



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta
Katedra výchovy ke zdraví

Bakalářská práce

Názory studentů Jihočeské univerzity na vybrané etické problémy v péči o zdraví

Vypracoval: Pavlína Razimová
Vedoucí práce: MUDr. Ing. Bc. Markéta Kastnerová, Ph.D.
České Budějovice 2016



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

University of South Bohemia in České Budějovice
Fakulty of Education
Department of Health Education

Bachelor Thesis

Opinions of the students of the South Bohemia university about selected ethical problems of the health care

Author: Pavlína Razimová
Supervisor: MUDr. Ing. Bc. Markéta Kastnerová, Ph.D.
České Budějovice 2016

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

Datum

Podpis studenta

Poděkování

Chtěla bych poděkovat své vedoucí bakalářské práce MUDr. Ing. Bc. Markétě Kastnerové, Ph.D. za odborné vedení, za pomoc a rady při zpracování této práce.

Dále všem respondentům, kteří si našli čas pro vyplnění mého dotazníku a rodině, příteli i přátelům za jejich podporu při psaní této bakalářské práce.

Obsah

I.	Úvod	7
II.	Teoretická část	9
1	Etymologie slova etika	9
2	Etika, mravnost a morálka	9
3	Vybrané pojmy	10
3.1	Bioetika	10
3.2	Lékařská etika	10
3.2.1	Předměty lékařské etiky	10
3.2.2	Principy lékařské etiky (a bioetiky)	11
4	Komunikace lékař-pacient.....	11
4.1	Důležitost komunikace.....	11
4.2	Problémy v komunikaci mezi lékařem a pacientem.....	12
4.3	Říci pravdu nemocnému, ANO nebo NE?	12
4.3.1	Komu má být pravda sdělena?	13
4.3.2	Kdo má pravdu sdělit?	13
4.3.3	Co říci?	13
4.3.4	Jak pravdu říci?	14
4.3.5	Kdy má být pravda sdělena?	14
4.3.6	Kde pravdu sdělit?.....	14
4.4	Lékařské tajemství a povinná mlčenlivost	14
4.4.1	Pravidla pro prolomení mlčenlivosti.....	15
4.5	Práva pacientů	15
5	Interrupce.....	16
5.1	Důvody pro interrupci	17
5.2	Strategie „pro život“ a „pro volbu“	17
5.3	Embryo a jeho ochrana.....	18
5.4	Interrupce v České republice.....	18
5.5	Interrupce a vymezení některých podmínek	19
6	Eutanazie	19
6.1	Rozdělení eutanazie	20
6.2	Země, kde se provádí eutanazie nebo asistovaná sebevražda	20

6.2.1	Nizozemsko.....	21
6.3	Eutanazie v České republice	21
6.4	Eutanazie ANO nebo NE?	21
6.4.1	Argumenty pro eutanazii.....	22
6.4.2	Argumenty proti eutanazii.....	22
7	Transplantace.....	23
7.1	Definice smrti.....	24
7.2	Průběh transplantace	24
7.3	Souhlas s transplantací orgánů	24
7.4	Nabídka vs. poptávka.....	25
III.	Praktická část	26
8	Cíl výzkumu	26
9	Stanovené předpoklady	26
10	Užité metody.....	27
11	Vyhodnocení dotazníku a předpokladů	28
11.1	Předpoklad č. 1.....	31
11.2	Předpoklad č. 2.....	34
11.3	Předpoklad č. 3.....	34
11.4	Předpoklad č. 4.....	36
11.5	Předpoklad č. 5.....	43
11.6	Předpoklad č. 6.....	44
11.7	Předpoklad č. 7.....	45
12	Diskuze	46
IV.	Závěr.....	52
V.	Bibliografie	53
VI.	Příloha I.	55
VII.	Bibliografické údaje.....	59
VIII.	Abstrakt.....	59
IX.	Bibliographic identification	60
X.	Abstract	60

I. Úvod

V lékařské etice a její problematice interrupcí, eutanazie, transplantací a komunikace (a nejen této) se vyskytuje mnoho otázek, na které neexistuje jednoduchá jasná odpověď. Pro každé téma jsou nevyčerpané informace a každá problematika se prolíná s nejrůznějšími etickými kodexy (Hippokratova přísaha, Etický kodex Lékařské komory České republiky, Práva pacientů, atd.). Střetáváme se zde s mnoha různými dilematy a názory, a to nejrůznějších odborníků i široké veřejnosti.

S oborem Výchovy ke zdraví (a mnoha dalšími obory) lékařská etika úzce souvisí. Především tedy v oblasti chování a komunikace k pacientům, které velmi ovlivňují léčebné procesy.

Ve své práci jsem se snažila uvést nejzákladnější, velmi stručné informace o vybraných tématech, avšak tato problematika je velmi rozsáhlá. Nejprve práce seznamuje s etikou, jejím vznikem, s oborem Bioetiky a její podoblastí: Lékařskou etikou. Dále jsou již jednotlivé kapitoly rozděleny na vybrané etické problémy. Prvním zmíněným etickým problémem je komunikace lékaře s pacientem. Její důležitost, často vyskytující se problémy v komunikaci, informace o sdělení pravdy pacientovi a o povinné mlčenlivosti. Ke konci této kapitoly jsou uvedena práva pacientů. Poté se zabývám otázkami a velmi diskutovanými tématy interrupce, eutanazie a transplantace. U informací týkajících se interrupce a eutanazie jsou uvedeny argumenty pro a proti, dále jak je to s těmito etickými problémy u nás v České republice, náhled do zákona a jednotlivé strategie a rozdělení, aj. Poslední kapitola se zabývá transplantacemi. Důležitým faktem pro tuto činnost je definice smrti. Také je zde velmi stručně popsán průběh transplantace, dva předpokládané souhlasy pro transplantaci a celosvětová „výměna“ orgánů.

Cíl mé práce bude zaměřen především na názory studentů Jihočeské univerzity na komunikaci mezi lékařem a pacientem, vztahem mezi nimi, poskytování potřebných a srozumitelných informací, apod. Také na jejich názory na eutanazii a interrupci, zda jsou pro nebo proti a na názory týkající se transplantace. Zjišťování bude probíhat formou anonymních dotazníků a jejich vyhodnocením.

Pro napsání mé bakalářské práce jsem čerpala od autorů, kteří se zabývají touto problematikou a jsou jimi: v první řadě autorka několika stovek odborných sdělení a řady odborných nebo populárně vědeckých publikací prof. PhDr. RNDr. Helena

Haškovcová, CSc., dále prof. MUDr. Marta Munzarová, CSc., také Doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc. Kniha Základy moderní lékařské etiky od Marka Váchy, Radany Königové a Miloše Mauera. V neposlední řadě autoři ze Slovenska Ladislav Šoltés, Rudolf Pullmann a kol., a jejich kniha Vybrané kapitoly z medicínskej etiky, a další. Nahlížela jsem také do zpracovaných bakalářských a diplomových prací z minulých let, které se zabývaly těmito tématy, a porovnávala jsem své výsledky s výsledky kolegyně, která zkoumala tyto názory u dospělé populace Jihočeského kraje.

