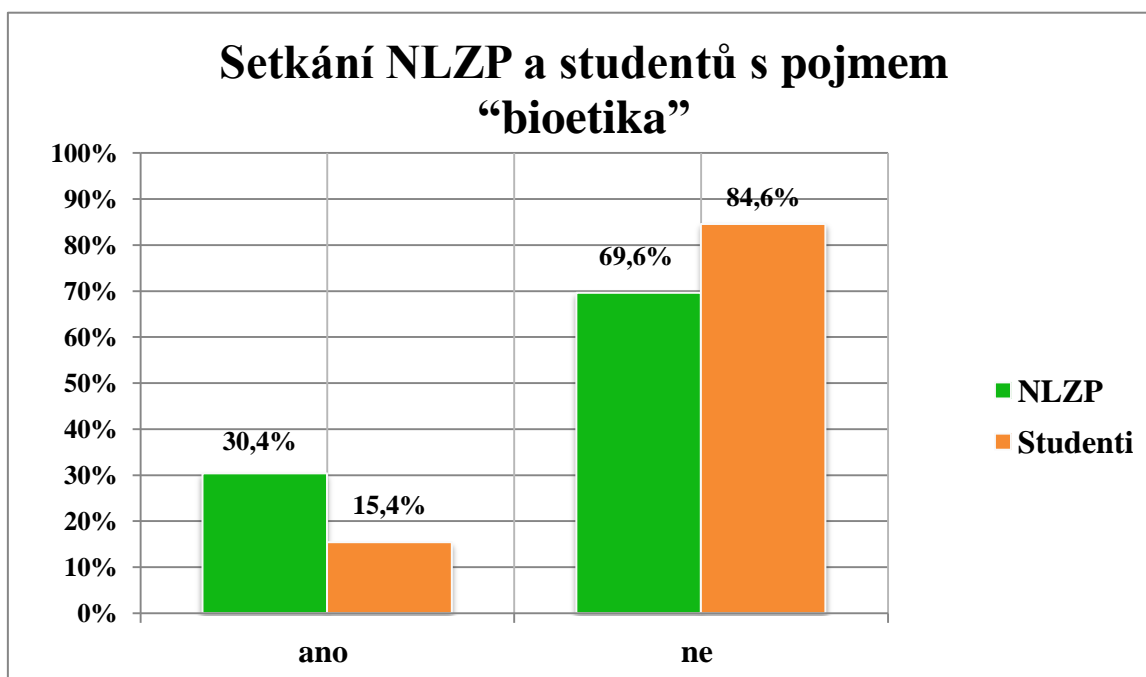
Položka 7b – otázka č. 6 pro studenty Setkal(a) jste se již s pojmem „bioetika“?

Tabulka 7b Setkání studentů s pojmem “bioetika”

Odpověď	Počet respondentů	
	absolutní četnost	relativní četnost
ano	12	15,4 %
ne	66	84,6 %
CELKEM	78	100 %

Zdroj: vlastní

Graf 7 Setkání NLZP a studentů s pojmem “bioetika”



Zdroj: vlastní

Při zjišťování informací o setkání dotazovaných s odborným pojmem “bioetika”, až 69,6 % respondentů ze skupiny nelékařských zdravotnických pracovníků uvedlo, že se nikdy s pojmem “bioetika” nesetkali. Ve skupině studentů zápornou odpověď označilo 84,6 % respondentů. Naopak, 30,4 % NLZP a 15,4 % studentů uvedlo, že se již s pojmem “bioetika” setkali. Je třeba rovněž poznamenat, že tato otázka byla filtrační a předcházela otevřené otázce číslo 8 v dotazníku pro NLZP (otázce číslo 7 v dotazníku pro studenty). Znamená to, že bohužel není možné přesně určit, nakolik jsou objektivní data získaná v této otázce. V tomto případě lze totiž těžko posoudit, protože nevíme přesný počet studentů a NLZP, kteří odpověděli, že se nikdy s pojmem “bioetika” nesetkali jen proto, aby poté nemuseli rozepisovat v otázce číslo 8 v dotazníku pro NLZP (v otázce číslo 7 v dotazníku pro studenty) definici tohoto pojmu. I přes to budeme považovat získaná data v této otázce za platná a přehledově informativní, jelikož je pro ověření této hypotézy doplníme a kompenzujeme je analýzou dalších pěti více jednoznačných otázek.

Položka 8 – otázka č. 8 pro NLZP a otázka č. 7 pro studenty Definice pojmu „bioetika“

Jak již bylo zmíněno výše, 24 respondentů ze skupiny nelékařských zdravotnických pracovníků (30,4 %) a 12 dotazovaných ze skupiny studentů (15,4 %) měli osobní zkušenost s pojmem „bioetika“. V otevřené otázce č. 8 pro NLZP a otázce č. 7 pro studenty respondentům bylo navrženo definovat tento pojem několika vlastními slovy.

V první skupině dotazovaných (NLZP) se 24 respondentů ze 79 pokusilo definovat pojem “bioetika” svými slovy. Z toho 7 respondentů zcela špatně popsali smysl a naplň tohoto pojmu, přičemž jeden respondent uvedl, že “se s tímto pojmem již setkal v minulosti, ale bohužel si už nepamatuje definici“. 9 respondentů dokázalo definovat pojem jenom částečně, neboť pouze část jejich odpovědí byla správná. 8 respondentů zcela správně uvedlo definici pojmu “bioetika”. Pro přehled zde uvádíme několik odpovědí, které můžeme považovat za správné:

“Dnešní pokrok ve vědě se dostává do střetu s etickými otázkami a morálními hodnotami - problémy z toho vyplývající řeší bioetika”

“Bioetika je oddělení etiky, které se zabývá vztahy v medicíně, ale i mimo ni (životní prostředí, přístup ke zvířatům)”

“Otázky nakládání se životem (eutanazie, klonování), otázky morální o životě”

“Multidisciplinární obor zabývající se etikou v medicíně (eutanazie, dystanazie, marná léčba...)”

Ve druhé skupině respondentů (studenti) textovou odpověď na tuto otázku vyplnilo pouze 12 respondentů ze 78. Pět studentů definovalo pojem “bioetika” zcela špatně, pouze 2 měli všeobecný přehled o etice v medicíně, ale kvůli nepřesnostem nemůžeme jejich odpovědi také považovat za úplně správné. Ostatních 5 studentů se celkem shodlo ve svých odpovědích, proto zde uvádíme shromážděnou v jeden celek verzi definice studentů tohoto pojmu “Bioetika je obor, který se zabývá zkoumáním lidského chování a moderního vnímání etiky a morálky související s otázkami medicíny (umělé oplodnění, potrat, eutanázie, klonování, transplantace orgánů, vývoj nových tkání apod.)”.

Položka 9a – otázka č. 11 pro NLZP Seznámení NLZP s etickými kodexy v medicíně pro zdravotníky

Tabulka 9a Rozdělení NLZP dle seznámení s etickými kodexy pro zdravotníky

Odpověď'	Počet respondentů	
	absolutní četnost	relativní četnost
ano	49	62,0 %
ne	18	22,8 %
nevím	12	15,2 %
CELKEM	79	100 %

Zdroj: vlastní

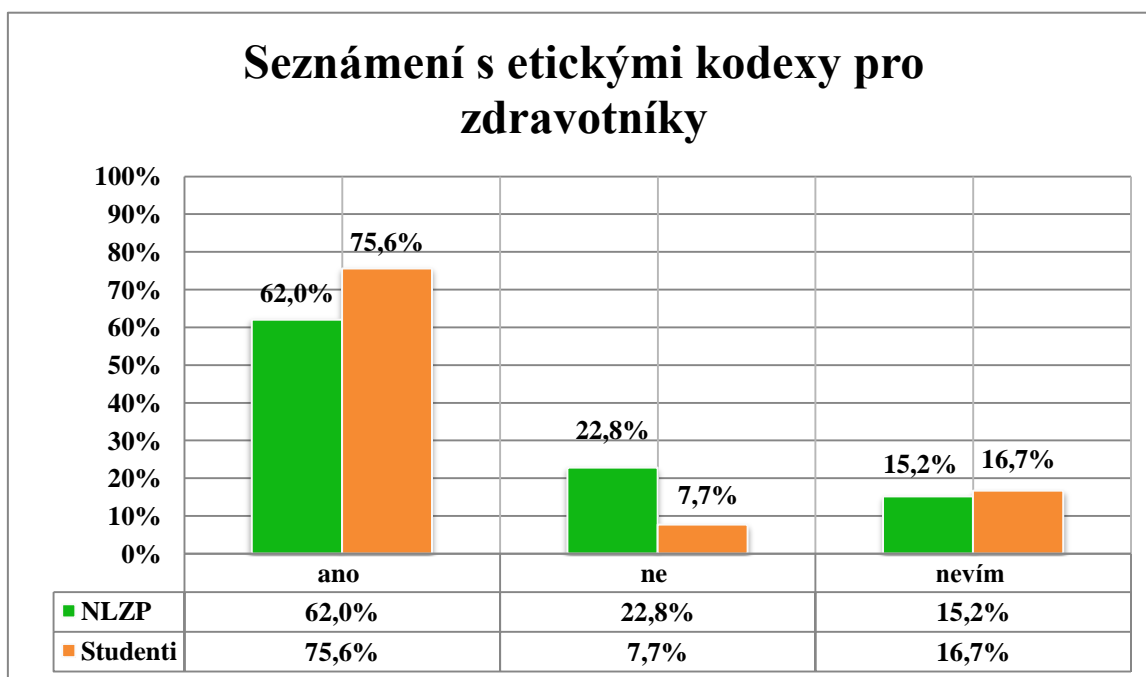
Položka 9b – otázka č. 10 pro studenty Seznámení studentů s etickými kodexy v medicíně pro zdravotníky

Tabulka 9b Rozdělení studentů dle seznámení s etickými kodexy pro zdravotníky

Odpověď'	Počet respondentů	
	absolutní četnost	relativní četnost
ano	59	75,6 %
ne	6	7,7 %
nevím	13	16,7 %
CELKEM	78	100 %

Zdroj: vlastní

Graf 9 Seznámení NLZP a studentů s etickými kodexy pro zdravotníky



Zdroj: vlastní

Seznámení s etickými kodexy v medicíně, které jsou určeny pro zdravotníky označilo za pozitivní 62 % respondentů z dotazované skupiny NLZP a 75,6 % respondentů z dotazované skupiny studentů. Seznámení s kodexy v etice, určenými pro nelékařské zdravotnické pracovníky popíralo 22,8 % NLZP a 7,7 % studentů. Zbytek, tedy 15,2 % respondentů ze skupiny NLZP a 16,7 % dotazovaných studentů, vybralo odpověď “nevím“.

Položka 10a – otázka č. 12 pro NLZP Účel etických kodexů pro nelékařské zdravotnické pracovníky

Tabulka 10a Účel etických kodexů pro nelékařské zdravotnické pracovníky dle NLZP

Odpověď	Počet respondentů	
	absolutní četnost	relativní četnost
právní ochrana	42	53,2 %
stanovují etické principy při poskytování péče pacientům	71	89,9 %
zajištění hranic a pravidel pro činnost NLZP	23	29,1 %
podpora morálních hodnot zdravotníka	29	36,7 %
o smyslu nepřemýšlím	3	3,8 %
nevím	1	1,3 %
CELKEM	79	100 %

Zdroj: vlastní

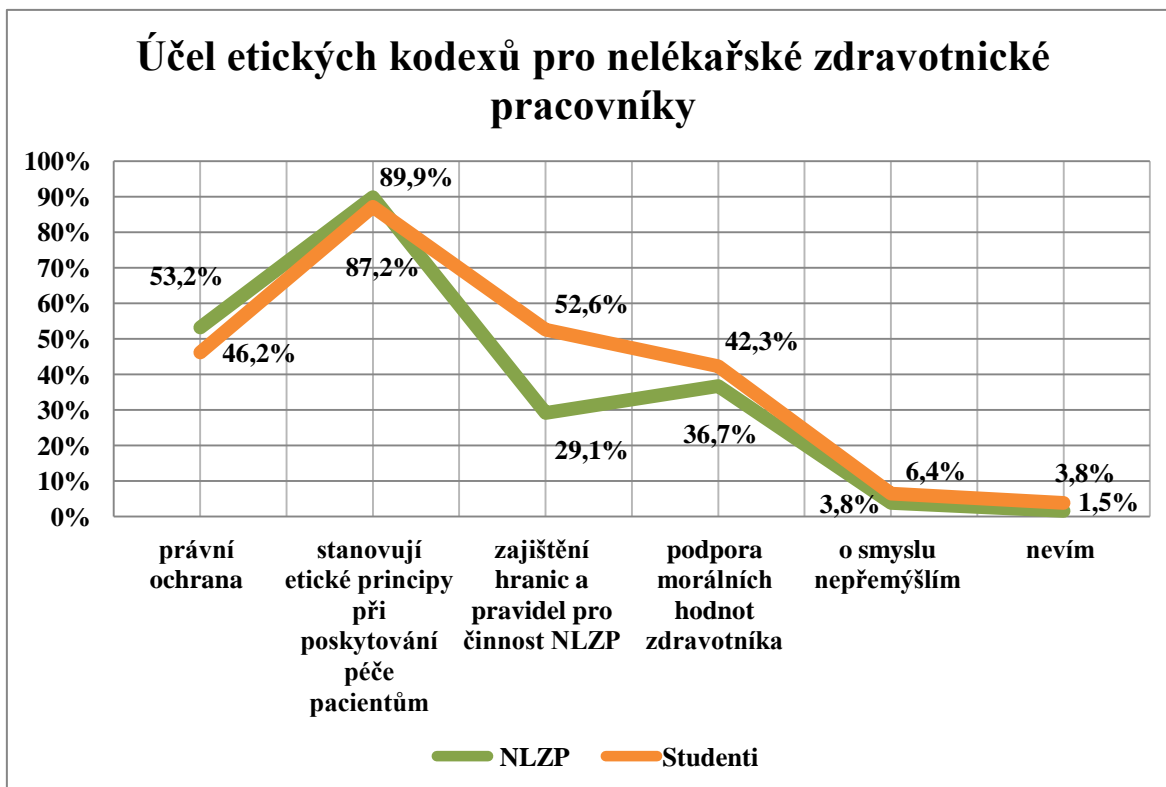
Položka 10b – otázka č. 11 pro studenty Účel etických kodexů pro nelékařské zdravotnické pracovníky

Tabulka 10b Účel etických kodexů pro nelékařské zdravotnické pracovníky dle studentů

Odpověď	Počet respondentů	
	absolutní četnost	relativní četnost
právní ochrana	36	46,2 %
stanovují etické principy při poskytování péče pacientům	68	87,2 %
zajištění hranic a pravidel pro činnost NLZP	41	52,6 %
podpora morálních hodnot zdravotníka	33	42,3 %
o smyslu nepřemýšlím	5	6,4 %
nevím	3	3,8 %
CELKEM	78	100 %

Zdroj: vlastní

Graf 10 Účel etických kodexů pro nelékařské zdravotnické pracovníky dle NLZP a studentů



Zdroj: vlastní

Otázka číslo 12 v dotazníku pro NLZP a číslo 11 v dotazníku pro studenty byla zaměřena na zjišťování názorů respondentů ohledně účelů etických kodexů pro nelékařské zdravotnické pracovníky a umožňovala vybrat více variant odpovědí. V první dotazované skupině (NLZP), 89,9 % respondentů uvedlo jako účel “stanovení etických principů poskytování péče pacientům“, 53,2 % respondentů se domnívá, že účelem kodexů v etice je právní ochrana, 36,7 % respondentů se vyjádřilo ve prospěch “podpory morálních hodnot”. “Zajištění hranic a pravidel pro činnost NLZP“ jako účel etických kodexů pro NLZP vidí 29,1 % respondentů této skupiny, 3,9 % dotazovaných o smyslu nepřemýšlí. Zbytek, tedy 1,5 % respondentů ze skupiny NLZP, vybralo odpověď “nevím“. Situace ve druhé dotazované skupině (studenti) je celkem podobná. Odpovědi studentů se umístili v následujícím pořadí: 87,2 % – stanovení etických principy při poskytování péče pacientům, 52,6 % – zajištění hranic a pravidel pro činnost NLZP, 46,2 % – právní ochrana, 42,3 % – podpora morálních hodnot zdravotníka, 6,4 % respondentů o smyslu nepřemýšlí a 3,8 % dotazovaných vybralo odpověď “nevím“.

Položka 11a – otázka č. 13 pro NLZP Definice pojmu „marná léčba“

Tabulka 11a Definice pojmu „marná léčba“ dle NLZP

Odpověď	Počet respondentů	
	absolutní četnost	relativní četnost
chybná léčba, ohrožující zdraví nebo aktuální stav pacienta	1	1,3 %
léčba, bezprostředně ohrožující život pacienta	0	0 %
léčba, která je natolik nedostačující či minimálně účinná, že se lékaři shodnou na jejím neposkytování, a to i pokud ji pacient či jeho zástupci vyžadují	34	43,0 %
medicínský postup, který není přínosný na úrovni prevence, diagnózy ani léčby	42	53,2 %
volba neindikované léčby	2	2,5 %
nevím	0	0 %
CELKEM	79	100 %

Zdroj: vlastní

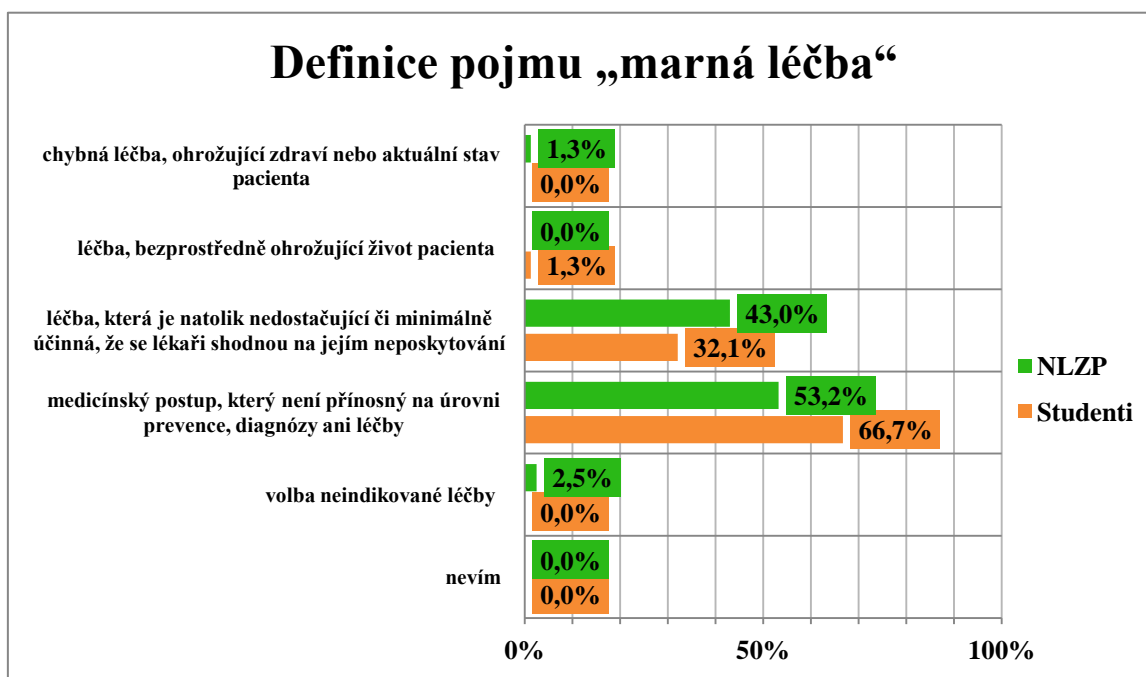
Položka 11b – otázka č. 12 pro studenty Definice pojmu „marná léčba“

Tabulka 11b Definice pojmu „marná léčba“ dle studentů

Odpověď	Počet respondentů	
	absolutní četnost	relativní četnost
chybná léčba, ohrožující zdraví nebo aktuální stav pacienta	0	0 %
léčba, bezprostředně ohrožující život pacienta	1	1,3 %
léčba, která je natolik nedostačující či minimálně účinná, že se lékaři shodnou na jejím neposkytování, a to i pokud ji pacient či jeho zástupci vyžadují	25	32,1 %
medicínský postup, který není přínosný na úrovni prevence, diagnózy ani léčby	52	66,7 %
volba neindikované léčby	0	0 %
nevím	0	0 %
CELKEM	78	100 %

Zdroj: vlastní

Graf 11 Definice pojmu „marná léčba“ dle NLZP a studentů



Zdroj: vlastní

Tabulky 11a i 11b a Graf 11 znázorňují, že většina respondentů obou dotazovaných skupin (53,2 % NLZP a 66,7 % studentů) na dotaz „Co znamená pojem „marná léčba“?“ vybrali odpověď „medicínský postup, který není přínosný na úrovni prevence, diagnózy ani léčby“. Varianta definice „léčba, která je natolik nedostačující či minimálně účinná, že se lékaři shodnou na jejím neposkytování, a to i pokud ji pacient či jeho zástupci vyžadují“ byla vybrána 43 % respondentů skupiny NLZP a 32,1 % studentů. Odpověď „chybná léčba, ohrožující zdraví nebo aktuální stav pacienta“ uvedlo 1,3 % NLZP, ze studentů žádný nezvolil tuto odpověď (0 %). 2,5 % NLZP si myslí, že marná léčba znamená volbu neindikované léčby, ze skupiny studentů opět nikdo nezvolil tuto odpověď (0 %). Procentuální poměr volby odpovědi „léčba, bezprostředně ohrožující život pacienta“ činí 0 % respondentů NLZP a 1,3 % dotazovaných studentů. Žádný z dotazovaných respondentů obou skupin nevybral odpověď „nevím“ (0 %).

