

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH  
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

**Etické souvislosti práva na informovanost o zdravotním stavu pacienta**

Bakalářská práce

Autor práce: **Daniela Samcová**  
Vedoucí práce: **Mgr. et Mgr. Ondřej Doskočil**

Datum odevzdání práce: **12.5. 2008**

## **Abstract**

This bachelor paper is called „ethical links of the patients‘ right to be informed of their state of health“. This work consists of a theoretic part and a research part. The theoretic part describes the present state of the given subject. I mention here some important terms and the history of this topic. There also belongs, among others, informed consent and hermeneutic aspect of health care. The research part deals with hypotheses and the results of the followup research. The research was carried out at surgical and gynaecological and obstetrical wards. Respondents were deliberately recruited from among patients, nurses and doctors so that I could compare the responds of the three questioned groups.

The aim of my paper is to check to what extents the rights of patients to chose which of the close people be informed of their state of health are respected from the point of view of ethics. I also try to find out in this paper if patients are contented with they are informed about methods and course of tretment and with the communication between them and nurses and doctors and present them in graphs for clearer arrangement.

The results have shown that the rights of patients regarding informing another person of their state of health are not quite respected. It follows from the research that patients are not satisfied with the provision of information about the methods and progress of their tretment. This is closely connected with the fact that most patients are not conntented with insufficient communication from the part of doctors, but also nurses.

One of the measure to rectify the determined drawbacks could be arranging for more intensive training in the sphere of communication both for nurse and doctors. Knowledge of legislation regarding this subject, paricularly Convention on bimedecine, is essential. As a matter of patients themselves in oder to be able to assert their rights better. In addition to this, patients too, should change their attitudes and spare more effort to establish communication with medical personnel.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma *Etické souvislosti práva na informovanost o zdravotním stavu pacienta* vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji v příložené bibliografii.

Prohlašuji, že v souladu s § 47 b zákona č.111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě/ v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

Souhlasím s použitím práce k vědeckým účelům.

V Českých Budějovicích **12.5.2008**

.....

Podpis studenta

### **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. et Mgr. Ondřeji Doskočilovi za cenné rady, ochotu a pomoc, kterou mi poskytl při zpracování mé bakalářské práce.

OBSAH.....	5
ÚVOD.....	6
1. SOUČASNÝ STAV DANÉ PROBLEMATIKY .....	8
1.1 Etika a její historie .....	8
1.1.1 Pojmy související s etikou .....	10
1.1.2 Vztah etiky a práva .....	12
1.1.3 Významné dokumenty v lékařské etice .....	14
2. PATERNALISMUS A PARTNERSTVÍ .....	16
3. INFORMOVANÝ SOUHLAS .....	19
3.1 Formy a obsah informovaného souhlasu .....	22
3.2 Platnost a trvání informovaného souhlasu .....	24
3.3 Podávání informací .....	25
3.4 Výhody a nevýhody informovaného souhlasu .....	27
3.5 Dokumentace a ochrana osobních dat .....	28
4. HERMENEUTICKÉ ASPEKTY ZDRAVOTNÍ PÉČE .....	31
5. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY .....	34
6. METODIKA A CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU... 35	
6.1 Metodika .....	35
6.2 Sledovaný soubor .....	36
7. VÝSLEDKY .....	43
8. DISKUSE.....	53
9. ZÁVĚR.....	57
10. KLÍČOVÁ SLOVA.....	58
11. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	59
12. PŘÍLOHY.....	62

## Úvod:

Problematika etiky zdravotní péče je celosvětově aktuální a stále diskutovaná. Díky mé práci zdravotní sestry je mi tato problematika etiky velice blízká, a proto se jí věnuji právě ve své bakalářské práci. Snažím se tak upozornit a objasnit nejen sobě, kolegům, kolegyním, ale i všem, koho oblast lékařské etiky zajímá, nebo kterých se alespoň zlomkem týká, problematiku zdravotní etiky a s tím i související práva pacienta na informovanost o zdravotním stavu. Chtěla bych však podotknout, že problematika zdravotnické etiky se v podstatě týká nás všech, neboť každý z nás se jednoho dne může ocitnout v roli pacienta a je dobré vědět o svých právech, tedy o právech pacienta a o možnosti volby, kterou nám tato práva zaručují.

Zásadním právem pacienta je právo na informovanost o zdravotním stavu, ale i o diagnostických či terapeutických postupech a každý lékař musí toto přání respektovat stejně tak, jako musí respektovat přání neinformovat samotného pacienta a ani nikoho z pacientových blízkých. Toto právo je zakotveno v legislativě, a to konkrétně v *Úmluvě o ochraně lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny*, která je jakožto mezinárodní úmluva nadřazena českým zákonům. V mé práci se snažím zjistit formou dotazníků pro pacienty, zdravotní sestry a lékaře, reálnou situaci v dodržování práv pacienta se zaměřením na problematiku informovanosti o zdravotním stavu. Formou dotazníků zjišťuji, zda pacienti znají svá práva a zda jsou spokojeni s poskytnutými informacemi ve smyslu srozumitelnosti a s komunikací lékařů i zdravotních sester. Věřím, že výsledky tohoto drobného výzkumu poslouží zdravotnickým pracovníkům, ale i potenciálním pacientům jako nastavené zrcadlo, a mohou tak pomoci ke zlepšení ne vždy zcela uspokojivé situace.

S tímto etickým problémem nepochybně souvisí především respekt k autonomii jednotlivce. Nemoc je nečekaná a kdykoliv se i my můžeme stát pacientem. Pro každého z nás pak bude jednodušší role pacienta, budeme-li znát svá práva a možnosti volby.

Je také důležité zmínit se v souvislosti s lékařským povoláním o jeho složitosti. Povinností lékaře je respektovat práva pacientů a vyhovět jejich přání ohledně

podávání informací. Není ale vždy vhodné informovat pacienta o jeho zdravotním stavu, zvláště jedná-li se o závažnou diagnózu nebo o ještě závažnější prognózu. I psychologové doporučují sdělovat pravdu o závažném zdravotním stavu postupně. Lékař se tak často ocitá v rozporu s legislativou, která jednoznačně hájí práva pacienta na získání informací o svém zdravotním stavu. Lékař je vystaven velké odpovědnosti a musí si být vědom možných následků svého rozhodnutí. Právě v tomto směru je vidět náročnost nejen lékařského povolání, ale i všech zdravotnických pracovníků.

Informace získané z odborné literatury, výzkumu a mé praxe budou přínosem pro příští rozhodování lékařů, zdravotních sester nebo i pacientů a pro všechny, kteří budou moji práci číst.

## 1.1 Etika a její historie

Etika je věda o mravnosti, dříve nazývána mravovědou. Dle Haškovcové (2002) lze obecně říct, že ustanovuje, co je právem mravné a co je nemravné, neboli morální a nemorální.

Anzenbacher (1994) také píše, že se etika nikdy neomezovala pouze na to, aby definovala dobro jako subjektivně shodné se svědomím. Etika také usilovala o poznání, co je mravně správné.

Jako filozofická disciplína pochází etika od Aristotela. Ten rozlišuje v lidské činnosti stránku praktickou, teoretickou a tvořivou. V etice jde o činnost praktickou a etika je tedy praktická filozofie, jak píše Munzarová (2005b).

Základy lékařské etiky vychází od Hippokrata. Nejstarší a nejznámější je *Hippokratova přísaha*, která byla napsána kolem roku 400 před našim letopočtem a je dosud v obecných principech přijímána. Tato přísaha představovala dlouhá staletí jediný *deontologický kodex* (Haškovcová, 2002).

Ivanová (2005) však popisuje současnou při historiků o tom, zda všechna pojednání *Hippokratovy přísahy* skutečně pochází přímo od Hippokrata, anebo od jeho žáků. Přesto je však text této přísahy historickým zdrojem medicínského myšlení.

Později, hlavně ve dvacátém století, byla opakovaně obměňována a doplňována. Každý lékař minulosti byl vzděláván jak v odbornosti, tak i v humanitních oborech. Šlo zejména o filozofii a etiku. Školské systémy prodělávaly kontinuální změny, kdy byly preferovány určité disciplíny nebo vědecké orientace. Pěstování filozofie a etiky bylo v systému středověkého a novověkého školství samozřejmostí, i když postupně přišly do popředí přírodní vědy, což se později ukázalo jako velká chyba. Teprve po druhé světové válce se zcela otevřeně hovoří o nutnosti opětovné výuky filozofie a lékařské etiky. V této době se také lékařská etika stává samostatnou lékařskou disciplínou. Kontinuita vývoje světové lékařské etiky byla u nás přerušena nebo alespoň zpomalena po nástupu komunistického režimu až do roku 1989. Po tomto roce bylo ale opakovaně konstatováno, že je vhodné navázat na dobré tradice české lékařské etiky. Na lékařské



fakulty se opět vrací výuka filozofie a lékařské etiky. V českých zemích je lékařská etika samostatným lékařským oborem od roku 1991 (Haškovcová, 2000).

Stejně poznatky o *Hippokratově* přísaze uvádí také Kořenek (2002), který se dále zmiňuje o postupném vývoji vědeckého poznání a následně tedy i o vývoji potřeby etické reflexe. Lékaři se řídí etickými kodexy, které jsou přijímány lékařskými profesními sdruženími – komorami. Zmiňuje se také o souvislosti vývoje lékařské vědy a vzniku nových etických problémů. Píše, že zdatná medicínská technika vede k určitému odlidštění a pacient je často vnímán pouze přes obrazovky přístrojů.

Rotter (1999) píše, že vývoj medicíny vyvolává řadu nových otázek, o kterých je potřeba diskutovat. Jde o komunikaci a jednání lékaře, ale také o postoj a chování k pacientům, především k těžce nemocným a umírajícím, ale i k těhotným či naopak neplodným ženám.

Ze společenského hlediska dělby práce patří lékařská profese k nejstarším a její základy se nachází již ve starověkých kulturách. Lékařská profese byla považována za elitní a v době jejího vzniku byla propojena s náboženstvím. Role lékaře vyžadovala mimořádné dovednosti i znalosti. Ve starověké kultuře sice neznali tak podrobně lidské tělo, ale už tehdy byl záměr ulevit trpícím. Jindy zase léčení spočívalo v působení lékaře v duchovní a náboženské práci a léčilo se modlitbami. Až řecká kultura dala podnět k rozvoji přírodovědného poznání základů medicíny. Rozvíjela se filosofie a to byl podnět k rozvoji a poznání lidského těla. Lékaři se přestali považovat za prostředníky nadpřirozených sil a od *Hippokratovské přísahy* se začala upřednostňovat hygiena. První díla o lékařské etice vznikají až v 18 a 19. století a jejich úkolem bylo zvednout úroveň lékařské profese (Křížová, 2006).

V rámci historie je nutné zmínit se také o sociologii medicíny. Historický vývoj sociologie medicíny není sice dosud zpracován, ale významně souvisí s vývojem medicíny. Sociologie medicíny vlastně vznikla díky sledování vlivů sociálních aspektů na zdraví člověka. Nejprve se tento obor nazýval sociálním lékařstvím nebo také sociální hygienou. Důležitými prameny pro poznání a vznik sociologie medicíny byly práce od významných autorů jako R. Virchow, který použil výraz sociální medicína, dále pak É. Durkheim, M. Weber. Za významné zakladatele sociologie medicíny, která

se začala šířit nejprve v USA, se považují například Talkott Parson, Robert Merton, Anselm Strauss a další. V Evropě se sociologie medicíny rozvinula v druhé polovině padesátých let. K dalšímu rozvoji sociologie medicíny došlo také díky Světové zdravotnické organizaci, která uplatňovala zásadní změny v pojetí zdraví a péče o zdraví a to formou projektu zdraví pro všechny do roku 2000. U nás dochází k trvalému rozvoji sociologie medicíny až po listopadové revoluci roku 1989.

Sociologie medicíny je vědecká disciplína, která využívá teorie a metody sociologie pro účely rozboru zdraví, nemoci a vztahů ve zdravotnických zařízeních v souvislosti s pacientem. Dnes je sociologie velmi uznávaným oborem, a proto se také zařazuje do lékařského studia a má velkou perspektivu vzhledem k současné medicinalizaci. Znalost sociologie medicíny se hodí při řešení pacientovy situace, kdy se díky hospitalizaci mění jeho sociální situace. Je v roli podřízeného, musí respektovat nemocniční řád, ležet a poslouchat, co smí a co ne. Dnes ale dochází ke změně této pacientovy podřízenosti. Pacienti jsou více vzdělaní a odmítají roli podřízeného. Následně proto také byly vypracovány kodexy práv pacientů (Bártlová, 2005).

V souvislosti s etikou si ale stále více lidí klade otázky, jak zjistit míru etičnosti, kdo a proč je oprávněn rozhodovat o etičnosti. K tomuto účelu slouží právě etické komise, jejichž hlavním úkolem je posuzovat a rozhodovat. (Zamykalová, Šimek, 2007).

### **1.1.1 Pojmy související s etikou**

Předmět etiky může být rozdělen na etiku *normativní praktickou* a *metaetiku*. Normativní etika se pokouší formulovat postupy a mechanismy k řešení etických problémů a klade otázky, které mají přímý vztah ke kritériím a standardům správného a špatného konání, otázky zabývající se dobrým a zlým a otázky týkající se mravného chování obecně. Poskytuje teorii o tom, co bychom měli dělat. Naopak *metaetika* je o podstatě etického pojednání samotného, co je to vlastně etika. *Praktická etika* studuje konkrétní situace a rozhodnutí a bývá také nazývána profesní etikou.

Etika je tedy větví filozofie, která se pokouší určovat správnost nebo špatnost lidské aktivity. Je-li studium etiky aplikováno na profesní oblast, je nutné diskutovat základní etické pozice i podstatu profese a okolnosti, za nichž se profese uskutečňuje. Principem celé etiky je konat dobro a vyhýbat se zlu. Všechny etické systémy, včetně lékařské etiky, musí začínat tímto rčením, které znamená, že dobro musí být cílem i ohniskem jakékoli teorie nebo profesní aktivity (Munzarová 2005d).

„Bioetika (bios - život, etika - mravnost) je pojem nejširší a je nadřazen pojmu lékařská etika či jeho synonymům“ (Haškovcová, 2002, s.15). Bioetika zkoumá etické problémy v lékařské praxi i ve výzkumu, ale s tímto pojmem se můžeme setkat i jako označení etické problematiky všeho živého na zemi nebo také v ekologii. Někteří autoři rozlišují pojem bioetika a biomedicína, ale obsahy těchto dvou pojmů nejsou zcela ustálené a často se používají zástupně (Haškovcová, 2002).

Pojem bioetika se poprvé začal vyskytovat okolo 70. let dvacátého století. Hned v počátku byla bioetika vysvětlována jako vědecká aplikace biologických věd. Jejím úkolem bylo zlepšit kvalitu života pomocí znalostí biologických a ekologických podmínek existence živých bytostí. Později byla ale bioetika rozšířena o problematiku lékařské teorie a praxe (Kořenek, 2002).

*Bioetika* je samostatná disciplína. Studuje etické otázky v souvislosti se vznikem a závěrem života jak píše Kutnohorská (2007).

Kuře (2006) uvádí důvod vzniku *bioetiky* v důsledku vývoje medicíny, techniky a biologických věd. Bioetika je dle tohoto autora jakousi etickou reflexí praxe v medicíně, zahrnuje biomedicínké, sociální, právní i enviromentální vědy. S počátky bioetiky souvisí také *biomedicína*, s jejímž vznikem se objevuje velký pokrok v jednání ve zdravotnictví. S počátky bioetiky také souvisí skutečnost, že člověk se stává předmětem výzkumu.

V souvislosti s bioetikou je vydáváno mnoho nové literatury, kde jsou zpracovávány bioetické problémy. Počátky zpracování bioetických problémů pochází z USA. Významným českým pramenem pojednávajícím o bioetice je sborník referátů 8. Evropského kongresu FEAMC, který se konal roku 1996 v Praze. V tomto sborníku je mnoho příspěvků od mezinárodních autorů, směřujících k etice katolicky orientované.

Samotný název bioetika napovídá, že jde o biologické souvislosti s medicínskou praxí a o biologická hlediska, jako je například určení počátku života plodu. Dnešní bioetika souvisí především s problematikou potratů, euthanázie, genetického inženýrství a také s transplantací orgánů.

Literatura o bioetice popisuje různé koncepce a přístupy. Někteří autoři uvádí, že bioetika je aplikací obecné etiky, jiní toto vyvrací a tvrdí, že bioetika souvisí se specifickou etikou. K řešení jednotlivých etických problémů se vyskytují různé teoretické i praktické přístupy. Pozitivistický přístup řeší bioetické problémy jen empirickou cestou, nikoli filozofickou. Jde o modifikovanou Kantovu formální etiku, což znamená, že morálně závazná je ta zásada, která může být přijata všemi lidmi. Další typ bioetiky je založen na filozofickém pojetí člověka. Existuje i teologická bioetika, která je založena na teologické výpovědi. Bioetika má tak díky několika odlišným přístupům mnoho variant. Tvůrcem bioetiky je také T.A. Shannon, který dělí teorie pro zdůvodnění bioetických rozhodnutí do čtyř skupin (Ondok, 1999).

Stejně tak i Munzarová (2005d) popisuje tyto čtyři teorie, z nichž *zdravotnická etika* může vycházet a na jejichž základě jsou ospravedlňována určitá rozhodnutí. Mezi tyto čtyři teorie patří:

*Konsekvencialismus* je zvažování následků různých odpovědí a za etické pokládá rozhodnutí, která mají za následek více výhod než nevýhod, nebo povedou k většímu dobru pro největší počet lidí. Základem metody je přihlížet k následkům jednání a k jeho užitečnosti.

*Deontologismus* od slova deon, neboli povinnost, odpovídá na otázku „co bych měl dělat“ tím, že specifikuje mravní povinnosti a závazky. Pokud člověk odpovědně plní závazky i mravní povinnosti, jedná mravně.

*Etika práv* je teorií, podle které se určí práva nebo morální nároky jednotlivců a až poté se určí hierarchie těchto práv. Výhodou u tohoto přístupu je respekt k důležitosti mravních nároků jednotlivce. Tato teorie se však neurčuje jak postupovat, pokud se práva jednotlivců dostanou do vzájemného konfliktu.

*Intuicionismus* řeší etická dilemata odvoláním na intuici člověka a na jeho mravní schopnost rozpoznat, co je dobré a co špatné. Nevýhodou je, že i když tento pocit může

být oporou v našem rozhodování, neposkytuje možnost, jak přesvědčit ostatní o tom, že naše odpověď je správná.

### 1.1.2 Vztah etiky a práva

V dnešní době není právo z pohledu legálního ani mravního identické s potřebou, přáním a zájmem. „Skutečné právo by mělo být přinejmenším bezúhonnou nebo povolenou svobodou, v nejlepším případě pak chvályhodnou nebo ještě lépe spravedlivou svobodou něco dělat nebo nedělat, a to tehdy, pokud by se tím jinému v ničem nebránilo, anebo pokud by nikdo proti tomu nic nenamítal“. (Munzarová, 2005a, s. 18)

Ideální stav je, když se etická i právní norma shoduje a zákon i etika se můžou navzájem posilovat (Kutnohorská, 2007).

Jsou určité oblasti, kde výrazně dominuje právo nad morálkou a naopak, kdy morálka dominuje nad právem. Morálka reguluje například vztah rodičů a dětí, kde právo nemůže přikázat rodičům, aby milovali své děti. Právo zase reguluje řadu norem procesně právního charakteru (Kořenek, 2002).

Haškovcová (2007a) se zmiňuje o právu jako o minimu mravnosti a o složitosti vztahu etiky a práva. Právo má ale vždy pomáhat a reprezentovat důležitá rozhodování a jednání lékaře, popřípadě pacienta. Naopak není myslitelné, aby byly právně ošetřeny všechny situace na straně pacienta či v jeho vztahu s lékařem. Původně kodexy práv pacientů měly pouze etický charakter a nebyly právně vymahatelné. Současná *Úmluva o biomedicíně* ale obsahuje všechna deklarovaná práva pacientů, které lze vymáhat.

Také Ivanová (2005) shodně píše, že původním základem práva je etika, ale právo je jen zlomkem etiky. Ve shodnosti právní normy s normou etickou se shoduje s Haškovcovou (2007). Právo na straně jedné je pravomocně vymahatelné prostřednictvím trestů a sankcí. Zákon je však byrokracionální, neosobní a přesně daný. Cílem je potlačit nežádoucí chování a prosadit své požadavky. Naopak etika chce dosáhnout ideálního stavu, je více humánní, osobní a také závislá na svědomí člověka.

Etika také může situace vzniklé ve zdravotní péči vnímat a řešit citlivěji než zákon. Etika vyžaduje, abychom jednali dle zásad, které mohou přesahovat povinnosti dané zákonem, ale zákon chrání proti nespravedlnosti a zajišťuje práva. Zákon také poskytuje práva, které se týkají informovaného souhlasu nebo mlčenlivosti. Může se ale stát, že velmi silná empatie k zásadám respektování autonomie pacienta, ho povede k dobrovolnému rozšíření těchto práv až za záměr zákona.

### 1.1.3 Významné dokumenty v lékařské etice

Ivanová (2005) uvádí, že právě ve zdravotnictví se nalézají nejvíce *etických kodexů* ze všech povolání. Nejstarším a nejcitovanějším kodexem v medicíně je *Hippokratova přísaha*.

V roce 1947 byl sestaven *Norimberský kodex*, na který navázala Světová zdravotnická organizace *Ženevským slibem* roku 1948. Tyto dva dokumenty byly počátkem moderní historie lékařské etiky. Etických kodexů je pro zdravotnické pracovníky celá řada, ale mezi ty nejdůležitější patří *Kodex práv pacienta*, *Kodex zdravotních sester*, *Úmluva o lidských právech a biomedicíně* a již zmíněný *Ženevský lékařský slib*.

Významným a sjednocujícím dokumentem je *Deklarace o právech pacientů v Evropě*. Jde o prezentaci principů práv pacientů a vymezení společného rámce pro jejich naplnění. Uvedený dokument se týká nejen sociálních práv, z nichž je nejdůležitější právo na ochranu zdraví a na zdravotnickou péči, ale i individuálních práv nemocných (Haškovcová, 2002).