II. Teoretická část

1 Etymologie slova etika

Etika se vyvinula z řečtiny, latiny a staroslověnštiny. Řecký základ tvoří slovo Ethos a značí způsob jednání, postoj a smýšlení osob. Latinským základem je slovo Mos, od něhož se odvozuje pojem morálka, která je představována systémem pravidel a norem, které určují lidské chování a jednání. A jako posledním je Slovanský základ, kdy z praslovanského slova norv (staročesky nrav) vzniklo české slovo mrav a znamená něco, co se obecně líbí, co je vhodné. (KUTNOHORSKÁ, 2007 stránky 13-14)

2 Etika, mravnost a morálka

Etika, nebo-li praktická filozofie, zabývající se otázkou, co je správné a co špatné, pochází již z dob Aristotelových. (MUNZAROVÁ, 2005 str. 15) Jako věda o mravnosti, zkoumá mravní chování člověka i společnosti. Přestože lidé dodržují určité mravní zásady a mají své hodnoty, mohou se postupem času měnit. Etika tedy zkoumá i okolnosti, za kterých dochází k takové změně. Zabývá se tím, co je a co není mravné, byť se nemusí shodovat názory mravní se správnými. (HAŠKOVCOVÁ, 2002 str. 13)

Mravnost je pozitivním morálním stavem a je podstatnou částí lidské kultury. S otázkou morálky se zde vyskytují dva pojmy. A sice: morální problém a morální dilema. Problém vzniká, pokud jsou na danou věc různé názory. Morální problém je spojený s rozlišováním toho, co je dobré a co špatné, co je správné a co ne. Naproti tomu morální dilema je situace, kdy má člověk před sebou nejméně dvě různé volby a ani jedna z nich se nezdá být optimální k řešení daného problému. Ani jeden směr nevede ke chtěnému cíli. Problémy a dilemata vznikají při rozhodování člověka. Čím těžší je předpovědět důsledky svého konání, tím bývá dilema větší. (KUTNOHORSKÁ, 2007 stránky 12-13)

3 Vybrané pojmy

3.1 Bioetika

Bioetika je novým odvětvím etické teorie. Existuje na ni mnoho názorů a pohledů, a tak se objevují i její různá vymezení. Vznikla z důvodu stále vzrůstající potřeby uplatnění etických záležitostí v oblastech vědy a medicíny. (DOLISTA, a další, 2006 str. 5)

Bioetika zkoumá etické problémy lékařské praxe i výzkumu například biologie, chemie, farmacie, apod., a zabývá se také etickou problematikou celkového života na zemi (HAŠKOVCOVÁ, 2002 str. 15), tedy vnik a závěr života, vztah člověka k životnímu prostředí a jeho začlenění do přírody, atd. Rovněž se snaží zohledňovat i požadavky vycházející z jiných oborů, jako je například právo, sociologie a podobně. Bioetika tedy není synonymem pro lékařskou etiku. Zahrnuje daleko širší oblast a sdružuje více disciplín a lékařská etika je její součástí, její podoblastí. (KUTNOHORSKÁ, 2007 str. 14)

3.2 Lékařská etika

Lékařskou etikou rozumíme tradiční stavovskou morálku (pravidla chování) a řešení dilematických otázek současné lékařské praxe. V českých zemích byla lékařská etika vyhlášena za samostatný obor roku 1991. O rok později již byla její povinná výuka na všech našich lékařských fakultách. (HAŠKOVCOVÁ, 2001 stránky 10-11)

3.2.1 Předměty lékařské etiky

V důvodové zprávě o lékařské etice jako samostatném lékařském oboru se píše, že jejím předmětem, vymezeným pouze rámcově, jsou tyto problémové okruhy: etická kritéria experimentu na zvířatech i lidech, problematika ideální a dostupné medicíny, problematika genetiky a genetického inženýrství, práva fětu, práva dítěte, práva pacientů, práva duševně nemocných, práva handicapovaných osob, práva umírajících, thanatologie, eutanazie, smysl lidského života s nemocí a v nemoci, právo na zdraví a povinnost ke zdraví, pravda na nemocničním lůžku, život ve stáří, problematika ošetřujících týmů, problematika tzv. heroické medicíny, atd. Řešení těchto problémů je

možné pouze za účasti odborníků a to nejen lékařských, ale i jiných oborů, jako například filozofie, psychologie, sociologie, aj. V různých zemích je určitá problematika na různých hodnotových místech. V České republice je považována za prioritní tzv. problematika ideální a dostupné medicíny. Podle odborníků je však důležité respektovat pravidla (principy) lékařské etiky a záleží také na vztahu mezi zákony právními a mravními. (HAŠKOVCOVÁ, 2002 stránky 49-52)

3.2.2 Principy lékařské etiky (a bioetiky)

V roce 1979, formulovali Beauchamp a Childress tzv. čtyři principy lékařské etiky a to tak, aby se na nich shodli snad všichni (židé, katolíci, protestanté, aj.). Avšak tyto principy nevyčerpávají zdaleka oblast lékařské etiky. Zádrhel však může nastat, dostanou-li se dva nebo více principů do sporu.

Jde o princip neškodění, princip dobřechinění, princip autonomie a princip spravedlnosti. Je jasné, že se tedy nemá pacientovi škodit, má se mu činit dobro. Sporná situace nastává, pokud se objeví skutek, který je příznivý a zároveň nepříznivý. Takovým příkladem by mohla být transplantace ledviny z rodiče na dítě, kdy se dárci uškodí a poruší se tak první princip. Příjemci to však přinese velké dobro. Tento konflikt se snaží řešit jiný princip a to princip dvojího účinku, kdy z jedné situace vyplyne zároveň dobrý i špatný účinek. (VÁCHA, a další, 2012 stránky 55-59)

4 Komunikace lékař-pacient

Komunikace je jedním ze základních předpokladů pro výkon medicínských povolání a je zapotřebí se jí učit, nestačí jen určitá zkušenost. Zahrnuje řadu postupů, které poté mají značnou pozitivní efektivitu na léčbu. (PTÁČEK, a další, 2011 str. 37)

4.1 Důležitost komunikace

Komunikace s pacientem je velmi důležitá, možná dokonce nejdůležitější v procesu léčby. Mnoho lékařů léčí převážně chorobu pomocí různých přístrojů a léčené osoby, které mají různé příběhy, obavy i řadu příčin svého stavu, zůstávají v pozadí. Pokud

však lékař dokáže s pacientem vhodně komunikovat, může ovlivnit celý léčebný proces, nemluvě o spokojenosti a dobrém pocitu pacienta. Podle studií lze správnou komunikací pozitivně ovlivnit tyto okruhy: rozlišení příznaků a stanovení diagnózy, účinnost léčby, spokojenost pacienta, dodržování léčby pacientem, náklady na léčbu, medicínsko-právní spory. Radek Ptáček, Petr Bartůněk a kol., uvádí ve své knize Etika a komunikace v medicíně i rozsáhlejší přehled ke každému okruhu. (PTÁČEK, a další, 2011 str. 38)