Položka 12a – otázka č. 15 pro NLZP Podle čeho se v rámci české legislativy uskutečňuje právní regulace marné léčby?

Tabulka 12a Právní regulace marné léčby dle NLZP

Odpověď	Počet respondentů	
	absolutní četnost	relativní četnost
zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách	29	36,7 %
zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách	14	17,7 %
zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod	28	35,4 %
vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků	12	15,2 %
předpis č. 96/2001 Sb. m.s., Úmluva o lidských právech a biomedicině	41	51,9 %
je regulována vnitřním řádem každého zdravotnického zařízení zvlášť	5	6,3 %
nevím	9	11,4 %
CELKEM	79	100 %

Zdroj: vlastní

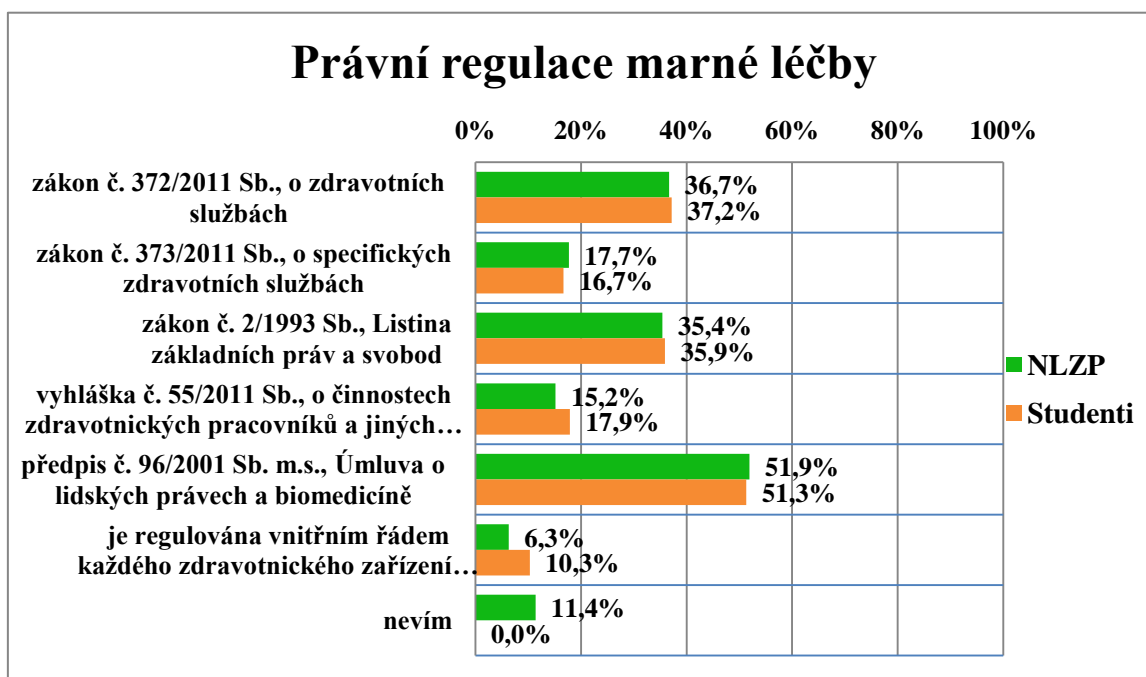
Položka 12b – otázka č. 14 pro studenty Podle čeho se v rámci české legislativy uskutečňuje právní regulace marné léčby?

Tabulka 12b Právní regulace marné léčby dle studentů

Odpověď	Počet respondentů	
	absolutní četnost	relativní četnost
zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách	29	37,2 %
zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách	13	16,7 %
zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod	28	35,9 %
vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků	14	17,9 %
předpis č. 96/2001 Sb. m.s., Úmluva o lidských právech a biomedicině	40	51,3 %
je regulována vnitřním řádem každého zdravotnického zařízení zvlášť	8	10,3 %
nevím	0	0,0 %
CELKEM	78	100 %

Zdroj: vlastní

Graf 12 Právní regulace marné léčby dle NLZP a studentů



Zdroj: vlastní

Výčtová uzavřená otázka číslo 15 v dotazníku pro NLZP a číslo 14 v dotazníku pro studenty, umožňující vybrat více odpovědí najednou, byla zaměřena na znalosti právní regulace marné léčby v rámci české legislativy. Respondenti z dotazované skupiny NLZP označili předpis č. 96/2001 Sb. m.s. – 51,9 %, zákon č. 372/2011 Sb. – 36,7 %, zákon č. 2/1993 Sb. – 35,4 %, zákon č. 373/2011 Sb. – 17,7 %, vyhlášku č. 55/2011 Sb. – 15,2 %, nevím – 11,4 % a potom 6,3 % respondentů si myslí, že marná léčba je regulována vnitřním řádem každého zdravotnického zařízení zvlášť. Respondenti z dotazované skupiny studentů označili předpis č. 96/2001 Sb. m.s. – 51,3 %, zákon č. 372/2011 Sb. – 37,2 %, zákon č. 2/1993 Sb. – 35,9 %, vyhlášku č. 55/2011 Sb. – 17,9 %, zákon č. 373/2011 Sb. – 16,7 %, i nakonec 10,3 % respondentů této dotazované skupiny uvedlo, že marná léčba je regulována vnitřním řádem každého zdravotnického zařízení zvlášť. Žádný ze studentů si ne zvolil odpověď “nevím” (0 %).

Hypotéza 2 Česko v intenzivní péči v současné době má tato nejčastější etická dilemata: marná léčba, nerozšiřování léčby a dříve vyslovená přání.

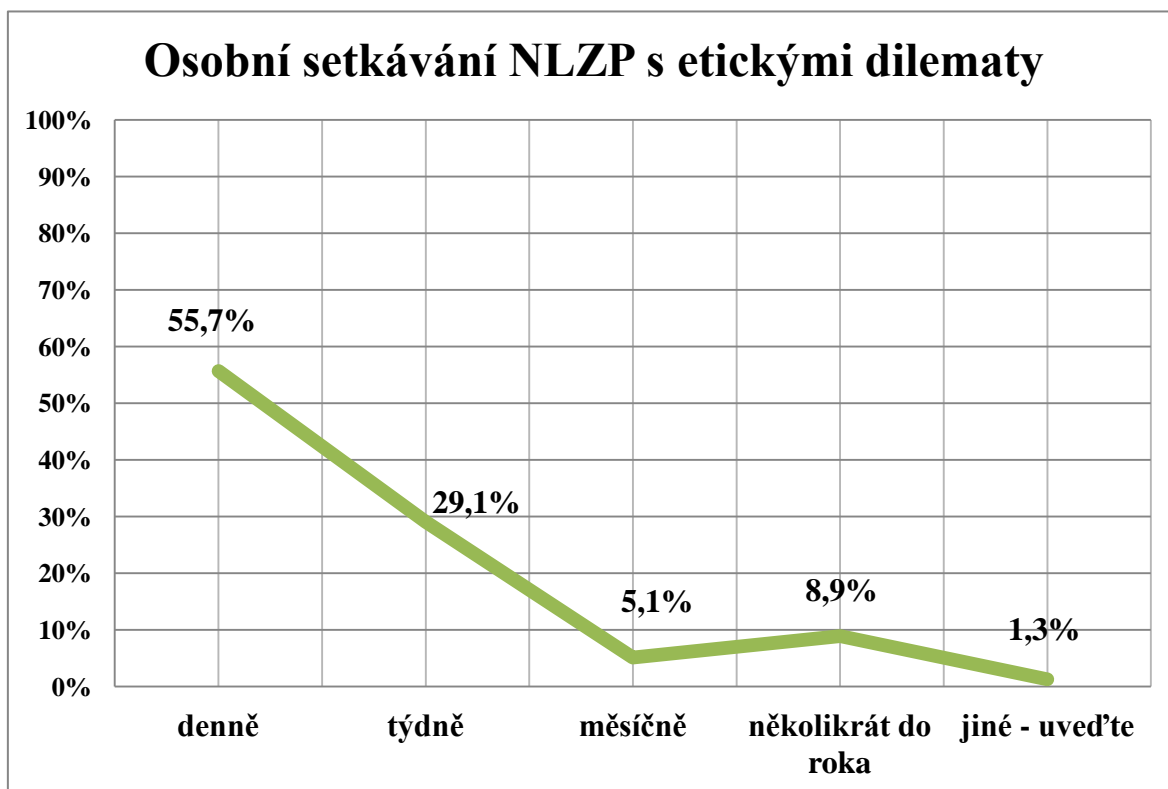
Položka 13a – otázka č. 9 pro NLZP Osobní setkávání NLZP s etickými dilematy

Tabulka 13a Osobní setkávání NLZP s etickými dilematy

Odpověď	Počet respondentů	
	absolutní četnost	relativní četnost
denně	44	55,7 %
týdně	23	29,1 %
měsíčně	4	5,1 %
několikrát do roka	7	8,9 %
jiné – uveďte:	1	1,3 %
CELKEM	79	100 %

Zdroj: vlastní

Graf 13a Osobní setkávání NLZP s etickými dilematy



Zdroj: vlastní

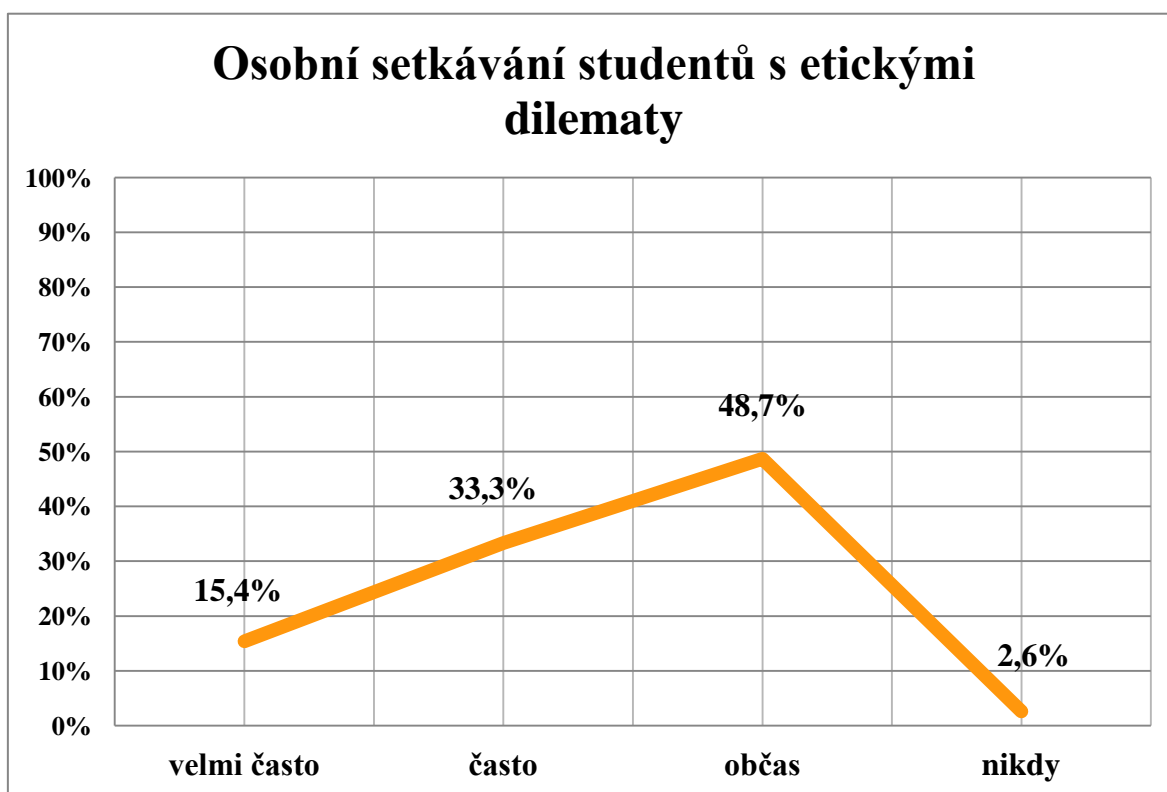
Položka 13b – otázka č. 8 pro studenty Osobní setkávání studentů s etickými dilematy

Tabulka 13b Osobní setkávání studentů s etickými dilematy

Odpověď	Počet respondentů	
	absolutní četnost	relativní četnost
velmi často	12	15,4 %
často	26	33,3 %
občas	38	48,7 %
nikdy	2	2,6 %
CELKEM	78	100 %

Zdroj: vlastní

Graf 13b Osobní setkávání studentů s etickými dilematy



Zdroj: vlastní

Otázka číslo 9 pro NLZP byla uzavřená polytomická s možností textové odpovědi. 55,7 % respondentů ze skupiny nelékařských zdravotnických pracovníků uvedlo, že mají ve své praxi každodenní setkání s etickými otázkami, 29,1 % respondentů volilo odpověď “týdně”, 8,9 % – několikrát do roka a 5,1 % – měsíčně. Jeden dotazovaný ze skupiny NLZP, což stanoví pouze 1,3 % respondentů, si vybral odpověď “jiné - uveďte” a poznamenal v textovém poli “nevím”. Uzavřená polytomická otázka číslo 8 pro studenty

se týkala stejného problému, ale lišila se formulací odpovědí, které byly zvolené s ohledem na pracovní zařazení respondentů druhé skupiny (v tomto případě jsme se záměrně ptali na osobní setkání studentů s etickými dilematy během jejich odborné praxe). 48,7 % respondentů se setkává s dilematy v etice občas, 33,3 % – často, 15,4 % – velmi často. 2,6 % dotazovaných nikdy nemělo zkušenosti s etickými dilematy během své odborné praxe.

Položka 14a – otázka č. 10 pro NLZP Etická dilemata, se kterými nejčastěji setkáváte ve své praxi

Tabulka 14a Rozdělení etických dilemat podle frekvence setkávání u NLZP

Odpověď	Počet respondentů	
	absolutní četnost	relativní četnost
marná léčba	58	73,4 %
permanentní vegetativní stav	27	34,2 %
nerozšiřování/redukování léčby	52	65,8 %
důstojnost a spolurozhodování (informovaný souhlas - pacient se podílí na léčbě)	30	38,0 %
dříve vyslovená přání	6	7,6 %
dystanázie (prodlužování života, zadržovaná smrt)	41	51,9 %
DNR (Do Not Resuscitate)	55	69,6 %
eutanazie	3	3,8 %
asistovaná reprodukce	0	0,0 %
jiné – uveďte	0	0,0 %
CELKEM	79	100%

Zdroj: vlastní

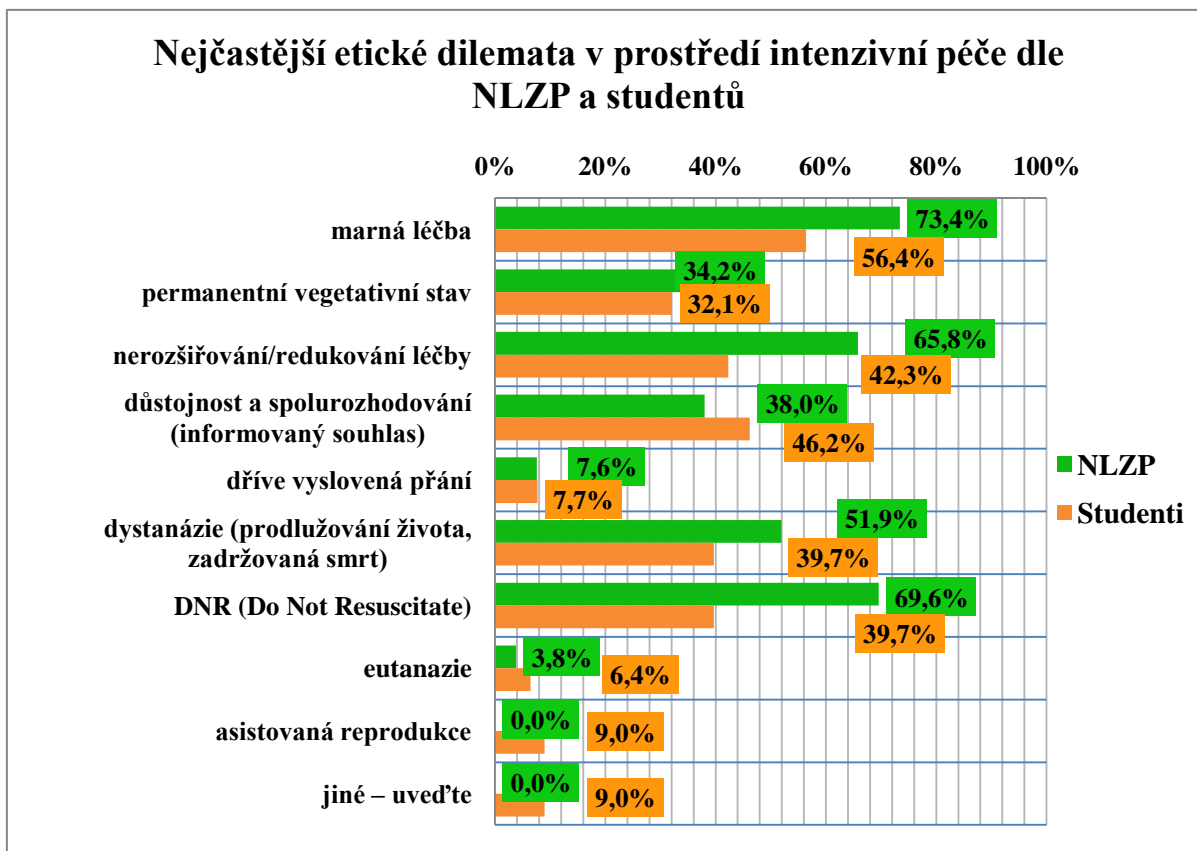
Položka 14b – otázka č. 9 pro studenty Etická dilemata, se kterými se nejčastěji setkáváte při své odborné praxi

Tabulka 14b Rozdělení etických dilemat podle frekvence setkávání u studentů

Odpověď	Počet respondentů	
	absolutní četnost	relativní četnost
marná léčba	44	56,4 %
permanentní vegetativní stav	25	32,1 %
nerozšiřování/redukování léčby	33	42,3 %
důstojnost a spolurozhodování (informovaný souhlas - pacient se podílí na léčbě)	36	46,2 %
dříve vyslovená přání	6	7,7 %
dystanázie (prodlužování života, zadržovaná smrt)	31	39,7 %
DNR (Do Not Resuscitate)	31	39,7 %
eutanazie	5	6,4 %
asistovaná reprodukce	7	9,0 %
jiné – uveďte	7	9,0 %
CELKEM	78	100%

Zdroj: vlastní

Graf 14 Porovnání nejčastějších etických dilemat v prostředí intenzivní péče dle NLZP a studentů



Zdroj: vlastní

Výčtová polouzavřená otázka číslo 10 pro NLZP a číslo 9 pro studenty s možností textové odpovědi byla zaměřena na určení nejčastějších etických dilemat v prostředí intenzivní medicíny podle názoru dotazovaných respondentů. V první dotazované skupině (NLZP) je procentuální poměr odpovědí následující: 73,4 % – marná léčba, 69,6 % – ordinace DNR, 65,8 % – nerozšiřování/redukování léčby, 51,9 % – dystanázie, 38,0 % – důstojnost a spolurozhodování, 34,2 % – permanentní vegetativní stav, 7,6 % – dříve vyslovené přání, 3,8 % – eutanazie, 0 % – asistovaná reprodukce. Žádný z respondentů (0 %) této dotazované skupiny nevyužil možnosti poznamenat nějaký další etický problém v prostředí intenzivní péče, který nebyl v dotazníku zmíněn. Ve druhé dotazované skupině (studenti) byly odpovědi zastoupené v poměru: 56,4 % – marná léčba, 39,7 % – ordinace DNR, 42,3 % – nerozšiřování/redukování léčby, 39,7 % – dystanázie, 46,2 % – důstojnost a spolurozhodování, 32,1 % – permanentní vegetativní stav, 7,7 % – dříve vyslovené přání, 6,4 % – eutanazie, 9,0 % – asistovaná reprodukce. Kromě toho, 7 respondentů (9,0 %) ze skupiny studentů se v textovém poli vyjádřilo ohledně jiných etických dilemat,

vyskytujících se podle jejich názorů v prostředí intenzivní péče. 2 z nich nevěděli odpověd' na tuto otázku a napsalo "nevím" a "příliš málo vstupních dat", proto jejich poznamenání nemůžeme považovat za podstatné. Uvádíme pět ostatních nabízených variant: operace lidí v terminálním stadiu malignit případně i v kombinaci s vysokým věkem, skutečný nezájem lékařů o kvalitu života svých pacientů, nezájem lékařů o pacienta jako celek, arogance a porušování léčby pacientem, otázky prognózy.