Dle Munzarové (2005b) je jedním z nejdůležitějších dokumentů *Helsinská deklarace*, protože ta se týká právě etiky a lékařského výzkumu. Byla přijata v Helsinkách v červnu roku 1964 a její poslední novelizace proběhla v říjnu roku 2000. Tato poslední forma se liší od předchozích, protože zní ve prospěch ochrany práv a svobod a ve prospěch integrity a morální odpovědnosti výzkumníka.

Přelomem se stal rok 1996, kdy byla Radou Evropy schválena *Konvence o ochraně lidských práv a důstojnosti člověka s ohledem na aplikaci biologie a medicíny*.

Znamená to posun především v oblasti národních etických i právních norem. Většina odborníků v lékařské etice se shoduje v názoru, že je vždy potřeba respektovat základní pravidla bioetiky: samostatnost, vyplývající z lidských práv, důstojnost a svobodu jednotlivce, nepoškozování, spojené s ochranou dat a směřování k dobru a spravedlnosti (Haškovcová, 2002).

Tato úmluva byla v ČR podepsána roku 1998 a vstoupila v platnost roku 2001, kdy se stala jedním z nejvyšších zdravotnických zákonů České republiky. Úmluva o lidských právech a biomedicině se zabývá souvislostmi s poskytováním léčebně preventivní péče. Úmluva odkazuje na již dříve přijaté právní dokumenty, tedy na *Všeobecnou deklaraci lidských práv* a na *Úmluvu o ochraně lidských práv a svobod* (Munzarová, 2005b).

Důležitým prvkem této *Úmluvy* je, aby pokrok v biologii a medicíně byl užíván k prospěchu současné, ale i budoucí generaci (Ivanová, 2005).

Haškovcová (2007) také upozorňuje na mimořádný význam této *Úmluvy*, poněvadž je to nejvyšší zdravotnický zákon země, který má přednost před všemi ostatními zdravotnickými zákony. Tato *Úmluva* je mimo jiné také založena na principu partnerského vztahu mezi lékařem a pacientem. Je nutné, aby se jednotlivá ustanovení stále uváděla do české zdravotnické legislativy a také do klinické praxe. K *Úmluvě* patří takzvaná důvodová zpráva, která obsahuje zpřesňující údaje.

Podle článku 5 této úmluvy je možno provést jakýkoliv zákrok v oblasti péče o zdraví za podmínky, že k němu dotčená osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas. Právo na informovaný souhlas a povinnost poskytnout pacientovi potřebné poučení upravuje § 23 *zákona o péči o zdraví lidu č. 20/1966 Sb.* v platném znění. Dle tohoto ustanovení je lékař povinen poučit pacienta vhodným způsobem o potřebných úkonech i o onemocnění, aby mohli spolupracovat.

Postupem času byly k *Úmluvě o biomedicině* doplněny dva důležité *Dodatkové protokoly*. První *Dodatkový protokol* se týká zákazu klonování a druhý *Dodatkový protokol* se týká transplantace tkání a orgánů lidského původu.

V souvislosti s důležitými dokumenty v medicíně se Šimek a Svobodová (2007) také zmiňují o absenci vysvětlení pojmu lidská důstojnost, přestože je to základní pojem

v lékařské etice. Medicínské dokumenty sice zahrnují, že právě lidská důstojnost má být u pacienta zachována, ale vysvětlení tohoto pojmu chybí.

Autoři píší, že dle anglického slovníku znamená lidská důstojnost úctyhodnost, váženost, ctihodnost a také ctnost. Obecně se dá lidská důstojnost pocítit úctou od druhých, nebo tím, že se cítíme být důležití.

Ve zdravotnictví může být lidská důstojnost velmi opomíjena tím, že se věnujeme dokumentaci, odborné terminologii a ošetrovatelské péči, ale uniká nám, že jde o „člověka“. Přístupem zdravotníků se také stává, že pacient - „člověk“ se ocitá jen na úrovni dítěte. Diskutabilní je také omezení a donucovací prostředky na různých odděleních, jako třeba psychiatrie nebo ústavní péče. Lidská důstojnost ale utrpí i přehlížením, nepatřičnou komunikací nebo ignorací a v nemocnici také často obnažením intimních částí déle než je potřeba, nebo tato potřeba ani není tak důležitá pro úkon, který je potřeba provést.

Nemocný člověk se stále chápe jen jako biologická bytost a nedoceňuje se jeho společenská ani psychická stránka. Pokrok v rozvoji techniky sice proběhl, ale péče, postoje a jednání zdravotnického personálu se tak nezdokonalily. Lékařská péče je často kritizována především z důvodu nedůstojného a nepřiměřeného uspokojování potřeb pacienta (Bártlová, 1996).

## **2. Paternalismus a partnerství**

Paternalistický znamená rodičovský nebo otcovský. Paternalistický vztah se dlouhá staletí vyvíjel mezi lékařem a pacientem a oběma stranám, tedy lékařům i pacientům vyhovoval. Dříve neexistovaly takové dilematické situace jako dnes. Informace pacientovi byly podávány spíše ve formě rady a doporučení a o závažné či dokonce infaustní prognóze se pacient nedozvěděl. Byl tak ušetřen traumatizujících



zpráv. O tomto neposkytnutí informací pacientovi se rozhodl lékař sám. Lékař si také určil kdy, jak a co sdělí pacientovi. Postupem času docházelo k řadě změn a pacient začal podepisovat při hospitalizaci stručné prohlášení - revers o souhlasu s léčbou. Právě i v době paternalismu ale existoval *zákon číslo 20/1996., o péči o zdraví lidu*, který pamatoval na poučení a souhlas pacienta. Lékař byl povinen poučit pacienta o jeho onemocnění a vyžádat si následně souhlas s léčbou. Lékaři ale plně informovali o druhu choroby jen v případě, že byla vyléčitelná, nebo informoval pouze rodinu a v socialistickém Československu také podal informace zaměstnavateli. Mnohdy se pak ale stalo, že se pacient dozvěděl pravdivou diagnózu od rodiny či od jiných lidí. Byla to jakási medicína mlčení, od které se ale udělal pokrok k informovanému souhlasu. Největší změny nastaly po 2. světové válce. Nastal pokrok v diagnostice i v léčebných metodách, které dokázaly změnit i infaustní stav (Haškovcová, 2007).

V poválečných letech se všeobecně dodržovaly výrazně časově omezené návštěvy. Od tohoto způsobu omezení návštěv se postupem času také upustilo, poněvadž se zjistilo, že pacientovi v době jeho pobytu v nemocnici svědčí zvýšená komunikace s blízkými a pak pacient lépe snáší pobyt v nemocnici (Haškovcová, 1996).

I v 70. a 80. letech 20. století však stále přetrvávají bariéry v komunikaci mezi lékařem a pacientem. Lékař dobře věděl o závažné diagnóze pacienta a tušil, že o ní ví i pacient. Pacient také věděl své a domníval se, že to ví i lékař, ale i tak mezi nimi panovalo ticho, které situaci spíše zhoršovalo. Pacient neměl možnost klást otázky, aby ventiloval svůj strach a obavy (Haškovcová, 2007).

Vztah mezi lékařem a pacientem lze také rozdělit na vztah aktivní a pasivní, kdy pacient zaujímá pasivní postoj. Tato situace může také mimo jiné nastat, je-li pacient v bezvědomí, lékař přebírá aktivitu a rozhodování bez pacientova souhlasu. Dalším možným vztahem je vztah vedení a spolupráce. Lékař působí na pacienta tak, aby pacient aktivně spolupracoval. Nakonec je také možný vztah vzájemné participace, který i když se to nezdá, nese rysy paternalismu. Nemocný je totiž postaven do pozice, kdy je závislý a méně odpovědný (Winter, 1973).

Vztah mezi lékařem a pacientem by měl být založen na rovnosti obou stran, pacienta i lékaře. Lékař smí jednat nadřazeně dle zákona jen výjimečně, a to pokud tím chrání veřejný zájem nebo práva jiných osob (Šimek, 2006).

Mimo paternalistického přístupu, kde je vysoká lékařova kontrola a velmi malá pacientova, jsou dle autorů Stewarta a Rottera možné další tři vztahy mezi lékařem a pacientem. Jako druhý vztah popisuje partnerský, tedy vzájemný vztah, který je charakteristický vysokou kontrolou lékaře i pacienta. Základem tohoto vztahu je výměna názorů. Třetím typem je vztah konzumentský, kde aktivně dominuje lékař. Tento typ vzniká v systému tržní konkurence, protože lékař je závislý na přání pacienta v důsledku svého finančního zabezpečení. Jako čtvrtý typ je uvedena zanedbaná a nevýrazná interakce. Tento typ je charakteristický nízkou kontrolou lékaře i pacienta. Lékař svou kontrolu minimalizuje pouze na nezbytnou dobu po dobu konzultace s pacientem a pacient je bojácny, nevyjednává a neuvědomuje si i další možné alternativy. Jiní autoři ale uvádějí i jiné typy vztahů, jako je vztah aktivita – pasivita, nebo vedení – spolupráce a nakonec také vztah vzájemné participace. Je tedy jasné, že komunikace lékaře s pacientem je mnohotvárná a její průběh je ovlivňován mnoha faktory. Komunikace je také jedním z etických problémů, které se řeší (Bártlová, 2005).

Tradiční model paternalismu vystřídalo partnerství, které ale musí být profesionální. Díky *Úmluvě o biomedicíně* je problematice o informovanosti věnována pozornost, a to v kapitole III., článek 10 *Soukromí a právo získávat informace*. Pacient se stává tím, kdo určuje zda si přeje být informován a v jaké šíři. Došlo k jakémusi odklonu od paternalismu k partnerství. K pacientovi se přistupuje jako k rovnoprávnému partnerovi při poskytování zdravotnické péče (Haškovcová, 2007).

Paternalismus ale přeci jen převládá ještě v určitých zvláštních situacích, jako je například první pomoc nebo neodkladná péče (Haškovcová, 1996).

Munzarová (2005d) má ale názor, že paternalismus převládá i v dnešní době nejen ve zvláštních situacích, ale i při běžném vztahu lékaře s pacientem. Jednání lékař versus pacient ve stylu partnerství není všude ještě běžným způsobem.

Kuře (2007) popisuje i pozitiva minulého paternalistického přístupu, kdy medicína neznala dnešní moderní techniku, diagnostiku i léčbu a tudíž bylo

rozhodování lékaře o tom, co nabídne a sdělí pacientovi, jednodušší. Dnes je naopak situace lékaře více dilematická díky pokroku v této vědě. Paternalismus byl však autoritářský a pacienta nebral příliš vážně. Na druhou stranu se ale shodoval s *hipokratovskou* tradicí, která bere jako primární pouze prospěch a zájem pacienta. Paternalismus stál na důvěře pacienta v lékaře, na jeho odborné znalosti a schopnosti. Důvěra pacienta v lékaře byla právě tím klíčovým rámcem pro rozhodování. Dnes je naopak rozhodování pacienta i lékaře ztíženo velkým množstvím moderní techniky a léčby. Důležité je také brát v úvahu, že i tato moderní technologie má svá pozitiva i negativa. Na jedné straně se zabrání třeba zhoubnému bujení, ale na druhé straně se objeví další poškození pacienta ve smyslu negativních účinků léčby. Rozhodování je také ztíženo finanční nákladností, což je i eticky náročné. Závěrem ale autor uvádí, že i když došlo k pokroku směrem od paternalismu k partnerství, je stále zapotřebí ujasňovat rozhodování kdo, kdy, kde, jak a co a podle jakých kritérií.

### **3. Informovaný souhlas**

Informovaný souhlas se v praxi medicíny objevil teprve v průběhu sedmdesátých let. Informovaný souhlas obsahuje především práva pacienta na plnou informovanost o svém onemocnění a povinnost lékaře vyžádat souhlas před každým náročnějším medicínským zákrokem. Aby informovaný souhlas plnil svoji funkci, musí pacient nejprve porozumět návrhu od lékaře. Nestačí pouze předat informace, ale nezbytné je předat informace tak, aby jim pacient porozuměl (Šimek, 2006).

Haškovcová (2002) také uvádí, že informovaný souhlas je u nás poměrně novou záležitostí, přestože s ním již řada zdravotníků pracuje. Laická veřejnost je ale ještě celkem neznalá a z minulosti zvyklá, že se informovaný souhlas nepožadoval, nebo jen v obecné formuli. Informovaný souhlas je velice důležitým projevem pacientovy vůle a bez tohoto informovaného souhlasu vlastně nelze pacienta léčit. Pouze krajní stav je výjimkou, kdy příslušný souhlas nelze získat a lékařský zákrok je nutný pro záchranu života pacienta. V těchto situacích se souhlas předpokládá a lékař koná dle svého

svědomí a vědomí, ale je nutné zaznamenat do dokumentace, že pacient nemohl podat souhlas a dát tuto skutečnost vědět soudu, pokud nebude pacient schopen po dalších 24 hodin tento souhlas udělit.

Stejný názor na neznalost laiků co se týče informovaného souhlasu má i Vorlíček (2002). Většina pacientů se dosud s novým formulářem informovaného souhlasu nesešla, a proto je velmi důležité tento souhlas popularizovat.

Důvod vzniku institutu souhlasu s lékařským zákrokem není zcela jasný. Povinnost lékaře získat informovaný souhlas se zákrokem či léčbou existovala již v 18. a 19. století (Kopalová, 2008).

Podmínky informovaného souhlasu jsou jasně zakotveny v *Úmluvě o lidských právech a o biomedicině*, a to konkrétně ve *II. kapitole-souhlas, článek 5- obecné pravidlo*, kde stojí: „Jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky, že k němu dotčená osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas. Tato osoba musí být předem řádně informována o účelu a povaze zákroku, jakož i o jeho důsledcích a rizicích. Dotčená osoba může kdykoli svobodně svůj souhlas odvolat.“ (Munzarová, 2005b, s. 94).

Také Šimek (2006) upozorňuje na fakt, že Úmluva o biomedicině je součástí našeho vnitrostátního práva a všichni jsou povinni se dle ní řídit. Úmluva o biomedicině je nadřazena českému zákonu, má tedy přednost před českým zákonem.

Ústně podané informace o obsahu informovaného souhlasu by měly vždy předcházet písemnému informovanému souhlasu, aby pacient dobře rozuměl obsahu sdělovaného. Je také nutné zdůraznit, že rozhovor lékaře nenahrazuje písemný informovaný souhlas. Pokud je pacient cizinec, je nutné jej informovat v jazyce, kterému rozumí, nebo použít služby tlumočnicka. Písemný informovaný souhlas bývá také někdy nazýván pozitivním reversem. Pozitivní revers je výrazem svobodné vůle pacienta podložené náležitým poučením, ale nechrání lékaře před odbornou chybou, nýbrž před nařčením, že náležitě nekomunikoval s pacientem, nebo že dokonce provedl výkon bez pacientova souhlasu (Haškovcová, 2002).

Kuře (2007) se však zmiňuje o problematice, kdy si pacient nepřeje podávat informace rodinným příslušníkům, poněvadž jedná-li se o přenosnou chorobu a jsou

ohrožení jeho blízcí, lékař je musí informovat. Například je-li manžel nakažen virem HIV, lékař musí informovat jeho manželku, přestože si to pacient nepřeje. Není to lehká situace pro lékařské rozhodnutí a je v rozporu s informovaným souhlasem.

Diskutabilní zůstává situace, kdy pacient odmítne léčbu. I když je nezbytné respektovat toto jeho rozhodnutí, nesmíme opomenout zákon umírněnosti, rovnocennosti a že péče nikdy nesmí končit. Umírněnost znamená, že prodlužování života není indikováno pouze tehdy, když léčba způsobuje více utrpení než prospěchu. Rovnocennost pak znamená, že pokud se léčba skončí, je to stejné, jako by jsme ji nikdy nezačali.

Pak je tedy otázka, zda pacienti vůbec znají svá práva, neboť právě v *Kodexu práv pacientů* je ustanoveno právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby se mohli před každým diagnostickým i terapeutickým zákrokem rozhodnout, zda s ním souhlasí. To je ovšem také úkol zdravotníků, aby pacienta při příchodu do nemocnice informovali o jeho právech. Dalším problémem pak je také to, že pacient, byť je vysoce vzdělán v jakékoli profesi mimo zdravotnictví, nemůže dopodrobna rozumět lékařským termínům. Proto je také důležité, aby lékař volil dostatečně vhodná a srozumitelná slova při vysvětlování diagnostického či terapeutického postupu a pacient se pak mohl rozhodnout, zda s tím souhlasí (Vorlíček, 2002).

Proto podle Haškovcové (2007) i v současné době zůstává diskutovaným problémem, zda informovaný souhlas má obsahovat všechny dostupné informace a plnou pravdu o diagnóze a nepříznivé prognóze. V souladu s legislativou se provádí takzvaný negativní revers, kterým pacient při podpisu odmítá informace, a tím i navrhovanou léčbu.

Na problematiku ohledně informovaného souhlasu poukazuje též Doskočil (2007), který se zmiňuje o pacientech vyznávajících určitý typ víry, která jim je vodítkem při vyslovení či nevyslovení souhlasu s nabízenou léčbou. Lékař se ocitá v situaci, kdy moderní lékařství nabízí velmi úspěšné možnosti léčby, ale pacient je z důvodu své víry odmítá. Pacient má na toto rozhodnutí právo, byl-li však seznámen s důsledky svého rozhodnutí a souhlasí-li s tím, že je ochoten tyto důsledky přijmout. Lékař má pak pocit, že jedná morálně nesprávně. K tomuto problému se ale vyjádřila i

etická komise, která se jednoznačně shodla, že pokud je pacient zletilý a svéprávný a je ochoten nést důsledky svého rozhodnutí i za cenu obětování svého života, je třeba toto přání respektovat.

### **3.1 Formy a obsah informovaného souhlasu**

Pokud chce pacient znát informace o svém zdravotním stavu, má na to právo. Toto právo může být pacientovi poskytnuto ústně, písemně nebo konkludentně. S ústní a konkludentní formou se nejčastěji pracuje v ordinacích praktických lékařů. Konkludentní forma znamená, že souhlas pacienta vyplynul ze situace a je udělen mlčky s významným souhlasným gestem. Tím se myslí například to, že pacient na výzvu lékaře otevře ústa. Konkludentní ani ústní formu souhlasu však nelze prokázat, což je problém, poněvadž pacient by jej kdykoli později mohl zpochybnit nebo popřít. Tyto okolnosti často vedou lékaře k tomu, aby vyžadovali písemný souhlas ve svém vlastním zájmu i tam, kde by postačil souhlas ústní či konkludentní. Písemný souhlas se vyžaduje vždy u léčebných a invazivních diagnostických úkonů. V informovaném souhlasu je projevena svobodná vůle pacienta, vážně a srozumitelně.

Informovaný souhlas musí obsahovat především poučení nemocného, umožnění potřebné léčby a péče a v neposlední řadě také poskytnutí právní ochrany lékaře při případných forenzních dopadech. V České republice se informovaný souhlas začal zavádět postupně v návaznosti na Úmluvu o biomedicíně, ale byly v něm značné nedostatky, a to v přemíře formální a obsahové pestrosti. Nyní ale existuje vyhláška, která přímo určuje konkrétní formu a obsah písemného informovaného souhlasu. V roce 2006 došlo k první standardizaci informovaného souhlasu, když ministerstvo zdravotnictví České republiky vydalo *vyhlášku číslo 385/2006Sb., o zdravotnické dokumentaci*. I v této vyhlášce byly nedostatky, a tak byla později novelizována *vyhláškou číslo 64/2007 Sb.* Dle této vyhlášky musí informovaný souhlas nutně obsahovat údaje o účelu, povaze a předpokládaném prospěchu a o možných rizicích zdravotního výkonu. Nemělo by chybět ani poučení o možných alternativách výkonu, o možných omezeních ve způsobu života či v pracovní schopnosti po provedení výkonu,

dále pak nesmí chybět ani údaje o léčebném režimu a preventivních opatření pro kontrolní zdravotní výkony. V informovaném souhlasu nesmí chybět zápis vyjádření pacienta, že byl poučen o bodech v informovaném souhlasu, byly mu vysvětleny, pacient jim porozuměl a měl možnost klást otázky pro doplnění informací (Haškovcová, 2007).

Dle standardů by měl být pacient informován minimálně o povaze zákroku. Další informace týkající se účelu, důvodu, důsledků a rizik může pacient odmítnout. Je však velmi důležité tuto skutečnost poznamenat do dokumentace informovaného souhlasu (Šimek, 2006).

Na konci informovaného souhlasu musí být datum a podpis pacienta i zdravotnického pracovníka, který poskytl pacientovi údaje. Jestliže se pacient z jakýchkoli důvodů nemůže podepsat, musí se dokument opatřit jménem i příjmením a podpisem svědka, který byl přítomen při projevu souhlasu. Musí se ale také uvést důvod, proč pacient nebyl schopen podpisu, a uvést se způsob, jakým pacient vyjádřil souhlas. Souhlas pacienta či zákonného zástupce s poskytováním informací musí obsahovat určení osob, kterým lze informace sdělit a v jakém rozsahu (Haškovcová, 2007).

V článku dostupném online na internetových stránkách kraje Vysočina se uvádí, že informovaný souhlas se podává předem a nelze jej požadovat zpětně. Tento souhlas se podá po předchozím poučení pacienta lékařem o povaze zákroku a způsobu provedení. Velice důležité je, aby informace byly pro pacienta srozumitelné a pacient mohl klást doplňující otázky. Pacient nakonec svůj souhlas potvrdí písemně.

V souvislosti s informovaným souhlasem je také nutné se zmínit o dříve vysloveném souhlasu. Dříve vyslovený souhlas má i svá úskalí. Je nutné posoudit, zda pacient v době vyslovení svého přání nebyl ovlivněn nemocí, zda měl dostatek prostředků pro svoje rozhodnutí a jak dlouho toto rozhodnutí má považovat za platné. V Úmluvě o biomedicíně však jednoznačně stojí, že pokud pacient v době svého dříve vysloveného přání ohledně léčby či lékařských postupů byl ve stavu, kdy může vyjádřit své přání, musí se na toto rozhodnutí brát zřetel (Munzarová, 2005c, s.411-412).

Šimek (2006), ale uvádí, že nelze, aby pacient učinil dříve vyslovené přání. „Článek 9 Úmluvy o biomedicíně říká: Bude brán zřetel na dříve vyslovená přání pacienta ohledně lékařského zákroku, pokud pacient v době zákroku není ve stavu, kdy může vyjádřit své přání. Takto znějící článek není přímo aplikovatelný na naši platnou zákonnou úpravu institutu dříve vyslovených přání.“(Šimek, 2006, s. 231).