4.2 Problémy v komunikaci mezi lékařem a pacientem

Problémy v komunikaci bývají časté a to hlavně z důvodu jakým způsobem se taková komunikace odehrává. Lékaři tvrdí, že věnují pacientům dostatečný čas, avšak studie ze stran pacientů tvrdí opak a vnímají nezáměr ze stran lékařů v pochopení obtíží, neochotu dostatečného sdělení a vysvětlení diagnózy a způsobů terapie. Díky tomu se pak efektivita popsaná výše může stát nulovou. Lékaři by tak měli znát efektivitu komunikace a předcházet tak nedorozuměním a problémům. Mezi častá nedorozumění patří například případy, kdy pacienti nerozumí informacím, mají jich nedostatek, připadají si nezahrnutí do plánování léčby, pocítují nedostatek empatie od lékaře, nejsou dostatečně vyslechnuti, a další. (PTÁČEK, a další, 2011 stránky 40-41)

V otázkách dobré a srozumitelné informovanosti se pojí mimo jiné i poučení pacienta také u písemného reversu (informovaný souhlas) pozitivního i negativního, kdy je třeba projednat zdravotní stav, navrhovanou léčbu, možná rizika a komplikace, další možnosti léčby, prevenci apod. (KORĚNEK, 2004 stránky 79-80)

4.3 Říci pravdu nemocnému, ANO nebo NE?

Komunikace mezi lékařem a pacientem by měla být pravdivá. Lékař by se měl vyhnout oklamáním nebo vynecháním celé pravdy. Takové skutečnosti se mohou později vynořit na povrch. Avšak existuje plno otázek. Chce pacient opravdu znát pravdu? Co když mu pravda ještě více ublíží? Některá lež přeci může přinést i naději. Na takovéto otázky však nelze odpovědět jednoznačně. Někteří lidé upřednostňují pravdomluvnost, jiní dobročinnou lež. (JONSEN, a další, 2006 str. 66)

Tehdy se pokládalo říkání pravdy za normální, později zvítězila strategie milosrdného oklamání z přesvědčení, že je to ohleduplnější, nakonec se začalo přiklánět jako k hlavní strategii ke sdělení pravdy nemocnému. O sdělení pravdy nemocnému však nerozhodují jen lékaři, nýbrž také pacienti. V etickém kodexu Práva pacientů je jasně napsané, že každý člověk má právo na pravdivou informaci a každý má také právo nechtít informace znát. Lékař má povinnost informovat, ale již není dáno, v jakém rozsahu a způsobu. To mu dovoluje reagovat na každého pacienta jinak, podle situace pacienta. (HAŠKOVCOVÁ, 2002 stránky 130-133)

4.3.1 Komu má být pravda sdělena?

Podle Listiny práv a svobod by měla být pravda sdělena každému dospělému člověku s výjimkou lidí, kteří jsou somaticky nebo psychicky nemocní a ti, kteří již prodělali určité psychotické období. Jako první má být informovaný nemocný (s výjimkou, že je v bezvědomí). Teprve po jeho souhlasu by měli být informováni rodinní příslušníci, avšak nikdy ne ve větším rozsahu než nemocný. U dětí, dospívajících a starých pacientů by se mohla použít částečná nebo plná strategie milosrdného oklamání a měla by se do jejich péče zapojit rodina. (HAŠKOVCOVÁ, 2002 stránky 142-143)

4.3.2 Kdo má pravdu sdělit?

U nás, v České republice, má plnou právní odpovědnost za nemocného lékař. Měl by tedy sdělovat všechny závažné informace. Pokud byly sestry nebo jiní zdravotní pracovníci jistými okolnostmi donuceni sdělit vážné informace, lékař musí vědět, že se tak stalo a lékaři pečující o jednoho pacienta by měli být mezi sebou domluveni. (HAŠKOVCOVÁ, 2002 str. 146)

4.3.3 Co říci?

Pravda může mít několik forem, např. pravda o nemoci, o situaci, diagnostická pravda, které většinou laik nerozumí, jaká budoucnost čeká pacienta, jaká budou jeho omezení, apod. Nelze zatajit vážnost situace, avšak je nutné sdělit i další kroky pro zlepšení stavu nemocného. Podat pravdu, ve které zní naděje a stát při boku pacienta. Umírající,

kterým se blíží konec života, potřebují trochu jiný přístup. (HAŠKOVCOVÁ, 2002 str. 144)

4.3.4 Jak pravdu říci?

Vhodný návod, který by složitou situaci vyřešil, neexistuje. Lékaři se mohou řídit a poučit pouze z nevhodných sdělení a zvládnutí základní komunikace s pacienty. Další chování a použití slov již záleží na dané situaci. Je důležité být empatický, porozumět psychické odezvě, která může nastat, mluvit srozumitelně, stručně, dát prostor pacientovi pro otázky. (HAŠKOVCOVÁ, 2002 stránky 144-145)

4.3.5 Kdy má být pravda sdělena?

Podle fází prožívání, by to měla být doba konce tápání, když si nemoc člověka připraví. Je nezbytné najít vhodný čas. Každá nemoc má však různé fáze, je nutné je rozlišovat. Dále u některých nemocných je třeba sdělit pravdu ihned, bez ohledu na fáze, pokud se například jedná o určitý výkon nebo terapii nutnou bez odkladů. Pravda by se neměla sdělovat v podvečer a večer, tu by poté mohl pacient těžce prožívat. Je také doporučeno, aby bylo sdělení tak vhodně načasováno, aby pacient na pravdu nebyl sám a mohl si poté promluvit s někým jiným, ať už s přítelem, rodinou nebo psychologem. (HAŠKOVCOVÁ, 2002 str. 143)

4.3.6 Kde pravdu sdělit?

Je důležité nesdělovat pravdu při vizitě, na chodbě, ve spěchu, atd. Je podstatné, aby si lékař našel čas – kvalitní čas. Neměl by být rušen telefonem, při rozhovoru, ani jinými zdravotníky. Pokud je nezbytné, aby byl rozhovor veden u lůžka pacienta, je vhodné vyzvat ostatní spolupacienty, aby se na chvíli vzdálili. (HAŠKOVCOVÁ, 2002 str. 145)

4.4 Lékařské tajemství a povinná mlčenlivost

Již od roku 1951 právní řád České republiky nezná pojem lékařského tajemství. Zákonnou normou je povinná mlčenlivost, která vyplývá z § 55 ods. 2 písm. d) zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu. Pokud je tedy lékaři, jinému zdravotníkovi i dalším

lidem pracujícím ve zdravotnictví (technickým, ekonomickým pracovníkům, aj.) sděleno cokoliv od pacienta nebo cokoliv zjistí o pacientovi, jsou povinni mlčet. A to i v případě, že změni zaměstnání, odejdou do důchodu, nebo když pacient zemře. Mlčenlivost mohou porušit za daných podmínek zákonem, například v zájmu o pacienta, kdy jeden lékař musí konzultovat pacientův stav s jiným lékařem nebo s osobami podílejícími se na jeho péči. Musí však rozlišovat věcnou stránku a intimní záležitosti ze života pacienta. Porušení povinné mlčenlivosti se považuje za trestný čin neoprávněného nakládání s osobními údaji. (HAŠKOVCOVÁ, 2002 stránky 156-159)

4.4.1 Pravidla pro prolomení mlčenlivosti

Existují tři možnosti, které vymezuje zákon, za kterých lze mlčenlivost prolomit.