Položka 15a – otázka č. 14 pro NLZP Výskyt problému marné léčby v intenzivní péči

Tabulka 15a Výskyt problému marné léčby v intenzivní péči dle NLZP

Odpověď	Počet respondentů	
	absolutní četnost	relativní četnost
ano	77	97,5 %
ne	1	1,3 %
nevím	1	1,3 %
CELKEM	79	100 %

Zdroj: vlastní

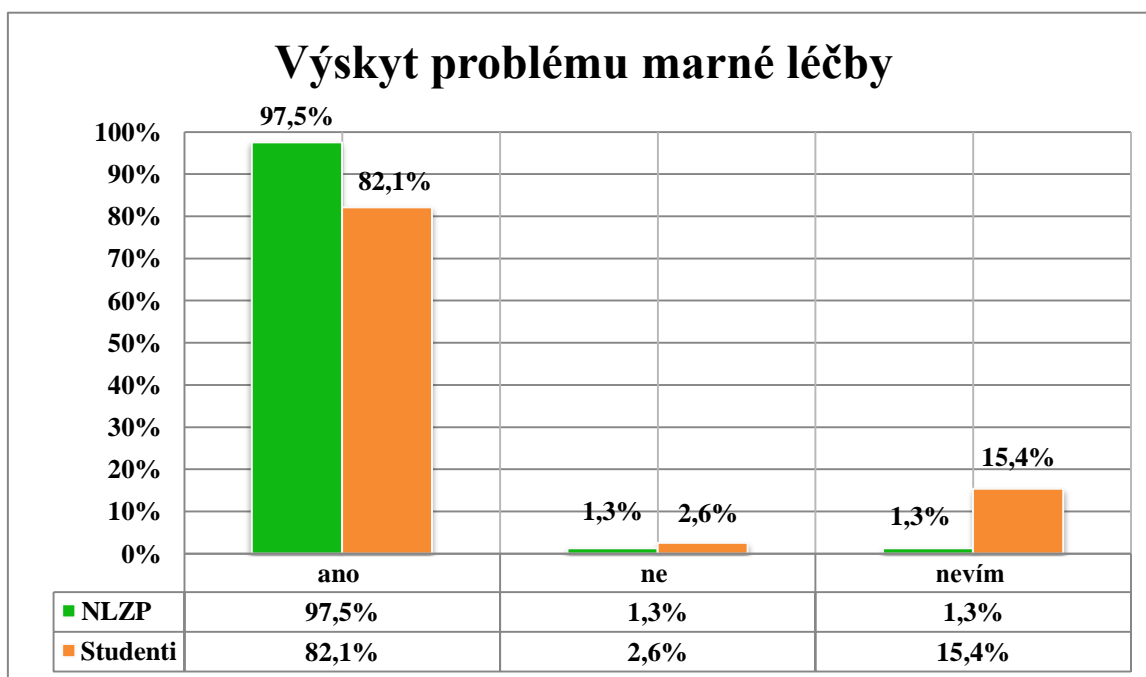
Položka 15a – otázka č. 13 pro studenty Výskyt problému marné léčby v intenzivní péči

Tabulka 15a Výskyt problému marné léčby v intenzivní péči dle studentů

Odpověď	Počet respondentů	
	absolutní četnost	relativní četnost
ano	64	82,1 %
ne	2	2,6 %
nevím	12	15,4 %
CELKEM	78	100 %

Zdroj: vlastní

Graf 15 Výskyt problému marné léčby v intenzivní péči dle NLZP a studentů



Zdroj: vlastní

Výskyt problému marné léčby v intenzivní péči označilo za pozitivní 97,5 % respondentů z dotazované skupiny NLZP a 82,1 % respondentů z dotazované skupiny studentů. Vyskytování problému marné léčby v prostředí intenzivní medicíny popíralo 1,3 % NLZP a 2,6 % studentů. Zbytek, tedy 1,3 % respondentů ze skupiny NLZP a 15,4 % dotazovaných studentů, vybralo odpověď “nevím“.

Hypotéza 3 Nelékařští zdravotničtí pracovníci pracující na oddělení intenzivní péče znají problematiku dříve vyslovených přání méně, než studenti bakalářských a navazujících magisterských zdravotnických oborů.

Položka 16a – otázka č. 16 pro NLZP Slyšel(a) jste o možnosti vytvoření dokumentu, který bude odrážet přání pacienta?

Tabulka 16a Možnost zaznamenání přání pacienta dle NLZP

Odpověď	Počet respondentů	
	absolutní četnost	relativní četnost
ne	15	19,0 %
ano, “Lékařský posudek zdravotního stavu a zdravotní způsobilosti pacienta“	1	1,3 %
ano, “Souhlas a rozhodování o poslední vůli pacienta”	3	3,8 %
ano, “Dříve vyslovená přání”	43	54,4 %
ano, “Žádost o realizaci eutanazie”	0	0,0 %
nevím	17	21,5 %
CELKEM	79	100 %

Zdroj: vlastní

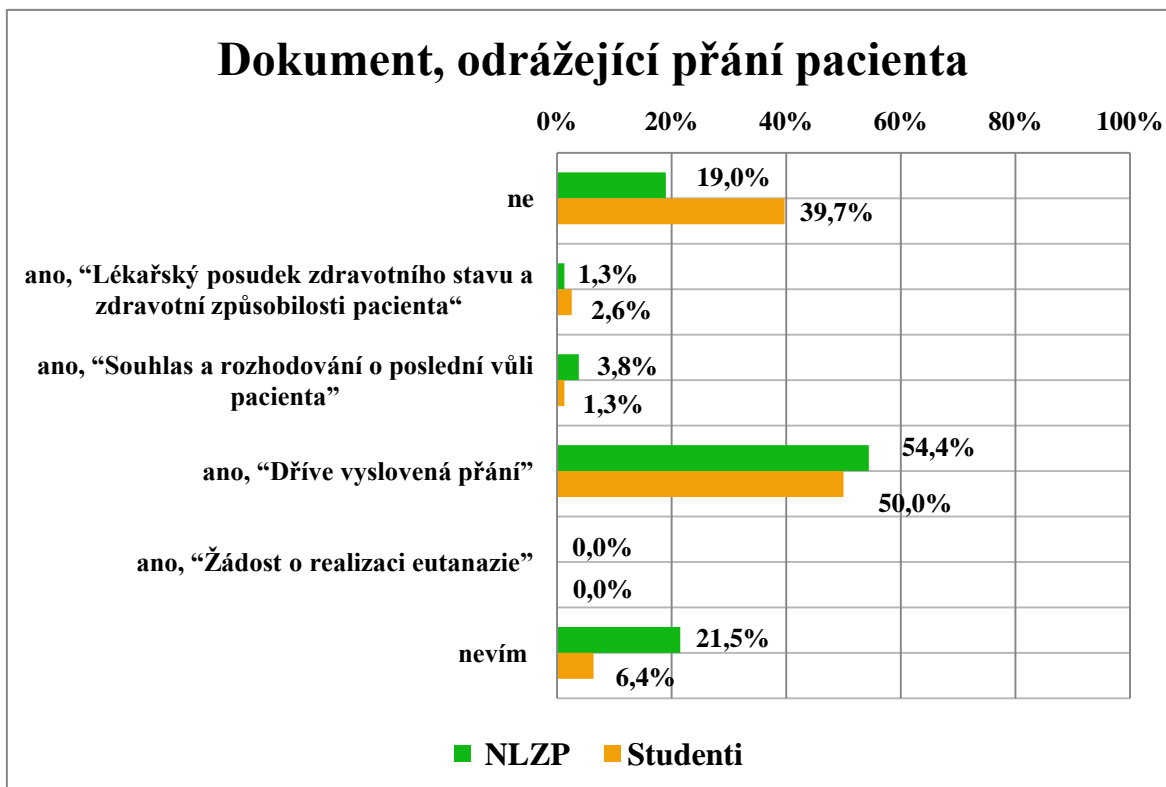
Položka 16b – otázka č. 15 pro studenty Slyšel(a) jste o možnosti vytvoření dokumentu, který bude odrážet přání pacienta?

Tabulka 16b Možnost zaznamenání přání pacienta dle studentů

Odpověď	Počet respondentů	
	absolutní četnost	relativní četnost
ne	31	39,7 %
ano, “Lékařský posudek zdravotního stavu a zdravotní způsobilosti pacienta“	2	2,6 %
ano, “Souhlas a rozhodování o poslední vůli pacienta”	1	1,3 %
ano, “Dříve vyslovená přání”	39	50,0 %
ano, “Žádost o realizaci eutanazie”	0	0,0 %
nevím	5	6,4 %
CELKEM	78	100 %

Zdroj: vlastní

Graf 16 Možnost vytvoření dokumentu, odrážejícího přání pacienta dle NLZP a studentů



Zdroj: vlastní

Celkem 54,4 % respondentů z dotazované skupiny nelékařských zdravotnických pracovníků a 50,0 % studentů uvedlo, že v současné době pro případ, kdy nemocný nebude pro závažnost svého aktuálního stavu schopen ani zhodnotit, ani vyjádřit svá přání ohledně následujícího průběhu léčby, existuje možnost vytvoření dokumentu, který bude odrážet přání pacienta a tento dokument se nazývá "Dříve vyslovená přání". 19,0 % NLZP a 39,7 % studentů uvedlo, že taková možnost neexistuje. 21,5 % NLZP a 6,4 % respondentů z dotazované skupiny studentů nevědělo odpověd' na položenou otázku. Variantu "ano, dokument se nazývá «Lékařský posudek zdravotního stavu a zdravotní způsobilosti pacienta»" vybralo 1,3 % NLZP a 2,6 % studentů. Variantu "ano, dokument se nazývá «Souhlas a rozhodování o poslední vůli pacienta»" volilo 3,8 % NLZP a 1,3 % studentů. Žádný respondent z obou dotazovaných skupin (0 %) nevybral odpověd' "ano, dokument se nazývá «Žádost o realizaci eutanazie»".

Položka 17a – otázka č. 17 pro NLZP Osobní zkušenost se sepisováním předem projevených přání pacienta

Tabulka 17a Osobní zkušenost NLZP se sepisováním předem projevených přání pacienta

Odpověď	Počet respondentů	
	absolutní četnost	relativní četnost
ano	4	5,1 %
ne	75	94,9 %
CELKEM	79	100 %

Zdroj: vlastní

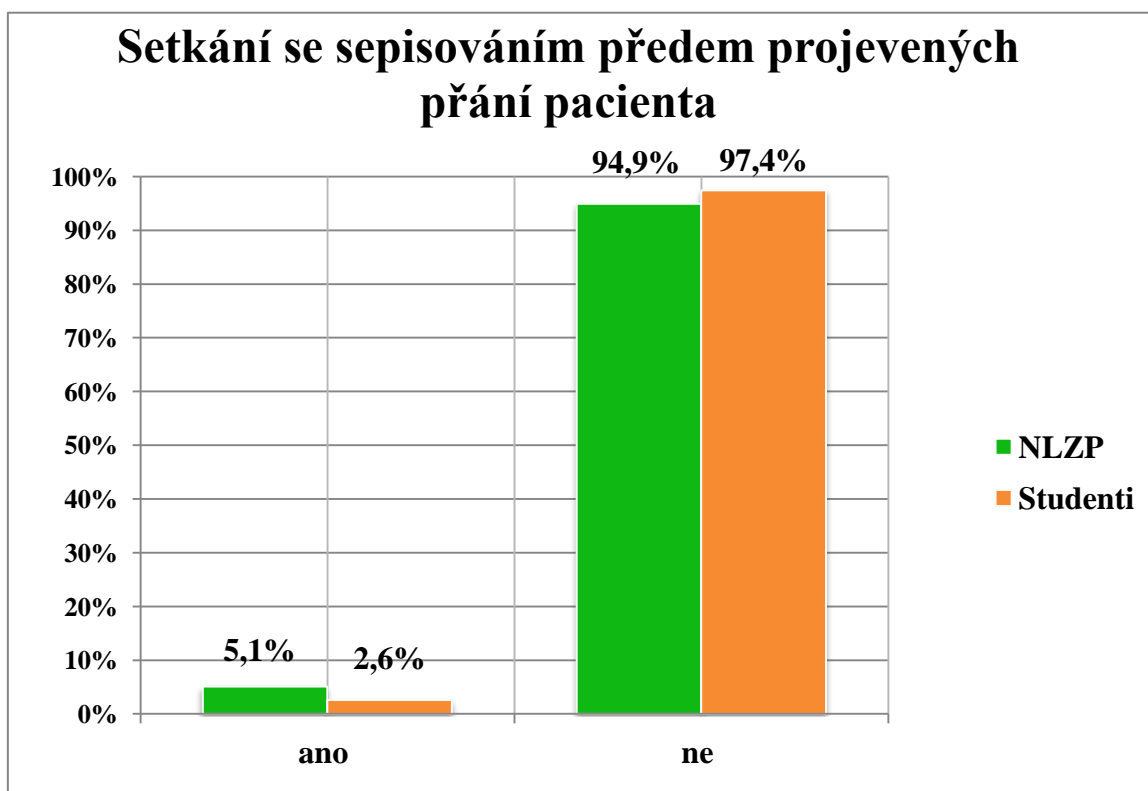
Položka 17b – otázka č. 16 pro studenty Setkání během odborné praxe se sepisováním předem projevených přání pacienta

Tabulka 17b Setkání studentů během odborné praxe se sepisováním předem projevených přání pacienta

Odpověď	Počet respondentů	
	absolutní četnost	relativní četnost
ano	2	2,6 %
ne	76	97,4 %
CELKEM	78	100 %

Zdroj: vlastní

Graf 17 Sepisování předem projevených přání pacienta dle NLZP a studentů



Zdroj: vlastní

94,7 % respondentů ze skupiny NLZP nemá osobní zkušenosti se sepisováním předem vyslovených přání pacientů. Z dotazované skupiny studentů se s touto problematikou nesetkalo 97,4 % respondentů. 5,1 % NLZP uvedlo, že má osobní zkušenosti se sepisováním tohoto dokumentu. Kladnou odpověď v druhé dotazované skupině (studenti) dalo 2,6 % respondentů.

Položka 18a – otázka č. 18 pro NLZP Platnost dříve vysloveného přání v ČR

Tabulka 18a Platnost dříve vysloveného přání v ČR dle NLZP

Odpověď	Počet respondentů	
	absolutní četnost	relativní četnost
1 rok	17	21,5 %
5 let	30	38,0 %
10 let	3	3,8 %
25 let	1	1,3 %
není určena platnost	23	29,1 %
CELKEM	79	100 %

Zdroj: vlastní

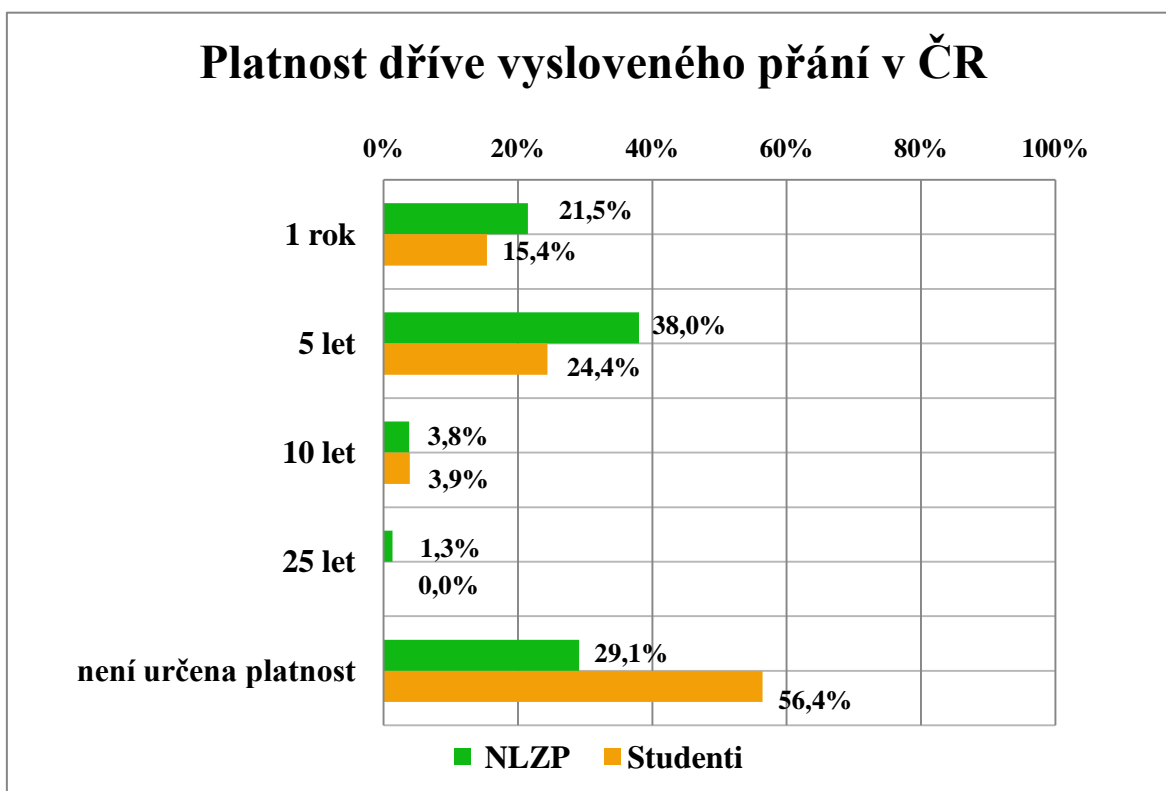
Položka 18b – otázka č. 17 pro studenty Platnost dříve vysloveného přání v ČR

Tabulka 18b Platnost dříve vysloveného přání v ČR dle studentů

Odpověď	Počet respondentů	
	absolutní četnost	relativní četnost
1 rok	12	15,4 %
5 let	19	24,4 %
10 let	3	3,9 %
25 let	0	0,0 %
není určena platnost	44	56,4 %
CELKEM	78	100 %

Zdroj: vlastní

Graf 18 Platnost dříve vysloveného přání v ČR dle NLZP a studentů



Zdroj: vlastní

Odpovědi na uzavřenou polytomickou otázku číslo 18 v dotazníku pro NLZP a číslo 17 v dotazníku pro studenty jsou umístěny následujícím způsobem: není určena platnost – 29,1 % NLZP a 56,4 % studentů, 5 let – 38,0 % NLZP a 24,4 % studentů, 1 rok – 21,5 % NLZP a 15,4 % studentů, 10 let – 3,8 % NLZP a 3,9 % studentů, a nakonec 25 let uvedlo 1,3 % ze skupiny respondentů NLZP. Variantu “25 let“ nevybral žádný respondent (0 %) z dotazované skupiny studentů.