### **3.2 Platnost a trvání informovaného souhlasu**

Haškovcová (2007) uvádí, že dle *Úmluvy o biomedicíně* je nutné, aby pacient udělil informovaný souhlas svobodně a informovaně. *Informovaný souhlas* musí splnit řadu náležitostí, aby byl platný a nemohl být později zpochybněn. Je nutné věnovat pozornost formální stránce písemného informovaného souhlasu, ale také řádnému a citlivému podávání informací nemocnému. Důležitost zde hraje i časový harmonogram, poněvadž pacientovi je potřeba poskytnout dostatek času na rozmyšlenou s výjimkou urgentních výkonů. I dobře vypracovaný informovaný souhlas ale může být zpochybněn. Nejčastějším důvodem bývá argument pacienta, že jej udělil v časové tísní, nebyl poučen ústní formou, byl donucen informovaný souhlas podepsat, podepsal jej po podání premedikace a nebo pod vlivem alkoholu či drog.

Diskutabilní je i délka trvání platnosti informovaného souhlasu. Právníci se shodují v tom, že informovaný souhlas je nutné obnovovat, když se pacient dlouhodobě léčí pro tutéž chorobu, ale i tehdy dochází-li ke změnám v indikacích závažných diagnostických nebo léčebných metod. Toto souvisí i s právy pacientů, kde se píše, že je nutné aby se pacient před zahájením nového diagnostického postupu zasvěceně rozhodl zda s ním souhlasí. Informovaný souhlas může pacient kdykoli odvolat a to bez udání důvodů. Pacient v takovém případě musí být seznámen s důsledky svého rozhodnutí, poněvadž přerušením dosavadní léčby může dojít ke zhoršení zdravotního stavu. Není stanoveno, jakou formou by se měl informovaný souhlas odvolat. Při ústním odvolání je nutné tuto skutečnost pečlivě zaznamenat do dokumentace. Jestliže se jedná o odvolání týkající se zákroků se závažnými negativními důsledky, je nutná písemná forma.



Také Buriánek (2005) uvádí, že nejjistějším řešením souhlasu s poskytováním informací je jeho písemná podoba., která je založena do dokumentace pacienta. Souhlas trvá dokud ho pacient neodvolá. Nejčastějším typem souhlasu je ten, kdy pacient uvede, kdo z jeho rodiny či blízkých smí dostat informace o jeho zdravotním stavu. Problém vznikne, pokud dojde k úmrtí pacienta, protože je otázkou zda mají mít příbuzní přístup k informacím o pacientovi po jeho smrti. Tento problém není právně zcela vyřešen.

Na velmi závažný problém poukazuje Šimek (2006), který se zmiňuje o tom, že pokud pacient dostatečně neporozumí informacím ohledně jeho onemocnění, navrhované léčbě a s tím spojeným důsledkům, je informovaný souhlas z právního pohledu neplatný. Jestliže totiž pacient dostatečně neporozumí informacím od lékaře, může se tak mýlit v určitém pochopení a udělit tak mylně informovaný souhlas s lékařským zákrokem či léčbou (Šimek, 2006).

### **3.3 Podávání informací**

Dle Úmluvy o biomedicině je možné poskytovat informace pouze tomu o kom jsou tyto informace shromažďované, a tím je tedy jen pacient. Pacient má ale právo určit, komu smí být informace o jeho zdravotním stavu poskytnuty. Je však nezbytné tento souhlas pacienta s poskytováním informací o jeho zdravotním stavu dalším osobám potvrdit podpisem (Šimek, 2006).

Poskytovat závažné informace je oprávněn pouze lékař, nikoliv zdravotní sestra. Pokud se příbuzní ptají na informace telefonicky, je možné, aby zdravotní sestra potvrdila pouze obecné informace a současně jim poskytne jméno ošetřujícího lékaře, který může sdělit bližší informace .

Dříve byl lékař povinen poučit o povaze onemocnění nejen pacienta, ale i členy jeho rodiny, aby mohli spolupracovat při léčbě. Tento přístup je ale v posledních letech v rozporu s *Úmluvou o biomedicině*. Tato Úmluva totiž stanovuje, že právo na informace má pouze pacient. Informace rodinným příslušníkům, či příbuzným mohou být podávány pouze za podmínky, že s tím pacient souhlasí. Tuto situaci řeší *zákon č.*

111/2007 Sb. Dle této legislativy má pacient právo určit, kdo má být informován o jeho zdravotním stavu. Dle přání pacienta může být o jeho zdravotním stavu informován kdokoli. Pokud dojde k situaci, že nemocný nemůže z důvodu svého zdravotního stavu určit osoby, kterým mohou být podány informace, mají právo na tyto informace pouze osoby blízké (Haškovcová, 2007).

Vondráček (2002) píše, že pokud jde o nezletilé dítě, není oprávněné o sobě rozhodovat a tím pádem nemohou ani podepsat pozitivní ani negativní revers. Je ale nutné, aby i tato nezletilá osoba byla poučena o povaze onemocnění i o výkonech, které podstoupí tak, aby vysvětlení bylo pochopitelné pro něho.

Pacienti nejčastěji dávají souhlas s poskytováním informací o jejich zdravotním stavu osobám blízkým a dalším typickým souhlasem s poskytováním těchto informací dává také pacient pro komerční pojišťovny. Autor se také zmiňuje o využití zdravotnické dokumentace v případě trestního řízení, kde dokumentace slouží jako důkaz například o rozsahu poškození zdraví. S poskytnutím této dokumentace orgánům jako je policie či soud musí ale pacient opět souhlasit (Buriánek, 2005).

Pacient má také možnost kdykoliv souhlas s poskytováním informací odvolat nebo změnit. Zákon pamatuje i na možnost vyslovení zákazu poskytovat informace, pokud si nemocný nepřeje, aby byla jeho rodina informována. Je ale velice nezbytné udělení i neudělení souhlasu k poskytování informací zapsat pečlivě do zdravotnické dokumentace. Také je možné, že pacient souhlas k poskytování informací o svém zdravotním stavu neudělí žádné osobě a zemře. Proto zákon také pamatuje na tuto skutečnost a to tak, že v zájmu ochrany zdraví příbuzných a zdraví dalších osob, jim umožňuje získat tyto informace v nezbytném rozsahu. Tento zákon také vedl k převratné změně dosavadních tradičních zvyklostí, že je nutné každého pacienta i zákonného zástupce pacienta poučit o jeho právech. Poučení o těchto právech musí provést ošetřující lékař (Haškovcová, 2007).

Mnoho lékařů i pacientů však považují přísné podmínky informovaného souhlasu jako výmysl, který zbytečně komplikuje situaci. Pacienti pak bezmezně věří lékaři a lékař se soustředí jen na poskytování medicínské péče (Kopalová, 2008).

### 3.4 Výhody a nevýhody informovaného souhlasu

Výhodou je, když pacient obdrží náležitě informace o svém zdravotním stavu a o situaci, která může nastat. Poučený pacient totiž lépe spolupracuje s lékařem i s dalšími členy ošetřujícího týmu a může se rozhodovat i o svém dalším osudu. Některé etické problémy však zůstávají a jiné nově vznikly. Mezi závažný problém patří tzv. plná pravda, která je vyslovena v době zjištění nepříznivého zdravotního stavu. Problémem je také sdělování nepříznivé prognózy, což je nevýhodou informovaného souhlasu.

Každý z nás je ale individuální bytost a tak k tomu také přistupuje zákon, kde je psáno, že si každý může zvolit zda si přeje být plně informován, částečně a nebo vůbec (Haškovcová, 2007).

Jedná-li se o sdělení závažné diagnózy, musí se brát zvláštní ohled na pacienta. Tuto informaci je potřeba optimálně sdělit, ale jen se souhlasem pacienta a v době kdy je na ní připraven pacient, popřípadě jeho blízcí (Paulínová, 1996).

Nemocný by se měl dozvědět pravdivé informace ale s ohledem na to, kolik a jaké informace unese. Vždy by se měl informace o svém zdravotním stavu dozvědět nejprve pacient a potom teprve rodina. Lékaři přes všechny své zkušenosti a praxi stejně nikdy nepodávali a zřejmě do budoucna ani podávat nebudou informace o přesném datu uzdravení, nebo o tom zda se vůbec dotýčný uzdraví. Nejčastěji se řeší otázky, komu má být pravda sdělena, kdy, kde, jak a co sdělit. Při rozhodování o tom, komu má být pravda sdělena, se vychází z etických kodexů. V zásadě by pacient měl vždy vědět, jak je na tom zdravotně, ale výjimka je například u psychicky nemocných, kteří již prodělali psychotické onemocnění. Zdravotníci profesionálové by měli pacienta provést úskalími jeho nemoci, být mu nápomocní a snažit se o jeho psychickou pohodu. Jako nejvhodnější doba pro sdělení diagnózy se doporučuje fáze ke konci tápání, ale je těžké tuto dobu odhadnout. Sdělit se může buď pravda diagnostická, které ale laik jen těžko porozumí, anebo pravda prognostická, která odhalí závažnost situace. Jak ale pravdu sdělit, na to neexistuje žádné pravidlo či návod. Všeobecně je ale nutné přistupovat k nemocnému s respektem a empatií. Rozhovor by měl probíhat v klidném a

nerušeném prostředí a v místnosti, která není vyzdobená zdravotnickou technikou či lékárnou a podobně. Je nutné aby prostředí bylo útulné a nerušené ani telefonáty. Pravda se však nesmí sdělit, pokud již pacient předem vyslovil toto přání (Kutnohorská, 2007).

Haškovcová (1996) čtenáře seznamuje s problematikou jak, kdy, kde a také komu sdělit závažnou diagnózu. Pacient, který chce znát pravdivou diagnózu, to dá většinou sám najevo a povinností lékaře je respektovat toto jeho přání, ale zároveň musíme zvážit, zda pacient tuto tíhu pravdivé diagnózy unese. Nikdy asi nebude jednoznačně dané, kdy je ta pravá chvíle na sdělení, a kdo pravdu unese. Každý z nás je jiný, individuální a tak se musí k pacientovi přistupovat.

K problému sdělování závažné diagnózy se také vyjadřuje Jobánková (2000), která píše, že se na toto téma stále vedou diskuse, ale rozhodnutí je vždy na lékaři. Důležité je informovat také ostatní ošetřující personál o tom, co pacientovi sdělil, aby nedošlo následně k nepříjemným situacím a nedorozumění. Autorka také uvádí, že dostatečně poučený a informovaný pacient lépe spolupracuje. Pacient pak nepropadá příliš velké beznaději, depresi či izolaci.

I když jsou informace pro pacienta a jeho spolupráci důležité, můžou mu tyto informace také ublížit. Vyvolají v něm strach, úzkost a nežádoucí reakci. Nežádoucí je ale i to, pokud pacient vycítí z lékařova sdělení určitou nejistotu, potom dojde k nedůvěře v lékaře. Komunikační bariéra mezi lékařem a pacientem bývá nejčastější příčinou nespokojenosti nemocných (Bártlová, 1996).

### **3.5 Dokumentace a ochrana osobních dat**

Dle Haškovcové (2007) je zdravotnická dokumentace velmi důležitým a významným pomocníkem lékařů a ostatních kompetentních pracovníků, kteří se podílejí na péči o nemocného. Tato dokumentace je forezním dokladem a proto příslušná vyhláška stanovuje co má být konkrétně v dokumentaci uváděno. Důležité je právě také to, aby dokumentace obsahovala záznamy o informovaných souhlasech. Zákon také

stanovuje, kdo má právo nahlížet do dokumentace, která podléhá povinnosti o mlčenlivosti. Nahlížet smí pouze profesionálové, kteří se podílejí na péči o pacienta a nebo pracovníci, kterým však pacient podal souhlas s nahlížením. S písemným souhlasem smí nahlížet do pacientovy dokumentace pouze právní zástupce pacienta a členové stavovské organizace pověřené přešetřením stížnosti pacienta. Podrobnější výpis, kdo smí nahlížet do zdravotnické dokumentace pacienta s jeho písemným souhlasem, je uveden v *paragrafu 67b, odstavci 10 zákona č. 20/1966 sb., o péči o zdraví lidu*.

V tomto zákoně je stanoveno právo pacienta na plný a ničím neomezený přístup ke zdravotnické dokumentaci, právo na získání kopie dokumentace a také na rozhodnutí o tom, kdo další má přístup k údajům o zdravotním stavu. Zdravotnické zařízení tak už nemá v dokumentaci co skrývat. Fyzicky patří dokumentace zdravotnickému zařízení, respektive tomu, kdo ji vede, ale obsah v ní patří oběma stranám, tedy i pacientovi (Seiner, 2005)

Problémem ale většinou bývá při sdělování diagnózy se závažnou prognózou. V těchto případech je velice důležité, aby lékař sděloval informace maximálně citlivě a postupně. Tento lidský přístup psychologicky pochopitelný je však v rozporu s informovaným souhlasem. Je ale na lidskosti a rozumu lékaře, aby se řídil svým svědomím a citem a neříkal za všech okolností pravdu a jen pravdu. Není ale vhodné se vždy řídit jen zásadou nahradit nepříznivé informace milosrdnou lží. Proto se také *upravil zákon č. 20/1966Sb., o péči o zdraví lidu*, kde se doporučuje vhodný způsob, přiměřenost a důraz na lidský vztah k trpícímu člověku. *Úmluva o biomedicíně* ale značně zmenšuje prostor pro volbu vhodného způsobu a to je pro spoustu nemocných nevýhodou. V konkrétních případech je možné nemocného informovat, ale vynechat sdělení nepříznivé prognózy. Toto umožňuje i *Etický kodex České lékařské komory*. Problém tím ale vyřešen není, poněvadž někteří pacienti si již ze sdělených informací odvodí i nesdělenou prognózu. Lékaři pak mají obavy, že mohou být soudně postiženi z důvodu zamlčení některých skutečností. Lékař by měl pro pacienta zůstat partnerem a rádcem. Měla by se více zdůraznit možnost pacienta, aby si zvolil strategii zda chce vědět pravdu nebo ne.

Pacient má také volbu zvolit si jakéhosi náhradníka, komu lékař sdělí pravdu o jeho diagnóze i prognóze (Haškovcová, 2007).

Je také nutné se zmínit dle Kutnohorské (2007) o povinnosti mlčenlivosti všech zdravotnických pracovníků, která je spojena s velkou odpovědností. Všechny zprávy uvedené v jakékoli dokumentaci o pacientovi je nutné a povinností vázané udržet v tajnosti. Zdravotníci musí proto dobře znát etické kodexy. Již v Hippokratově přísaze byl zaveden slib mlčenlivosti o informacích, které se lékař dozvěděl v souvislosti se svým povoláním. Lékařské tajemství upevňuje důvěru mezi lékařem pacientem již odedávna. Povinnost mlčenlivosti je ve zdravotní péči nejvýznamnější etickou povinností. Povinná mlčenlivost se vztahuje na lékaře, zdravotní sestry, ale i na všechny ostatní zdravotnické pracovníky a trvá i po ukončení pracovního poměru. Neoprávněné nakládání se zdravotnickou dokumentací je také posuzováno jako porušení povinné mlčenlivosti. Výpis z pacientovy dokumentace třeba pro pojišťovnu by se tak měl dít pouze se souhlasem pacienta. Zdravotní stav patří k osobním údajům a vztahuje se na něj *zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních dat*.

Povinnost mlčenlivosti ve zdravotnictví je povinností právní, ale také povinností morální. Tato povinnost je zakotvena v *zákoně 20/1966 Sb., o péči a zdraví lidu*. Zdravotnický zaměstnanec musí zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozvěděl v souvislosti s výkonem povolání. Problém je ale v tom, že není přesně upraveno, kdo se považuje za zdravotnického zaměstnance, a proto je velice důležité, aby vedoucí zaměstnavatel stanovil takový režim, kdy nedojde k úniku žádných informací. Povinnost mlčenlivosti se netýká pouze informací o zdravotním stavu, ale i o sociálních, rodinných či pracovních údajích. Mlčenlivost musí zdravotnický zaměstnanec dodržovat vůči všem, nestanoví-li pacient jinak. Výjimka je také u oznamování infekčních chorob, kde oznamovací povinnost o určité skutečnosti stanovuje zvláštní předpis. Při porušení povinné mlčenlivosti následují dopady pracovněprávní i trestně právní. Porušení povinné mlčenlivosti se trestá odnětím svobody až na jeden rok, nebo zákazem činnosti či peněžitým trestem (Kahoun, 2004).

#### 4 Hermeneutické aspekty zdravotní péče

Kutnohorská (2007), ve své knize vysvětluje pojem hermeneutika jako vycházející z řeckého hermeno, tj. oznamovat, tlumočit. Hermeneutika je umění a teorie interpretovat, a to ve společenskovědním i filozofickém smyslu. Také se dá označit jako hledání pravdy a porozumění sobě i druhým lidem. Hermeneutika je významná především pro rozvoj teoretických poznatků v ošetrovatelství a využívá se hlavně v komunikaci. Je to učení o způsobu poznávat, porozumět a také formuluje všeobecná pravidla pro správné porozumění a vysvětlování. Hermeneutický přístup tvrdí, že smyslem vědeckého zkoumání by měla být snaha pochopit, jak vznikají významy, které připisujeme jednotlivým jevům objasnit vztah mezi chováním lidí a jejich subjektivními pohnutkami. Dle hermeneutiky je každé poznání situované, závislé na konceptech a vztazích, jež používá zkoumající subjekt v procesu poznávání. Využívání poznatků hermeneutické interpretace může vést k získávání nových vědomostí u sester a také může aktivizovat pacienta.

Vzájemné porozumění ve vztahu lékař – pacient je v postmoderní době ohroženo pokrokem v technologii a dochází k odcizení mezi lékařem a pacientem především tím, že se ztrácí fyzický kontakt. Nová technologie ale vytváří i pozitiva pro pacienta, a to například tím, že lze přizpůsobit dávkování léků přesně nastaveným tělesným parametrům pacienta a nedojde tak k předávkování a léčba je přesto účinná (Křížová, 2006).

Gregor (2005, s. 482) rozebírá také situaci ohledně obrovských pokroků v medicíně, které sice pozitivně zlepšily a urychlily diagnostiku i léčbu, ale zároveň je výrazně ohrožena humanizace medicíny. Lékař by měl více přemýšlet o pacientovi, jako o člověku, kterého léčí. Měl by více chápavě naslouchat a vlídně promlouvat k pacientovi a moderní technologii užít jen jako doplněk léčby. Bude-li lékař jen diktovat pacientovi, dojde k dehumanizaci, naopak vzájemná komunikace povede k humanizaci zdravotní péče. Spolupráce lékaře a pacienta bude odměněna lepšími výsledky v léčbě.

Aby si lékař a pacient porozuměli, je nutné komunikovat srozumitelně, aby porozuměly obě strany - jak lékař, tak i pacient. Lékař musí brát ohled na vzdělání pacienta a na jeho neznalost odborných lékařských termínů. Pacient se ale také musí vyjadřovat jasně ohledně svých přání, či dotazů. Čím menší budou komunikační bariéry mezi lékařem a pacientem, tím lepší bude vzájemná spolupráce. Nespokojenost pacientů bývá totiž velmi často spojena právě s nouzí o informace (Bártlová, 1996).

Šimek, Špalek (2003) píší, že hermeneutika bere ohled na názorová východiska a existenciální situaci všech zúčastněných. Dle uvedených autorů je důležitou složkou lékař, pacient i zdravotní sestra.

Lékař, který je odpovědný za diagnostiku, léčbu, vztah s pacientem a s tím související komunikaci. Lékařská profese je založena na vědeckém zkoumání, poznávání a je obecně prospěšná, pomáhá člověku. Lékař se také zabývá materiální stránkou člověka a pracuje s verifikovatelnými fakty a musí být objektivně nestranný. Často se stává, že lékař se pro pacienta obětuje tak, že odsune i své hodnoty smysluplného života. Není divu, že lékaři pak projevují i svoji nespokojenost či zasmušilost, poněvadž i když zachraňují lidské životy na úkor svých koníčků a zájmů, není tato jejich snaha ve společnosti doceněna.

Paulínová (1993), shodně píše o zdravotnické profesi jako o velice náročné jak psychicky, tak fyzicky a v naší zemi ještě není zvykem, aby tato profese byla s úctou společensky uznávaná a doceněna.

Dříve bylo lékařské povolání skutečně prestižním. V pozdně moderní době lékaři stále méně pocítují, že by vykonávali poslání a smiřují se s tím, že jsou odborníky přes technický servis. Lékařská profese se stává životní rolí a musí se skloubit s rolí rodičovskou, partnerskou a dalšími. Oproti minulosti v pozdně moderní době klesá zájem o studium na Lékařské fakultě a lékaři si přejí aby jejich potomci tuto profesi raději nestudovali (Křížová, 2006).

Další a důležitou složkou je pacient, který hledá smysl života, bojí se smrti, ale zároveň chce žít co nejdéle. Pacient se denně podrobuje mnoha novým, moderním léčebným metodám, postupům a jeho zklamání je o to větší, když se ukáže, že ani toto mu nepomohlo. Snadno pak také dochází k vytvoření nedůvěry v lékařské schopnosti,



v medicínu celkově a pak už je jen krůček k nedorozumění. V postupech lékaře a v přání pacienta je jakýsi rozpor, poněvadž pacient si přeje brzké a bezbolestné uzdravení, kdežto lékař nabízí méně či více bolestivé zákroky pro záchranu života. Lékař by rád slyšel uznání a pochvalu, ale pacient nařiká a stěžuje si na postupy v medicíně a lékařské počínání při léčbě. Tím se opět potvrzuje, že lékařská profese je nedocenená, nedostatečně vážená.

Rozdílnost vidění světa mezi lékařem a pacientem je hlavně v závěru života. Obecně panuje, že o prodlužování života pomocí silných analgetik a různých speciálních metod, či o ukončení života by měl rozhodovat sám pacient a nikdo mu nemá nic vnucovat. Jiná situace však nastává, je-li pacient v bezvědomí a nemůže rozhodnout o tom, co je jeho přáním. Může pak také následně dojít až k soudnímu sporu mezi pacientem a lékařem z důvodu nedorozumění, a to je opět důkaz jakéhosi nevděku a již zmiňovaného nedocenení lékařské profese.