- se souhlasem ošetřované osoby nebo na základě jejího výslovného přání (některé výjimky: těžký stav pacienta, zbavení způsobilosti k právním úkonům pacienta, dítě);
- na základě zproštění mlčenlivosti nadřízených orgánem v tzv. důležitém státním zájmu (soudu, prokuratuře a bezpečnostním složkám);
- při tzv. oznamovací povinnosti (např. jedná-li se o infekční onemocnění, pokud se jedná o trestný čin jako týrání, apod.) (HAŠKOVCOVÁ, 2002 stránky 159-161)

4.5 Práva pacientů

- právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou kvalifikovanými pracovníky s porozuměním;
- právo znát jméno lékaře a dalších pracovníků ve zdravotnictví, kteří se o něho starají;
- právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu (i možnost stýkat se denně s rodinou či přáteli s výjimkou závažných důvodů);
- právo získat od lékaře údaje o dalších diagnostických a terapeutických postupech, o rizicích, i o dalších alternativách, aby se mohl rozhodnout, zda s nimi souhlasí;

- právo odmítnout léčbu (podle zákona) a být informován o zdravotních důsledcích;
- právo na ohledy na soukromí a stud;
- právo očekávat, že vše (zprávy, záznamy, atd.) je důvěrné;
- právo očekávat vyhovění od nemocnice podle jejích možností a v míře odpovídající povaze onemocnění (možnost předání pacienta jinému ústavu);
- právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou;
- právo vědět, kdo z lékařů, v jakých hodinách a na jakém místě je k dispozici;
- právo očekávat po propuštění z nemocnice informace a postup jeho další péče;
- právo na podrobné a srozumitelné vysvětlení, zejména jde-li o nestandardní postup nebo experiment (je nutný písemný souhlas a pacient může kdykoliv odstoupit);
- právo na citlivou péči v závěru života a na respektování svých přání;
- právo a povinnosti znát a řídit se řádem zdravotnické instituce;
- právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek. (KUTNOHORSKÁ, 2007 stránky 139-140)

5 Interrupce

Interrupce znamená umělé ukončení (ne přerušení) těhotenství před tím, než bude plod schopný mimoděložního života. Hlavním problémem je otázka, v kterém okamžiku se stává člověk člověkem. Zda se tak stává od oplodnění vajíčka, kdy je schopné dalšího vývoje a má v sobě zakotvené geny pro budoucího člověka nebo později v určité fázi vývoje nebo až po narození. Pokud bychom uznávali první zmíněný fakt, tedy že je člověk člověkem od oplodnění vajíčka, museli bychom mu připsat i základní lidská práva, tedy i právo na život. To by však bylo v rozporu s interrupcí. Za druhé, každý člověk má právo na svobodné rozhodnutí. Žena má tedy právo sama rozhodnout, zda dítě bude chtít, či nikoliv. Řešení tohoto etického problému je těžké, existuje mnoho odlišných názorů. (ŠOLTÉS, a další, 2008 str. 45)

5.1 Důvody pro interrupci

Je několik důvodů pro interrupci. V menší míře, asi 8 %, se vyskytují zdravotní důvody. Takovéto interrupce nejsou tak pokládány za etický problém, jako interrupce uskutečněné ze sociálních důvodů, které se objevují převážně, a to až z 93 %. (HAŠKOVCOVÁ, 2002 str. 113)

Mezi nejčastější důvody patří nezáměr matky nebo rodiny o dítě, například z důvodů pěstování kariéry, z ekonomických důvodů nebo kvůli problémům s bydlením. Často se tak bere nenarozené dítě jako neunesitelné finanční břemeno. Dále pokud se jedná o dítě mimo manželství – těhotná svobodná matka nebo vdaná žena, kdy otcem dítěte není manžel. Takové dítě je vnímáno jako společenské břemeno. Dalším důvodem je pravděpodobnost určitého poškození dítěte (př. genetická vada), nebo pokud dítě ohrožuje zdraví nebo život matky. Také pokud se jedná o znásilnění nebo incest a další důvody.

Do problematiky interrupce se promítá několik faktorů, mezi něž patří faktory světonázorové, náboženské, liberální, ekonomické, sociální a politické. (ŠOLTÉS, a další, 2008 str. 175)

5.2 Strategie „pro život“ a „pro volbu“

Po 2. světové válce začalo docházet k diskuzím, zda by takové zákroky měly být tolerovány, či nikoliv. Existují dvě strategie. Jedna je „pro život“ (pro life) a ta druhá „pro volbu“ (pro choice).

Pro strategii „pro život“ je interrupce nemravným činem, který se dá pokládat za vraždu. Zastává názor, že život začíná od oplodnění a je třeba ho od tohoto okamžiku chránit. Podle ní nemá žena právo rozhodovat o životě dítěte. V otázkách zdravotních důvodů a výjimečných případů (znásilnění, aj.) však interrupci připouští. Takoví zastánci se snaží zlepšit ekonomické podmínky pro matky a prosazují ekonomické ztlížení interrupcí. Také jsou proti antikoncepci.

Druhá strategie říká, že rozhodnutí je na ženě, zda půjde na interrupci, či nikoliv. Zastánci této strategie nejsou však výhradně pro interrupce (vždy se dá najít jiné řešení), avšak neodsuzují ji a požadují volný přístup k interrupcím. (HAŠKOVCOVÁ, 2002 stránky 115-117)

5.3 Embryo a jeho ochrana

Existují 4 hlavní mravní postoje. První z postojů říká, že embryo (i již oplodněné vajíčko) má právo na život a má naprosto stejnou hodnotu jako ostatní lidské bytosti. Pokud něco brání jeho dalšímu vývoji, měly by se takové procesy odstranit. Jedinou výjimkou je ohrožení života matky.

Druhý, naprosto opačný, tvrdí, že embryo má téměř nulovou mravní hodnotu, nepotřebuje tedy žádnou ochranu a nemá právo na život. Na rozdíl od předchozího postoje, souhlasí s výzkumem a se selekcí embryí.

Mezi těmito dvěma postoji existují 2 tzv. „gradualistické“ postoje, říkající, že oplodněné vajíčko se stává bytostí postupem času a je stále významnější. Oba zastávají názor, že v průběhu vývoje plodu narůstá nárok na jeho ochranu. V otázkách plnosti práv se liší. Jeden je pro to, že plod dosahuje plnosti práv v době své životaschopnosti a v některých případech tedy lze popřít i právo na život. Druhý říká, že má jedinec plná práva až po narození a souhlasí tedy s potratem i v pozdní fázi těhotenství. (MUNZAROVÁ, 2005 stránky 137-138)

5.4 Interrupce v České republice

V roce 1957 již byla interrupce v Československu legalizována. Zákon České národní rady č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství, respektuje právo ženy a vymezuje určité podmínky, za kterých je možné interrupci provést (viz. níže). Počet interrupcí stále stoupal a klesal, avšak od této doby bylo provedeno již 2 856 798 interrupcí v naší zemi. Od roku 1989 se objevovaly nové diskuze na toto téma. Umělé přerušení těhotenství, jak se původně interrupce nazývala, bylo změněno na umělé ukončení těhotenství. Rozhodnutí však nadále zůstává na ženě. Na podzim roku 1991 byl hotov vládní návrh zákona, který měl předchozí zákon měnit a doplňovat, k novelizaci však nedošlo. V tomto návrhu je věnována převážná pozornost Listině základních práv a svobod, ve které se praví, že lidský život má být chráněn už před narozením, a to by mohlo být použito jako argument proti interrupčnímu zákonu. (HAŠKOVCOVÁ, 2002 stránky 120-123)