Hypotéza 4 Nelékařští zdravotničtí pracovníci pracující na oddělení intenzivní péče a studenti bakalářských a navazujících magisterských nelékařských zdravotnických oborů považují současný stav výuky etiky za dostačující.

Položka 19a – otázka č. 19 pro NLZP Úroveň vzdělávání pro začátek výuky bioetiky

Tabulka 19a Začátek výuky bioetiky dle NLZP

Odpověď	Počet respondentů	
	absolutní četnost	relativní četnost
základní škola	9	11,4 %
střední škola	47	59,5 %
vysoká škola/vyšší odborná škola	10	12,7 %
s nástupem do praxe	0	0,0 %
v dnešní době není nutné bioetiku vyučovat	0	0,0 %
nevím	13	16,5 %
CELKEM	79	100 %

Zdroj: vlastní

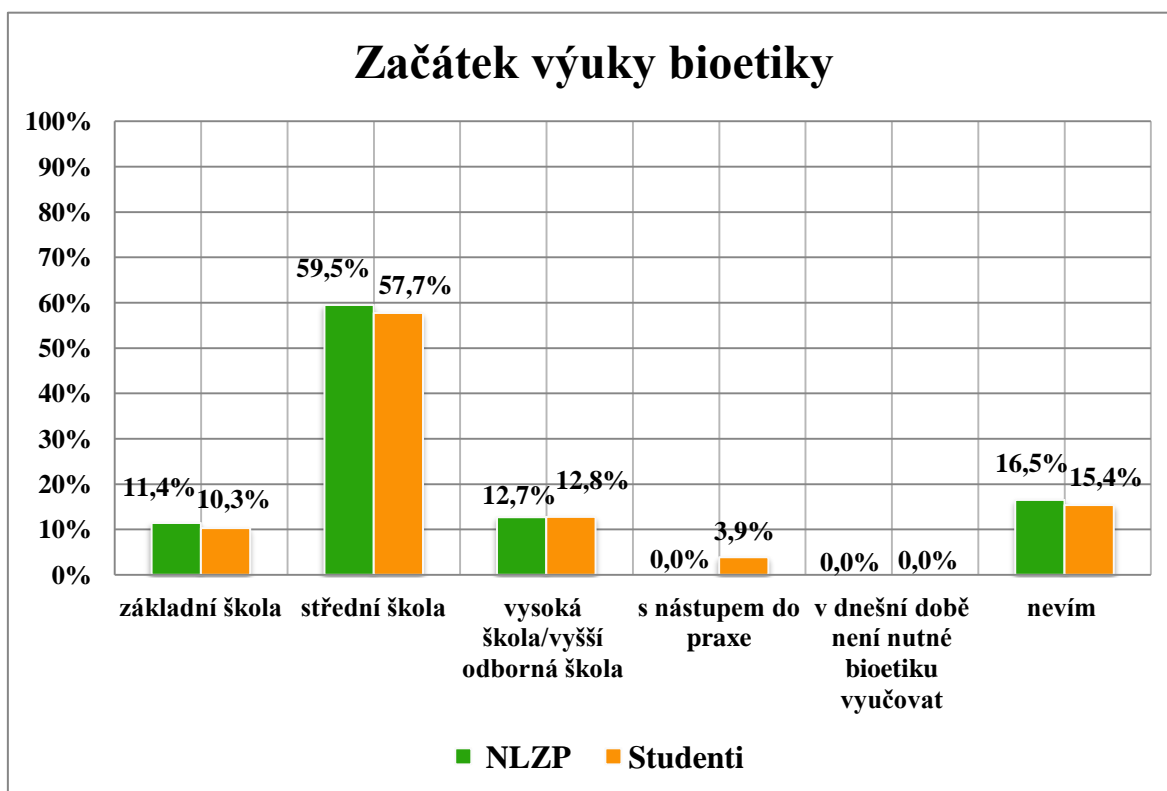
Položka 19b – otázka č. 18 pro studenty Úroveň vzdělávání pro začátek výuky bioetiky

Tabulka 19b Začátek výuky bioetiky dle studentů

Odpověď	Počet respondentů	
	absolutní četnost	relativní četnost
základní škola	8	10,3 %
střední škola	45	57,7 %
vysoká škola/vyšší odborná škola	10	12,8 %
s nástupem do praxe	3	3,9 %
v dnešní době není nutné bioetiku vyučovat	0	0,0 %
nevím	12	15,4 %
CELKEM	78	100 %

Zdroj: vlastní

Graf 19 Začátek výuky bioetiky dle NLZP a studentů



Zdroj: vlastní

Odpovědi na uzavřenou polytomickou otázku číslo 19 v dotazníku pro NLZP a číslo 18 v dotazníku pro studenty mají celkem shodný procentuální poměr. 59,7 % NLZP a 57,7 % respondentů ze skupiny studentů si myslí, že s výukou bioetiky je nutné začínat během výuky na střední škole. 12,7 % NLZP a 12,8 % studentů mají názor, že nejlepší období pro začátek výuky předmětu “bioetika“ je vysoká, respektive vyšší odborná škola. K začátku výuky už na základní škole se vyjádřilo 11,4 % respondentů NLZP a 10,3 % studentů. Dalších 3,9 % dotazovaných studentů se přiklání k odpovědi “s nástupem do praxe”, tuto variantu nevolil žádný nelékařský zdravotnický pracovník (0 %). Ani jeden z respondentů obou dotazovaných skupin (0 % a 0 %) si nemyslí, že v dnešní době není vůbec nutné vyučovat bioetiku. Nevědělo odpověd’ na tuto otázku 16,5 % respondentů NLZP a 15,4 % studentů.

Položka 20a – otázka č. 20 pro NLZP Počet předmětů zaměřených na problematiku etických otázek v intenzivní medicíně během celoživotního vzdělávání

Tabulka 20a Počet předmětů zaměřených na etiku v intenzivní medicíně dle NLZP

Odpověď	Počet respondentů	
	absolutní četnost	relativní četnost
žádný	6	7,6 %
1	37	46,8 %
2-4	27	34,2 %
více než 5	1	1,3 %
nevím/nedokážu posoudit	8	10,1 %
CELKEM	79	100 %

Zdroj: vlastní

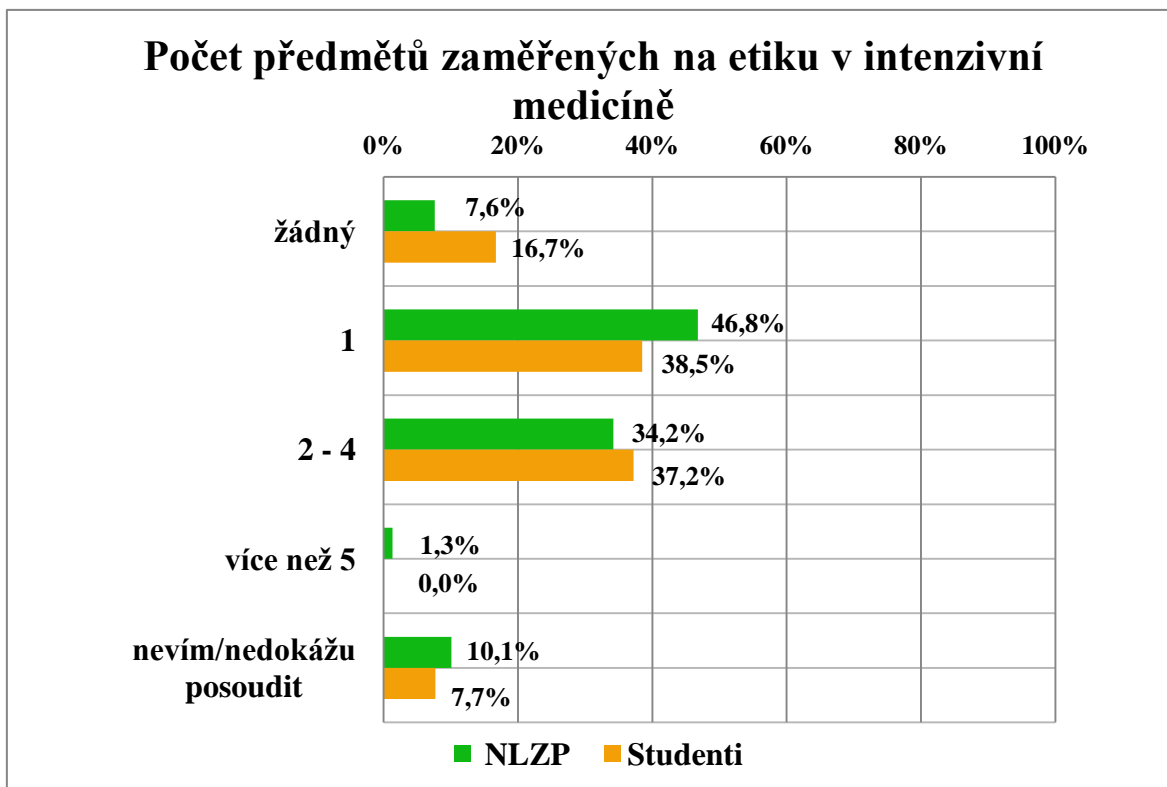
Položka 20b – otázka č. 19 pro studenty Počet předmětů zaměřených na problematiku etických otázek v intenzivní medicíně během výuky

Tabulka 20b Počet předmětů zaměřených na etiku v intenzivní medicíně dle studentů

Odpověď	Počet respondentů	
	absolutní četnost	relativní četnost
žádný	13	16,7 %
1	30	38,5 %
2-4	29	37,2 %
více než 5	0	0,0 %
nevím/nedokážu posoudit	6	7,7 %
CELKEM	78	100 %

Zdroj: vlastní

Graf 20 Počet předmětů zaměřených na etiku v intenzivní medicíně dle NLZP a studentů



Zdroj: vlastní

46,8 % respondentů dotazované skupiny NLZP a 38,5 % studentů uvedlo, že během svého celoživotního vzdělávání (NLZP) a během výuky (studenti) měli jenom 1 předmět, který byl částečně nebo zcela zaměřen na problematiku etických otázek v prostředí intenzivní medicíny. 2-4 předměty uvedlo 34,2 % NLZP a 37,2 % dotazovaných studentů. 7,6 % NLZP a 16,7 % respondentů z dotazované skupiny studentů si myslí, že během jejich výuky a/nebo celoživotního vzdělávání nebyl žádný takový předmět. Možnost “více než 5” volilo 1,3 % NLZP, ze studentů tuto možnost nevybral žádný respondent. Nevědělo nebo nedokázalo posoudit počet předmětů částečně nebo zcela zaměřených na problematiku etických otázek v intenzivní medicíně 10,1 % NLZP a 7,7 % studentů.

Položka 21a – otázka č. 21 pro NLZP Výuka bioetiky

Tabulka 21a Výuka bioetiky dle NLZP

Odpověď	Počet respondentů	
	absolutní četnost	relativní četnost
ano	10	12,7 %
ne	32	40,5 %
nevím/nedokážu posoudit	37	46,8 %
CELKEM	79	100 %

Zdroj: vlastní

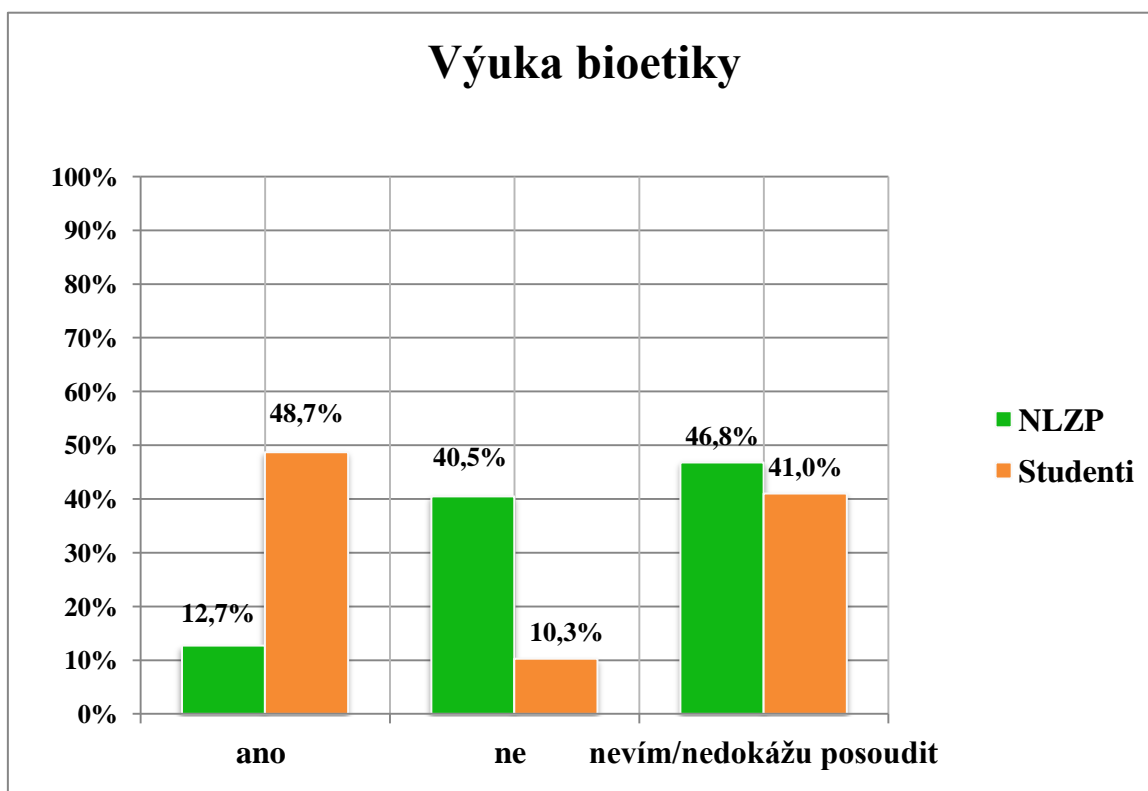
Položka 21b – otázka č. 20 pro studenty Výuka bioetiky

Tabulka 21b Výuka bioetiky dle studentů

Odpověď	Počet respondentů	
	absolutní četnost	relativní četnost
ano	38	48,7 %
ne	8	10,3 %
nevím/nedokážu posoudit	32	41,0 %
CELKEM	78	100 %

Zdroj: vlastní

Graf 21 Výuka bioetiky dle NLZP a studentů



Zdroj: vlastní

Uzavřená trichotomická otázka číslo 21 pro NLZP a číslo 20 pro studenty se zaměřovala na zjištění názorů respondentů, zda během jejich výuky v oboru byla věnována dostatečná pozornost výuce předmětu bioetika. 12,7 % NLZP a 48,7 % studentů dalo kladnou odpověď na tuto otázku. 40,5 % NLZP a 10,3 % mají názor, že výuka bioetiky byla nedostačující. 46,8 % NLZP a 41,0 % respondentů ze skupiny studentů nevědělo nebo nedokázalo posoudit odpověď na tuto otázku.

8 DISKUZE

Bakalářská práce se zabývá otázkami etiky neodkladné péče, zvláště nás zajímala problematika marné a přerušované léčby a také institut dříve vyslovených přání. Na základě studia odborné literatury byly stanoveny cíle bakalářské práce a pracovní hypotézy. Čtyři cíle jsou zaměřené na zjištění přehledu aktuálních etických dilemat v prostředí intenzivní péče v České republice, na stanovení rozdílů v názorech a znalostech na tato současná etická dilemata mezi nelékařskými zdravotnickými pracovníky pracujícími na oddělení intenzivní péče a mezi studenty bakalářských a navazujících magisterských nelékařských zdravotnických oborů, a potom na zmapování současného stavu výuky těchto aktuálních etických dilemat. Pro objektivní ověření cílů jsme stanovili čtyři hypotézy, které se po vyhodnocení dotazníků potvrdily, či naopak vyvrátily.

Cíl 1: Zjistit rozdíly ve znalostech a názorech na současná etická dilemata mezi nelékařskými zdravotnickými pracovníky pracujícími na oddělení intenzivní péče a mezi studenty bakalářských a navazujících magisterských nelékařských zdravotnických oborů.

Hypotéza 1: Studenti bakalářských a navazujících magisterských zdravotnických oborů se lépe orientují v problematice etiky neodkladné péče, než nelékařští zdravotničtí pracovníci pracující na oddělení intenzivní péče.

K této hypotéze se vztahují otázky č. 7, 8, 11, 12, 13 a 15 v dotazníku pro nelékařské zdravotnické pracovníky a otázky č. 6, 7, 10, 11, 12 a 14 v dotazníku pro studenty. V otázkách č. 7 a 8 dotazníku pro NLZP a č. 6 a 7 dotazníku pro studenty jsme se respondentů ptali, jestli se již během výuky a/nebo během svého celoživotního vzdělávání setkali s pojmem „bioetika“. V případě kladné odpovědi respondentům byla nabídnuta možnost několika slovy tento pojem definovat. Haškovcová uvádí, že bioetikou se rozumí zkoumání problémů etiky, týkajících se praktické realizaci činnosti lékařů, navíc tento pojem zahrnuje také etické otázky v jiných oborech, podmiňujících lékařskou praxi (farmacie, chemie, biofyzika a biologie). (Haškovcová, 2002) Dotazníkové šetření nám ukázalo, že v dotazované skupině NLZP setkání s pojmem „bioetika“ mělo 24 respondentů (30,4 %). V druhé dotazované skupině se pouze 12 studentů (15,4 %) setkalo s tímto pojmem.

V první skupině dotazovaných (NLZP) se 24 respondentů ze 79 dotázaných pokusilo definovat pojem „bioetika“ svými slovy v otevřené otázce č. 8 v dotazníku pro NLZP. Z toho 7 respondentů zcela špatně popsalo smysl a naplň tohoto pojmu, přičemž jeden respondent uvedl, že „se s tímto pojmem již setkal v minulosti, ale bohužel si už

nepamatuje definici“. 9 respondentů dokázalo definovat pojem jenom částečně, neboť pouze část jejich odpovědí byla správná. 8 respondentů zcela správně uvedlo definici pojmu “bioetika”. Ve druhé skupině respondentů (studenti) textovou odpověď na tuto otázku vyplnilo pouze 12 respondentů ze 78. Pět studentů definovalo pojem “bioetika” zcela špatně, pouze 2 měli všeobecný přehled o etice v medicíně, ale kvůli nepřesnostem nemůžeme jejich odpovědi také považovat za úplně správné. Ostatních 5 studentů zcela správně uvedlo definici pojmu “bioetika”. Jak nám ukazují výsledky dotazníkového šetření, nelékařští zdravotničtí pracovníci se častěji setkávají s pojmem „bioetika“ a lépe tento pojem mohou definovat.