Důležitým pracovníkem je zdravotní sestra, která nemusí mít tak detailní znalosti o biologii jako lékař. Její hlavní náplní práce je totiž péče o nemocné, o jejich tělesnou i duševní pohodu a mimo to také plní pokyny lékaře. Zdravotní sestra má něco společného s lékařem i s pacientem. Setkává se s uzdravováním pacientů, ale i s umíráním. Na druhé straně je zdravotní sestra zase blíž pacientovi a jeho utrpení. Pacient se jí také častěji svěří se svými starostmi a pochybnostmi. Dalo by se říct, že zdravotní sestra se ocitá na hraně mezi lékařem, medicínským světem a mezi pacientem a jeho přirozeným světem a proto by možná bylo pro pacienty schůdnější a praktičtější, kdyby svoji situaci probral se zdravotní sestrou. Zdravotní sestra je pacientovi po celý den více na blízku a pečuje o něj a tudíž je možné, že by se jí také více svěřil a spolupracoval.

Dnes má ale sestra omezené kompetence k tomu, aby mohla probírat s pacienty jejich rozhodnutí a pomoci jim v tom, ale do budoucnosti není vyloučeno, že se tato situace změní a sestra bude mít větší pravomoc než dosud (Šimek, Špalek, 2003).

## **5 Cíl práce a hypotézy**

Cílem mé práce je ověřit, do jaké míry se z etického hlediska respektují práva pacientů, komu z blízkých poskytnout informace o jejich zdravotním stavu. V práci se také snažím zjistit, zda jsou pacienti spokojeni s informováním o způsobu a průběhu léčby a s tím úzce související komunikací zdravotních sester a lékařů. Odpovědi pacientů, zdravotních sester a lékařů porovnám.

### **Hypotéza I.**

Práva pacientů na informovanost o jejich zdravotním stavu a přání ohledně předávání informací další osobě nejsou vždy plně respektována.

### **Hypotéza II.**

Názory zdravotníků a pacientů na dostatečnost informování pacientů o způsobu a průběhu léčby se liší.

### **Hypotéza III.**

Komunikace lékařů a zdravotních sester s pacienty je z hlediska pacientů nedostatečná.

## **6 Metodika a charakteristika sledovaného souboru**

### **6.1 Metodika**

Sběr dat probíhal formou dotazníků pro pacienty, zdravotní sestry a lékaře (viz. příloha), které jsem rozdala ve Strakonické nemocnici a.s. na chirurgickém a gynekologickém oddělení. Po domluvě s hlavní sestrou nemocnice a dále pak po domluvě s vrchní sestrou z chirurgického oddělení a gynekologicko porodnického

oddělení jsem mohla realizovat svůj výzkum. Dotazníky všem dotazovaným rozdaly vrchní sestry obou oddělení. Dotazníky byly anonymní a obsahovaly 12 otázek pro pacienty, zdravotní sestry i lékaře. Otázky byly strukturované i nestrukturované. V úvodu jsem uvedla identifikační otázky a pak konkrétnější k danému tématu. Otázky se stejnou myšlenkou jsem kladla záměrně všem třem skupinám dotazovaných, abych mohla vyhodnotit, jak se liší nebo shodují odpovědi těchto respondentů. Vyhovující odpovědi měly dotazovaní zaškrtnout a některé doplnit. Na vyplnění dotazníků měli respondenti 25 dnů. Vyplněné dotazníky mi opět vrátily vrchní sestry z obou oddělení.

## **6.2 Sledovaný soubor**

Celkem jsem pro pacienty rozdala 350 dotazníků, z toho 200 pro pacienty na chirurgické oddělení a 150 dotazníků pro pacienty na gynekologicko porodnické oddělení. Z chirurgického oddělení pacienti vyplnili 76 (38%) dotazníků a

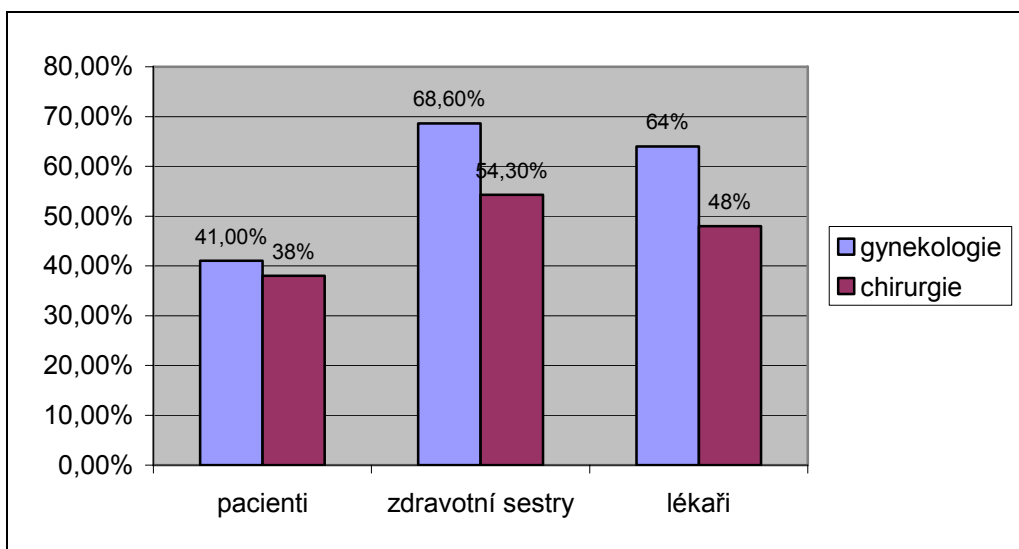
z gynekologicko porodnického oddělení vyplnili 61 (40,6%) dotazníků. Celková návratnost od pacientů byla 137 (39 %) dotazníků.

Zdravotním sestřám jsem celkem rozdala 70 dotazníků, z toho 35 dotazníků na chirurgické oddělení a 35 dotazníků na gynekologicko porodnické oddělení. Z chirurgického oddělení vyplnily zdravotní sestry 19 (54,3%) dotazníků a z gynekologicko porodnického oddělení vyplnily zdravotní sestry 24 (68,6%) dotazníků. Celkem se tedy od zdravotních sester vrátilo 43 (61,5%) dotazníků.

Lékařům bylo celkem rozdáno 50 dotazníků, 25 dotazníků na chirurgické oddělení a 25 na gynekologicko porodnické oddělení. Z chirurgického oddělení vyplnili lékaři 12 (48 %) dotazníků a z gynekologicko porodnického oddělení vyplnili lékaři 16 (64 %) dotazníků. Celkem se vrátilo 28 (56%) vyplněných dotazníků od lékařů.

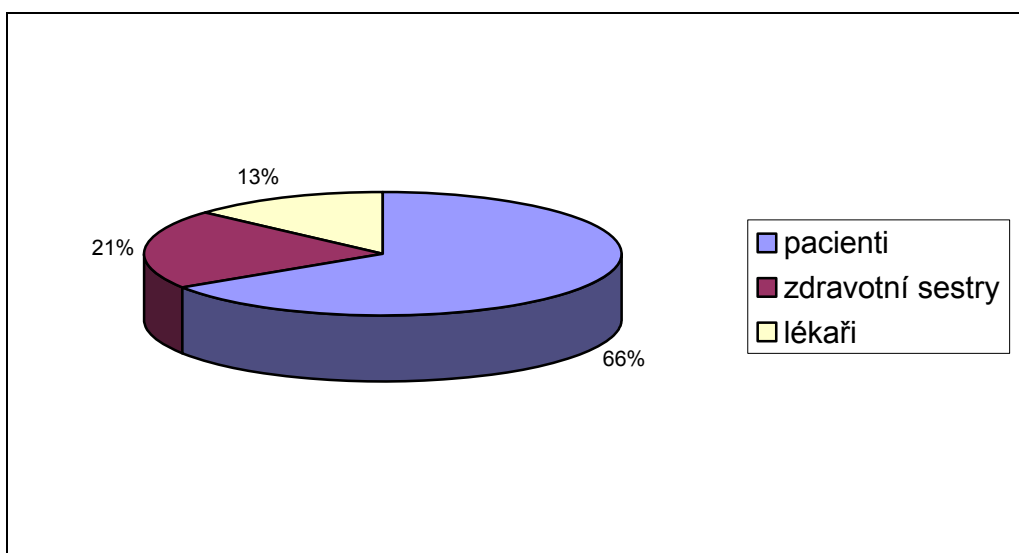
**Výsledky znázorňuji v grafu č. 1 a č. 2.**

**Graf č. 1: Návratnost dotazníků z jednotlivých oddělení**



**Zdroj: Vlastní výzkum**

**Graf č. 2: Podíl respondentů z jednotlivých skupin**

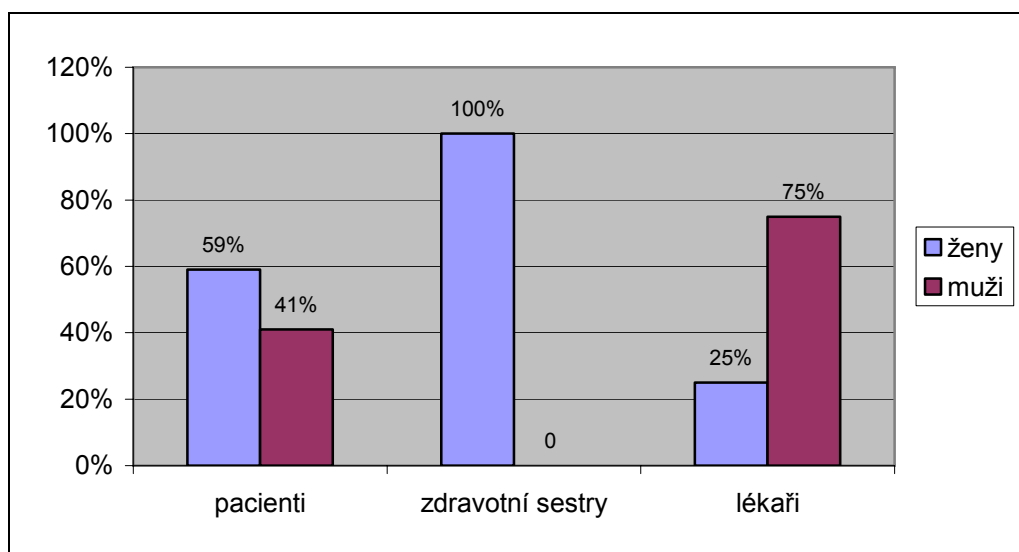


**Zdroj: Vlastní výzkum**

Z počtu dotázaných respondentů bylo ze skupiny pacientů 81 (59%) žen a 56 (41%) mužů, z dotazovaných zdravotních sester bylo 43 (100%) žen, lékařek 7 (25%) a lékařů 21 (75%). Z odpovědí lze usoudit, že dotazovaní pacienti byli dle pohlaví

zastoupení přibližně na polovinu mužů a polovinu žen. Zdravotní sestry byly vždy ženy a z lékařů odpovídali většinou muži.

**Graf č. 3: Pohlaví respondentů**



**Zdroj: Vlastní výzkum**

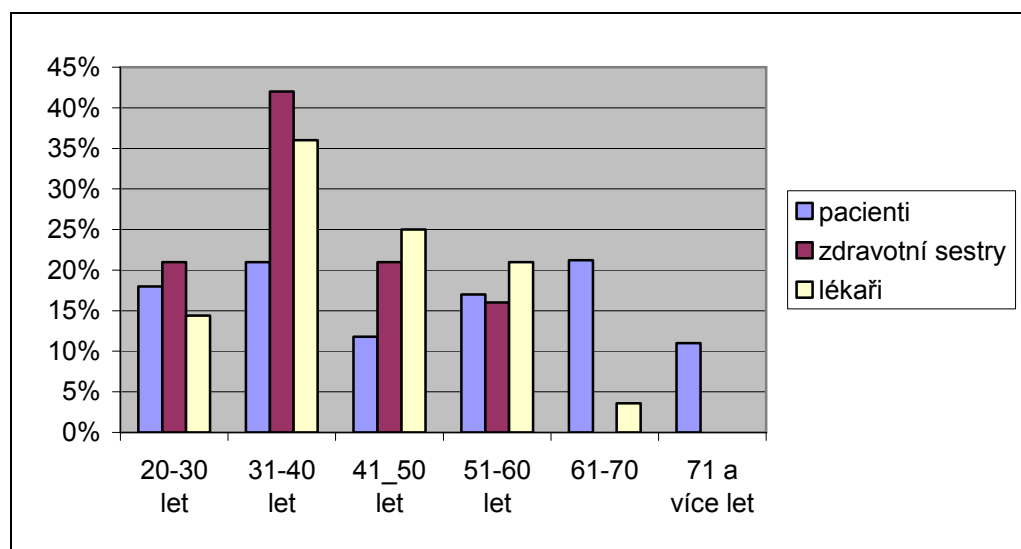
Dotazovaní pacienti byli ve věkovém rozmezí od 20 let do 71 let a více. Největší procentuální zastoupení bylo ve věku 31 až 40 let (21%) a 61 až 70 let (21%), pak skupina 20 až 30 let (18%), 51 až 60 let (17%).

Zdravotní sestry byly ve věkovém rozmezí 20 let až 60 let. Nejpočetněji byla zastoupena věková skupina 31 až 40 let (42%) a pak skupina 20 až 30 let a 41 až 50 let (21%).

Lékaři odpovídali ve věkové kategorii 20 až 70 let. Nejčastěji byla zastoupena věková kategorie 31 až 40 let (36%), 41 až 50 let (25%) 51 až 60 let (21%).

Ve všech třech skupinách shodně nejčastěji odpovídali respondenti ve věku 31 až 40 let.

**Graf č. 4: Rozdělení respondentů dle věku**



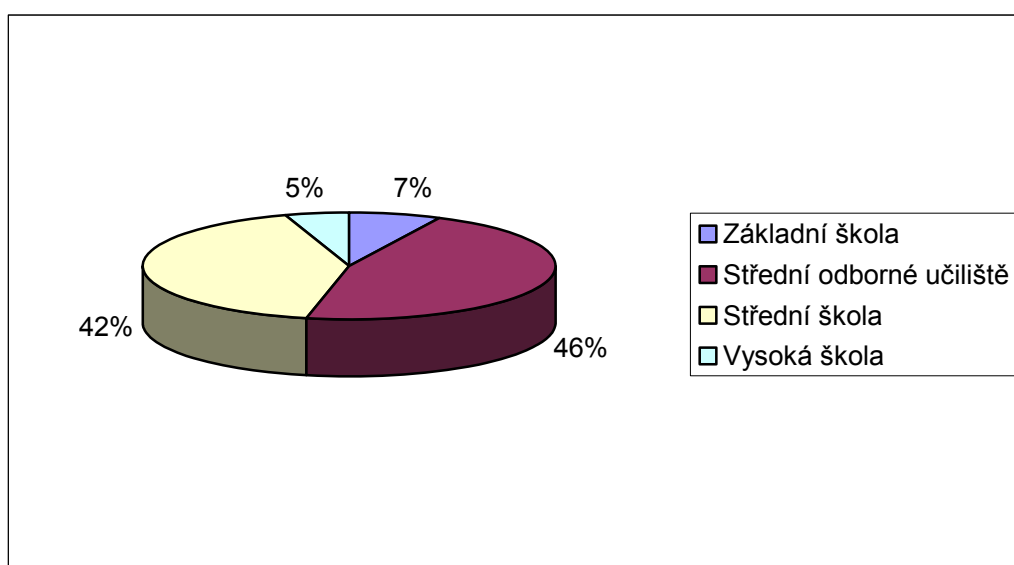
**Zdroj: Vlastní výzkum**

Pacienti měli nejčastěji střední odborné vzdělání v 63 (46%) případech a střední školu v 57 (42%) případech.

Zdravotní sestry měly nejčastěji středoškolské vzdělání a to v 35 (81%) případech a jen v 6 (14%) případech měly diplomovanou specializaci a ve 2 (5%) případech vysokou školu.

Výsledky znázorňují v grafu č. 5. a č. 6

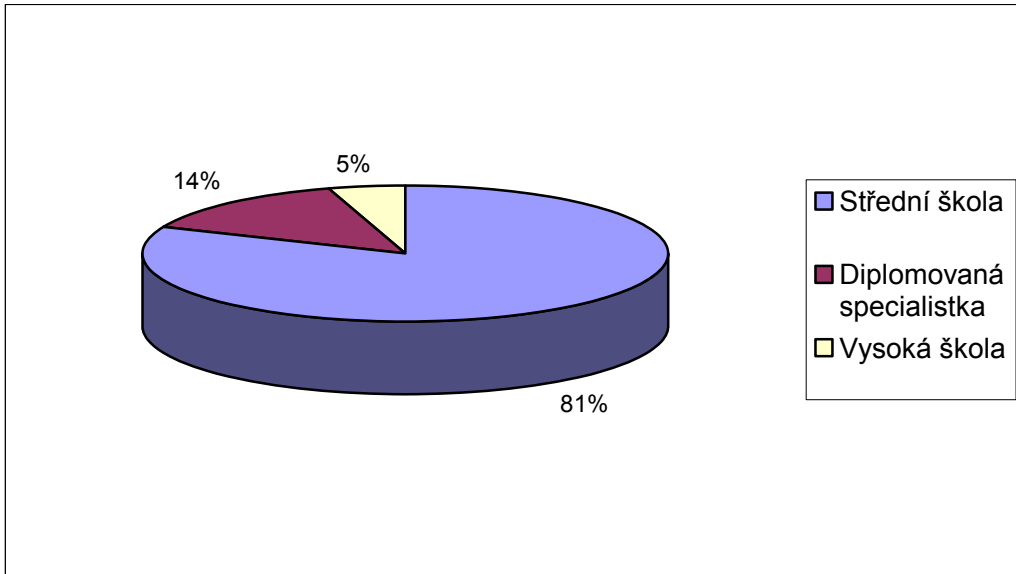
**Graf č. 5: Vzdělání pacientů**



**Zdroj: Vlastní výzkum**

**Graf č. 6: Vzdělání zdravotních sester**

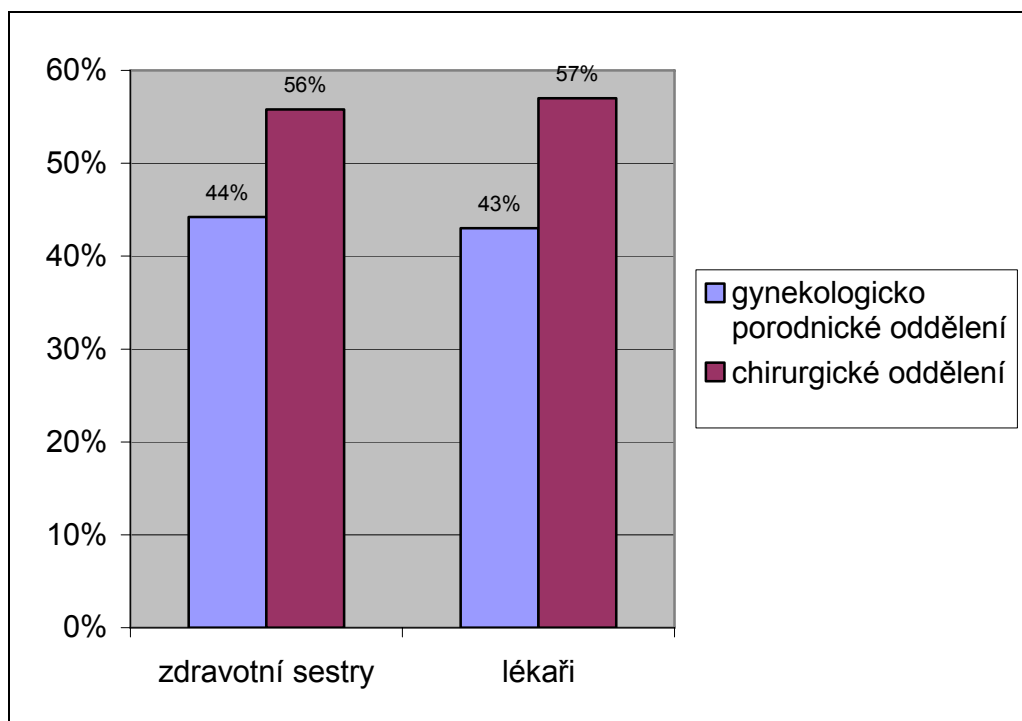




**Zdroj: Vlastní výzkum**

Z chirurgického oddělení vyplnily zdravotní sestry 19 (44%) dotazníků, a 12 lékařů (43%). Z gynekologicko porodnického oddělení vyplnily zdravotní sestry 24 (56%) dotazníků a 16 (57%) lékařů .

**Graf č. 7: Zastoupení respondentů z řad lékařů a zdravotních sester na jednotlivých odděleních**



**Zdroj: Vlastní výzkum**

## 7 Výsledky

Uvádím zde pro větší přehlednost otázky pro pacienty/ zdravotníky záměrně bez číselného označení, protože číselně vzájemně nekorrespondují.

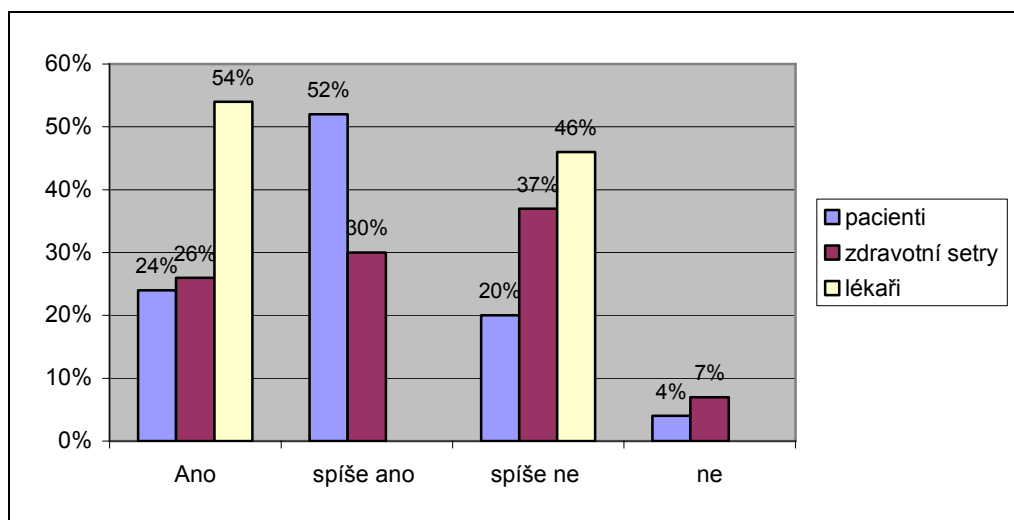
### **1. Vyhodnocení otázky: Domníváte se, že znáte všechna svá práva, tedy práva pacienta?/ Domníváte se, že pacienti znají svá práva?**

Pacienti se ve 33 (24%) případech domnívají, že znají všechna svá práva. Spíše ano odpovědělo 71 (52%) pacientů. 28 (20%) pacientů spíše nezná svá práva a 5 (4%) pacienti odpověděli, že svá práva neznají.