5.5 Interrupce a vymezení některých podmínek

Náš zákon zakazuje provádět interrupce cizinkám (výjimkou jsou zdravotní rizika). Často totiž hrozí tzv. potratová turistika, kdy žena ze státu, který nepovoluje interrupci, zamíří do státu, kde povolena je. Dále je v zákonu uvedeno, že je nutné poučit ženu o jiných způsobech řešení (adopce) a o rizicích zákroku (názor MUDr. Alexandra Bartáka viz. níže). Také lékař může odmítnout provést zákrok z důvodu, že mu to svědomí nedovolí, s výjimkou ohrožení života ženy. Takových lékařů je ale u nás málo. (HAŠKOVCOVÁ, 2002 stránky 120-123)

MUDr. Alexandr Barták, člen České gynekologicko-porodnické společnosti a autor několika odborných i popularizačních článků, uvádí ve své knize Antikoncepce (2006), že ukončení těhotenství je výkon velmi bezpečný a ve většině případů naprosto neškodný. Podle zákona lze těhotenství ukončit na přání ženy do dvanáctého týdne. Aby však nedošlo k nedorozumění, myslí se týdny porodnické, tedy od prvního dne poslední menstruace. Skutečného těhotenství je to tedy do desátého týdne. Avšak ze zdravotních důvodů tak lze učinit i později, při prokázané vadě plodu až do dvacátého čtvrtého týdne těhotenství. Dále je možné provést interrupci maximálně 1x za 6 měsíců, vícekrát ne. Interrupce na přání ženy není hrazena zdravotní pojišťovnou, a tak si ji musí žena zaplatit sama. Maximální cena výkonu se pohybuje kolem 3 500 Kč. Ze zdravotních důvodů hradí interrupci pojišťovna. Je uveden i seznam důvodů, které tam patří. (BARTÁK, 2006 str. 123)

6 Eutanazie

Někteří myslitelé starověkého Řecka chápali eutanazii jako „dobrou smrt“. Slovo tedy pochází z řečtiny, „eu“ znamená správný, pravý, dobrý a „thanatos“ smrt. Jednalo se o to, aby pacient umíral v klidu, vyrovnaně a v sebekontrolě, nesměl to tedy být zbrklý útěk ze života. Umírající měl mít čas na rozloučení se, smíření a rozdělení jmění. (VÁCHA, a další, 2012 str. 233)

6.1 Rozdělení eutanazie

Eutanazii lze rozdělit na aktivní eutanazii, nonvoluntární eutanazii, involuntární eutanazii, pasivní eutanazii, pasivní voluntární eutanazii, asistované suicidium.

U aktivní eutanazie provádí lékař „aktivní čin“ na aktivní žádost pacienta. Musí být splněny tři podmínky, a to že: lékař musí mít v úmyslu pacienta zabít, pacient musí o eutanazii aktivně požádat a lékař ji musí provést skutkem (injekce) nebo nečiněním. Není to tedy zabití v kómatu, zabití novorozence, ani ukončení kauzální léčby a podobně.

Nonvoluntární eutanazie je opět aktivním činem lékaře, avšak pacientův souhlas nelze získat (pacient je v kómatu, je senilní, příliš mladý nebo naopak starý, velmi mentálně handicapovaný nebo po těžkém úrazu mozku, apod.). Lékař zde jen předpokládá, že kdyby byl býval pacient schopen svůj názor vyslovit, pak by o eutanazii jistě požádal, protože to však není možné, lékař ji provede sám.

Involuntární eutanazie se liší od nonvoluntární tím, že pacient je schopen svá přání vyslovit, avšak buď o eutanazii nežádá, nebo s ním tento problém nebyl řešen a je aktivně lékařem zabit.

Pasivní eutanazie je taková, kdy lékař úmyslně neudělá nic, přestože by mohl, a pacient zemře. Rozdílem je tzv. ustoupení smrti, kdy lékař nepodniká nic, z důvodu bezmoci. Také změna kurativní léčby na paliativní by nebyla eticky problematická. Pokud je léčba již zbytečná, lékař v ní nemusí pokračovat.

Pasivní voluntární eutanazie je taková, kdy lékař neudělá nic s jasným úmyslem smrti pacienta. Jedná se o zastavení léčby.

Asistované suicidium je úmyslná sebevražda spolu s asistencí jiného člověka, který poskytuje znalosti a prostředky, například o dávkách léků nebo léky přímo poskytne, a je si všeho vědom. (VÁCHA, a další, 2012 stránky 234-236)

6.2 Země, kde se provádí eutanazie nebo asistovaná sebevražda

V Evropě to jsou tři státy, a to Nizozemsko (od roku 1994, resp. 2002), Belgie (od roku 2002) a Lucembursko (od roku 2008). V Austrálii proběhl dvouletý experiment v jedné části země v letech 1995-1997, poté byl zákon zrušen. Ve Spojených státech není eutanazie uzákoněna, avšak asistované suicidium je legální v Oregonu (od roku 1998),

ve Washingtonu (od roku 2008) a v Montaně (od roku 2009). (VÁCHA, a další, 2012 str. 238)

6.2.1 Nizozemsko

Eutanazie v Nizozemsku může být provedená, pokud pacient vyslovil přání o eutanazii a to svobodně a opakovaně, po pečlivém zvážení. Dospívající ve věku 16-18 let nepotřebují souhlas rodičů nebo zákonného zástupce, ve věku 12-16 však ano. Dále musí být lékař přesvědčen, že pacient trvale a nesnesitelně trpí a je bez šance na uzdravení. Před provedením musí ještě vše konzultovat s jiným lékařem. Po provedení musí podat zprávu koronerovi a případ musí být po smrti pacienta přešetřen.

Počet eutanazií a asistovaných sebevražd provedených v roce 2008 byl 2 331. Roku 2009 toto číslo stoupl na 2 636. (VÁCHA, a další, 2012 stránky 243-244)

6.3 Eutanazie v České republice

Eutanazie i asistovaná sebevražda je v naší zemi zakázána a byla by považována za trestný čin. Avšak i u nás byly snahy o legalizaci, případně o zmírnění či odpuštění trestu. Takové návrhy padly roku 1926 a 1937, nebyly však schváleny. Dále roku 1996 byla snaha o zavedení takových podmínek, kdy by byla eutanazie provedená lékařem beztrestná. V neposlední řadě i roku 2005 se jednalo o snížení trestní sazby, která by obsahovala i beztrestnost, kdy by se jednalo o usmrcení z milosti. (HAŠKOVCOVÁ, 2007 stránky 133-134)

6.4 Eutanazie ANO nebo NE?

Společnost tento akt chápe jako milosrdenství pro druhé, které ji ušetří traumatizující konfrontace se strádáním druhého člověka a zbaví ji povinnosti „starání se“.