Otázka č. 11 v dotazníku pro NLZP a otázka č. 10 v dotazníku pro studenty byly zaměřeny na zjištění procentuálního poměru respondentů, kteří jsou seznámeni s etickými kodexy pro zdravotníky. Kladnou odpověď na tuto otázku uvedlo 49 respondentů NLZP (62 %) a 59 studentů (75,6 %), popíralo své seznámení 18 NLZP (22,8 %) a 6 studentů (7,7 %), dalších 12 NLZP (15,2 %) a 13 studentů (16,7 %) si nebyli jistí a volili variantu „nevím“. Křivková uvedla ve své diplomové práci, že s etickými kodexy vztahenými na ošetřování pacienta na UPV ze 155 respondentů jsou obeznámeno 121 (78,1 %) NLZP pracujících na oddělení intenzivní péče, popíralo 29 respondentů (18,7 %) a nevědělo odpověď na otázku 5 sester (3,2 %). (Křivková, 2013) Jelikož Křivková ve své práci měla přesně dvakrát vyšší počet respondentů ve zkoumaném vzorku a tematika její diplomové práci úzce souvisí s naší, z výše uvedeného vyplývá, že procentuální zastoupení výsledku je stejné. Z výsledků této položky našeho výzkumu můžeme posoudit, že studenti a NLZP jsou celkově obeznámeni s kodexy etiky pro zdravotníky, ale studenti se o něco lépe vyznají ve výše zmíněném problému.

Otázky č. 12 (NLZP) a č. 11 (studenti) byly navrženy tak, aby respondenti mohli vyjádřit svůj názor ohledně účelu etických kodexů pro nelékařské zdravotnické pracovníky. Kutnohorská uvádí, že etické kodexy pro sestry poskytují základní rámec morálního jednání, podle kterého by sestra měla realizovat své vlastní rozhodování ve směru etiky. (Kutnohorská, 2007) Z variant nabízených v našem dotazníku 71 NLZP (89,9 %) a 68 (87,2 %) studentů uvedlo, že etické kodexy slouží ke stanovení etických principů při poskytování péče pacientům. Křivková uvedla ve své diplomové práci, že 104 sester (67,1 %) poznamenaly, že etické kodexy tvoří základ etických norem, dále 63x (40,6 %) byla uvedena odpověď, že kodexy v etice jsou samozřejmostí. (Křivková, 2013) Naše dotazníkové šetření také nabízelo možnost zvolit více odpovědí. 23 respondentů NLZP

(29,1 %) a 41 studentů (52,6 %) uvedlo, že se zajištění hranic a pravidel pro činnost NLZP uskutečňuje etickými kodexy. 29 NLZP (36,7 %) a 33 studentů (42,3 %) v kodexech vidí podporu morálních hodnot zdravotníka. „Kromě zákonných norem je nutno zmínit se i o etických kodexech v medicíně – ty sice nemají právní charakter, ale určují etické normy ve zdravotnictví“ (Legislativa ve zdravotnictví, http://www.medicimedikum.cz/?page_id=54) V dotazníku naší práce na tuto otázku také byla navrhnutá varianta, že účelem etických kodexů je právní ochrana, což zcela neodpovídá skutečnosti. I přesto 42 sester (53,2 %) a 36 studentů (46,2 %) volilo tuto možnost. Analýza odpovědí otázek č. 12 (NLZP) a č. 11 (studenti) nám jasně ukazuje, že respondenti dvou dotazovaných skupin sice mají částečné představení o účelu etických kodexů, ale odpovědi studentů byly více přesvědčivější.

V otázkách č. 13 (NLZP) a č. 12 (studenti) jsme se respondentů dotazovali na jejich znalost definice pojmu „marná léčba“. Ševčík ve svém článku „Etické problémy rozhodování o způsobu léčby v prostředí intenzivní medicíny“ uvádí „Marnou či medicínsky neadekvátní léčbou se rozumí léčba, která je natolik nedostačující či minimálně účinná, že se lékaři shodnou na jejím neposkytování, a to i pokud ji pacient či jeho zástupci vyžadují“ (Ševčík, 2012, <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/eticke-problemy-rozhodovani-o-zpusobu-lecby-v-prostredi-intenzivni-mediciny-464724>). Tuto správnou definici vybralo 34 NLZP (43 %) a pouze 25 studentů (32,1 %). Dalších 42 sester (53,2 %) a 52 studentů (66,7 %) považuje za marnou léčbu za medicínský postup, který není přínosný na úrovni prevence, diagnózy ani léčby. Tato varianta bohužel nedostatečně definuje pojem „marná léčba“. Na základě výsledků v těchto otázkách lze říct, že NLZP lépe znají definici tohoto pojmu.

Ve dvou posledních otázkách zaměřených na potvrzení nebo vyvrácení hypotézy 1 jsme se respondentů ptali na jejich znalost právní regulace marné léčby v rámci české legislativy. Křivková uvedla ve své diplomové práci, že sestry na otázku o znalosti legislativního ošetření kategorizace v převážném poměru 148 sester (95,5 %) odpověděly negativně. (Křivková, 2013) Otázky č. 15 (NLZP) a č. 14 (studenti) našeho dotazníkového šetření nabízely zvolit více odpovědí. Na problematiku marné léčby je ve současné době částečně zaměřeno několik právních zákonů a předpisů. Ve skupině NLZP jsou správné odpovědi následující: zákon č. 372/2011 Sb. – 29 respondentů (36,7 %), zákon č. 2/1993 Sb. – 28 (35,4 %) a předpis č. 96/2001 Sb. m. s. – 41 (51,9 %). Ve skupině studentů tyto odpovědi byly zvoleny následujícím počtem respondentů: zákon č. 372/2011 Sb. – 29 respondentů (37,2 %), zákon č. 2/1993 Sb. – 28 (35,9 %) a předpis č. 96/2001 Sb. m. s. –

40 (51,3 %). Nesprávné odpovědi také vybral přibližně stejný počet respondentů. Z výše uvedeného vyplývá, že respondenti dvou dotazovaných skupin se ekvivalentně orientují v právní regulaci marné léčby, i když u nich jsou určité mezery ve znalostech.

Z těchto odpovědí k potvrzení hypotézy 1 vyplývá, že znalosti a orientace v současných etických dilematech jsou dost podobné, ale nelékařští zdravotničtí pracovníci se v této problematice etiky neodkladné péče orientují lépe.

Hypotéza 1 se nepotvrdila.

Cíl 2: Zjistit aktuální etická dilemata v prostředí intenzivní péče v ČR.

Hypotéza 2: Česko v intenzivní péči v současné době má tato nejčastější etická dilemata: marná léčba, nerozšiřování léčby a dříve vyslovená přání.

K této hypotéze se vztahují otázky č. 9, 10 a 14 v dotazníku pro nelékařské zdravotnické pracovníky a otázky č. 8, 9 a 13 v dotazníku pro studenty. Otázky č. 9 v dotazníku pro NLZP a č. 8 v dotazníku pro studenty byly čistě informativní. Ptali jsme se v nich respondentů, jak často se osobně setkávají s etickými dilematy, abychom měli přehled o interakci respondentů se zkoumanými problémy. V první dotazované skupině (NLZP) 44 respondentů (55,7 %) uvedlo, že se s dilematy etiky setkávají denně. Dalších 23 sester (29,1 %) uvedlo, že týdně. V druhé dotazované skupině 38 studentů (48,7 %) odpovědělo „občas“, 26 (33,3 %) – „často“ a pouze 12 (15,4 %) – „velmi často“. Z toho vyplývá, že nelékařští zdravotničtí pracovníci se častěji setkávají s dilematy v etice intenzivní medicíny.

Otázky č. 14 (NLZP) a č. 13 (studenti) byly zaměřené na zjištění názorů respondentů o výskytu problému marné léčby v intenzivní péči. *„Stavy tzv. dystanázie (zadržené smrti) vzbuzují četné rozpaky lékařů a jsou pravidelně zdrojem utrpení umírajících i jejich rodin“* (Haškovcová, 2002, s. 232) V první dotazované skupině 77 NLZP (97,5 %) na tuto otázku dalo kladnou odpověď, ze skupiny studentů 64 (82,1 %) si bylo jistých, že tento problém opravdu vyskytuje, přitom 12 studentů (15,4 %) oproti 1 sestře (1,3 %) nevědělo odpověď a uvedli „nevím“. Větší přesvědčení NLZP ve výskytu problému marné léčby se dá objasnit frekvencí osobního setkávání s etickými dilematy, o kterých se hovořilo výše.

Otázky č. 10 (NLZP) a č. 9 (studenti) byly orientované na stanovení nejčastěji se vyskytujících etických dilemat v praxi. Nejčastěji respondenti uvedli problematiku marné léčby – 58 NLZP (73,4 %) a 44 studentů (56,4 %). Varianta „nerozšiřování/redukování léčby“ v dotazníku NLZP se umístila na druhém místě – 52 (65,8 %) a v dotazované

skupině studentů na třetím místě 33 (42,3 %). Pokud vezmeme v úvahu pouze výsledky NLZP, které se častěji setkávají osobně s etickými dilematy, uvidíme, že tito respondenti kromě zmíněných odpovědí nejčastěji volili nabízené možnosti, přímo nebo částečně se vztahující k problematice marné léčby – dystanázie (prodlužování života, zadržovaná smrt) a DNR (Do Not Resuscitate). Ohledně problematiky DNR Sláma ve své dizertační práci uvádí: „Přesné statistiky nejsou k dispozici, lze však s jistotou říci, že v ČR nejsou všechny oběti oběhové a dechové zástavy resuscitovány“ (Sláma, 2009, s. 46) Možnost vybrat dříve vyslovená přání jako jedno z nejčastějších dilemat využilo pouze 6 NLZP (7,6 %) a 6 studentů (7,7 %). Sláma ve výsledcích svého výzkumu uvádí „U žádného pacienta nebylo v dokumentaci nalezeno písemně vyjádřené přání, které by se týkalo KPR. V dokumentaci rovněž nebyl nalezen záznam o tom, že by rozhodnutí o zahájení KPR bylo ovlivněno pacientem předem vysloveným přáním“ (Sláma, 2009, s. 74)

Z této analýzy odpovědí k potvrzení hypotézy 2 vyplývá, že sice marná léčba a etické otázky nerozšiřování a/nebo redukování léčby jsou nejfrekventovanější v prostředí intenzivní medicíny, problematika dříve vyslovených přání není zatím v současné době v ČR častým jevem.

Hypotéza 2 se nepotvrdila.

Cíl 3: Zjistit znalosti nelékařských zdravotnických pracovníků pracujících na oddělení intenzivní péče a studentů bakalářských a navazujících magisterských zdravotnických oborů o problematice dříve vyslovených přání.

Hypotéza 3: Nelékařští zdravotničtí pracovníci pracující na oddělení intenzivní péče znají problematiku dříve vyslovených přání méně, než studenti bakalářských a navazujících magisterských zdravotnických oborů.

K této hypotéze se vztahují otázky č. 16, 17 a 18 v dotazníku pro nelékařské zdravotnické pracovníky a otázky č. 15, 16 a 17 v dotazníku pro studenty. Otázky č.16 (NLZP) a č. 15 (studenti) byly zaměřené na zjištění znalostí respondentů o existenci možnosti vytvoření dokumentu, který bude odrážet přání pacienta v případě jeho neschopnosti vyjádřit v budoucnu svá přání ohledně následujícího průběhu léčby kvůli svému kritickému nebo závažnému stavu. V dotazníkovém šetření se 43 NLZP (54,4 %) a 39 studentů (50,0 %) vyjádřili, že taková možnost existuje a dokument se nazývá „Dříve vyslovená přání“, což nám ukazuje na to, že sestry se v této otázce vyznají o něco lépe, než studenti. Přičemž stojí za zmínku, že dvakrát větší počet respondentů ze skupiny studentů úplně popřel existenci takového dokumentu (39,7 % studentů oproti 19,0 NLZP).

V otázkách č. 17 (NLZP) a č. 16 (studenti) jsme se respondentů ptali na osobní zkušenosti se sepsáním dříve vyslovených přání. Sláma ve své dizertační práci uvádí: „Český právní řád institut předem vysloveného přání pacienta zná. V současné době však hraje v ČR předem vyslovené přání pacienta ohledně KPR zcela zanedbatelnou roli. V našem souboru nebyla ani v jednom případě rozhodnutí o KPR ovlivněno pacientovým předem vysloveným přáním“ (Sláma, 2009, s. 83) Výzkumné šetření naší bakalářské práce ukázalo, že pouze 4 sestry (5,1 %) a 2 studenti (2,6 %) měli osobní zkušenost se sepsáním předem projevených přání pacienta. Jak bylo dříve uvedeno v teoretické části této práci, takový nevýrazný výskyt dříve vyslovených přání v ČR můžeme objasnit novotou problematiky v české intenzivní medicíně, ale také i špatnou informovaností veřejnosti o možnosti vytvoření takového dokumentu. Novotná ve své diplomové práci uvádí, že pouze 54 respondentů (38,6 %) ze 140 ví o možnosti living will, oproti 75 pacientům (53,6 %), kteří o takové možnosti nikdy neslyšeli. (Novotná, 2012)

Otázky č. 18 (NLZP) a č. 17 (studenti) zkoumaly znalosti respondentů obou dotazovaných skupin ohledně aktuální platnosti dříve vyslovených přání dle české legislativy. Krejčíková uvádí, že dle řešení Ústavního soudu ČR od 27.11.2012 došlo k úpravám § 36 zákona č. 372 o zdravotních službách, podle kterých od výše uvedeného data není určena platnost dříve vyslovených přání v ČR. (Krejčíková, 2014) Výsledky výzkumu ukazují, že 30 NLZP (38 %) a 19 studentů (24,4 %) se řídí zastaralými informacemi. Správnou odpověď ve skupině NLZP uvedlo 23 respondentů (29,1 %), ve skupině studentů – 44 (56,4 %), z čehož vyplývá lepší znalost studentů této otázky.

Z těchto odpovědí k potvrzení hypotézy 3 jsme zjistili, že znalosti a orientace v problematice dříve vyslovených přání je vcelku podobná u obou dotazovaných skupin. Přestože studenti se lépe orijentují v legislativních změnách ohledně platnosti dříve vyslovených přání, lze celkově na základě výsledků výzkumu říct, že jejich praktické a teoretické zkušenosti jsou horší, než u nelékařských zdravotnických pracovníků.

Hypotéza 3 se nepotvrdila.

Cíl 4: Zmapovat současný stav výuky aktuálních etických dilemat u studentů bakalářských a navazujících magisterských nelékařských zdravotnických oborů.

Hypotéza 4: Nelékařští zdravotničtí pracovníci pracující na oddělení intenzivní péče a studenti bakalářských a navazujících magisterských nelékařských zdravotnických oborů považují současný stav výuky etiky za dostačující.

K této hypotéze se vztahují otázky č. 19, 20 a 21 v dotazníku pro nelékařské zdravotnické pracovníky a otázky č. 18, 19 a 20 v dotazníku pro studenty. Otázky č.19 (NLZP) a č. 18 (studenti) byly zaměřené na zjištění názorů dotazovaných respondentů ohledně optimální úrovně vzdělávání pro začátek výuky bioetiky. Tato otázka nám ukázala faktickou shodu odpovědí, 47 NLZP (59,5 %) a 45 studentů (57,7 %) se vyjádřilo, že střední škola je pro začátek vyučování bioetiky optimální.

Otázky č. 20 (NLZP) a č. 19 (studenti) se vztahovaly k určení počtu předmětů, které během výuky a celoživotního vzdělávání bylo částečně nebo zcela zaměřeno na problematiku etických otázek v intenzivní medicíně. 37 NLZP (46,8 %) a 30 studentů (38,5 %) uvedlo, že takový předmět byl jenom jeden. Variantu „2-4“ volilo 27 NLZP (34,2 %) a 29 studentů (37,2 %). Výsledky v této otázce je lepší rozebírat ve vztahu k otázkám č. 21 (NLZP) a č. 20 (studenti), ve kterých jsme se respondentů ptali na jejich spokojenost s věnovanou pozorností výuce bioetiky. *„Chceme-li uvažovat o etice určitých oblastí života, měli bychom nejprve vědět, o co v etice jde všeobecně, teprve pak můžeme aplikovat etické hledisko na určité obory praxe a diferencovaně zkoumat problémy speciálních etik“*. (Kutnohorská, 2000, s. 26) Pouze 10 NLZP (12,7 %) a 38 studentů (48,7 %) považují, že věnována pozornost výuce bioetiky byla dostatečná. 32 sestry (40,5 %) a pouze 8 studentů (10,3 %) na tuto otázku odpovědělo negativně.

Z výše uvedeného vyplývá, že respondenti dvou dotazovaných skupin se částečně neshodli v názorech. Respondenti obou skupin považují, že je nejlepší začínat s výukou bioetiky již na střední škole. I přes přibližně stejný počet respondenty uvedených předmětů zaměřených na problematiku etických otázek v intenzivní medicíně, nelékařští zdravotničtí pracovníci pracující na oddělení intenzivní péče si myslí, že výuka bioetiky nebyla úplně dostatečná. Studenti naopak uvádí, že jsou s výukou spokojeni. Můžeme pouze předpokladat, že studentům pravděpodobně chybí praxe, která by ukázala na nedostatek teoretických vědomostí v této problematice.

Hypotéza 4 se nepotvrdila.

ZÁVĚR

V této bakalářské práci jsme se snažili přiblížit velmi aktuální a stále diskutovanou problematiku marné léčby, kategorizace pacientů a usazení institutu dříve vyslovených přání v prostředí české intenzivní medicíny. Hlavně nás zajímaly nedokonalosti praktického provedení a právní regulace těchto etických dilemat. Bioetika se od jiných přesně stanovených předmětů odlišuje kritickým nedostatkem jednoznačných a jasných odpovědi na určité otázky. Chybějící konkrétnost etických dilemat mnohdy může vést ke vzniku stížností a následujících právních sporů. Práce na lůžkách akutní a dlouhodobé intenzivní péče klade velký důraz na odbornou stránku nelékařských zdravotnických pracovníků, do které samozřejmě bezvýhradně patří i náležitá orientace v bioetice intenzivní medicíny. Zlepšením odborných znalostí předmětu etiky neodkladné péče můžeme přispět ke zvyšování spokojenosti pacientů a celkově ke zlepšení kvality zdravotní péče. Navíc by mělo dojít i k posilování morální stránky odborníků.

Výzkumné šetření, které bylo realizováno pro nelékařské zdravotnické pracovníky poskytující ošetrovatelskou péči na lůžkách akutní a dlouhodobé intenzivní péče a pro studenty oboru Zdravotnický záchranář s cílem porovnání jejich názorů a znalostí nám ukázalo, že většina respondentů sice má částečné znalosti předmětu etiky neodkladné péče, ale nelze s jistotou říct, že tyto znalosti jsou dostačující. Navíc se ukázalo, že nelékařští zdravotničtí pracovníci se lépe orientují ve zkoumaných otázkách, což můžeme objasnit neustálým kontaktem s touto problematikou v jejich praxi. Ale i přesto se skoro polovina respondentů dotazované skupiny NLZP vyjádřila k tomu, že během jejich výuky a celoživotního vzdělávání nebyla věnována dostatečná pozornost výuce bioetiky.

Bakalářská práce poskytuje teoretické shrnutí problematiky a výsledky dotazníkového šetření, které mohou být motivujícím prvkem pro nelékařské zdravotnické pracovníky poskytující ošetrovatelskou péči na lůžkách akutní a dlouhodobé intenzivní péče, pro studenty nelékařských zdravotnických studijních programů „Ošetrovatelství“ (všeobecné sestry bakalářského a navazujícího magisterského studijního programu) a „Specializace ve zdravotnictví“ (studenti bakalářského programu oboru Zdravotnický záchranář), a zvláště pro pedagogy studentů výše zmíněných studijních programů. Jako výstup pro praxi jsme vytvořili návrh Sylabu pro studijní předmět „Etické otázky neodkladné péče“ (viz přílohy).

SEZNAM ZDROJŮ

Zákony, předpisy a doporučení

Ústavní zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod ve znění změn a doplňků.
Dostupné z: <http://zakony.centrum.cz/listina-zakladnich-prav-a-svobod>

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

Dostupné z: http://www.clkcr.cz/doc/cms_library/dop-1-2010-31.pdf

Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících“ (tzv. Charta práv umírajících).