11 (26%) zdravotních sester se domnívá, že pacienti znají svá práva a 13 (30%) zdravotních sester se domnívá, že pacienti spíše znají svá práva. 16 (37%) zdravotních sester se ale domnívá, že pacienti svá práva spíše neznají a jen 3 (7%) zdravotní sestry se domnívají, že pacienti svá práva vůbec neznají.

Lékaři se nejčastěji domnívali, že pacienti svá práva znají a to v 15 (54%) případech dotazovaných. Pouhých 13 (46%) lékařů se domnívá, že pacienti svá práva spíše neznají a žádný z dotazovaných lékařů se nedomnívá, že by pacienti svá práva neznali.

**Graf č. 8: Znalost pacientů svých práv**



**Zdroj: Vlastní výzkum**

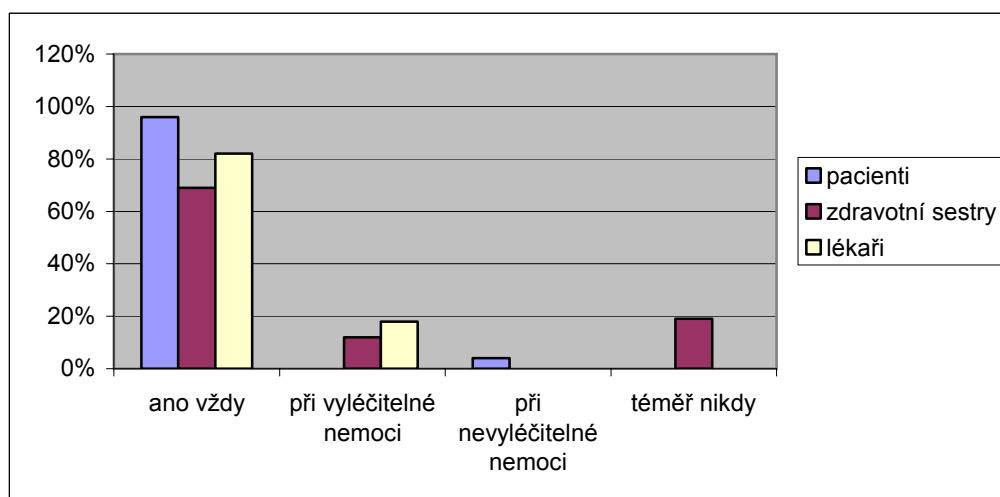
## 2. Vyhodnocení otázky: Přejete si být Vy osobně (tj. přímo a nezprostředkovaně) plně informován(a) o svém zdravotním stavu?/ Domníváte se, že Vaši pacienti jsou přímo, nezprostředkovaně a plně informováni o svém zdravotním stavu?

Pacienti si v naprosté většině a to v 131 ( 96%) případech přejí být vždy osobně a nezprostředkovaně informováni o svém zdravotním stavu. Pouhých 6 (4%) pacientů si přeje být informováno jen v případě, že se jedná o těžkou či nevyléčitelnou nemoc.

Zdravotní sestry odpověděly, že pacienti jsou přímo, nezprostředkovaně a plně informováni o svém zdravotním stavu a to v 30 (69%) případech. 5 (12%) zdravotních sester uvedlo, že pacienti jsou takto informováni, jen jedná-li se o vyléčitelnou nemoc. 8 (19%) zdravotních sester se domnívá, že pacienti si vůbec nepřejí být informováni.

Lékaři odpověděli ve 23 (82%) případech, že pacienti jsou vždy informováni, 5 (18%) lékařů odpovědělo, že takto informováni jsou pouze pacienti jedná-li se o těžkou či nevyléčitelnou nemoc.

**Graf č. 9: Přání pacientů být informován**



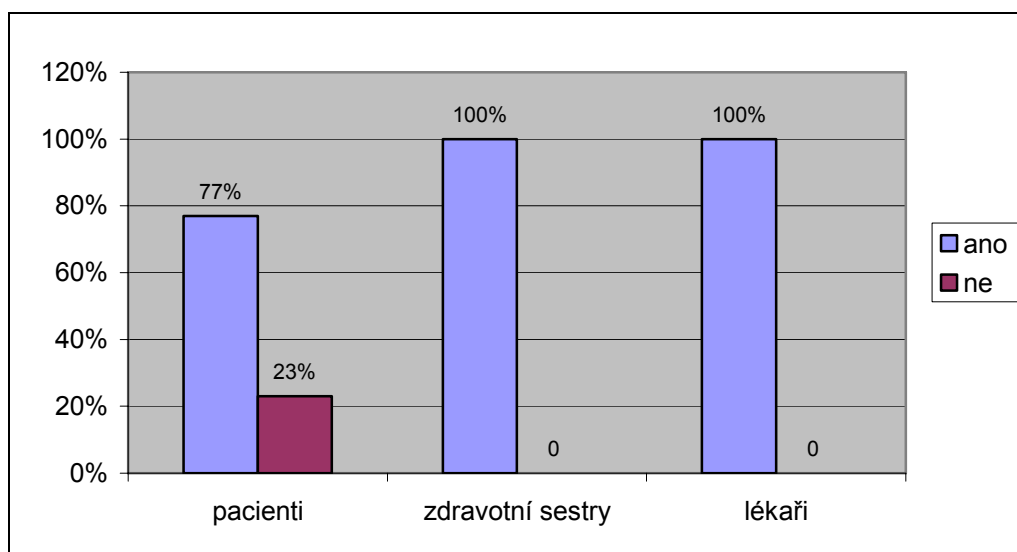
**Zdroj: Vlastní výzkum**

**3. Vyhodnocení otázky: Poskytl(a) jste zdravotnickému personálu výslovný souhlas, kdo kromě Vás smí být informován o vašem zdravotním stavu?/ Poskytují Vám pacienti výslovný souhlas kdo kromě nich smí být informován o jejich zdravotním stavu?**

Pacienti na tuto otázku odpověděli kladně ve 106 (77%) případech. Ne, odpovědělo 31 (23%) pacientů.

Lékaři i zdravotní sestry odpověděli ve 100% kladně, tedy že pacienti jim vždy poskytují výslovný souhlas.

**Graf č. 10: Poskytnutí výslovného souhlasu**



**Zdroj: Vlastní výzkum**

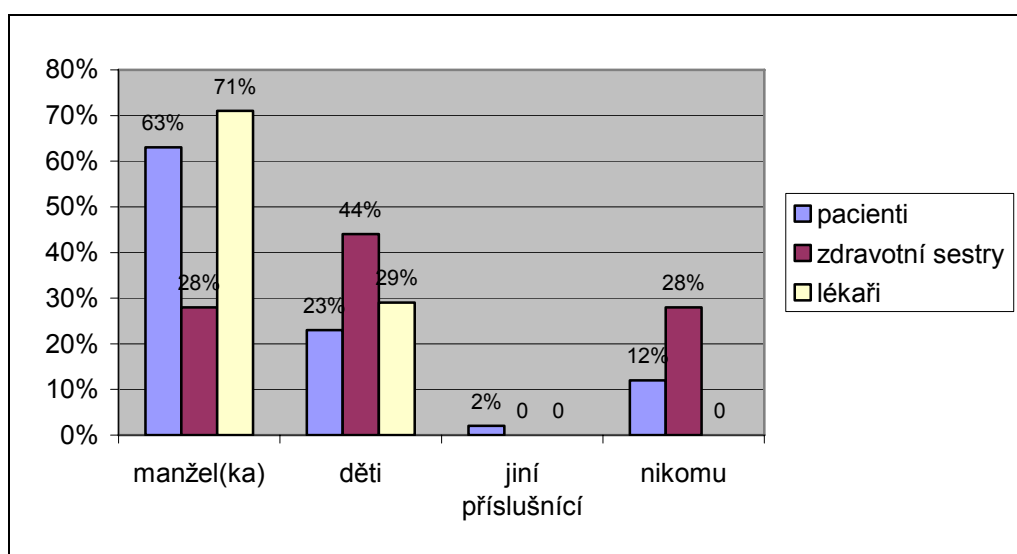
#### 4. Vyhodnocení otázky: Komu by lékaři podle Vašeho přání měli sdělovat informace o vašem zdravotním stavu?/ Komu nejčastěji poskytujete informace o zdravotním stavu pacienta?

Pacienti si většinou přáli podávat informace manželovi - manželce (druhovi - družce) v 86 (63%) případech, nebo dětem ve 32 (23%) případech. Minimální počet pacientů 3 (2%) si přáli podávat informace jiným rodinným příslušníkům, ale neuvedli jakým. Více pacientů, 16 (12%) si však přálo nepodávat informace nikomu.

Zdravotní sestry uvedly, že nejčastěji lékař podává informace dětem a to v 19 (44%) případech a ve 12 (28%) případech manželce – manželovi (druhovi – družce). To, že by lékař nepodal informace nikomu, uvedly zdravotní sestry ve 12 (28%) případech.

Lékaři odpověděli, že nejčastěji podávají informace manželce – manželovi (druhovi – družce) a to ve 20 (71%) případech a dětem v 8 (29%) případech. Možnost neinformovat nikoho neuvedl ani jeden lékař.

**Graf č. 11: Přání pacientů komu poskytovat informace o jejich zdravotním stavu**



**Zdroj: Vlastní výzkum**

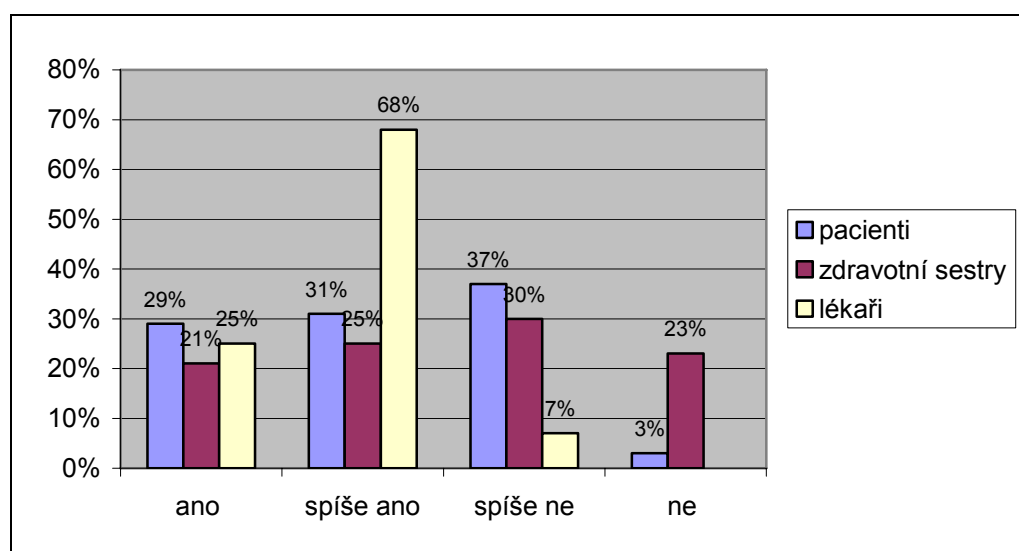
**5. Vyhodnocení otázky: Domníváte se, že jste dostatečně a srozumitelně informován(a) o svém zdravotním stavu?/ Domníváte se, že informace, které pacienti získávají o svém zdravotním stavu jsou dostatečné a srozumitelné?**

40 pacientů (29%) se domnívají, že jsou dostatečně a srozumitelně informováni o svém zdravotním stavu. 42 (31%) pacientů se domnívá, že informace jim podávané jsou spíše dostatečné a srozumitelné. Naopak 51 (37%) pacientů odpovědělo, že informace jsou spíše nesrozumitelné a 4 (3%) pacientů má pocit, že informace jsou zcela nesrozumitelné a nedostatečné.

9 (21%) zdravotních sester se domnívá, že informace jsou dostatečné a srozumitelné a 11 (25%) zdravotních sester se domnívá, že informace jsou spíše srozumitelné. Přes polovinu 23 (53%) zdravotních sester se domnívá, že informace pro pacienty jsou spíše a nebo zcela nedostatečné a nesrozumitelné.

Zajímavý je výsledek od dotazovaných lékařů, kteří se domnívají ve 26 (93%) případech, že pacienti jsou informováni dostatečně a srozumitelně.

**Graf č. 12: Srozumitelnost informací pro pacienty o svém zdravotním stavu**



**Zdroj: Vlastní výzkum**



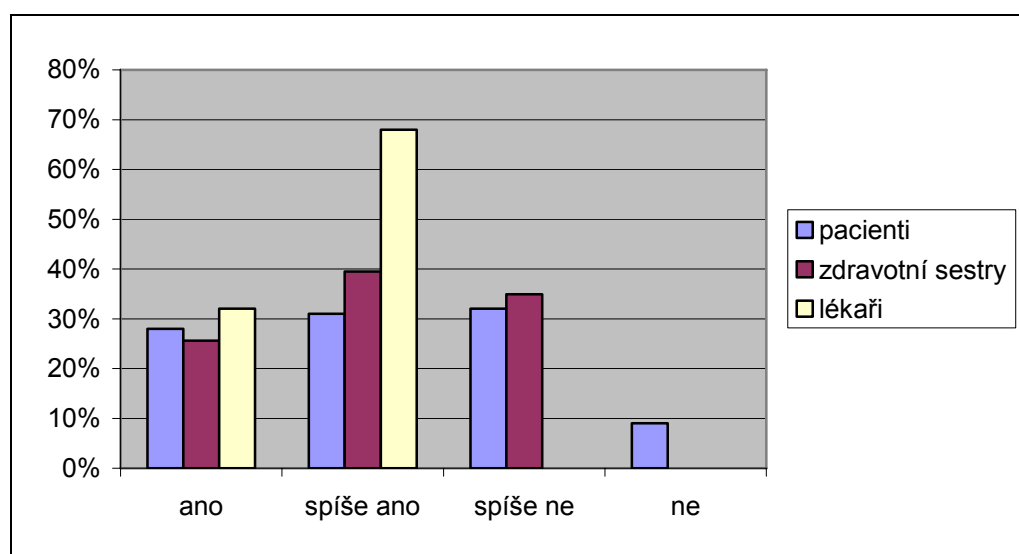
**6. Vyhodnocení otázky: Domníváte se, že jste dostatečně a srozumitelně informován(a) o způsobu a průběhu léčby ( léčebných výkonů, zákroků, procedur)?/ Domníváte se, že informace, které pacienti získávají o průběhu a způsobu léčby jsou pro ně dostatečné s srozumitelné?**

Pacienti jsou spokojeni ve 38 (28%) případech, nebo spíše spokojeni ve 42 (31%) případech. Spíše nespokojeno je 45 (32%) pacientů nespokojeno je 12 (9%) pacientů. Celkem je tedy spokojeno 80 (59%) pacientů a nespokojeno 57 (41%) pacientů.

Zdravotní sestry se domnívají, že spokojeno nebo spíše spokojeno je 28 pacientů, což je 65% a spíše nespokojeno 15 (35%) pacientů.

Lékaři se domnívají, že pacienti jsou spokojeni v 9 (32%) případech a spíše spokojeno uvedli v 19 (68%) případech. Podle lékařů nejsou žádní pacienti, kteří by byli spíše nespokojeni, nebo zcela nespokojeni.

**Graf č. 13: Spokojenost pacientů s poskytovanými informacemi o způsobu a průběhu léčby**



**Zdroj: Vlastní výzkum**

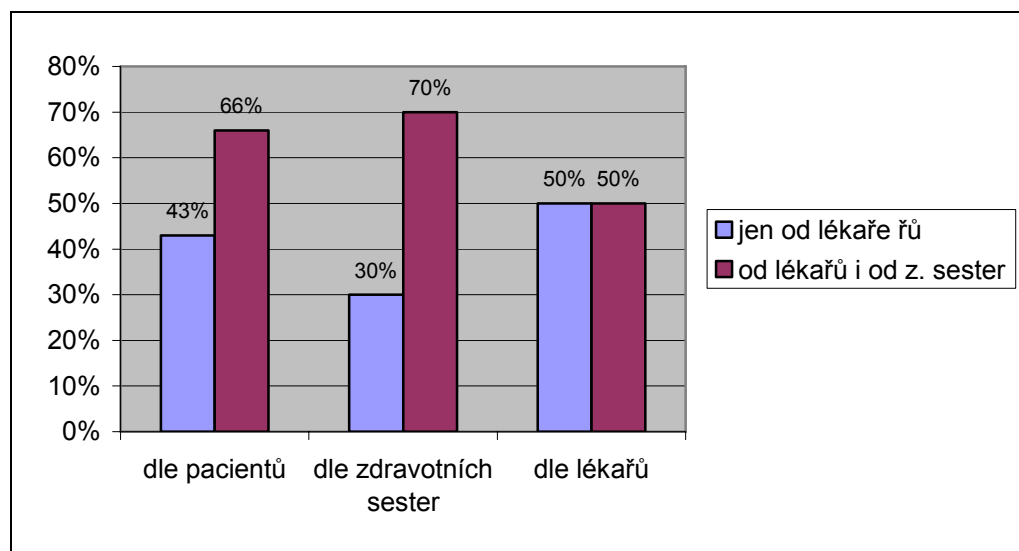
## 7. Vyhodnocení otázky: Od koho nejčastěji získávají pacienti informace o svém zdravotním stavu, průběhu a způsobu léčby?

Pacienti odpověděli 46krát (43%), že získávají informace o svém zdravotním stavu výhradně od lékařů a 91 pacientů (66%) odpovědělo, že informace o svém zdravotním stavu získávají od lékařů ale i od zdravotních sester.

13 (30%) Zdravotních sester odpovědělo, že pacienti získávají informace výhradně od lékařů, dále uvedly, že informace od lékařů i od zdravotních sester získávají v 30 (70%) případech.

Lékaři odpověděli, že informace získávají pacienti výhradně od lékařů ve 14 (50%) případech a informace získávají od lékařů i od zdravotních sester ve 14 (50%) případech.

**Graf č. 14: Pacienti získávají informace o zdravotním stavu od:**



**Zdroj: Vlastní výzkum**

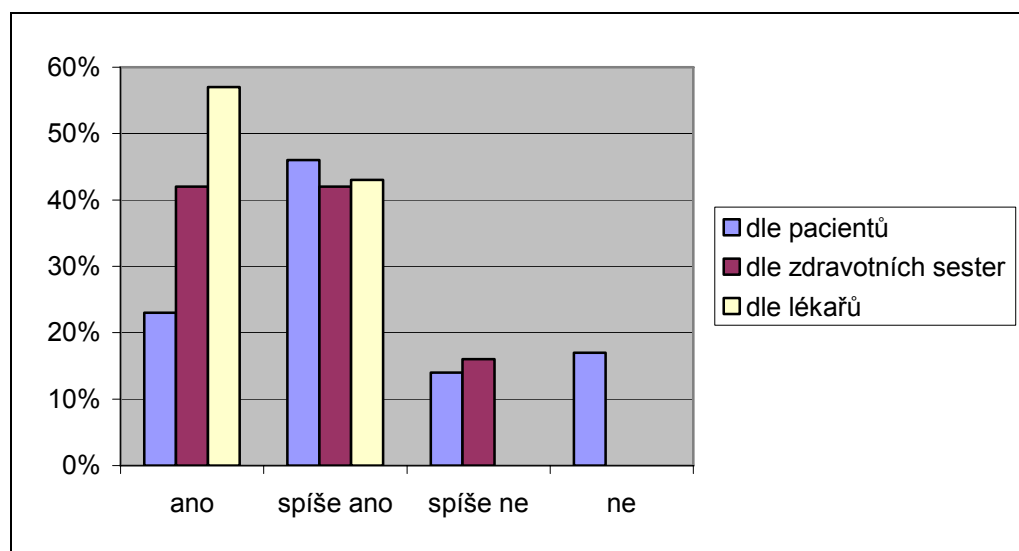
**8. Vyhodnocení otázky: Jste spokojen(a) s tím, jak s Vámi zdravotní sestry komunikují?/Domníváte se, že Vy dostatečně komunikujete s pacienty?/ Domníváte se, že zdravotní sestry dostatečně komunikují s pacienty?**

Z výzkumu vyplynulo, že pacienti jsou spokojeni nebo spíše spokojeni s komunikací zdravotních sester v 95 případech (69%). Nespokojenost s komunikací zdravotních sester uvádí 42 (31%) pacientů.

Zdravotní sestry se domnívají, že dostatečně komunikují s pacienty v 36 případech (84%) a o své dobré komunikaci pochybovaly jen v 7 případech (16%).

Lékaři se na názoru, že komunikace zdravotních sester je dostatečná, shodli ve 28 případech (100%).

**Graf č. 15: Spokojenost pacientů s komunikací zdravotních sester**



**Zdroj: Vlastní výzkum**

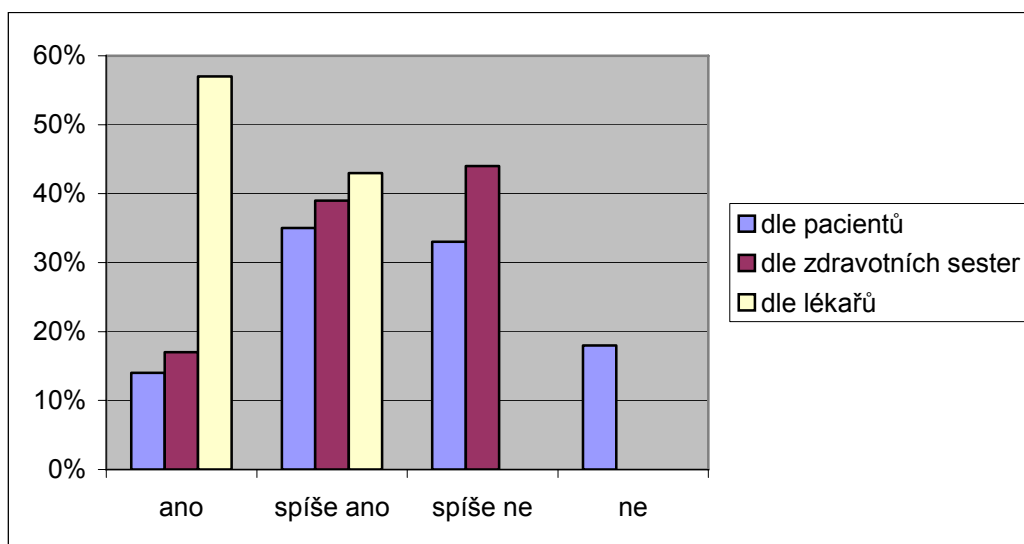
**9. Vyhodnocení otázky: Jste spokojen(a) s tím, jak s Vámi lékaři komunikují? /Domníváte se, že lékaři dostatečně komunikují s pacienty?/ Domníváte se, že Vy dostatečně komunikujete s pacienty?**

19 (14%) pacientů je spokojeno s komunikací lékařů a spíše spokojeno je 49 (35%) pacientů. 45 (33%) pacientů spíše není spokojeno s komunikací lékařů a není spokojeno 24 (18%) pacientů.