Světová lékařská asociace se vyjádřila k eutanazii, že „eutanazie je v konfliktu se základními etickými principy lékařské praxe a chce, aby lékaři odmítli účast, i kdyby ji zákon povoloval nebo dekriminalizoval. To že jedná lékař se zákonem, nemusí znamenat, že jednal eticky“. (HAŠKOVCOVÁ, 2007 str. 159)

Etický kodex České lékařské komory se vyjadřuje: „Lékař u nevyléčitelně 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“. (MUNZAROVÁ, 2005 str. 58)

6.4.1 Argumenty pro eutanazii

- eutanazie chrání před nesnesitelnými bolestmi a krutým umíráním, jen trpící je schopen posoudit svou situaci;
- nemůže dojít ke zneužití díky dobrým lékařským podmínkám. (HAŠKOVCOVÁ, 2007 str. 157)
- každý má právo se rozhodnout, jak zemře (pokud neohrožuje život jiných);
- každý má právo dělat si s vlastním tělem, co chce;
- eutanazie je důstojná smrt, je to dobré, bezbolestné umírání;
- pokud převažují nelibosti nad libostmi a pacient jen vyčkává příchod své smrti, není důvod už zde dále být;
- život nikam nesměruje, pokud neexistuje cíl a cesta se omrzí, může být život ukončen;
- neexistuje odpovědnost za eutanazii či asistovanou sebevraždu;
- eutanazie může být aktem milosrdenství;
- každý peníz, který se „použije“ pro umírající může chybět u akutních případů;
- eutanazie tu vždy byla, je lepší ji regulovat zákonem, kdy by byla vymezena jasná pravidla.

6.4.2 Argumenty proti eutanazii

- vždy přeci může dojít k zvratu, byť je člověk nevyléčitelně nemocný, apod.;
- člověk nemá právo rozhodovat o smrti, to může jen Bůh (tvrdí věřící lidé);
- bolesti mohou být zvladatelné a to i díky dostatečné paliativní péči, která hraje velkou roli;
- lékař má chránit svého pacienta, je to v rozporu s jeho přísahou (Hippokratova přísaha). (HAŠKOVCOVÁ, 2007 str. 157)

- eutanazie by narušovala základní právo na život a integritu člověka;
- eutanazie není dobrá, není mravná;
- eutanazie není milosrdná, nebyla by provedena se soucitem;
- eutanazie není důstojnou smrtí, o důstojnost nemůže pacient přijít tím, že trpí, že je oslaben nemocí, znetvořený, apod.;
- pacient ztrácí nad sebou kontrolu, připadá si odcizený, zatěžující ostatní, zahanbený těžkostí a slabostí, plný strachů a neuvažuje správně;
- právní zakotvení proti zneužití je nereálné, lékaři by měli obrovskou moc;
- hrozí riziko kluzkého svahu – nekompetentní pacienti, ti co se k tomu nemohou vyjádřit a přesto jsou „zabiti“;
- eutanazie není soukromá, každý má různé vztahy a má tak dopad i na všechny okolo pacienta. (MUNZAROVÁ, 2005 stránky 51-54)

7 Transplantace

Transplantace umožňují funkční, rovnocennou náhradu důležitých orgánů pro život buď (převážně) od mrtvého nebo od živého člověka. Nastává zde rozpor mezi transplantacemi a celistvostí a integritou člověka, které se právě darováním orgánů ruší. (ŠOLTÉS, a další, 2008 str. 142)

Je však třeba rozlišovat darování obnovitelných, neobnovitelných, párových a nepárových tkání a orgánů. Žijící dárce nemůže darovat neobnovitelné tkáně a nepárové orgány, s výjimkou velmi vzácných případů. Neexistuje povinnost darování od živého dárce. Darování od mrtvého dárce je třeba podporovat a pohlížet na to jako na ideál. (GARRETT, a další, 2001 str. 274)

I v této problematice existuje mnoho otázek, převážně tedy ze stran příjemců, kteří se bojí, zda bylo pro záchranu dárce uděláno maximum. Dále otázky veřejnosti, která nerozumí tomu, že je někdo vhodným dárce a jiný zase ne. Tedy jak se dárce vůbec vybírá, že záleží například i na okolnostech jako je imunologická snášenlivost. Další otázkou je pojetí smrti, která je definována zástavou srdeční činnosti a hlavně smrti mozku. Jinou skupinu tvoří čekatelé na transplantaci, kteří mohou podezřívát lékaře, že přidělují orgán jiným lidem a nespravedlivě. (HAŠKOVCOVÁ, 2002 str. 171)

7.1 Definice smrti

Tradičně byla smrt definována jako zástava srdce. Po smrti zůstává zemřelý dvě hodiny na lůžku, než jeho tělo s úctou ošetří. Po smrti a těchto dvou uzákoněných hodinách se však celé tělo, tedy i tkáně a orgány vhodné pro transplantaci nedokrvují a stávají se tak zcela bezcenné. Bylo tedy třeba použít přístroje, který by poháněl srdce a tak prokrvoval tkáně a orgány. A tak i zapotřebí vypracovat ještě jiná kritéria smrti, než jako zástavu srdeční činnosti, aby mohli být transplantace prováděny legálně. Od 60. let tohoto století byla smrt definována také jako smrt mozku. Přestože se lékaři snaží ze všech sil o záchranu, ukáže-li se veškerá snaha marnou, je nutné resuscitace ukončit. To je možné, pokud došlo ke smrti mozku. Takový člověk bývá prohlášen za mrtvého, i když jeho srdce ještě bije a další funkce jsou relativně zachovány. To ale jen díky přístrojům. Tím zůstávají orgány nepoškozené a mohou posloužit pro čekatele.

Kritéria pro stanovení smrti mozku jsou velmi přísná a podílí se na nich několik lékařů. Ke zneužití tedy nemůže dojít. (HAŠKOVCOVÁ, 2002 stránky 173-174)

7.2 Průběh transplantace

Každý pacient je po poučení o transplantaci zařazen na tzv. čekací listinu. Poté se provádějí různá vyšetření. Jedním z nich je typizace, kterou je zjištěna antigenní výbava pacienta. Ta podmiňuje výběr vhodného, imunologicky stejného dárce. Dárce podstoupí též typizaci a další vyšetření. Podle něho se poté v čekací listině hledá vhodný příjemce, u něhož je pravděpodobné, že jeho organismus darovaný orgán přijme. Tedy některý pacient může čekat měsíce nebo roky, některý například jen pár dní, týdnů, byť byl například do čekací listiny zapsán déle, než stále čekající pacient, kterému je nutné vše vysvětlit, uklidnit ho. (HAŠKOVCOVÁ, 2002 stránky 172-173)

7.3 Souhlas s transplantací orgánů

Existují dva přístupy. Strategie „opting out“, která předpokládá souhlas potencionálního dárce a strategie „opting in“, která předpokládá jeho nesouhlas.