Dostupné z: <http://www.umirani.cz/res/data/010/001137.pdf>

CVACHOVEC, Karel et kol. ČESKA SPOLEČNOST ANESTEZIOLOGIE, RESUSCITACE A INTENZIVNÍ MEDICÍNY. ČESKA SPOLEČNOST INTENZIVNÍ MEDICÍNY. *Konsenzuální stanovisko k poskytování paliativní péče u nemocných s nezvratným orgánovým selháním*. Verze 1/2009.

Dostupné z: http://www.urgmed.cz/postupy/cizi/2009_paliativni.pdf

Předpis č. 96/2001 Sb. m.s., Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny (Úmluva o lidských právech a biomedicině).

Dostupné z: http://www.lkcr.cz/doc/cms_library/96-2001-umluva-o-lid-pravech-a-biomedicine-100419.pdf

vysvětlující zpráva k Úmluvě (angl.):

<http://conventions.coe.int/Treaty/en/Reports/Html/164.htm>

Zákon č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (Zákon o zdravotních službách). [v platném znění]

Monografie

ADAMUS, Milan a kol. *Základy anesteziologie, intenzivní medicíny a léčby bolesti*. 2 vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. 358 s. ISBN 978-80-244-2996-5

BEAUCHAMP, Tom L. et CHILDRESS, James Franklin. *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford University, 2009. 432 p. ISBN 978-0-19-533570-5

BUŽGOVÁ, Radka. *Etika ve zdravotnictví*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2013. 81 s. ISBN 978-80-7464-409-2

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. Praha: Galén, 2002. 272 s. ISBN 80-7262-132-7

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Informovaný souhlas: Proč a jak?* Praha: Galén, 2007. 104 s. ISBN 978-80-7262-497-3

HEŘMANOVÁ, Jana, VÁCHA, Marek, SVOBODOVÁ, Hana, ZVONÍČKOVÁ, Marie, SLOVÁK, Jan. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2012. 200 s. ISBN 987-80-247-3469-9

IVANOVÁ, Kateřina a KLOS, Robert. *Kapitoly z lékařské etiky*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004. 145 s. ISBN 80-244-0892-9

JANOVSKÝ, Jiří. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003. 223 s. ISBN 80-7254-329-6

JAROŠOVÁ, Darja. *Teorie moderního ošetrovatelství*. Praha: ISV nakladatelství, 2000. 133 s. ISBN 80-85866-55-2

KOŘENEK, Josef. *Lékařská etika*. Praha: Triton, 2004. 234 s. ISBN 80-7254-538-8

KREJČÍKOVÁ, Helena. *Ukončování léčby pacienta a trestní odpovědnost lékaře*. Praha: Galén, 2014. 143 s. ISBN 978-80-7492-167-4

KUŘE, Josef. *Kapitoly z lékařské etiky*. Brno: Masarykova univerzita, 2012. 114 s. ISBN 978-80-210-5951-1

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2

MATĚJEK, Jaromír. *Dříve projevená přání pacientů. Výhody a rizika*. Praha: Galén, 2011. 190 s. ISBN 978-80-7262-850-6

MUNZAROVÁ, Marta. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada, 2005. 156 s. ISBN 80-247-1024-2

SLÁMA, Ondřej, KABELKA, Ladislav, VORLÍČEK, Jiří a kol. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, 2007. 362 s. ISBN 978-80-7262-505-5

STOLÍNOVÁ, Jitka, MACH, Jan. *Právní odpovědnost v medicíně*. Praha: Galén, 2010. 313 s. ISBN 978-80-7262-686-1

ŠEVČÍK, Pavel a kol. *Intenzivní medicína*. Praha: Galén, 2014. 1196 s. ISBN 978-80-7492-066-0

VÁCHA, Marek, KÖNIGOVÁ, Radana, MAUER, Miloš. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál, 2012. 304 s. ISBN 978-80-7367-780-0

ZADÁK Zdeněk, HAVEL Eduard a kol. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. Praha: Grada, 2007. 336 s. ISBN 978-80-247-2099-9

Časopisy

KRAUS, Roman. (2003) Nenasazení a vysazení marné léčby a dystanazie. *Revue MU*, Brno: Masarykova Univerzita, 36(1), 17–18. ISSN 1211-3384

PAŘÍKOVÁ, Renata, ČERNÝ, Vladimír, Dostál, Pavel. (2001). Zkušenosti s kategorizací nemocných u pacientů v resuscitační péči. *Anesteziologie a neodkladná péče*. 12(4), 177–179. ISSN 0862-4968

STUDDERT, M., David, MELLO, M., Michelle, SAGE, M., William, DESROCHES, M., Catherine, PEUGH, Jordon, ZAPERT, Kinga et. BRENNAN, A., Troyen. (2005) Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment. *JAMA*, 293 (21), 2609–2617 ISSN 2609–2617

Učební texty

LEMON 3. *Etika v práci sestry, vedení a základy managementu*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1997. 158 s. ISBN 80-7013-244-2

Akademické práce

Křivková, Jana. *Etické otázky ošetrovatelské péče u pacientů na dlouhodobé umělé plicní ventilaci*. České Budějovice, 2013. 136 s. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Katedra ošetrovatelství

NOVOTNÁ, Lucie. *Living will v českém prostředí*. Brno, 2012. 119 s. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství

SLÁMA, Ondřej. *Klinické, etické a právní aspekty rozhodování o kardiopulmonální resuscitaci u terminálně onkologicky nemocných pacientů*. Brno, 2009. 94 s. Dizertační práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Obor doktorského studia Sociální lékařství

Internetové zdroje

DUŠKA, František. (2010) *Kategorizace péče u kriticky nemocných*. *Klinika anesteziologie a resuscitace 3*. LF UK. Traumacentrum FNKV. [cit. 2015-05-16]. Dostupné z: http://www.petrwaldauf.cz/index.php/cs/pednaky-ke-staeni/doc_download/100-paliativni-pece-o-krit-nemocne

Legislativa ve zdravotnictví. *2M – Medici medikům*. [online]. [cit. 2015-05-18]. Dostupné z: http://www.medicimedikum.cz/?page_id=54

PAŘÍZKOVÁ, Renata. (2008) *Kategorizace nemocných – pohled intenzivisty*. II. Československý kongres intenzivní medicíny dospělých a dětí, Plzeň 4.-6.6.2008. [cit. 2015-05-14]. Dostupné z: <http://www.csim.cz/FileHandler.ashx?FileID=694>

ŠEVČÍK, Pavel. (2012) *Etické problémy rozhodování o způsobu léčby v prostředí intenzivní medicíny*. [online]. [cit. 2015-05-07]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/eticke-problemy-rozhodovani-o-zpusobu-lecby-v-prostredi-intenzivni-mediciny-464724>

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1a Pohlaví NLZP

Tabulka 1b Pohlaví studentů

Tabulka 2a Rozdělení NLZP podle věku

Tabulka 2b Rozdělení studentů podle věku

Tabulka 3a Rozdělení NLZP podle nejvyššího dosaženého vzdělání

Tabulka 3b Rozdělení studentů podle nejvyššího dosaženého vzdělání

Tabulka 4a Rozdělení NLZP podle pracovního zařazení

Tabulka 4b Rozdělení studentů podle pracovního zařazení

Tabulka 5 Rozdělení NLZP podle typu oddělení

Tabulka 6a Rozdělení NLZP podle délky praxe

Tabulka 6b Rozdělení studentů podle ročníku studia

Tabulka 7a Setkání NLZP s pojmem “bioetika”

Tabulka 7b Setkání studentů s pojmem “bioetika”

Tabulka 9a Rozdělení NLZP dle seznámení s etickými kodexy pro zdravotníky

Tabulka 9b Rozdělení studentů dle seznámení s etickými kodexy pro zdravotníky

Tabulka 10a Účel etických kodexů pro nelékařské zdravotnické pracovníky dle NLZP

Tabulka 10b Účel etických kodexů pro nelékařské zdravotnické pracovníky dle studentů

Tabulka 11a Definice pojmu „marná léčba“ dle NLZP

Tabulka 11b Definice pojmu „marná léčba“ dle studentů

Tabulka 12a Právní regulace marné léčby dle NLZP

Tabulka 12b Právní regulace marné léčby dle studentů

Tabulka 13a Osobní setkávání NLZP s etickými dilematy

Tabulka 13b Osobní setkávání studentů s etickými dilematy

Tabulka 14a Rozdělení etických dilemat podle frekvence setkávání u NLZP

Tabulka 14b Rozdělení etických dilemat podle frekvence setkávání u studentů

Tabulka 15a Výskyt problému marné léčby v intenzivní péči dle NLZP

Tabulka 15a Výskyt problému marné léčby v intenzivní péči dle studentů

Tabulka 16a Možnost zaznamenání přání pacienta dle NLZP

Tabulka 16b Možnost zaznamenání přání pacienta dle studentů

Tabulka 17a Osobní zkušenost NLZP se sepisováním předem projevených přání pacienta

Tabulka 17b Setkání studentů během odborné praxe se sepisováním předem projevených přání pacienta

Tabulka 18a Platnost dříve vysloveného přání v ČR dle NLZP

Tabulka 18b Platnost dříve vysloveného přání v ČR dle studentů

Tabulka 19a Začátek výuky bioetiky dle NLZP

Tabulka 19b Začátek výuky bioetiky dle studentů

Tabulka 20a Počet předmětů zaměřených na etiku v intenzivní medicíně dle NLZP

Tabulka 20b Počet předmětů zaměřených na etiku v intenzivní medicíně dle studentů

Tabulka 21a Výuka bioetiky dle NLZP

Tabulka 21b Výuka bioetiky dle studentů

*Číslování tabulek bylo provedeno dle číslování položek praktické části bakalářské práce pro lepší vnímání výsledků s vynecháním tabulky č.8.

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Pohlaví NLZP a studentů

Graf 2 Věková kategorie NLZP a studentů

Graf 3a Nejvyšší dosažené vzdělání NLZP

Graf 3b Nejvyšší dosažené vzdělání studentů

Graf 4a Pracovní zařazení NLZP

Graf 4b Pracovní zařazení studentů

Graf 5 Typ oddělení NLZP

Graf 6a Délka praxe v oboru NLZP

Graf 6b Ročník studia studentů

Graf 7 Setkání NLZP a studentů s pojmem “bioetika”

Graf 9 Seznámení NLZP a studentů s etickými kodexy pro zdravotníky

Graf 10 Účel etických kodexů pro nelékařské zdravotnické pracovníky dle NLZP a studentů

Graf 11 Definice pojmu „marná léčba“ dle NLZP a studentů

Graf 12 Právní regulace marné léčby dle NLZP a studentů

Graf 13a Osobní setkávání NLZP s etickými dilematy

Graf 13b Osobní setkávání studentů s etickými dilematy

Graf 14 Porovnání nejčastějších etických dilemat v prostředí intenzivní péče dle NLZP a studentů

Graf 15 Výskyt problému marné léčby v intenzivní péči dle NLZP a studentů

Graf 16 Možnost vytvoření dokumentu, odrážejícího přání pacienta dle NLZP a studentů

Graf 17 Sepisování předem projevených přání pacienta dle NLZP a studentů

Graf 18 Platnost dříve vysloveného přání v ČR dle NLZP a studentů

Graf 19 Začátek výuky bioetiky dle NLZP a studentů

Graf 20 Počet předmětů zaměřených na etiku v intenzivní medicíně dle NLZP a studentů

Graf 21 Výuka bioetiky dle NLZP a studentů

*Číslování grafů bylo provedeno dle číslování položek praktické části bakalářské práce pro lepší vnímání výsledků s vynecháním grafů č.8.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

a kol. – a kolektiv

angl. – anglicky

ANH – asistovaná nutriční a hydratace

APACHE II – Acute Physiology And Chronic Health Evaluation

apod. – a podobně

ARIP – anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče

ARO – Anesteziologicko-Resuscitační oddělení

atd. – a tak dále

Bc. – Bakalář (titul)

CRRT – Continuous Renal Replacement Therapy

č. – článek; číslo

ČLK – Česká lékařská komora

ČR – Česká republika

DIP – Oddělení dlouhodobé intenzivní péče

DiS. – Diplomovaný specialista (titul)

DNR – Do Not Resuscitate

DNAR – Do Not Attempt Resuscitation

et al. – et alii (a jiní, a další)

FN – Fakultní nemocnice

FNB – Fakultní nemocnice Bory

FZS – Fakulta zdravotnických studií

hod. – hodina

CHK JIP II – jednotka intenzivní péče chirurgické kliniky (oddělení JIP II)

ICN – International Council of Nurses

IP – intenzivní péče

JIP – Jednotka intenzivní péče

KCH-RES – Kardiochirurgické resuscitační oddělení

K-JIP – Koronární jednotka intenzivní péče

KPR – kardiopulmonální resuscitace

Mgr. – Magistr (titul)

ml – mililitr

MPM – mortality prediction model

NLZP – nelékařský zdravotnický pracovník

odst. – odstavec

OSF – Organ System Failures

PEEP – Positive End-Expiratory Pressure

PNE – Oddělení pneumologie a fizeologie

PRISM – Pediatric Risk Of Mortality

př. n. l. – před naším letopočtem

PSI – Physiologic Stability Index

RIP – Riyadh Intensive Care Program

řec. – řecky

s. – stránka

SAPS – Simplified Acute Physiology Score

Sb. – Sbírka zákonů

Sb. m. s. – Sbírka mezinárodních smluv

SOFA – Sepsis-related Organ Failure Assessment

tj. – to je, to jest

tzv. – takzvaný

ZČU – Západočeská univerzita v Plzni

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Příloha 2 Dotazník pro NLZP

Příloha 3 Dotazník pro studenty

Příloha 4 Výstup pro praxi

Příloha 5 Úmluva o lidských právech a biomedicíně

Příloha 6 Ochrana lidských práv a důstojnosti smrtelně nemocných a umírajících

PŘÍLOHY

Příloha 1 Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Vážený pan

levgen Zemliak

Student oboru Zdravotnický záchranář

Katedra záchranářství a technických oborů, Fakulta zdravotnických studií

Západočeská univerzita v Plzni



Útvar náměstka pro ošetrovatelskou péči

Dr. E. Beneše 13, 305 99 Plzeň - Bory
alej Svobody 80, 304 60 Plzeň - Lochotín
IČO 00669806 tel.: 377 401 111, 377 103 111

Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň **uděluji povolení** ke sběru dat pomocí dotazníku určeného všeobecným sestřám / zdravotnickým záchranářům pracujícím na níže uvedených pracovištích FN Plzeň:

- *Kliniky – I. interní, anestezie, resuscitace a intenzivní medicíny, chirurgická, pneumologie a ftizeologie.*
- *Oddělení – anesteziologicko-resuscitační, kardiochirurgické, kardiologické.*

Vaše šetření budete provádět – za uvedených podmínek - v souvislosti s vypracováním Vaší bakalářské práce na téma „*Etické otázky neodkladné péče*“.

Podmínky, za kterých Vám bude umožněna realizace Vašeho šetření ve FN Plzeň:

- Vrchní sestry / všeobecný ošetrovatel oslovených pracovišť souhlasí s Vaším šetřením.
- Osobně povedete svoje šetření.
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického plánu FN Plzeň. Vaše šetření bude provedeno za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372 / 2011 Sb., o zdravotních službách, v platném znění.
- Po zpracování Vámi zjištěných údajů poskytnete Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň závěry Vašeho šetření (na níže uvedený e-mail) a budete se podílet aktivně na případné prezentaci výsledků Vašeho šetření na vzdělávacích akcích pořádaných FN Plzeň.

Toto povolení nezakládá povinnost zdravotnických pracovníků s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráce s Vámi narušovala plnění pracovních povinností zaměstnanců, jejich soukromí či pokud by spolupráce s Vámi zaměstnanci pociťovali jako újmu. Účast zdravotnických pracovníků na Vašem šetření je dobrovolná a je vyjádřením ochoty ke spolupráci oslovených zaměstnanců FN Plzeň s Vámi.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

Mgr., Bc. Světluše Chabrová
manažerka pro vzdělávání a výuku NELZP
zástupkyně náměstkyně pro oš. péči

Útvar náměstkyně pro oš. péči FN Plzeň
tel.: 377 103 204, 377 402 207
e-mail: chabrovas@fnplzen.cz

8. 4. 2015

Příloha 2 Dotazník pro NLZP

Dobrý den,

jmenuji se Ievgen Zemliak, jsem studentem třetího ročníku bakalářského studia na Fakultě zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni, oboru Zdravotnický záchranář. K vypracování mé bakalářské práce potřebuji získat aktuální informace, které se týkají tématu “Etické otázky neodkladné péče“, zvláště pak problematiky marné a přerušované léčby a také dříve vyslovených přání. Proto si Vás dovoluji požádat o vyplnění dotazníku.

Dotazník je zcela anonymní a získané odpovědi budou sloužit pouze pro zpracování mé bakalářské práce. U každé otázky zaškrtněte pouze jednu odpověď, pokud není uvedeno jinak.

Děkuji za Váš čas a vyplnění dotazníku.

Ievgen Zemliak

student 3. ročníku oboru Zdravotnický záchranář

Fakulta zdravotnických studií, Západočeské univerzity v Plzni

1. Vaše pohlaví?

- a) muž
- b) žena

2. Váš věk?

- a) 19 – 25 let
- b) 26 – 35 let
- c) 36 – 45 let
- c) 46 – 57 let
- d) 58 let a víc

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) střední s maturitou
- b) vyšší odborná škola (DiS.)
- c) vysoká škola (Bc.)
- d) vysoká škola (Mgr.)
- e) specializační vzdělání v IP (ARIP)

4. Vaše pracovní zařazení?

- a) nelékařský zdravotnický pracovník
- b) nelékařský zdravotnický pracovník a student současně (bakalářské, navazující magisterské studium, specializace, atd.)

5. Typ oddělení, kde pracujete:

- a) Jedinotka intenzivní péče (JIP)
- b) Anesteziologicko-Resuscitační oddělení (ARO)
- c) Oddělení dlouhodobé intenzivní péče (DIP)

6. Jak dlouho pracujete v oboru?

- a) do 1 roku
- b) 1 – 4 let
- c) 5 – 10 let
- d) 11 – 15 let
- e) 16 – 20 let
- f) 20 – a více let

7. Setkal(a) jste se již s pojmem „bioetika“?

- a) ano
- b) ne

8. Jestliže jste odpověděl(a) „ano“ na otázku č.7, zkuste prosím pojem „bioetika“ několika slovy definovat:

.....
.....

9. Jak často se osobně setkáváte s etickými dilematy?

- a) denně
- b) týdně
- c) měsíčně
- d) několikrát do roka
- e) jiné - uveďte:.....

10. Ve své praxi se nejčastěji setkávám s těmito etickými dilematy (otázka umožňuje zvolit více odpovědí):

- a) marná léčba
- b) permanentní vegetativní stav
- c) nerozšiřování/redukování léčby
- d) důstojnost a spolurozhodování (informovaný souhlas - pacient se podílí na léčbě)
- e) dříve vyslovená přání
- f) dystanázie (prodlužování života, zadržovaná smrt)
- g) DNR (Do Not Resuscitate)
- h) eutanazie
- ch) asistovaná reprodukce
- i) jiné – uveďte:.....

11. Byl/a jste zaměstnavatelem seznámena s etickými kodexy v medicíně, které jsou určeny pro zdravotníky:

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

12. Účel etických kodexů pro nelékařské zdravotnické pracovníky (otázka umožňuje zvolit více odpovědí):

- a) právní ochrana
- b) stanovují etické principy při poskytování péče pacientům
- c) zajištění hranic a pravidel pro činnost NLZP
- d) podpora morálních hodnot zdravotníka
- e) o smyslu nepřemýšlím
- f) nevím

13. Co si myslíte, že znamená pojem „marná léčba“?

- a) chybná léčba, ohrožující zdraví nebo aktuální stav pacienta
- b) léčba, bezprostředně ohrožující život pacienta
- c) léčba, která je natolik nedostačující či minimálně účinná, že se lékaři shodnou na jejím neposkytování, a to i pokud ji pacient či jeho zástupci vyžadují
- d) medicínský postup, který není přínosný na úrovni prevence, diagnózy ani léčby
- e) volba neindikované léčby
- f) nevím

14. Myslíte si, že se problém marné léčby v intenzivní péči vyskytuje?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

15. Právní regulace marné léčby se uskutečňuje v rámci české legislativy podle (otázka umožňuje zvolit více odpovědí):

- a) zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách
- b) zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách
- c) zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod
- d) vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků
- e) předpis č. 96/2001 Sb. m.s., Úmluva o lidských právech a biomedicíně
- f) je regulována vnitřním řádem každého zdravotnického zařízení zvlášť
- g) nevím

16. Slyšel(a) jste o možnosti vytvoření dokumentu, který bude odrážet přání pacienta (v případě, že nemocný nebude pro závažnost svého aktuálního stavu schopen ani zhodnotit, ani vyjádřit svá přání ohledně následujícího průběhu léčby)?