Zdravotní sestry se domnívají, že pacienti jsou spokojeni nebo spíše spokojeni s komunikací lékařů v 56%. 44% zdravotních sester se domnívá, že pacienti spíše nejsou spokojeni komunikací lékařů.

Lékaři si myslí, že pacienti jsou s jejich komunikací spokojeni vždy, ve 100%.

**Graf č. 16: Spokojenost pacientů s komunikací lékařů**



**Zdroj: Vlastní výzkum**

## **8 Diskuse**

Výsledky výzkumu potvrdily, že pacienti vždy neposkytují souhlas s tím, kdo kromě nich smí být informován o jejich zdravotním stavu. Pacienti odpověděli, že souhlas poskytují ve 106 (77%) případech. 31 (23%) pacientů, ale uvedlo, že tento souhlas neposkytlo a naopak lékaři i zdravotní sestry odpověděli ve 100% kladně, tedy že pacienti jim vždy poskytují výslovný souhlas s tím, kdo kromě nich smí být informován o jejich zdravotním stavu.

Hypotéza, že: **Práva pacientů na informovanost o jejich zdravotním stavu a přání ohledně předávání informací další osobě nejsou vždy plně respektována** se potvrdila, neboť většina respondentů z řad pacientů odpovědělo, že tento souhlas poskytuje. Přesto ale asi ne vždy a ne všichni tento souhlas poskytují. Důkazem toho je právě těch 23% respondentů, kteří uvedli, že neposkytnou žádný souhlas ohledně předávání informací druhé osobě.

Přitom dnes je povinností zdravotnického zařízení poskytovat informovaný souhlas a především také respektovat jeho obsah, koho si pacient přeje informovat o svém zdravotním stavu.

Jak píše Haškovcová (2007) informace rodinným příslušníkům, či příbuzným mohou být podávány pouze za podmínky, že s tím pacient souhlasí.

V rámci svých vlastních zkušeností jsem měla možnost ověřit si, že byt' mně byl poskytnut k vyplnění a podpisu informovaný souhlas, koho si přeji informovat o svém zdravotním stavu, následně byl tento můj souhlas porušen. Pak je ale otázka, k čemu tedy slouží tento podpis informovaného souhlasu, není-li respektován. Dalo by se pak říci, že je to jen jakési povinné papírování? Zdravotníci se ale zřejmě domnívají, že se nikdo z pacientů neozve, aby projevil nespokojenost a nesouhlas s tímto porušením jejich souhlasu k poskytování informací dalším osobám. Pacient je v těžké situaci a má pocit, že je v podřízené roli. Tento paternalistický přístup by však měl být v současné době potlačen. Musím ale opět namítnout z vlastní zkušenosti, že ve většině případů se mnoho pacientů skutečně cítí být v podřízené roli a nemají odvalu se zmínit o nějakém porušení svých práv či přání. Možná je to jen můj subjektivní pohled na tuto problematiku a najdou se i lidé s odvahou hájit se, ale zřejmě jich není příliš.

K tomu Gregor (2005, s.482) poznamenává, že pokud bude lékař jen diktovat pacientovi, dojde k dehumanizaci a naopak vzájemná komunikace povede k humanizaci zdravotní péče. Spolupráce lékaře a pacienta bude odměněna lepšími výsledky v léčbě.

Šimek a Svobodová (2007) ale také píšou, že ve zdravotnictví může být lidská důstojnost velmi opomíjena tím, že se věnujeme dokumentaci, odborné terminologii a ošetrovatelské péči, ale uniká nám, že jde o „člověka“. Přístupem zdravotníků se také stává, že pacient - „člověk“ se ocitá jen na úrovni dítěte.

V partnerském přístupu k pacientovi se pacient stává tím, kdo určuje, zda si přeje být informován a v jaké šíři. K pacientovi se přistupuje jako k rovnoprávnému partnerovi při poskytování zdravotnické péče. Lékař a pacient by měli být v pozici rovnoprávných partnerů při poskytování zdravotnické péče (Haškovcová, 2007).

To, že paternalismus převládá ještě v dnešní době i při běžném vztahu lékaře s pacientem, uvádí ale i Munzarová (2005b). Dle této autorky není jednání lékař versus pacient ve stylu partnerství všude ještě běžným způsobem.

Samozřejmě, že dříve byli lékaři zvyklí na paternalistický přístup, ale i v rámci neustálého vzdělávání všech zdravotnických pracovníků, by se měl tento přístup zcela vymýtit a začít s přístupem založeným na partnerství. Tento přístup je velice přínosný nejen pro pacienta, ale i pro lékaře. Pacient se bude cítit lépe, bude-li moci komunikovat a radit se s lékařem o možných léčebných a terapeutických postupech, než když je vystaven konečnému rozhodnutí lékařů co a jak se bude dít. Nebude tak traumatizován z lékařského prostředí a z přemíry odborných názvů. Určitě vzroste celková spokojenost pacientů s lékařskými postupy ale i se zdravotnictvím celkově.

Trochu jiná situace nastává, jde-li o sdělování závažné diagnózy. Toto vyplývá i z kvalitativního výzkumu mé kolegyně Cvejnové (2007), která se zabývala ve své bakalářské práci výzkumem ohledně sdělování pravdivé diagnózy v současné době. Z tohoto výzkumu je patrné, že mladí lékaři přistupují k věci poněkud odlišně, než jejich starší kolegové. Je zde tedy opět vidět ještě zastaralý paternalistický přístup, neboť starší lékaři, jak uvádí kolegyně Cvejnová: „kteří většinu své praxe prožili v době, kdy se kolem pravdy chodilo jak kolem „horké kaše“, označují dnešní trend jako „americký způsob.“ (Cvejnová, 2007, s. 98). Dle Etického kodexu České lékařské komory má ale lékař možnost pravdu neříci a záleží jen na jeho úvaze a svědomí.

Z mého výzkumu také vyplynulo, že pacienti nejsou příliš spokojeni s informacemi o způsobu a průběhu léčby. 80 pacientů (59%) se vyjádřilo, že jsou spokojeni nebo spíše spokojeni s informacemi o způsobu a průběhu léčby a nespokojeno 57 pacientů (41%). Je zajímavé, že zdravotní sestry i lékaři mají zcela odlišný názor. Zatímco u pacientů je spokojenost a nespokojenost s poskytováním informací o způsobu a průběhu léčby rozdělena přibližně na polovinu, tak zdravotní

sestry se v 65% případů domnívají, že pacienti jsou spokojeni nebo spíše spokojeni a lékaři se tak domnívají dokonce ve 100%. Tyto výsledky svědčí o tom, že lékaři nepřipouští to, že by některý pacient mohl být nespokojen s podáváním informací o způsobu a průběhu léčby. Tím se také potvrzuje hypotéza: **Názory zdravotníků a pacientů na dostatečnost informování pacientů o způsobu a průběhu léčby se liší.**

Tato situace ale vede k nedorozumění, poněvadž nemá-li pacient dostatečné informace, nemůže ani dostatečně spolupracovat a léčba může být zdlouhavější.

Šimek (2006) tuto situaci také popisuje tak, že informovaný souhlas není jen předávání informací, ale předávání takových informací, které vedou k porozumění.

Informovaný souhlas musí obsahovat především poučení nemocného, umožnění potřebné léčby a péče a v neposlední řadě také poskytnutí právní ochrany lékaře při případných forezních dopadech (Haškovcová, 2007).

Tento problém týkající se nedostatečné informovanosti o způsobu a průběhu léčby velmi úzce souvisí s další hypotézou: **Komunikace lékařů a zdravotních sester s pacienty je z hlediska pacientů nedostatečná.**

Je zajímavé, že i v tomto případě jak lékaři tak i zdravotní sestry se domnívají, že jejich komunikace ve vztahu k pacientovi je dostatečná. Z výzkumu sice vyplynulo, že pacienti jsou o něco více spokojeni s komunikací zdravotních sester, než s komunikací lékařů, ale ani u zdravotních sester se nedá jednoznačně říci, že by se pacienti v naprosté většině přikláněli pro rozhodnutí, že komunikace zdravotních sester je dostatečná, což uvedlo 31% pacientů. Dokonce 51% pacientů uvedlo, že není spokojeno s komunikací lékařů ve vztahu k pacientovi a stejného názoru je dokonce i 44% zdravotních sester. Bylo by proto vhodné se zamyslet nad výsledky výzkumu a v sebekritické reflexi se pokusit o zlepšení. Možná, že by měli trochu změnit přístup i pacienti a aktivně se zapojit do komunikace, probrat svoji situaci nebo se svěřit s problémy či starostmi právě zdravotní sestře a nejenom mlčky přihlížet a čekat, co se bude dít.

Zdravotní sestra je pacientovi po celý den více na blízku a pečuje o něj a tudíž je možné, že by se jí také více svěřil a spolupracoval. Dnes má ale sestra omezené kompetence k tomu, aby mohla probírat s pacienty jejich rozhodnutí a pomoci jim



v tom, ale do budoucnosti není vyloučeno, že se tato situace změní a sestra bude mít větší pravomoc než dosud (Šimek, Špalek, 2003).

Celý problém se většinou odvíjí od nedostatečné komunikace zdravotních sester i lékařů s pacienty. K tomuto závěru také dospěla Cvejnová (2007) ve své bakalářské práci. Komunikace je základ všeho, aby něco fungovalo, musí se na tom lidé domluvit a v medicíně to platí několikanásobně. Na vzdělání v oblasti komunikace by se měl klást důraz již ve školních lavicích a v praxi se přiučovat od kolegů a zdokonalovat.

## **9 Závěr**

Informovaný souhlas je velmi aktuálním problémem ve zdravotnické etice. Je velmi důležité, aby byla respektována práva pacientů na informovanost o jejich zdravotním stavu a přání ohledně předávání informací druhým osobám. Problémem je také nedostatečná informovanost pacienta o způsobu a průběhu léčby. Oba problémy souvisí s komunikací zdravotních sester i lékařů s pacienty, která je dle pacientů nedostatečná. Výsledky aktuálních výzkumů jsou ale alarmující, naznačují významnou

propast mezi doporučenými radami, ale i povinnostmi, které ukládá zákon ohledně informovaného souhlasu, oproti rutinní praxi, kterou lékaři opravdu poskytují.

Stanovila jsem si celkem tři hypotézy, které se výzkumem potvrdily. Myslím, že je celkem závažné, že 41% pacientů není spokojeno s poskytováním informací ohledně způsobu a průběhu léčby a 23% pacientů se vyjádřilo, že vůbec neposkytlí informovaný souhlas, což je v rozporu s legislativou. Problém se ukázal také ohledně komunikace zdravotních sester a lékařů. Výsledky výzkumu ukázaly, že pacienti nejsou spokojeni s komunikací zdravotních sester ve 31% a s komunikací s lékaři dokonce v 51%. Bylo by tedy vhodné se nad tímto problémem zamyslet a podstoupit kroky, které by vedly k vylepšení této situace. Komunikace je velmi důležitá složka při spolupráci pacienta a zdravotníků, a proto by se jí měla věnovat pozornost. Ve zdravotnictví by nemělo být zvykem nekomunikovat, neboť zde neplatí „mluviti stříbro, mlčeti zlato“, alespoň ne pokud to není přání pacienta. Je tedy velmi důležité komunikovat a naslouchat.

Cíl práce byl splněn. Práce byla založena na kvantitativním výzkumu jehož výsledky jsou zobrazeny v grafech a tabulkách. Je zde patrné porovnání výsledků získaných dotazníkem od pacientů, zdravotních sester i lékařů.

Věřím, že výsledky mé práce budou zajímavým přínosem nejen ve zdravotnické etice, ale mohou najít uplatnění též v odborném časopise. Pro zdravotnické pracovníky může tato práce posloužit k inspiraci a k zamyšlení nad uvedenou problematikou a následně povede k zamyšlení a změně postupů v rámci komunikace s pacienty a s poskytováním informovaného souhlasu.

## **10 Klíčová slova**

Etika

Bioetika

Úmluva o biomedicině

Paternalismus

Informovaný souhlas

## **11 Seznam použité literatury**

1. ANZENBACHER, A. Úvod do etiky. 1. vyd. Praha: Zvon, 1994. 292s. ISBN 80-7113-111-3.
2. BARTLOVÁ, S. Sociologie medicíny a zdravotnictví. 6. vyd. přepracované a doplněné Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. 188s. ISBN 80-247-1197-4.
3. BARTLOVÁ, S. Vybrané kapitoly ze sociologie medicíny. 3. dopl. vyd. Brno, 1996. 117s. ISBN 80-7013-233-7

4. BURIÁNEK, J. Lékařské tajemství, zdravotnická dokumentace a související právní otázky. Praha: Linde, 2005. 240s. ISBN 80-7201-544-3.
5. Cvejnová, K. Milosrdná lež ve vztahu ke klientům s onkologickým onemocněním. České Budějovice. 2007(ZSF).105s. Bakalářská práce. Vedoucí bakalářské práce Mgr. et Mgr. Ondřej Doskočil.
6. DOLISTA, J. a SAPIK, M. Studie z bioetiky II.1.vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2007. 93s. ISBN 978-80-7040-996-1.
7. DOSKOČIL, O. Svědkové Jehovovi. Etické otázky krevní transfúze. Zdravotnictví v ČR. 2007, ročník 10. č. 4.s. 134 – 139. ISBN 80-86861-62-7.
8. GREGOR, O. Vede vědecko-technický pokrok v medicíně k její dehumanizaci? Praktický lékař. 2005, ročník 85. č. 9.s. 482-484. ISSN 0032- 6739.
9. HAŠKOVCOVÁ, H. Informovaný souhlas. 1.vyd. Praha: Galén, 2007. 140s. ISBN 978-80-7262-497-3.
10. HAŠKOVCOVÁ, H. Lékařská etika. 3.roz.vyd. Praha: Galén, 2002. 199s. ISBN 80-7262-132-7.
11. HAŠKOVCOVÁ, H. Práva pacientů. koment.vyd. Havířov: Nakladatelství Aleny Krtilové, 1996. 176s. ISBN 80-902163-0-7.
12. HAŠKOVCOVÁ, H. Spoutaný život.1.vyd. Praha: Panorama, 1985. 376s. ISBN - neuvedeno
13. HAŠKOVCOVÁ, H. Rub života – líc smrti. 1.vyd. Praha: Orbis, 1975. 174s. ISBN 505-21-825.
14. HUBÍK, S. Hypotéza.1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2006. 80s. ISBN 80-7040-842-1.
15. IVANOVÁ, K. Etika pro pracovníky ve zdravotnictví.1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 2005. 94s. ISBN 80-7368-069-6.
16. JANKOVSKÝ, J. Etika pro pomáhající profese. 1.vyd. Praha: Triton, 2003. 223s. ISBN 80-7254-329-6.
17. JOBÁNKOVÁ, M. Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky. 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. 203s. ISBN 80-7013-288-4.

18. KAHOUN, V. Povinná mlčenlivost. In Vurm, V. a kol. Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví. 1.vyd. Praha: Manus, 2004. 100s. ISBN 80-86571-07-6.
19. KOHNOVÁ, J. Člověk a lidská práva.1.vyd. Praha: Horizont, 1969. 102s.
20. KOPALOVÁ, M.: Informovaný souhlas a paternalismus lékařů – historie a současnost(online).2008.(cit.2008-04-17).Dostupné:  
<http://www.beckovaknihovna.cz/lexdata/mag/archivbeck.nsf/print/C12...>
21. KOŘENEK, J. Lékařská etika. 1.vyd. Praha: Triton, 2002. 276s. ISBN 80-7254-235-4.
22. Krajský úřad kraje Vysočina. Informovaný souhlas.(online).(cit.2008-04-06).  
Dostupné: <http://www.kr-vysocina.cz>.
23. KRŽIŽOVÁ, E. Proměny lékařské profese z pohledu sociologie. 1.vyd. Praha: Sociologické Nakladatelství, 2006. 142s. ISBN 80-864229-57-1.
24. Kuře, J. Ke změně paradigmatu medicínského rozhodování. In Dolista, J.- Sapík, M. Studie z bioetiky II. 1.vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2007, s. 40 – 46. ISBN 978-80-7040-996-1.
25. KUTNOHORSKÁ, J. Etika v ošetrovatelství.1.vyd. Praha: Grada, 2007. 163s. ISBN 978-80-247-2069-2.
26. MUNZAROVÁ, M. 2005a. Eutanazie nebo paliativní péče? 1.vyd. Praha: Grada, 2005. 108s. ISBN 80-247-1025-0.
27. MUNZAROVÁ, M. 2005b. Lékařský výzkum a etika.1.vyd. Praha: Grada, 2005. 120s. ISBN 80-247-0924-4.
28. MUNZAROVÁ, M. 2005c. Respekt ke dříve vysloveným přáním nemocných. Praktický lékař. 2005, ročník 85. č. 7. s. 411- 412. ISSN 0032-6739.
29. MUNZAROVÁ, M. 2005d. Zdravotnická etika od A do Z. 1.vyd. Praha: Grada, 2005. 156s. ISBN 80-247-1024-2.
30. PAULÍNOVÁ, L. Psychologie pro tebe.1.vyd. Praha: Informatórium, 1993. 83s. ISBN 80-85427-37-0.
31. ROTTER, H. Důstojnost lidského života.1.vyd. Praha: Vyšehrad, 1999. 107s. ISBN 80-7021-302-7.

32. SEINER, M. zásadní změny v právu na informace o zdravotním stavu – jak se projeví v klinických informačních systémech (online). 2005. (cit. 2008-03-24.)  
Dostupné: <http://www.infomed.cz/ps/article.php?arid=106>
33. ŠIMEK, J., ŠPALEK, V. Filosofické základy lékařské etiky. 1. vyd. Praha: Grada, 2003, 113s. ISBN 80-247-0440-4.
34. ŠIMEK, J.: Informovaný souhlas v medicíně. Praktický lékař. 2006, ročník 86. č. 4. s. 230- 232. ISSN 0032- 6739.
35. ŠKRABÁNEK, P. Pošetilosti a omyly v medicíně. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1995. 177s. ISBN 80- 7106-129-8.
36. VIRT, G. Žít až do konce. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 2000. 95s. ISBN 80-7021-330-2.
37. VONDRÁČEK, L., Kurzová, H. 1. vyd. Zdravotnické právo pro praxi a posluchače lékařských fakult. Praha: Karolinum, 2002. 142s. ISBN 80-246-0531-7.
38. VORLÍČEK, J. Paliativní medicína. 1. vyd. Praha: Grada, 1998. 480s. ISBN 80-7169-437-1.
39. ZAMYKALOVÁ, L. a ŠIMEK, J. Transparentní zodpovědnost (accountability) v medicíně a zodpovědnost etických komisí. Praktický lékař. 2007, ročník 88. č. 2. s. 67- 69. ISSN 0032- 6739.

## **12 Přílohy**

### **Příloha číslo 1**

#### **Hippokratova přísaha**

Hippokratova přísaha „Přisáhám při lékaři Apollonovi a Asklepiovi a Hygieii a Panaceii a při všech bozích a bohyních, jež беру za svědky, že budu plnit podle svých schopností a podle svého úsudku tuto přísahu a smlouvu: Budu považovat toho, který mě naučil

tomuto umění, za rovnocenného svým rodičům a budu žít svůj život v partnerství s ním; bude-li mít potřebu peněz, rozdělím se s ním o svůj díl; budu se dívat na jeho potomky tak jako na své bratry v mužské linii a budu je učit tomuto umění - budou-li si přát být tomuto učeni, a to bez odměny a bez smluvní listiny; podělím se o předpisy, ústní instrukce a o všechny ostatní vědomosti se svými syny a se syny toho, který mě učil, a s žáky, kteří podepsali závazek a složili přísahu dle lékařského zákona, ale s nikým jiným. Budu aplikovat dietetická opatření pro dobro nemocných podle svých schopností a podle svého úsudku; budu je chránit před poškozením a před křivdou. Nepodám nikomu smrtící látku, i kdyby ji ode mne žádal, a ani nikomu tuto možnost nenavrhu. Podobně nepodám ženě abortivní prostředek. V čistotě a v posvátnosti budu střežit svůj život a své umění. Nepoužiji nože, dokonce ani ne u lidí trpících kameny, ale ustoupím ve prospěch těch, kteří se zabývají touto prací. Navštívím-li kterýkoliv dům, přijdu pro blaho nemocného a budu prost jakékoliv záměrné nepravosti, veškeré zlomyslnosti a obzvláště sexuálních vztahů ať se ženami, nebo s muži, ať se svobodnými, nebo s otroky. Cokoliv uvidím nebo uslyším v průběhu léčení nebo dokonce mimo léčení v pohledu na život lidí, to, co se v žádném případě nesmí šířit mimo dům, vše si nechám pro sebe; vždyť bych se musel stydět o tom mluvit. Jestliže splním tuto přísahu a neporuším ji, mohu mít zaručeno, že se budu radovat ze života a z umění a že budu ctěn a proslulý mezi všemi lidmi na všechny časy, které přijdou; jestliže ji však poruším a budu přísahat falešně, ať je opak toho všeho mým údělem.“

## **Příloha číslo 2**

### **Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny**

Stručně: Úmluva o lidských právech a biomedicině

#### **Rada Evropy**

Úmluva o lidských právech a biomedicině byla otevřena k podpisu dne 4. dubna 1997 ve španělském Oviedu, 1. prosince 1999 vstoupila v platnost. Česká republika ji

podepsala 24. června 1998. Vláda ČR uložila Ministerstvu zdravotnictví usnesením č. 403 ze dne 10. června 1998 předložit Úmluvu Parlamentu České republiky k vyslovení souhlasu. Proces ratifikace byl dokončen podpisem prezidenta. Ratifikační listiny byly 22. června 2001 uloženy u generálního tajemníka Rady Evropy, smlouva vstoupila v platnost 1. října 2001.