V České republice je uznávanou strategií strategie „opting out“. Každému člověku, kterému byla konstatována smrt – smrt mozku a je vhodným dárce, odeberou se mu

potřebné orgány pro transplantaci. Pokud však tento člověk před smrtí vyjádří svůj nesouhlas s odběrem písemnou formou, pak mu nesmí být orgány odebrány. Rodina zemřelého tedy nemá právo o tomto rozhodovat. (HAŠKOVCOVÁ, 2002 stránky 174-175)

Strategie „opting in“ je opačná. Každý člověk musí vyjádřit, že souhlasí s transplantací jeho orgánů pomocí tzv. dárcovské karty (v některých státech tento souhlas může udělit i nejbližší příbuzný). (HAŠKOVCOVÁ, 2002 str. 175)

7.4 Nabídka vs. poptávka

Nabídka orgánů je daleko menší než jejich potřeba. Pro záchranu co největšího počtu lidských životů se organizují různá národní (Český transplant, France Transplant, UK Transplant Support Service) a nadnárodní (Eurotransplant) seskupení, která využívají každý přístupný orgán. Nejprve se prozkoumá, zda existuje vhodný příjemce v dané zemi. Pokud ne, je orgán nabídnut do zahraničí. (HAŠKOVCOVÁ, 2002 stránky 175-176)

III. Praktická část

8 Cíl výzkumu

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit názory studentů Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích na vybrané etické problémy v péči o zdraví. Především tedy v oblasti komunikace mezi lékařem a pacientem, vztahem mezi nimi, poskytnutí dostatečných a srozumitelných informací o zdravotním stavu. Dále interrupce, eutanazie a transplantace, za jakých podmínek by byli pro nebo zda jsou proti, zda souhlasí s určitými strategiemi či nikoliv, apod. V této problematice existuje nespočet nejrůznějších dilemat a názorů, proto by bylo zajímavé dozvědět se názory od studentů Jihočeské univerzity.

9 Stanovené předpoklady

Pro výzkum jsem stanovila sedm předpokladů, kde předpokládám výsledky mé práce:

- Předpoklad č. 1 – Předpokládám, že způsob komunikace ovlivňuje vzájemný vztah mezi lékařem a pacientem.
- Předpoklad č. 2 – Předpokládám, že většina pacientů není dobře a srozumitelně informována o svém zdravotním stavu.
- Předpoklad č. 3 – Předpokládám, že většina studentů neví o právech pacientů.
- Předpoklad č. 4 – Předpokládám, že většina studentů by nesouhlasila se zavedením eutanazie v ČR.
- Předpoklad č. 5 – Předpokládám, že většina studentů interrupci připouští jen v nejnnutnějších případech a životních situacích.
- Předpoklad č. 6 – Předpokládám, že většina studentů tvrdí, že život začíná od oplodnění, je tedy pro strategii „pro život“.
- Předpoklad č. 7 – Předpokládám, že většina studentů souhlasí s předpokládaným souhlasem při transplantaci orgánů.

10 Užité metody

Pro výzkum bakalářské práce jsem zvolila anonymní dotazník, který mi posloužil pro sběr potřebných dat. Byl doručen studentům Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích z různých fakult v elektronické podobě prostřednictvím internetu pomocí služby Vypĺňto.cz. Šetření probíhalo v období od 24. 2. 2016 do 9. 3. 2016 a odpovědělo celkem 141 respondentů. Návratnost činila 87,1% a průměrná doba vyplňování cca 4 minuty. Vzor dotazníku viz. Příloha I..

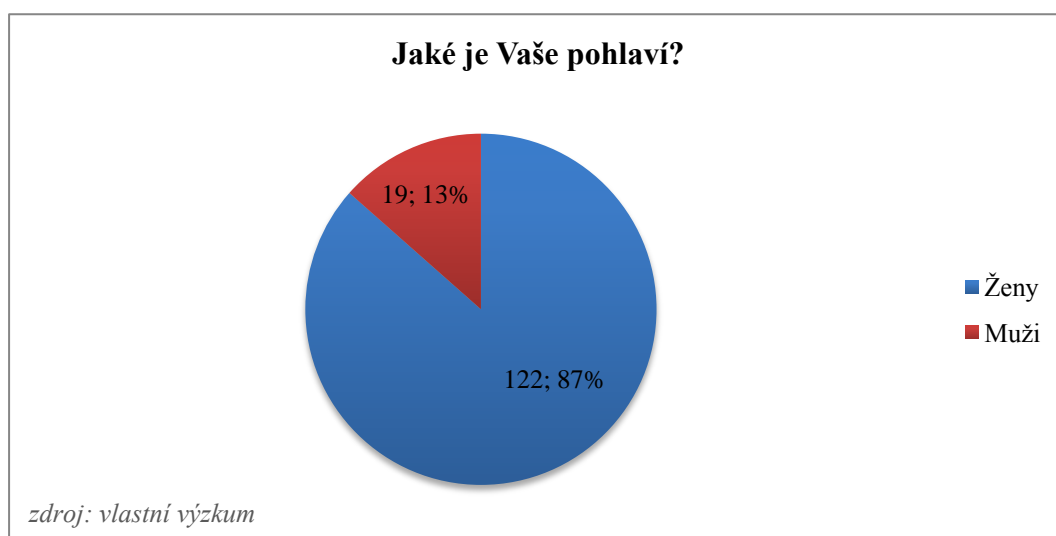
Dotazník obsahoval 16 otázek. Typy otázek, které jsem použila, byly převážně uzavřené a ve dvou případech (v otázkách podmínek pro eutanazii a interrupci) i polouzavřené výčtové s možností vlastní textové odpovědi (díky tomu se porovnání těchto grafů s ostatními může odlišovat v číslech). Z uzavřených otázek jsem použila dichotomické otázky s možností volby ze dvou variant, trichotomické otázky, kde jsem přidala i neutrální odpověď, a také polytomické otázky výběrové. Posledním typem otázek v mém dotazníku byla Likertova škála (speciální polytomická otázka) s textovým vyjádřením respondenta s možností volby šestibodové škály: velmi dobrý, dobrý, spíše dobrý, spíše špatný, špatný a velmi špatný. Tento typ jsem použila v otázkách komunikace mezi lékařem a pacientem, vztahem mezi nimi a v otázce hodnocení informovanosti o zdravotním stavu pacienta. (COUFALÍK, a další, 2012)

Výsledky jsou shrnuté v tabulkách a grafech. V tabulkách je uveden celkový počet odpovědí v celých číslech z celkového počtu respondentů a v závorkách procentuální zastoupení odpovědí. Také v grafech je prvním číslem počet odpovědí respondentů, druhé číslo uvádí procentuální zastoupení. Pro zajímavost jsem uvedla i čísla z celkového počtu respondentů zvláště pro muže a ženy, přestože mužů odpovědělo pouze 19.