- a) ne
- b) ano, dokument se nazývá “Lékařský posudek zdravotního stavu a zdravotní způsobilosti pacienta“
- c) ano, dokument se nazývá “Souhlas a rozhodování o poslední vůli pacienta”
- d) ano, dokument se nazývá “Dříve vyslovená přání”
- e) ano, dokument se nazývá “Žádost o realizaci eutanazie”
- f) nevím

17. Máte osobní zkušenost se sepisováním předem projevených přání pacienta?

- a) ano
- b) ne

18. Platnost dříve vysloveného přání v ČR je:

- a) 1 rok
- b) 5 let
- c) 10 let
- d) 25 let
- e) není určena platnost

19. Od které úrovně vzdělávání je podle Vás vhodné začít s výukou bioetiky?

- a) základní škola
- b) střední škola
- c) vysoká škola/vyšší odborná škola
- d) s nástupem do praxe
- e) v dnešní době není nutné bioetiku vyučovat
- f) nevím

20. Kolik předmětů během Vašeho celoživotního vzdělávání ve zdravotnictví bylo částečně nebo zcela zaměřeno na problematiku etických otázek v intenzivní medicíně?

- a) žádný
- b) 1
- c) 2-4
- d) více než 5
- e) nevím/nedokážu posoudit

21. Myslíte si, že byla během Vaší výuky věnována dostatečná pozornost výuce bioetiky:

- a) ano
- b) ne
- c) nevím/nedokážu posoudit

Příloha 3 Dotazník pro studenty

Dobrý den,

jmenuji se Ievgen Zemliak, jsem studentem třetího ročníku bakalářského studia na Fakultě zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni, oboru Zdravotnický záchranář. K vypracování mé bakalářské práce potřebuji získat aktuální informace, které se týkají tématu "Etické otázky neodkladné péče", zvláště pak problematiky marné a přerušované léčby a také dříve vyslovených přání. Proto si Vás dovoluji požádat o vyplnění dotazníku.

Dotazník je zcela anonymní a získané odpovědi budou sloužit pouze pro zpracování mé bakalářské práce. U každé otázky zaškrtněte pouze jednu odpověď, pokud není uvedeno jinak.

Děkuji za Váš čas a vyplnění dotazníku.

Ievgen Zemliak

student 3. ročníku oboru Zdravotnický záchranář

Fakulta zdravotnických studií, Západočeské univerzity v Plzni

1. Vaše pohlaví?

- a) muž
- b) žena

2. Váš věk?

- a) 19 – 25 let
- b) 26 – 35 let
- c) 36 – 45 let
- c) 46 – 57 let
- d) 58 let a víc

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) střední s maturitou
- b) vyšší odborná škola (DiS.)
- c) vysoká škola (Bc.)
- d) vysoká škola (Mgr.)

4. Vaše pracovní zařazení?

- a) student
- b) nelékařský zdravotnický pracovník a student současně (bakalářské, navazující magisterské studium, specializace, atd.)

5. V jakém ročníku studia jste?

- a) 1. ročník bakalářského studia
- b) 2. ročník bakalářského studia
- c) 3. ročník bakalářského studia
- d) 1. ročník navazujícího magisterského studia
- e) 2. ročník navazujícího magisterského studia

6. Setkal(a) jste se již s pojmem „bioetika“?

- a) ano
- b) ne

7. Jestliže jste odpověděl(a) „ano“ na otázku č.6, zkuste prosím pojem „bioetika“ několika slovy definovat:

.....
.....

8. Jak často se během Vaší odborné praxe osobně setkáváte s etickými dilematy?

- a) velmi často
- b) často
- c) občas
- d) nikdy

9. Při Vaší odborné praxi v IP se nejčastěji setkávám s těmito etickými dilematy (otázka umožňuje zvolit více odpovědí):

- a) marná léčba
- b) permanentní vegetativní stav
- c) nerozšiřování/redukování léčby
- d) důstojnost a spolurozhodování (informovaný souhlas - pacient se podílí na léčbě)
- e) dříve vyslovená přání
- f) dystanázie (prodlužování života, zadržovaná smrt)
- g) DNR (Do Not Resuscitate)
- h) eutanazie
- ch) asistovaná reprodukce
- i) jiné – uveďte:.....

10. Byl/a jste seznámena s etickými kodexy v medicíně, které jsou určeny pro zdravotníky:

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

11. Účel etických kodexů pro nelékařské zdravotnické pracovníky (otázka umožňuje zvolit více odpovědí):

- a) právní ochrana
- b) stanovují etické principy při poskytování péče pacientům
- c) zajištění hranic a pravidel pro činnost NLZP
- d) podpora morálních hodnot zdravotníka
- e) o smyslu nepřemýšlím
- f) nevím

12. Co si myslíte, že znamená pojem „marná léčba“?

- a) chybná léčba, ohrožující zdraví nebo aktuální stav pacienta
- b) léčba, bezprostředně ohrožující život pacienta
- c) léčba, která je natolik nedostačující či minimálně účinná, že se lékaři shodnou na jejím neposkytování, a to i pokud ji pacient či jeho zástupci vyžadují
- d) medicínský postup, který není přínosný na úrovni prevence, diagnózy ani léčby
- e) volba neindikované léčby
- f) nevím

13. Myslíte si, že se problém marné léčby v intenzivní péči vyskytuje?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

14. Právní regulace marné léčby se uskutečňuje v rámci české legislativy podle (otázka umožňuje zvolit více odpovědí):

- a) zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách
- b) zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách
- c) zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod
- d) vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků
- e) předpis č. 96/2001 Sb. m.s., Úmluva o lidských právech a biomedicíně
- f) je regulována vnitřním řádem každého zdravotnického zařízení zvlášť
- g) nevím

15. Slyšel(a) jste o možnosti vytvoření dokumentu, který bude odrážet přání pacienta (v případě, že nemocný nebude pro závažnost svého aktuálního stavu schopen ani zhodnotit, ani vyjádřit svá přání ohledně následujícího průběhu léčby)?

- a) ne
- b) ano, dokument se nazývá “Lékařský posudek zdravotního stavu a zdravotní způsobilosti pacienta“
- c) ano, dokument se nazývá “Souhlas a rozhodování o poslední vůli pacienta”
- d) ano, dokument se nazývá “Dříve vyslovená přání”
- e) ano, dokument se nazývá “Žádost o realizaci eutanazie”
- f) nevím

16. Setkal(a) jste se během Vaší odborné praxe se sepisováním předem projevených přání pacienta?

- a) ano
- b) ne

17. Platnost dříve vysloveného přání v ČR je:

- a) 1 rok
- b) 5 let
- c) 10 let
- d) 25 let
- e) není určena platnost

18. Od které úrovně vzdělávání je podle Vás vhodné začít s výukou bioetiky?

- a) základní škola
- b) střední škola
- c) vysoká škola/vyšší odborná škola
- d) s nástupem do praxe
- e) v dnešní době není nutné bioetiku vyučovat
- f) nevím

19. Kolik předmětů během Vaší výuky bylo částečně nebo zcela zaměřeno na zkoumání etických problémů v intenzivní medicíně?

- a) žádný
- b) 1
- c) 2-4
- d) více než 5
- e) nevím/nedokážu posoudit

20. Myslíte si, že byla během Vaší výuky věnována dostatečná pozornost výuce bioetiky?:

- a) ne
- b) ano
- c) nevím/nedokážu posoudit

Příloha 4 Výstup pro praxi

Studijní obor:	ZDRAVOTNICKÝ ZÁCHRANÁŘ	Ročník:
----------------	-------------------------------	---------

Sylabus pro předmět:	Etické otázky neodkladné péče	
Rozsah studijního předmětu:	ZS/LS 1 př. 2 hod./týdně	Kredity: 2
Akademický rok:		
Vyučující:		
Podpis vyučujícího:		

Cíle:

Cílem předmětu Etické otázky neodkladné péče je seznámit studenty se specifikou bioetiky v intenzivní péči. Předmět seznamuje studenty se základními a nejčastěji vyskytujícími etickými problémy v oblasti aplikované etiky v současné době a také s platnou legislativou ve vztahu k bioetice vzhledem k budoucímu profesnímu zaměření.

Způsobilosti (výstupy z učení):

Studenti budou schopni po absolvování studijního předmětu vhodnými metodami systematicky a všestranně uvažovat v rámci etických souvislostí, diskutovat, argumentovat a obhajovat své názory v oblasti eticky dilematických situací, které vyskytují v prostředí intenzivní péče.

Požadavky k získání zápočtu:

- docházka 80 % (tolerovány 2 absence)
- aktivní účast na přednáškách
- úspěšné vykonání testu (min. na 75 %), jehož obsahem je okruh přednášené látky
- zpracování seminární práce na zadané téma

Osnova přednášek:

1. Základy etiky. Základní terminologie etiky. Etika a morálka. Náboženství a etika.
2. Historie a současnost aplikované etiky. Typy etiky (bioetika, zdravotnická etika, lékařská etika). Modely řešení etických situací.
3. Právní normy (mezinárodní i národní). Etické kodexy. Práva umírajících. Vztah mezi etikou a právem.

4. Práva pacientů. Univerzální deklarace lidských práv a její porušování. Úmluva o lidských právech a biomedicíně.
5. Informovaný souhlas. Ochrana osobních dat. Postup lege artis.
6. Kvalita života a lidská důstojnost. Etické problémy v intenzivní medicíně.
7. Marná léčba. Kategorizace pacientů. Ukončování léčby pacienta a trestní odpovědnost. DNR. Dystanázie. Paliativní medicína.
8. Dříve vyslovená přání. Praktická realizace dříve vyslovených přání. Právní úprava v ČR a a jiných státech.
9. Asistovaná reprodukce. Problematika potratů v ČR a jiných státech.
10. Etické problémy v experimentální medicíně - embryonální výzkum, klonování, kmenové buňky, problém genetického testování.
11. Eutanázie a asistovaná sebevražda. Eutanázie z pohledu různých států. Zahraniční právní úpravy eutanázie.
12. Etické problémy transplantací.
13. Výzkum v medicíně a jeho regulace. Etické problémy zavádění nových technologií - umělé orgány.
14. Vědecká a nevědecká medicína. Etické otázky alternativní medicíny.

Vyučovací metody:

- Přednáška s diskuzí
- Výuka podporovaná multimédií
- Samostudium literatury
- Studium textů

Hodnotící metody:

- docházka 80 % (tolerovány 2 absence)
- zápočtový test (min. na 75 %)
- odevzdání seminární práce na zadané téma v plánovaném termínu

Témata na seminární práci:

1. Informovaný souhlas.
2. Etické problémy v intenzivní medicíně.
3. Marná léčba.

4. Paliativní medicína.
5. Dříve vyslovená přání.
6. Asistovaná reprodukce.
7. Problematika potratů.
8. Experimentální medicína.
9. Eutanázie a asistovaná sebevražda.
10. Etické problémy transplantací
11. Výzkum v medicíně a jeho regulace.
12. Etické otázky v alternativní medicíně.
13. Etika a právo.

Požadavky na seminární práce:

- Rozsah - 6-20 normostran písemného textu (Písmo: Arial, Times New Roman. Velikost fontu:12. Řádkování: 1,5).
- Struktura - titulní stránka, obsah, úvod, teoretická část, závěr, seznam použitých zdrojů.
- Použití během zpracování práce odborné literatury.
- Formální úprava včetně citace dle norem (ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690-2).
- Odevzdání seminární práce v plánovaném termínu elektronickou formou ve formátu pdf.

Doporučená literatura:

- ANZENBACHER, Arno. *Úvod do etiky*. Praha: Academia, 2001. 296 s. ISBN 80-200-0917-5
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. Praha: Galén, 2002. 272 s. ISBN 80-7262-132-7
- HEŘMANOVÁ, Jana, VÁCHA, Marek, SVOBODOVÁ, Hana, ZVONÍČKOVÁ, Marie, SLOVÁK, Jan. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2012. 200 s. ISBN 987-80-247-3469-9
- IVANOVÁ, Kateřina a KLOS, Robert. *Kapitoly z lékařské etiky*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004. 145 s. ISBN 80-244-0892-9
- KOŘENEK, Josef. *Lékařská etika*. Praha: Triton, 2004. 234 s. ISBN 80-7254-538-8
- KREJČÍKOVÁ, Helena. *Ukončování léčby pacienta a trestní odpovědnost lékaře*. Praha: Galén, 2014. 143 s. ISBN 978-80-7492-167-4
- KUŘE, Josef. *Kapitoly z lékařské etiky*. Brno: Masarykova univerzita, 2012. 114 s. ISBN 978-80-210-5951-1
- MATĚJEK, Jaromír. *Dříve projevená přání pacientů. Výhody a rizika*. Praha: Galén, 2011. 190 s. ISBN 978-80-7262-850-6
- POSPÍŠIL, Ctirad V. *Zápolení o naději a lidskou důstojnost*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. 284 s. ISBN: 978-80-244-3855-9

- PTÁČEK, Radek, BARTŮNĚK, Petr a kol. *Eutanazie? Pro a proti*. Praha: Grada, 2012. 256 s. ISBN: 978-80-247-4659-3
- PTÁČEK, Radek, BARTŮNĚK, Petr a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011. 528 s. ISBN: 978-80-247-3976-2
- PTÁČEK, Radek, BARTŮNĚK, Petr a kol. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada, 2015. 520 s. ISBN: 978-80-247-5471-0
- ROTTER, Hans. *Důstojnost lidského života*. Praha: Vyšehrad, 1999. 112 s. ISBN 80-7021-302-7
- SLÁMA, Ondřej, KABELKA, Ladislav, VORLÍČEK, Jiří a kol. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, 2007. 362 s. ISBN 978-80-7262-505-5
- STOLÍNOVÁ, Jitka, MACH, Jan. *Právní odpovědnost v medicíně*. Praha: Galén, 2010. 313 s. ISBN 978-80-7262-686-1
- VÁCHA, Marek, KÖNIGOVÁ, Radana, MAUER, Miloš. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál, 2012. 304 s. ISBN 978-80-7367-780-0

Datum: 29. 5. 2015

Zpracoval: Ievgen Zemliak

V Plzni, 29.5.2015

Schválila:

Příloha 5 Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny (96/2001 Sb. mezinárodních smluv): Úmluva o lidských právech a biomedicíně

Kapitola I - Všeobecná ustanovení

Článek 1 - Návrh a cíl Smluvní strany budou chránit důstojnost a identitu všech lidí a v souvislosti s aplikací biologie a medicíny zaručí každému, bez diskriminace, respektování jeho integrity, ostatních práv a základních svobod.

Každá smluvní strana zařadí do svého smluvního řádu potřebná opatření k realizaci ustanovení této konvence.

Článek 2 - Priorita zájmů člověka Zájmy a blaho člověka (lidské bytosti) musejí být nadřazeny všem ostatním zájmům společnosti a vědy.

Článek 3 - Spravedlivý přístup Smluvní strany učiní - v rámci své jurisdikce - veškerá příslušná opatření k zajištění spravedlivého přístupu k péči o zdraví, přičemž budou brát v úvahu jak její dostupnost, tak přiměřenou kvalitu.

Článek 4 - Profesionální úroveň Každý zásah do sféry zdraví, včetně výzkumu, musí být prováděn v souladu s profesními závazky a na odpovídající odborné úrovni.

Kapitola II - Souhlas

Článek 5 - Všeobecné principy Žádný zásah do sféry zdraví nesmí být proveden bez potřebného informování osoby, která jej podstupuje, a bez jejího souhlasu.

Informace poskytnuté dané osobě se musí týkat jak účelu a charakteru zásahu, tak jeho důsledků a s ním spojených rizik.

Příslušná osoba se může kdykoli svobodně rozhodnout, že svůj souhlas odvolá. Článek 6 - Ochrana nezpůsobilých osob

1. V souladu s články 17 a 20, uvedenými dále, lze u osob, jež nejsou právně způsobilé dávat souhlas, provádět zásahy sloužící výhradně k jejich prospěchu.

2. Jestliže nezletilý občan není ještě právně způsobilý dát souhlas k zásahu, smí být zásah proveden jedině se svolením jeho zástupce nebo zákonem určeného orgánu či osoby.

Na souhlas nezletilých osob nutno - vzhledem k jejich věku a soudnosti - nahlížet jako na relativně rozhodující faktor.

3. Pokud z právního hlediska není dospělá osoba způsobilá dát svůj souhlas - vzhledem k duševní poruše, chorobě nebo z jiných důvodů - může být zásah proveden jedině se svolením jejího zástupce nebo zákonem ustanoveného orgánu či osoby.

Pokud je to možné, má se příslušná osoba zúčastnit právního řízení.

4. Pro zákonem stanoveného zástupce, orgán či osoby zmiňované v odstavci 2 a 3 platí stejné podmínky, jako jsou vedeny v článku 5.

5. Svolení zmiňované v odstavcích 2 a 3 může být v zájmu příslušné osoby kdykoli odepřeno.

Článek 7 - Ochrana osob s duševní chorobou Pacienti, kteří trpí závažnou duševní chorobou, mohou být - bez svého souhlasu a při dodržení zákonem stanovených ochranných podmínek - podrobeni zásahu zaměřenému na léčbu jejich duševní choroby v případě, že by bez takové léčby pravděpodobně došlo k závažnému poškození jejich zdraví. V zákonem stanovených ochranných podmínkách by měl být zahrnut dozor lékaře, kontrolní opatření a možnost odvolání.

Článek 8 - Naléhavé případy Jestliže v naléhavých případech není možné získat odpovídající souhlas, musí být každý lékařský zásah proveden v zájmu zdraví dané osoby bezodkladně.

Článek 9 - Dříve vyslovená přání U pacienta, jenž v době zásahu není v takovém stavu, aby mohl vyslovit svá přání, nutno přihlížet k přáním, která pacient v souvislosti s provedením zásahu vyslovil dříve.

Kapitola III - Soukromí a právo získávat informace

Článek 10 - Soukromí a právo získávat informace

1. Každý má právo na to, aby i v oblasti informací o jeho zdraví byl respektován jeho soukromý život
2. Každý je oprávněn znát všechny informace o svém zdraví. Pokud si však někdo být informován o svém zdraví nepřeje, je třeba to respektovat.
3. Ve výjimečných případech mohou být práva uvedená v odstavci 2 omezena zákonem, je-li to v zájmu pacienta.

Kapitola IV - Lidský genom

Článek 11 - Žádná diskriminace Jakákoli diskriminace kvůli genetické výbavě je u všech osob zakázána.

Článek 12 - Testy k ověření podezření na genetické onemocnění Testy, jejichž pomocí lze zjistit, zda příslušná osoba je nositelem genu odpovědného za nemoc, nebo jejichž pomocí se má zjistit genetická predispozice k onemocnění, smějí být prováděny jedině s cílem péče o zdraví nebo účelům vědeckého výzkumu zaměřeného na péči o zdraví a genetické poradenství.

Článek 13 - Zásahy na lidském genomu Zásah na lidském genomu smí být prováděn pouze z preventivních, diagnostických a terapeutických důvodů, a jen v tom případě, že jeho cílem nebude změna genomu dalších generací

Článek 14 - Selektce pohlaví Používání technik lékařsky asistované reprodukce za účelem volby pohlaví budoucího dítěte je zakázáno, s výjimkou případů, kdy má být zabráněno vážným dědičným onemocněním vyskytujícím se u určitého pohlaví.