## Preambule

Členské státy Rady Evropy, další státy a členské státy Evropského společenství, signatáři této Úmluvy,

- majíce na paměti Všeobecnou deklaraci lidských práv vyhlášenou Valným shromážděním Organizace spojených národů dne 10. prosince 1948;
- majíce na paměti Úmluvu na ochranu lidských práv a základních svobod ze dne 4. listopadu 1950;
- majíce na paměti Evropskou sociální chartu ze dne 18. října 1961;
- majíce na paměti Mezinárodní pakt o občanských a politických právech a Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech ze dne 16. prosince 1966;
- majíce na paměti Úmluvu o ochraně osob se zřetelem na automatizované zpracování osobních údajů ze dne 28. ledna 1981;
- majíce také na paměti Úmluvu o právech dítěte ze dne 20. listopadu 1989;
- majíce na zřeteli, že cílem Rady Evropy je dosažení větší jednoty mezi jejími členy, a že jednou z metod, jak lze tohoto cíle dosáhnout, je zachování a další uplatňování lidských práv a základních svobod;
- vědomy si zrychlujícího se vývoje biologie a medicíny;
- přesvědčeny o potřebě respektovat lidskou bytost jednak jako jednotlivce, a zároveň jako člena lidského rodu, a uznávající důležitost zajištění důstojnosti lidské bytosti;
- vědomy si toho, že zneužití biologie a medicíny může vést k činům ohrožujícím lidskou důstojnost;
- potvrzující, že pokrok v biologii a medicíně by se měl použít ve prospěch současné i budoucích generací;
- zdůrazňující potřebu mezinárodní spolupráce, aby celé lidstvo mohlo mít užitek z biologie a medicíny;
- uznávající důležitost podpory veřejné diskuse nad otázkami, které přináší aplikace biologie a medicíny, a důležitost diskuse nad odpověďmi na ně;
- přejíce si připomenout všem členům společnosti jejich práva a odpovědnosti;
- berouce na vědomí práci Parlamentního shromáždění v této oblasti, včetně Doporučení 1160 (1991) k přípravě Úmluvy o bioetice;
- rozhodnuty přijmout taková opatření, která jsou nezbytná pro zajištění lidské důstojnosti a základních práv a svobod každého jednotlivce v souvislosti s aplikací biologie a medicíny;

se dohodly na následujícím:



## Kapitola I - Obecná ustanovení

### **Článek 1 - Účel a předmět**

Smluvní strany budou chránit důstojnost a svébytnost všech lidských bytostí a každému bez rozdílu zaručí úctu k integritě jeho bytosti a ostatní práva a základní svobody při aplikaci biologie a medicíny.

Každá smluvní strana přijme do svého právního řádu opatření nezbytná pro zajištění účinnosti ustanovení této Úmluvy.

### **Článek 2 - Nadřazenost lidské bytosti**

Zájmy a blaho lidské bytosti budou nadřazeny zájmům společnosti nebo vědy.

### **Článek 3 – Rovná dostupnost zdravotní péče**

Smluvní strany, majíce na zřeteli zdravotní potřeby a dostupné zdroje, učiní odpovídající opatření, aby v rámci své jurisdikce zajistily rovnou dostupnost zdravotní péče patřičné kvality.

### **Článek 4 - Profesionální standardy**

Jakýkoliv zákrok v oblasti péče o zdraví, včetně vědeckého výzkumu, je nutno provádět v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy.

## Kapitola II - Souhlas

### **Článek 5 - Obecné pravidlo**

Jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky, že k němu dotčená osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas.

Tato osoba musí být předem řádně informována o účelu a povaze zákroku, jakož i o jeho důsledcích a rizicích.

Dotčená osoba může kdykoli svobodně svůj souhlas odvolat.

### **Článek 6 - Ochrana osob neschopných dát souhlas**

1. Podle článků 17 a 20 uvedených níže může být proveden zákrok na osobě, která není schopna dát souhlas, pouze pokud je to k jejímu přímému prospěchu.
2. Jestliže nezletilá osoba není podle zákona způsobilá k udělení souhlasu se zákrokem, nemůže být zákrok proveden bez svolení jejího zákonného zástupce, úřední osoby či jiné osoby nebo orgánu, které jsou k tomuto zmocněny zákonem. Názor nezletilé osoby bude zohledněn jako faktor, jehož závaznost narůstá úměrně s věkem a stupněm vyspělosti.
3. Pokud podle platného práva dospělá osoba není schopna dát souhlas se zákrokem z důvodu duševního postižení, nemoci nebo z podobných důvodů, lze zákrok provést pouze se souhlasem jejího zákonného zástupce nebo příslušného orgánu nebo osoby či instituce pověřených ze zákona. Dle možnosti se dotčená osoba zúčastní udělení zástupného souhlasu.

4. Zákonný zástupce, příslušný orgán, osoba, nebo instituce pověřené ze zákona podle výše uvedených odstavců 2 a 3, obdrží na základě stejných podmínek informace uvedené v článku 5.
5. Zástupný souhlas podle výše uvedených odstavců 2 a 3 lze kdykoliv odvolat, je-li to v nejlepším zájmu dotčené osoby.

#### **Článek 7 - Ochrana osob s duševní poruchou**

V souladu s podmínkami stanovenými v zákonu na ochranu těchto osob včetně právní úpravy pro dohled, kontrolu a odvolání, může být osoba s vážnou duševní poruchou podrobena zákroku bez svého souhlasu, je-li zákrok zaměřen na léčbu její duševní poruchy, pouze v případě, že by bez takovéto léčby se vši pravděpodobností došlo k závažnému poškození jejího zdraví.

#### **Článek 8 - Stav nouze vyžadující neodkladná řešení**

Pokud v situacích nouze nelze získat příslušný souhlas, jakýkoliv nutný lékařský zákrok lze provést okamžitě, pokud je nezbytný pro prospěch zdraví dotčené osoby.

#### **Článek 9 - Dříve vyslovená přání**

Bude brán zřetel na dříve vyslovená přání pacienta ohledně lékařského zákroku, pokud pacient v době zákroku není ve stavu, kdy může vyjádřit své přání.

### Kapitola III – Ochrana soukromí a právo na informace

#### **Článek 10 – Ochrana soukromí a právo na informace**

1. Každý má právo na ochranu soukromí ve vztahu k informacím o svém zdraví.
2. Každý je oprávněn znát veškeré informace shromažďované o jeho zdravotním stavu. Nicméně přání každého nebyť takto informován je nutno respektovat.
3. Pokud je to v zájmu pacienta, může ve výjimečných případech zákon omezit uplatnění práv podle odstavce 2.

### Kapitola IV - Lidský genom

#### **Článek 11 - Zákaz diskriminace**

Jakákoliv forma diskriminace osoby z důvodu jejího genetického dědictví je zakázána.

#### **Článek 12 - Prediktivní genetická vyšetření**

Vyšetření, která předpovídají geneticky podmíněné nemoci, nebo která slouží k určení nositele genu způsobujícího nemoc, nebo k odhalení genetické predispozice nebo náchylnosti k nemoci, lze provést pouze pro zdravotní účely nebo pro vědecký výzkum spojený se zdravotními účely a v návaznosti na odpovídající genetické poradenství.

#### **Článek 13 - Zásahy do lidského genomu**

Zásah, směřující ke změně lidského genomu, lze provádět pouze pro preventivní,

diagnostické nebo léčebné účely, a to pouze tehdy, pokud není jeho cílem jakákoliv změna genomu některého z potomků.

#### **Článek 14 - Zákaz volby pohlaví**

Použití postupů lékařsky asistované reprodukce nebude dovoleno za účelem volby budoucího pohlaví dítěte, ledaže tak lze předejít vážné dědičné nemoci vázané na pohlaví.

### Kapitola V - Vědecký výzkum

#### **Článek 15 - Obecné pravidlo**

Vědecký výzkum v oblasti biologie a medicíny bude prováděn svobodně při respektování ustanovení této Úmluvy a v souladu s dalšími právními předpisy, které slouží ochraně lidské bytosti.

#### **Článek 16 - Ochrana osob zapojených do vědeckého výzkumu**

Vědecký výzkum na člověku lze provádět pouze tehdy, pokud jsou splněny všechny následující podmínky:

- i. k výzkumu na člověku neexistuje žádná alternativa srovnatelného účinku,
- ii. rizika výzkumu, kterým by mohla být vystavena dotyčná osoba, nejsou neúměrně vysoká vzhledem k možnému prospěchu z výzkumu,
- iii. výzkumný projekt byl schválen příslušným orgánem po nezávislém posouzení jeho vědeckého přínosu včetně zhodnocení významu cíle výzkumu a multidisciplinárního posouzení jeho etické přijatelnosti,
- iv. osoby zapojené do výzkumu byly informovány o svých právech a zárukách, které zákon stanoví na jejich ochranu,
- v. nezbytný souhlas podle článku 5 byl dán výslovně, konkrétně, a je zdokumentován. Takový souhlas lze kdykoliv svobodně odvolat.

#### **Článek 17 - Ochrana osob neschopných dát souhlas k výzkumu**

1. U osoby neschopné dát souhlas podle článku 5 lze výzkum provádět pouze při splnění všech následujících podmínek:
  - i. jsou splněny podmínky stanovené v článku 16, pododstavcích i až iv;
  - ii. výsledky výzkumu mohou přinést skutečný a přímý prospěch pro zdraví dotyčné osoby;
  - iii. výzkum srovnatelného účinku nelze provádět na žádných jednotlivcích schopných dát souhlas;
  - iv. nezbytná potvrzení souhlasu podle článku 6 byla dána konkrétně a písemně a
  - v. zúčastněná osoba s tím neprojevuje nesouhlas.

2. Pokud výzkum nemůže představovat přímý prospěch pro zdraví dotčené osoby, lze takový výzkum povolit za podmínek uvedených v odstavci 1, pododstavcích i, iii, iv a v, pouze výjimečně, při splnění podmínek, stanovených zákonem na ochranu takové osoby, a při splnění následujících podmínek:
  - i. cílem tohoto výzkumu je cestou podstatného zlepšení vědeckého poznání zdravotního stavu, nemoci či poruchy dotčeného získat výsledky, které mohou přinést prospěch dotčené osobě nebo jiným osobám ve stejné věkové kategorii, nebo postiženým stejnou nemocí nebo poruchou, nebo osobám ve stejném zdravotním stavu;
  - ii. tento výzkum představuje pouze minimální riziko a minimální zátěž pro dotčeného jednotlivce.

### **Článek 18 - Výzkum na embryích in vitro**

1. Pokud zákon umožňuje provádět výzkum na embryích in vitro, musí být zákonem zajištěna odpovídající ochrana embrya.
2. Vytváření lidských embryí pro výzkumné účely je zakázáno.

## **Kapitola VI - Odběr orgánu a tkáně z žijících dárců pro účely transplantace**

### **Článek 19 - Obecné pravidlo**

1. Odběr orgánů nebo tkání od žijící osoby pro účely transplantace lze provádět výhradně v zájmu léčebného přínosu pro příjemce, a pouze pokud není k dispozici žádný vhodný orgán nebo tkáň ze zemřelé osoby nebo jiná alternativní léčebná metoda srovnatelného účinku.
2. Nezbytný souhlas dle článku 5 musí být vyjádřen výslovně a konkrétně buď písemnou formou nebo před příslušným úředním orgánem.

### **Článek 20 - Ochrana osob neschopných dát souhlas s odebráním orgánu**

1. Odběr orgánu či tkáně nelze provést u osoby, která není schopna dát souhlas podle článku 5.
2. Při splnění ochranných podmínek, stanovených zákonem na ochranu těchto osob, lze výjimečně povolit odběr obnovitelné tkáně od osoby, která není sama schopna dát souhlas, pokud jsou splněny následující podmínky:
  - i. není k dispozici žádný kompatibilní dárců, který je schopný dát souhlas,
  - ii. příjemcem je bratr nebo sestra dárce,
  - iii. darování musí představovat možnost záchrany života příjemce,
  - iv. souhlas podle odstavců 2 a 3 článku 6 byl dán konkrétně a písemně, v souladu se zákonem a se souhlasem příslušného orgánu,
  - v. uvažovaný dárců s tím neprojevuje nesouhlas.

## **Kapitola VII - Zákaz finančního prospěchu a nakládání s částmi lidského těla**

### **Článek 21 - Zákaz finančního prospěchu**

Lidské tělo a jeho části nesmí být jako takové zdrojem finančního prospěchu.

### **Článek 22 - Nakládání s odebranou částí lidského těla**

Je-li v průběhu zákroku odebrána jakákoliv část lidského těla, může se uchovat a použít pro účely jiné než ty, pro něž byla odebrána, pouze pokud byly splněny náležitosti v souvislosti s poučením a souhlasem.

## **Kapitola VIII - Porušení ustanovení Úmluvy**

### **Článek 23 - Porušení práv nebo zásad**

Smluvní strany zajistí bez zbytečného prodlení odpovídající právní ochranu tak, aby předešly nebo zamezily porušování práv a zásad stanovených touto Úmluvou.

### **Článek 24 - Náhrada za způsobenou újmu**

Osoba, která utrpěla újmu způsobenou zákrokem, má nárok na spravedlivou náhradu škody za podmínek a postupů stanovených zákonem.

### **Článek 25 - Sankce**

Smluvní strany zajistí odpovídající právní postih pro případy porušení ustanovení této Úmluvy.

## **Kapitola IX - Vztah této Úmluvy k ostatním právním úpravám**

### **Článek 26 - Omezení výkonu práv**

1. Žádná omezení nelze uplatnit na výkon práv a ochranných ustanovení obsažených v této Úmluvě, kromě těch, která stanoví zákon, a která jsou nezbytná v demokratické společnosti v zájmu bezpečnosti veřejnosti, předcházení trestné činnosti, ochrany veřejného zdraví nebo ochrany práv a svobod jiných.
2. Omezení, uvedená v předchozím odstavci, se nesmí týkat článků 11, 13, 14, 16, 17, 19, 20 a 21.

### **Článek 27 - Širší ochrana**

Žádná z ustanovení této Úmluvy nelze vykládat jako omezující nebo jinak ovlivňující strany Úmluvy při možnosti poskytnout větší právní ochranu při aplikaci biologie a medicíny než je stanoveno v této Úmluvě.

## Kapitola X - Veřejná diskuse

### **Článek 28 - Veřejná diskuse**

Smluvní strany zajistí, aby řešení základních otázek, které vyvstávají s rozvojem biologie a medicíny proběhlo po řádné veřejné diskusi, zejména co se týče jejich významných lékařských, společenských, ekonomických, etických a právních důsledků, a aby jejich případná aplikace byla předmětem odpovídající odborné diskuse.

## Kapitola XI - Výklad a dodržování Úmluvy

### **Článek 29 - Výklad Úmluvy**

Evropský soud pro lidská práva může bez přímého vztahu k jakémukoliv probíhajícímu soudnímu řízení vydat stanoviska k právním otázkám týkajícím se výkladu této Úmluvy, pokud o to požádají:

- vláda státu, který je stranou Úmluvy, poté, kdy vyrozuměla ostatní smluvní strany,
- výbor, ustanovený podle článku 32, s členstvím omezeným pro zástupce smluvních stran, podle rozhodnutí přijatého dvoutřetinovou většinou odevzdaných hlasů.

### **Článek 30 - Zprávy o aplikaci Úmluvy**

Po obdržení žádosti od generálního tajemníka Rady Evropy podá každá smluvní strana vysvětlení o způsobu, kterým její vnitrostátní zákon zajišťuje účinné provádění všech ustanovení Úmluvy.

## Kapitola XII - Protokoly

### **Článek 31 - Protokoly**

V souladu s prováděním článku 32 lze uzavřít protokoly, které rozvíjejí zásady této Úmluvy v dalších konkrétních oblastech.

Protokoly budou otevřené k podpisu signatářům této Úmluvy. Budou předmětem ratifikace, přijetí nebo schválení. Signatáři nesmí ratifikovat, přijmout či schválit Protokoly bez předchozí nebo současné ratifikace, přijetí či schválení Úmluvy.

## Kapitola XIII - Dodatky k Úmluvě

### **Článek 32 - Dodatky k Úmluvě**

1. Úkoly, kterými je pověřen "Výbor" v tomto článku a v článku 29, budou vykonávány Řídícím výborem pro bioetiku (CDBI) nebo jiným výborem ustanoveným za tímto účelem Výborem ministrů.
2. Nehledě na zvláštní ustanovení článku 29 může každý členský stát Rady Evropy, jakož i všechny smluvní strany, které nejsou členy Rady Evropy, být zastoupeny a mít po jednom hlasu ve Výboru, pokud Výbor provádí úkoly, kterými byl pověřen na základě této Úmluvy.
3. Každý stát, na který se vztahuje článek 33, nebo stát, který je přizván, aby se připojil k této Úmluvě v souladu s ustanoveními článku 34 a není smluvní stranou, může být zastoupen ve Výboru jako pozorovatel. Pokud Evropské společenství není smluvní stranou, může být zastoupeno ve Výboru jako pozorovatel.
4. Za účelem sledování rozvoje vědy bude stávající Úmluva přezkoumána ve Výboru nejpozději do pěti let od jejího vstupu v platnost, a posléze v obdobích stanovených Výborem.
5. Každý návrh na dodatek k této Úmluvě a každý návrh protokolu nebo dodatku k protokolu předložený smluvní stranou, Výborem nebo Výborem ministrů, bude postoupen generálnímu tajemníkovi Rady Evropy. Ten jej zašle členským státům Rady Evropy, Evropskému společenství, každému signatáři, každé smluvní straně, každému státu přizvanému k podpisu této Úmluvy v souladu s ustanovením článku 33 a každému státu přizvanému k přístupu k Úmluvě v souladu s ustanovením článku 34.
6. Výbor přezkoumá návrh nejdříve dva měsíce od jeho odeslání generálním tajemníkem v souladu s odstavcem 5. Výbor předá text, přijatý dvoutřetinovou většinou odevzdaných hlasů, Výboru ministrů ke schválení. Po schválení bude text předán smluvním stranám k ratifikaci, přijetí nebo schválení.
7. V případě stran Úmluvy, které jej přijaly, vstoupí každý dodatek v platnost první den měsíce následujícího po uplynutí období jednoho měsíce od data, kdy pět smluvních stran, z toho alespoň čtyři členské státy Rady Evropy, informovalo generálního tajemníka o jeho přijetí.

Pro každou smluvní stranu, která jej následně přijme, vstoupí dodatek v platnost první den měsíce následujícího po uplynutí období jednoho měsíce od data, kdy tato smluvní strana informovala generálního tajemníka o jeho přijetí.

## Kapitola XIV - Závěrečná ustanovení

### **Článek 33 - Podpis, ratifikace a vstup v platnost**

1. Tato Úmluva je otevřena k podpisu členským státům Rady Evropy, nečlenským státům, které se účastnily jejího vypracování, a Evropskému společenství.
2. Tato Úmluva podléhá ratifikaci, přijetí nebo schválení. Ratifikační listiny, doklady o přijetí nebo schválení budou uloženy u generálního tajemníka Rady Evropy.

3. Tato Úmluva vstoupí v platnost první den měsíce následujícího po uplynutí období tří měsíců od data, ke kterému pět států, z toho alespoň čtyři členské státy Rady Evropy, vyjádří souhlas být vázány touto Úmluvou v souladu s ustanoveními odstavce 2 tohoto článku.
4. Pro každého signatáře, který následně vyjádří svůj souhlas být takto vázán, vstoupí Úmluva v platnost první den měsíce následujícího po uplynutí období tří měsíců od data uložení ratifikační listiny, dokladu o přijetí nebo schválení.

### **Článek 34 - Nečlenské státy**

1. Po vstupu této Úmluvy v platnost může Výbor ministrů Rady Evropy, po konzultaci se stranami Úmluvy, přizvat kterýkoli nečlenský stát Rady Evropy k přístupu k této Úmluvě rozhodnutím většiny podle článku 20, pododstavce d, stanov Rady Evropy a jednomyslným hlasováním zástupců smluvních států, oprávněných být ve Výboru ministrů.
2. Pro každý přistupující stát vstoupí Úmluva v platnost první den měsíce následujícího po uplynutí období tří měsíců od data uložení listiny o přístupu u generálního tajemníka Rady Evropy.

### **Článek 35 - Území**

1. Každý signatář může při podpisu nebo při ukládání své ratifikační listiny, listiny o přijetí nebo schválení, určit jedno nebo více území, na která se tato Úmluva bude vztahovat. Kterýkoli další stát může učinit stejné prohlášení při ukládání svých listin o připojení.
2. Každá smluvní strana může kdykoliv později cestou prohlášení adresovaného generálnímu tajemníkovi Rady Evropy rozšířit působnost této Úmluvy na kterékoliv další území, uvedené v prohlášení, za jehož mezinárodní vztahy je odpovědná nebo jehož jménem je oprávněná se zavazovat. Úmluva vstoupí ve vztahu k tomuto území v platnost první den měsíce následujícího po uplynutí tříměsíčního období od data převzetí takového prohlášení generálním tajemníkem.
3. Každé prohlášení, učiněné podle dvou předchozích odstavců, pokud jde o kterékoliv území uvedené v tomto prohlášení, lze odvolat sdělením zaslaným generálnímu tajemníkovi. Odvolání nabyde účinnosti první den měsíce následujícího po uplynutí období tří měsíců od data převzetí takového sdělení generálním tajemníkem.

### **Článek 36 - Výhrady**

1. Každý stát a Evropské společenství mohou při podpisu této Úmluvy nebo při ukládání ratifikačních listin učinit výhradu ke kterémukoli ustanovení Úmluvy do takového rozsahu, do jakého zákon, platný na jeho území, není v souladu s tímto ustanovením. Na základě tohoto článku však nejsou povoleny výhrady obecné povahy.



2. Každá výhrada, učiněná podle tohoto článku, bude obsahovat stručnou informaci o příslušném zákoně.
3. Každá smluvní strana, která rozšiřuje působnost této Úmluvy na území uvedené v prohlášení podle článku 35, odstavce 2, může, ve vztahu k tomuto území, vznést výhradu podle ustanovení předchozích odstavců.
4. Každá smluvní strana, která učinila výhradu podle tohoto článku, ji může odvolat v prohlášení adresovaném generálnímu tajemníkovi Rady Evropy. Odvolání nabude účinnosti první den měsíce následujícího po uplynutí jednoměsíčního období od data jeho převzetí generálním tajemníkem.

### **Článek 37 - Vypovězení Úmluvy**

1. Každá strana Úmluvy může kdykoliv vypovědět tuto Úmluvu cestou sdělení adresovaného generálnímu tajemníkovi Rady Evropy.
2. Vypovězení nabude účinnosti první den měsíce následujícího po uplynutí období tří měsíců od data převzetí tohoto sdělení generálním tajemníkem.

### **Článek 38 - Oznámení**

Generální tajemník Rady Evropy oznámí členským státům Rady Evropy, Evropskému společenství, všem signatářům, všem smluvním stranám a všem ostatním státům, které byly přizvány, aby se připojily k této Úmluvě:

- a. každý podpis;
- b. uložení každé ratifikační listiny, dokladu o přijetí, schválení nebo přístupu;
- c. každé datum vstupu této Úmluvy v platnost podle článků 33 a 34;
- d. každý dodatek nebo protokol, přijatý podle článku 32, a datum vstupu takového dodatku nebo protokolu v platnost;
- e. každé prohlášení učiněné podle ustanovení článku 35;
- f. každou výhradu a odvolání výhrady učiněné podle ustanovení článku 36;
- g. jakýkoli jiný úkon, sdělení nebo oznámení související s touto Úmluvou.

Na důkaz toho níže podepsaní, řádně k tomu zmocnění, podepsali tuto Úmluvu.

Dáno v Oviedu (Asturie) dne 4. dubna 1997 v jazyce anglickém a francouzském, přičemž obě znění mají stejnou platnost, v jednom vyhotovení, které bude uloženo v archívu Rady Evropy. Generální tajemník Rady Evropy předá ověřené kopie každému členskému státu Rady Evropy, Evropskému společenství, nečlenským státům, které se zúčastnily přípravy této Úmluvy, a každému státu přizvanému k přístupu k této Úmluvě.

### **Příloha číslo 3**

#### **Etický kodex práv pacientů**

Úplný text etického kodexu Práva pacientů

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu

(tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.

3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, která se na nich účastní.

4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informováno o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.

5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věci důvěrnou a musejí být prováděny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.

6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby, jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.

7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen poté, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.

8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.

9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních následcích takového rozhodnutí.

10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.

11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient bude mít právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

Tato práva pacientů byla prohlášena Centrální etickou komisí Ministerstva zdravotnictví zaplatně dne 25. února 1992.

#### **Příloha číslo 4**

### **Etický kodex pro zdravotní sestry**

Etický kodex pro zdravotní sestry vydáno dne 02. 02. 2007 (3726 přečtení)

Mezinárodní etický kodex pro zdravotní sestry byl poprvé přijat Mezinárodní radou sester (ICN) v roce 1953. Od té doby byl několikrát revidován a znovu schvalován, tato zatím poslední revize byla provedena v roce 2000.

Etická pravidla zdravotní péče

Sestra je povinna převzít profesionální odpovědnost za péči o zdraví, prevenci nemocí a za zlepšování zdravotního stavu nemocných právě tak, jako za tišení bolesti.

Potřeba zdravotní péče je všeobecná. Se zdravotní a ošetrovatelskou péčí jsou nerozlučně spjaty: respekt k lidskému životu, důstojnost a lidská práva. Zdravotní péči je třeba poskytovat bez ohledu na národnost, rasu, víru, barvu kůže, věk, pohlaví, politické přesvědčení a sociální postavení.

Zdravotní sestra poskytuje péči jednotlivci, rodině a společnosti a spolupracuje v tom i s reprezentanty jiných oborů.

Zdravotní sestra a spoluobčan

Zdravotní sestra má v první řadě zodpovědnost za občany, kteří potřebují zdravotní péči. Při poskytování péče respektuje zdravotní sestra víru jednotlivce, jeho životní hodnoty a obyčeje a snaží se vytvořit podmínky respektující individualitu.

Zdravotní sestra chrání informace o osobních poměrech pacienta, považuje je za důvěrné a svědomitě hodnotí, v jakém rozsahu a komu může tyto důvěrné informace předat.

Zdravotní sestra a péče v praxi

Zdravotní sestra je osobně odpovědná za kvalitu poskytované péče a za obnovování svých odborných znalostí cestou neustálého vzdělávání.

Zdravotní sestra se snaží udržovat pečovatelský standart na co nejvyšší úrovni, a to v každé situaci.

Zdravotní sestra hodnotí jak svou kvalifikaci, tak i kvalifikaci jiných osob, když přejímá zodpovědnost za jistý úkol a když jej předává jiným osobám.

Zdravotní sestra ve funkci jedná tak, aby její chování přispělo k dobré pověsti povolání.

Zdravotní sestra a společnost

Zdravotní sestra, podobně jako ostatní občané, podporuje požadavky obyvatelstva na zdravotní a sociální zabezpečení a je v této věci iniciativní.

Zdravotní sestra a spoluzaměstnanci

Zdravotní sestra je zodpovědná za realizaci spolupráce s ostatními zdravotníky všech profesních kategorií.

Zdravotní sestra podle nutnosti zasahuje tak, aby ochránila jednotlivce, jestliže péče o něj je ohrožena nevhodným chováním jiného zdravotníka nebo občana.

Zdravotní sestra a povolání

Zdravotní sestra je odpovědná za realizaci vysokého standardu zdravotní a ošetrovatelské péče a za odborné vzdělávání.

Zdravotní sestra soustavně pracuje na definování a kultivaci vnitřního obsahu zdravotní a ošetrovatelské péče.

Zdravotní sestra se zasazuje v rámci odborové organizace o stanovení přiměřeného platu a jeho vyplácení. Dbá též o vytváření důstojných pracovních podmínek umožňujících realizaci zdravotní a ošetrovatelské péče.

## **Příloha číslo 5**

### **Etický kodex České lékařské komory**

Sjezd České lékařské komory podle zákona č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické a České lékárnické komoře (dále jen "zákon č. 220/1991 Sb."), a v souladu s § 15 odst. 7 písm. a) stanovského předpisu České lékařské komory č. 1 - Organizačního řádu vydává tento stanovský předpis

**ETICKÝ KODEX ČESKÉ LÉKAŘSKÉ KOMORY**

Obecné zásady

§1

(1) Stavovskou povinností lékaře je péče o zdraví jednotlivce i celé společnosti v souladu se zásadami lidskosti, v duchu úcty ke každému lidskému životu od jeho počátku až do jeho konce a se všemi ohledy na důstojnost lidského jedince.

(2) Úkolem lékaře je chránit zdraví a život, mírnit utrpení a to bez ohledu na národnost, rasu, barvu pleti, náboženské vyznání, politickou příslušnost, sociální postavení, sexuální orientaci, věk, rozumovou úroveň a pověst pacienta či osobní pocity lékaře.

(3) Lékař má znát zákony a závazné předpisy platné pro výkon povolání a tyto dodržovat. S vědomím osobního rizika se nemusí cítit být jimi vázán, pokud svým obsahem nebo ve svých důsledcích narušují lékařskou etiku či ohrožují základní lidská práva.

(4) Lékař uznává právo každého člověka na svobodnou volbu lékaře.

Lékař a výkon povolání

§2

(1) Lékař v rámci své odborné způsobilosti a kompetence svobodně volí a provádí ty preventivní, diagnostické a léčebné úkony, které odpovídají současnému stavu lékařské vědy a které pro nemocného považuje za nejvýhodnější. Přitom je povinen respektovat v co největší možné míře vůli nemocného (nebo jeho zákonného zástupce).

(2) Každý lékař je povinen v případech ohrožení života a bezprostředního vážného ohrožení zdraví neodkladně poskytnout lékařskou pomoc.

(3) Lékař musí plnit své povinnosti v situacích veřejného ohrožení a při katastrofách přírodní nebo jiné povahy.

(4) Lékař má právo odmítnout péči o nemocného z odborných důvodů nebo je-li pracovně přetížen, nebo je-li přesvědčen, že se nevytvořil potřebný vztah důvěry mezi ním a pacientem. Je však povinen doporučit, a v případě souhlasu zajistit vhodný postup v pokračování léčby.

(5) Lékař nemůže být donucen k takovému lékařskému výkonu nebo spoluúčasti na něm, který odporuje jeho svědomí.

(6) Lékař nesmí předepisovat léky, na něž vzniká závislost, nebo které vykazují účinky dopingového typu, k jiným než léčebným účelům.

(7) Lékař u nevléčitelně nemocných a umírajících účinně tiší bolest, šetří lidskou důstojnost a mírní utrpení. Vůči neodvratitelné a bezprostředně očekávané smrti však nemá být cílem lékařova jednání prodlužovat život za každou cenu. Eutanazie a asistované suicidium nejsou přípustné.

(8) U transplantací se lékař řídí příslušnými předpisy. Odběru tkání a orgánů nesmí být zneužito ke komerčním účelům.

(9) Lékař je v zájmu pacienta povinen důsledně zachovávat lékařské tajemství, s výjimkou případů, kdy je této povinnosti souhlasem pacienta zbaven nebo když je to stanoveno zákonem.

(10) Lékař, který vykonává své povolání, je povinen odborně se vzdělávat.

(11) Lékař je povinen při výkonu povolání vést a uchovávat řádnou dokumentaci písemnou nebo jinou formou. Ve všech případech je nutná přiměřená ochrana znemožňující změnu, zničení nebo zneužití.

(12) Lékař nesmí své povolání vykonávat formou potulné praxe.

(13) Lékař nesmí sám nebo po dohodě s jinými ordinovat neúčelné léčebné, diagnostické a jiné úkony ze ziskových motivů. V rámci své pravomoci nesmí poskytovat odborně neodpovídající vyjádření, z nichž by plynuly občanům neoprávněné výhody.

(14) Pokud lékař doporučuje ve své léčebné praxi léky, léčebné prostředky a zdravotní pomůcky, nesmí se řídit komerčními hledisky, ale výhradně svým svědomím a prospěchem pacienta.

(15) Lékař se podle svého uvážení účastní na prezentaci a diskusi medicínských témat na veřejnosti, v tisku, v televizi, rozhlasu, musí se však vzdát individuálně cílených lékařských rad a doporučení ve svůj soukromý prospěch.

(16) Lékař se musí zdržet všech nedůstojných aktivit, které přímo nebo nepřímo znamenají propagaci nebo reklamu jeho osoby a lékařské praxe a ve svých důsledcích jsou agitační činnosti, cílenou na rozšíření klientely. Nesmí rovněž tyto aktivity iniciovat prostřednictvím druhých osob.

(17) Nový způsob léčení je možné použít u nemocného až po dostatečných biologických zkouškách, za podmínek dodržení Helsinské konvence a Norimberského kodexu, pod přísným dohledem a pouze tehdy, pokud pacienta nepoškozuje.

(18) Lékař si má být vědom své občanské úlohy i vlivu na okolí.

Lékař a nemocný

§3

(1) Lékař plní vůči každému nemocnému své profesionální povinnosti. Vždy včas a důsledně zajistí náležitá léčebná opatření, která zdravotní stav nemocného vyžaduje.

(2) Lékař se k nemocnému chová korektně, s pochopením a trpělivostí a nesníží se k hrubému nebo nemravnému jednání. Bere ohled na práva nemocného.

(3) Lékař se má vzdát paternalitních pozic v potojích vůči nemocnému a respektovat ho jako rovnocenného partnera se všemi občanskými právy i povinnostmi, včetně zodpovědnosti za své zdraví.

(4) Lékař je povinen pro nemocného srozumitelným způsobem odpovědně informovat jeho nebo jeho zákonného zástupce o charakteru onemocnění, zamýšlených diagnostických a léčebných postupech včetně rizik, o uvažované prognóze a o dalších důležitých okolnostech, které během léčení mohou nastat.

(5) Zadržetí informací o nepříznivé diagnóze nebo prognóze je možné individuálně v zájmu nemocného dle úvahy a svědomí lékaře. V těchto případech by měl lékař, pokud nemocný neurčil jinak, informovat rodinné příslušníky pacienta nebo osoby jemu blízké.

(6) Lékař nesmí zneužít ve vztahu k nemocnému jeho důvěru a závislost jakýmkoliv způsobem.

Vztahy mezi lékaři

§4

(1) Základem vztahů mezi lékaři je vzájemně čestné, slušné a společensky korektní chování spolu s kritickou náročností, respektováním kompetence, s přiznáním práva na odlišný názor.

(2) Lékař v zájmu své stavovské cti i s ohledem na pověst lékařské profese nesmí podceňovat a znevažovat profesionální dovednosti, znalosti i poskytované služby jiných lékařů, natož používat ponižujících výrazů o jejich osobách, komentovat nevhodným způsobem činnost ostatních lékařů v přítomnosti nemocných a nelékařů.



(3) Lékař kolegiálně spolupracuje s těmi lékaři, kteří současně nebo následně vyšetřují či léčí stejného pacienta. Předává-li z důvodných příčin nemocného jinému lékaři, musí mu odevzdat zjištěné nálezy a informovat ho o dosavadním průběhu léčby.

(4) Lékař je povinen požádat dalšího nebo další lékaře o konzilium vždy, když si to vyžádají okolnosti a nemocný souhlasí. Je právem lékaře navrhnout osobu konzultanta. Závěry konziliárního vyšetření mají být dokumentovány zásadně písemnou formou a je povinností o nich informovat nemocného, se zvláštním důrazem tehdy, pokud se názory lékařů liší, a je právem lékaře vzdát se dalšího léčení, pokud se nemocný přikloní k jinému názoru konzultanta.

(5) Lékař musí svou praxi vykonávat zásadně osobně. Zastupován může být jen dočasně a to lékařem vedeným v seznamu České lékařské komory a splňujícím potřebné odborné předpoklady.

Lékař a nelékař

§5

(1) Lékař spolupracuje se zdravotními pracovníky vyškolenými v různých specializovaných činnostech. Pověří-li je diagnostickými nebo léčebnými úkoly a dalšími procedurami, musí se přesvědčit, zda jsou odborně, zkušenostmi i zodpovědností způsobilí tyto úkony vykonávat.

(2) Lékaři není dovoleno vyšetřovat nebo léčit s osobou která není lékařem a nepatří k zdravotnímu personálu. Tyto osoby nesmějí být přítomny ani jako diváci při lékařských výkonech. Výjimkou z uvedených zásad jsou osoby, které se u lékaře vzdělávají, nebo pracují v lékařských oborech a dalších osoby, s jejichž přítomností pacient souhlasí, pokud není lékařsky zdůvodněných námitek.

§6

Účinnost

Tento stavovský předpis České lékařské komory Etický kodex České lékařské komory nabývá účinnost dne 1.1. 1996

## **Příloha číslo 6**

### **Dotazník pro pacienty**

Vážená paní, vážený pane,

jsm studentka Zdravotně sociální fakulty v oboru Rehabilitační a psychosociální péče o postižené děti, dospělé a staré osoby. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění tohoto

dotazníku, který je samozřejmě anonymní. Výsledky budou použity pro moji bakalářskou práci, v níž se zabývám problematikou etických souvislostí práva na informovanost o zdravotním stavu pacienta.

Vámi zvolené odpovědi, prosím, zakroužkujte, případně do míst vyznačených tečkami doplňte.

Děkuji Vám za pochopení a spolupráci.

Daniela Samcová DiS.

**1. Pohlaví:** muž - žena

**2. Věk:** .....

**3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání je:** základní

střední odborné učiliště

střední škola

vyšší odborná škola (dipl. specialista)

vysoká škola

**4. Domníváte se, že znáte všechna svá práva, tedy práva pacienta?**

ano - spíše ano - spíše ne - ne

**5. Přejete si být Vy osobně (tj. přímo a nezprostředkovaně) plně informován(a) o svém zdravotním stavu?**

a) ano, vždy

b) jen jedná -li se o vyléčitelnou nemoc

c) jen jedná-li se o těžkou či nevyléčitelnou nemoc

d) nepřeji si být informován nikdy

**6. Poskytla jste zdravotnickému personálu výslovný souhlas, kdo kromě Vás smí být informován o vašem zdravotním stavu? ano - ne**

**7. Komu by lékaři podle Vašeho přání měli sdělovat informace o vašem zdravotním stavu? ( můžete zakroužkovat více možností)**

- a) manželce – manželovi (druhovi – družce)
- b) dětem
- c) jiným rodinným příslušníkům. Uveďte.....
- d) přátelům
- e) komukoli
- f) nikomu

**8. Domníváte se, že jste dostatečně a srozumitelně informován(a) o svém zdravotním stavu? ano - spíše ano - spíše ne - ne**

**9. Domníváte se, že jste dostatečně a srozumitelně informován(a) o způsobu a průběhu léčby (léčebných výkonů, zákroků, procedur)?**

ano - spíše ano - spíše ne - ne

**10. Informace o svém zdravotním stavu, průběhu a způsobu léčby získávám:**

- a) výhradně od lékařů
- b) výhradně od zdravotních sester
- c) od lékařů i od zdravotních sester
- d) zprostředkovaně od příbuzných
- e) informace nedostávám

**11. Jste spokojen(a) s tím, jak s Vámi zdravotní sestry komunikují?**

ano - spíše ano - spíše ne - ne

**12. Jste spokojen(a) s tím, jak s Vámi lékaři komunikují?**

ano - spíše ano - spíše ne - ne

**Příloha číslo 7**

**Dotazník pro zdravotní sestry**

Vážené sestry,

jsem studentka Zdravotně sociální fakulty v oboru Rehabilitační a psychosociální péče o postižené děti, dospělé a staré osoby. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění tohoto

dotazníku, který je samozřejmě anonymní. Výsledky budou použity pro moji bakalářskou práci, v níž se zabývám problematikou etických souvislostí práva na informovanost o zdravotním stavu pacienta.

Vámi zvolené odpovědi, prosím, zakroužkujte, případně do míst vyznačených tečkami doplňte.

Děkuji Vám za pochopení a spolupráci.

Daniela Samcová DiS.

**1. Pohlaví:** žena – muž

**2. Věk** .....

**3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání je:** středoškolské

vyšší odborné - diplomovaný specialista

vysokoškolské

**4. Pracuji na oddělení:** .....

**5. Domníváte se, že pacienti znají svá práva?** ano - spíše ano - spíše ne - ne

**6. Domníváte se, že vaši pacienti jsou přímo, nezprostředkovaně a plně informováni o svém zdravotním stavu?**

a) ano, vždy

b) jen jedná-li se o vyléčitelnou nemoc

c) jen jedná-li se o těžkou či nevyléčitelnou nemoc

d) téměř nikdy

**7. Poskytují Vám pacienti výslovný souhlas kdo kromě nich smí být informován o jejich zdravotním stavu? ano - ne**

**8. Komu nejčastěji poskytujete informace o zdravotním stavu pacienta?**

- a) manželce – manželovi (druhoví – družce)
- b) dětem
- c) jiným rodinným příslušníkům. Uved'te.....
- d) přátelům
- e) komukoli
- f) nikomu

**9. Domníváte se, že informace, které pacienti získávají o svém zdravotním stavu jsou pro ně dostatečné a srozumitelné? ano - spíše ano - spíše ne - ne**

**10. Domníváte se, že informace, které pacienti získávají o průběhu a způsobu léčby jsou pro ně dostatečné a srozumitelné? ano - spíše ano - spíše ne - ne**

**11. Informace o svém zdravotním stavu, průběhu a způsobu léčby získávají pacienti:**

- a) výhradně od lékařů
- b) výhradně od zdravotních sester
- c) od lékařů i od zdravotních sester
- d) zprostředkovaně od příbuzných

e) informace nepodáváte

**12. Domníváte se, že Vy dostatečně komunikujete s pacienty?**

ano - spíše ano - spíše ne - ne

**13. Domníváte se, že lékaři dostatečně komunikují s pacienty?**

ano - spíše ano - spíše ne - ne

## **Příloha číslo 8**

### **Dotazník pro lékaře**

Vážená paní doktorko, vážený pane doktore,  
jsem studentka Zdravotně sociální fakulty v oboru Rehabilitační a psychosociální péče o postižené děti, dospělé a staré osoby. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění tohoto

dotazníku, který je samozřejmě anonymní. Výsledky budou použity pro moji bakalářskou práci, v níž se zabývám problematikou etických souvislostí práva na informovanost o zdravotním stavu pacienta.

Vámi zvolené odpovědi, prosím, zakroužkujte, případně do míst vyznačených tečkami doplňte.

Děkuji Vám za pochopení a spolupráci.

Daniela Samcová DiS.

**1. Pohlaví:** muž – žena

**2. Věk:** .....

**3. Na jakém oddělení pracujete?.....**

**4. Domníváte se, že pacienti znají svá práva?** ano - spíše ano - spíše ne - ne

**5. Domníváte se, že vaši pacienti jsou přímo, nezprostředkovaně a plně informováni o svém zdravotním stavu?**

a) ano, vždy

b) jen jedná-li se o vyléčitelnou nemoc

c) jen jedná-li se o těžkou či nevyléčitelnou nemoc

d) téměř nikdy

**6. Poskytují Vám pacienti výslovný souhlas, kdo kromě nich smí být informován o jejich zdravotním stavu?** ano - ne

**7. Komu nejčastěji poskytujete informace o zdravotním stavu pacienta?**

a) manželce – manželovi (druhovi – družce)



- b) dětem
- c) jiným rodinným příslušníkům. Uved'te.....
- d) přátelům
- e) komukoli
- f) nikomu

**8. Domníváte se, že informace, které pacienti získávají o svém zdravotním stavu jsou pro ně dostatečné a srozumitelné?** ano - spíše ano - spíše ne - ne

**9. Domníváte se, že informace, které pacienti získávají o průběhu a způsobu léčby jsou pro ně dostatečné a srozumitelné?** ano - spíše ano - spíše ne - ne

**10. Informace o svém zdravotním stavu, průběhu a způsobu léčby získávají pacienti:**

- a) výhradně od lékařů
- b) výhradně od zdravotních sester
- c) od lékařů i od zdravotních sester
- d) zprostředkovaně od příbuzných
- e) informace nepodáváte

**11. Domníváte se, že zdravotní sestry dostatečně komunikují s pacienty?**  
ano - spíše ano - spíše ne - ne

**12. Domníváte se, že Vy dostatečně komunikujete s pacienty?**  
ano - spíše ano - spíše ne - ne