Kapitola V - Vědecký výzkum

Článek 15 - Všeobecné směrnice Vědecký výzkum v oblasti biologie a medicíny může být prováděn bez omezení, pokud to je ve shodě s touto konvencí a ostatními právními ustanoveními zajišťujícími ochranu člověka.

Článek 16 - Ochrana osob, na nichž se provádí výzkum Výzkum na lidském jedinci smí být prováděn jedině tehdy, jsou-li dodrženy veškeré následující podmínky:

- I. jestliže neexistuje jiná, srovnatelně účinná alternativa než výzkum na lidech;
- II. jestliže rizika, která mohou vzniknout jedinci, na němž je prováděn výzkum, nejsou v nepoměru k potenciálnímu prospěchu z tohoto výzkumu;
- III. jestliže výzkumný projekt byl schválen příslušným orgánem, jeho vědecká hodnota včetně důležitosti cíle výzkumu byla ověřena nezávislou instancí a jeho etická přijatelnost posouzena odborníky z více disciplín;
- IV. jestliže osoby, na nichž se bude výzkum provádět, byly informovány o svých právech a zárukách zákonně stanovených na jejich ochranu;
- V. jestliže potřebný souhlas, uvedený v článku 5, byl dán výslovně a s konečnou platností a jestliže je to doloženo příslušnou dokumentací. Tento souhlas však může být na základě svobodného rozhodnutí kdykoli odvolán.

Článek 17 - Ochrana osob nezpůsobilých dát souhlas k výzkumu 1. výzkum na jedinci nezpůsobilém dát souhlas, jak je uvedeno v článku 5, smí být prováděn jedině tehdy, jsou-li splněny veškeré následující podmínky:

1. jestliže jsou splněny podmínky uvedené v článku 16, pododstavec I a IV;
 - II. jestliže daná osoba může mít z výsledků výzkumu reálný a přímý pozitivní efekt na zdraví;
 - III. jestliže srovnatelně účinný výzkum nemůže být prováděn na osobách způsobilých dát k němu souhlas;
 - IV. jestliže potřebné svolení uvedené v článku 6 bylo dáno výslovně a písemnou formou;
 - V. jestliže příslušná osoba nemá proti realizaci výzkumu námitky.
- I. Výjimečně a při dodržení zákonem předepsaných ochranných opatření, v případě, že by výsledky výzkumu neměly mít přímý a pozitivní efekt na zdraví dané osoby, smí se tento výzkum provádět v souladu s podmínkami uvedenými v odstavci 1, pododstavci I, III, IV a V a za následujících dodatečných podmínek:

II. jestliže výzkum přispěje - v důsledku důkladného vědeckého poznání celkového stavu dané osoby, jejího onemocnění nebo poruchy - svými konečnými výsledky k tomu, že pozitivně ovlivní zdravotní stav dané osoby nebo jiných osob stejné věkové kategorie nebo postižených stejnou chorobou či poruchou nebo těch, jež se nacházejí ve stejné životní situaci;

III. jestliže s výzkumem je spojeno pouze minimální riziko a minimální zátěž pro danou osobu.
Článek 18 - Výzkum embryí in vitro

1. Tam, kde je výzkum embryí in vitro povolen zákonem, musí být zajištěna přiměřená ochrana embrya.
2. Dávat vzniknout lidským embryím výhradně k účelům výzkumu je zakázáno.

Kapitola VI - Vynětí orgánů a tkání od živých dárců k účelům transplantace

Článek 19 - Všeobecné směrnice

1. Vynětí orgánů a tkání k účelům transplantace ze živého člověka smí být prováděno výhradně s cílem terapeutického prospěchu pro příjemce, a jen tehdy, není-li možné získat potřebný orgán z osoby zemřelé a neexistuje-li žádná jiná terapeutická metoda, jež by měla srovnatelný účinek.

2. Nezbytný souhlas dané osoby, jak je uvedeno v článku 5, se musí týkat výslovně příslušného zásahu a musí být vyjádřen písemnou formou nebo před oficiálním orgánem.

Článek 20 - Ochrana osob nezpůsobilých vyjádřit souhlas s vynětím orgánu

1. Žádný orgán ani tkáň nesmějí být vyňaty osobě, která není způsobilá dát k tomu svůj souhlas podle článku 5.

2. Výjimečně a při dodržení zákonem předepsaných ochranných opatření smí být vynětí regenerujících tkání od osob nezpůsobilých dát svůj souhlas povoleno v případě, že budou dodrženy následující podmínky:

I. není k dispozici kompatibilní dárcův způsobilý vyjádřit svůj souhlas;

II. příjemce je dárcův sourozenec;

III. musí být maximální pravděpodobnost, že dárcovstvím bude příjemci zachráněn život;

IV. svolení podle odstavců 2 a 3 článku 6 bylo dáno výhradně k příslušnému zásahu a písemnou formou v souladu se zákonem a schváleno kompetentním orgánem;

V. potenciální dárcův nemá vůči provedení zásahu námitky.

Kapitola VII - Zákaz finančního prospěchu a nakládání s vyňatou částí lidského těla

Článek 21 - Zákaz finančního prospěchu Lidské tělo je takové ani jeho části se nesmějí stát předmětem finančního prospěchu.

Článek 22 - Nakládání s vyňatou částí lidského těla Jestliže je během lékařského zákroku vyňata některá část lidského těla, musí být uchována a smí být použita k jinému účelu, než pro který byla vyňata, jedině v tom případě, že to bude provedeno po příslušné informaci a se souhlasem dané osoby.

Kapitola VIII - Porušení ustanovení konverze Článek 23 - Porušení práv nebo zásad Smluvní strany jsou povinny zajistit odpovídající soudní ochranu, aby bylo možno předcházet nebo neprodleně zamezit nezákonnému porušování práv či zásad uvedených v této konvenci.

Článek 24 - Náhrada za nezaviněnou škodu Osoba, která nezaviněně utrpěla škodu v důsledku lékařské intervence, je oprávněna obdržet spravedlivou náhradu podle zákonem stanovených podmínek. Článek 25 - Sankce

Smluvní strany musejí zajistit příslušné sankce, jichž bude použito při porušení ustanovení uvedených v této konvenci.

Kapitola IX - Vztah mezi touto konvencí a jinými ustanoveními

Článek 26 - Restrikce při uplatňování práv 1. Při uplatňování práv a ochranných ustanovení obsažených v této konvenci nesmějí být prováděny žádné restrikce, kromě těch, jež jsou povoleny zákonem a jsou nezbytné

v demokratické společnosti v zájmu veřejné bezpečnosti, předcházení zločinům, jakož i ochrany práv svobod ostatních.

2. Restrikce uvedené v předchozím odstavci se netýkají článků 11, 13, 14, 16, 17, 19, 20 a 21.

Článek 27 - Širší ochrana Žádné ustanovení této konvence nesmí být interpretováno jako limitující nebo jinak nepříznivě ovlivňující možnosti některé smluvní strany přijmout v souvislosti s aplikací biologie a medicíny ještě další ochranná opatření než ta, která jsou smluvně dohodnuta v této konvenci.

Kapitola X - Veřejná diskuze

Článek 28 - Veřejná diskuze Smluvní strany zařídí, aby základní otázky vyvstalé následkem pokroku v biologii a medicíně byly jako klíčové posuzovány v rámci veřejné diskuze, a to zejména z lékařského sociálního, ekonomického, etického a právního aspektu, a aby každá aplikace biologie a medicíny se stala předmětem odpovídající konzultace.

Převzato z: HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. Praha: Galén, 2002. 272 s. ISBN 80-7262-132-7.

Příloha 6 Ochrana lidských práv a důstojnosti smrtelně nemocných a umírajících. Doporučení Parlamentního shromáždění Rady Evropy č. 1418/1999. (Charta umírajících):

1. Jedním z hlavních úkolů Rady Evropy je dbát na ochranu důstojnosti lidských bytostí a práv z ní vyplývajících.

2. Pokrok medicíny, který umožňuje dnes bojovat proti mnohým postižením a nemocem dosud pokládaným za neléčitelné, či s předpokladem fatálního průběhu, včetně zpřesnění diagnostických i terapeutických postupů a rozvoje reanimace, dovolující podstatné prodloužení délky lidského života, posouvají bez přestání hranice přirozené smrti. Podmínky života, ve kterých se umírající nacházejí, jsou uvažovány až ve druhém sledu, když nebývá uvažována jednota těchto podmínek života (totiž jeho délka a kvalita) navzájem. Nebývá uvažováno utrpení umírajícího ani jeho blízkých, ale ani těch, kteří o něj pečují.

3. V rezoluci č. 613 z roku 1976 Parlamentní shromáždění RE prohlásilo, že je přesvědčeno, že umírající nemocní odcházejí ze světa především v klidu a důstojně, pokud možno podporováni svou rodinou a svými přáteli a, jak rezoluce č. 613 z roku 1976 dále dodává, prodlužování délky lidského života nesmí být samoúčelným a exkluzivním cílem lékařských praktik, které by měly být zaměřeny především ke zmírnění utrpení.

4. Od té doby, co Úmluva o právech člověka a důstojnosti lidské bytosti ve vztahu k aplikaci biologie a medicíny klade důraz na důležité principy života, se otevírá cesta nezávislá na vyjádření se veřejného mínění nebo nějakých zvláštních podmínek předvídaní v případech nevléčitelně nemocných a umírajících.

5. Povinnost mít v úctě a chránit důstojnost nevléčitelně nemocných a umírajících je přirozeným důsledkem neporušitelné důstojnosti lidské bytosti, na ní spočívající, která jí náleží v každém období lidského života. Tato úcta a tato ochrana se projevují, mimo jiné, i tvorbou takového prostředí, ve kterém je lidské bytosti umožněno i důstojně zemřít.

6. Zvláště je nutné se dohodnout na nezbytnosti bdění nad takovou péčí v případech osob společností zvláště zranitelných, jak je ukazují nesčetné zkušenosti přicházející a přítomné v utrpení. Lidská bytost začínající svůj život ve stavu strachu a závislosti na druhém má potřebu být chráněna a podporována do doby, ale i v době, kdy nadchází její odchod ze světa.

7. Vzhledem k právům člověka je nutno považovat za základní nejrůznější faktory, směřující k vahám možného ohrožení důstojnosti lidské bytosti, vznášejícím se nade všemi nevléčitelně nemocnými a všemi umírajícími:

I. nezbytnost akcentovat přístup k paliativní péči a účinné léčbě bolesti;

II. nutnost omezit velmi častou absenci léčby lidského utrpení a brát do úvahy potřeby psychické, sociální a duchovní;

III. nezbytnost uvážit zodpovědně prodlužování průběhu umírání, které se děje buď za použití medicínských prostředků (bez uvážení přiměřenosti těchto prostředků vzhledem ke stavu nemocného), nebo za účelem sledování možností terapie bez předchozího souhlasu nevléčitelně nemocného či umírajícího;

IV. nutnost skončit s nepřítomností soustavného vzdělávání, ale i psychologické ochrany pracovníků ve sféře sociální a zdravotní péče, činných v rámci paliativní medicíny;

V. nutnost věnovat pozornost a zmenšit nedostatečnou ochranu rodičů a přátel nevléčitelně nemocných a umírajících tak, jak je tato při adekvátním provedení schopna ulevit lidskému utrpení ve všech jeho rozměrech;

VI. nezbytnost zmenšovat obavy, kterou nevléčitelně nemocní mají z možné ztráty své nezávislosti a z toho, že se stanou břemenem pro své rodiče a blízké, případně instituce, což povede k úplné závislosti na nich;

VII. nutnost zmenšovat nepřítomnost nebo nepřiměřenost sociálního či sociálně institucionálního okolí, kde by jedinec mohl a měl nalézat své blízké a přátele;

VIII. nezbytnost boje proti nedostatečnosti fondů a předělovaných zdrojů na péči a sociální podporu osob nevléčitelně nemocných a umírajících;

XI. nutnost zamezit sociální diskriminaci osob sociálně slabých, osob v agonii a mrtvých.

8. Parlamentní shromáždění RE vyzývá členské státy k využití prognostiky v jejich vnitřních právních předpisech a jiných ustanoveních, týkajících se zabezpečení nezbytné právní a sociální ochrany nevléčitelně nemocných a umírajících před nebezpečími a obavami specificky se těchto osob týkajících. Tato nebezpečí a tyto obavy se mohou vyskytovat při konfrontaci v rámci práva těchto států, zejména v oblasti:

I. rizika být vydán na pospas nesnesitelným příznakům blížící se smrti bez adekvátní medicínské a psychologické podpory;

II. rizika podstoupení prodlužování vlastní existence proti vlastnímu přání;

III. rizika zemřít v izolaci a opuštěn;

IV. rizika ukončení života z důvodu vlastní obavy, že je břemenem pro společnost;

V. rizika podstoupení omezování použití adekvátním umělých prostředků k přežití z důvodů ekonomických;

VI. rizika nedostatečnosti dotací do fondů a zdrojů, určených k asistenci, péči a podpoře osob nevléčitelně nemocných a umírajících.

9. Parlamentní shromáždění RE důsledně doporučuje Výboru ministrů RE povzbuzování členských států Rady Evropy, aby měly v úctě a chránily důstojnost nevléčitelně nemocných a umírajících v celé šíři možností paliativní léčby, kde je nutno příslušná opatření provádět v míře nezbytné.

A. V DÁNÍ PŘEDNOSTI METODÁM A PRAXI PALIATIVNÍ LÉČBY A LÉČBY BOLESTI:

I. proto by měla být paliativní léčby, jako přirozená součást práv každého jednotlivce, uznávána právním řádem všech členských států;

II. proto by přístup nemocného k paliativní péči měl být zabezpečen v míře nezbytné a potřebné všem nevléčitelně nemocným a umírajícím;

III. proto by rodiče a přátelé nevléčitelně nemocných a umírajících měli být povzbuzováni při zabezpečení nezbytné profesionální péče o tyto osoby. Pokud rodina nebo soukromá organizace starající se o nevléčitelně nemocného nebo umírajícího prokazuje nedostatečné schopnosti nebo nízké materiální a finanční zabezpečení, jejich

IV. aktivity musejí být doplněny jinými formami profesionální péče ve sféře sociální a zdravotní;

V. proto by měla být připravena a vybaven speciální mobilní síť, pomocí které může být paliativní péče rychle a účinně směřována k osobám nevléčitelně nemocným a umírajícím;

VI. proto by měl být zhodnocen zvláštní význam těch, kdo spoluprací mezi subjekty, které se zabývají péčí o osoby nevléčitelně nemocné, organizují;

VII. proto by měl být zhodnocen zvláštní význam těch, kdo vypracovávají a činí použitelnými normy určené k zabezpečení kvality připravované péči o nevléčitelně nemocné a umírající;

VIII. proto by měla být poskytována nevléčitelně nemocným a umírajícím adekvátní léčba paliativní a tlumící bolesti, stejně jako jiná specializovaná léčba směřující k nějakému sekundárnímu efektu, který může zlepšit kvalitu života těchto lidí;

IX. proto by měla být věnována vysoká pozornost těm, kdo jsou na profesionální úrovni v oblasti péče o zdraví vzdělávání a dále připravování k plnění úkolů lékařské péče poskytované osobám nevléčitelně nemocným a umírajícím, společně se středně zdravotnickým personálem a psychology v rámci integrovaných týmů, aplikujících tuto péči při zachování co nejvyšších možných norem;

X. proto by měla být velká péče věnována rozvoji center výzkumu, výuky a dalšího vzdělávání v oborech lékařství zaměřených na paliativní péči a léčbu bolesti, stejně jako interdisciplinární obor thanatologie;

XI. proto by specializované jednotky paliativní léčby a léčby bolesti měly vznikat přinejmenším při velkých nemocnicích, stejně jako by zde měly vznikat obdobné služby pro nemocné v terminální fázi onemocnění;

XII. proto by měl být podněcován co nejširší zájem veřejnosti na zevšeobecnění zásad paliativní léčby a léčby bolesti jako jednoho z předních úkolů a cílů rozvoje medicíny. B. V OCHRANĚ PRÁV OSOB NEVYLÉČITELNĚ NEMOCNÝCH A UMÍRAJÍCÍCH PŘI ROZHODOVÁNÍ O SOBĚ, PŘI DODRŽENÍ NEZBYTNÝCH PRAVIDEL:

I. uplatňovat efektivní právo osob nevléčitelně nemocných a umírajících na pravdivé a kompletní informace o jejich zdravotním stavu, za podmínek předání těchto informací s maximální možnou mírou taktu. Současně je nutný respekt přání osob, které si takto informovány být nepřejí;

II. uplatňovat pravidlo, že osoby nevléčitelně nemocné a umírající mají právo a je třeba jim umožnit konzultaci s jinými lékaři, než je obvyklý ošetřující lékař;

III. uplatňovat pravidlo, že žádný nevléčitelně nemocný, ani umírající, nesmí být léčen proti své vůli, nic v rámci péče o vše, co je předmětem zájmu, nesmí být podrobena vlivu, nebo dokonce nátlaku ze strany třetích osob. Vše musí být v souladu s maximální možnou ochranou i pro budoucnost, že se tato dobrovolnost nestane výsledkem ekonomického nátlaku;

IV. uplatňovat pravidlo, že musejí být respektovány přesné instrukce a deklaráce (typu „living will“), odmítající některé léky nebo praktiky lékařské péče podávané či prováděné u nevléčitelně nemocných, či umírajících, kteří nejsou schopni už vyjádřit svou vůli. To sleduje (mimo jiné) ochranu oněch relativních kritérií, která jsou přinášena instrukcemi pro budoucnost, stejně jako soustředěním pozornosti na nominaci a oprávnění (vyjádřené plnou mocí) právních zástupců jako reprezentantů těchto zájmů nevléčitelně nemocných a umírajících. Tyto právní zástupci je nutno především náležitě definovat. Je nutné ve stejné míře zajistit, aby právní zástupce nepřevzal, místo zabezpečení zájmů, rozhodnutí založená na předběžné deklaraci nevléčitelně nemocných a umírajících, pokud tito se jednoznačně nevyjádří svou vůli týkající se okolností jejich onemocnění, nebo pokud nemají schopnost a vůli ji jednoznačně formulovat. V tomto kontextu je nutné stále mít jasně formulovanou plnou moc (zprávu) s vyhlášením osoby, které se to týká, před okamžikem, kdy má být rozhodnuto, nebo přesněji, dokud nevléčitelně nemocný či umírající je schopen ji učinit v podmínkách takřkajíc bez nátlaku nebo mentálního deficitu. Jeví se naprosto nutné opačné prohlášení ignorovat, stejně jako vyloučit všechna rozhodnutí vyjadřující k posouzení obecné hodnoty s ohledem na společnost a je nutné ztotožnit se, v případě pochybností, s cílem dát přednost rozhodnutí zachování života a jeho prodloužení;

V. uplatňovat pravidlo, že - bez újmy odpovědnosti lékaře za terapii - bude vzata do úvahy jasně vyjádřená vůle nevléčitelně nemocného, nebo umírajícího, která se týká zvláštních forem léčení, právě natolik, pokud nepřináší újmu lidské důstojnosti;

VI. uplatňovat pravidlo, aby při absenci instrukcí předcházejících předchozí prohlášení tyto nebyly neneseny jako zásah do práva na život nemocného. To připouští sestavit seznam léčebných postupů, které nikým a za žádných okolností nemohou být odmítnuty.

C. V SOUČASNÉM ABSOLUTNÍM ZÁKAZU PROVÉST UKONČENÍ ŽIVOTA NEVYLÉČITELNĚ NEMOCNÝCH NEBO UMÍRAJÍCÍCH:

I. je nutno vidět, že právo na život je zvláštní dar, daný bez výhrady všem lidským bytostem, tedy i nevléčitelně nemocným a umírajícím, které musí být ve zvýšené míře zaručeno právním řádem všech členských států v soulase se článkem 2, který praví, že smrt nemůže být komukoli vyměřena záměrně;

II. je nutno vidět, že přání zemřít, vyjádření nevléčitelně nemocným nebo umírajícím, nemůže být nikdy právním zajištěním k výkonu aktivit vedoucích ke způsobení smrti.