11 Vyhodnocení dotazníku a předpokladů

1. Jaké je Vaše pohlaví?

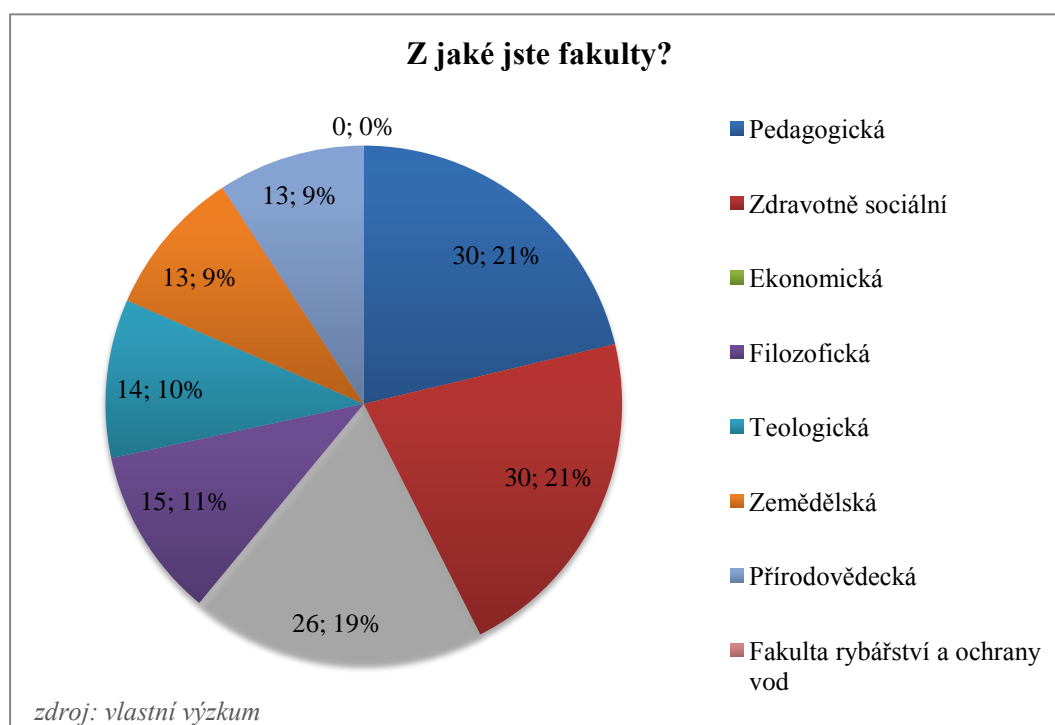
RESPONDENTI	POČET
Ženy	122 (87 %)
Muži	19 (13 %)
Celkem	141



V období dvou týdnů vyplnilo dotazník celkem 141 respondentů, z nichž bylo 19 (13 %) mužů a 122 (87 %) žen.

2. Z jaké jste fakulty?

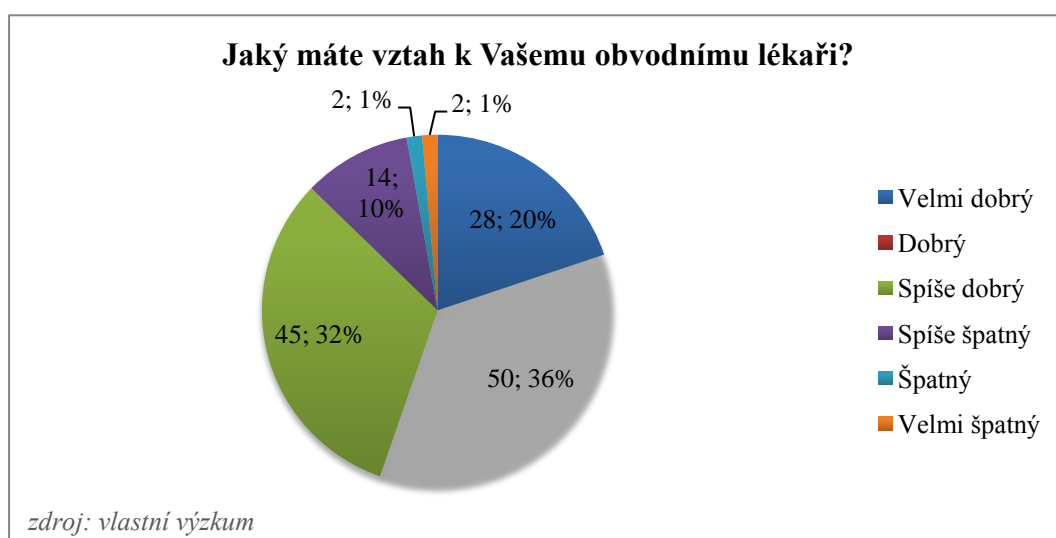
ODPOVĚĎ	CELKEM	ŽENY	MUŽI
Pedagogická	30 (21 %)	27	3
Zdravotně sociální	30 (21 %)	29	1
Ekonomická	26 (19 %)	24	2
Filozofická	15 (11 %)	13	2
Teologická	14 (10 %)	14	0
Zemědělská	13 (9 %)	8	5
Přírodovědecká	13 (9 %)	7	6
Fakulta rybářství a ochrany vod	0 (0 %)	0	0



Studenti odpovídali z různých fakult Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Nejvyšší zastoupení měly fakulty Pedagogická a Zdravotně sociální s počtem 30 (21 %) respondentů. Následovala fakulta Ekonomická s počtem 26 (19 %) respondentů. Dále pak fakulta Filozofická s počtem 15 (11 %), fakulta Teologická s počtem 14 (10 %) a fakulty Zemědělská a Přírodovědecká s počty 13 (9 %) respondentů. Z Fakulty rybářství a ochrany vod neodpovídal ani jeden student (0 %).

3. Jaký máte vztah k Vašemu obvodnímu lékaři?

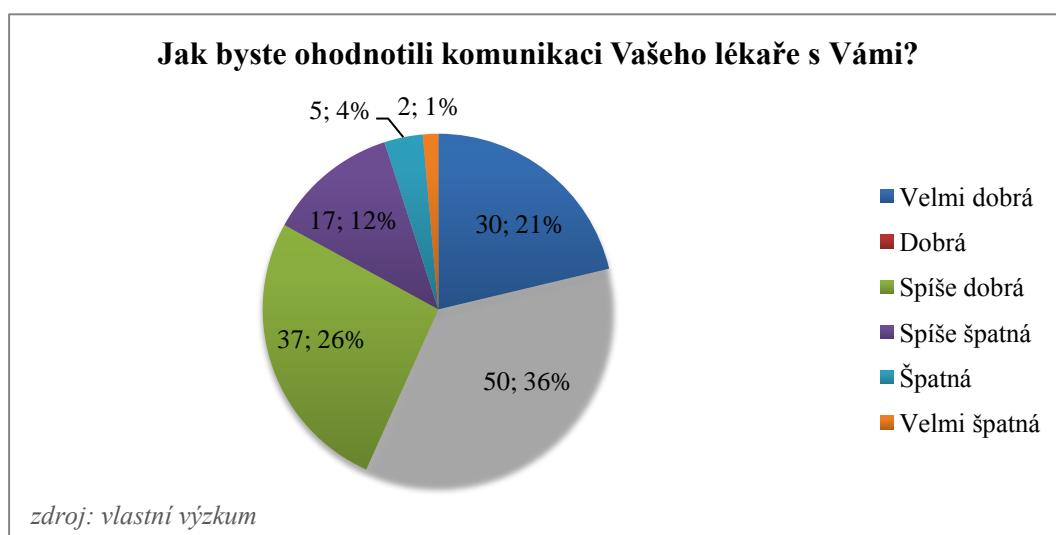
ODPOVĚĎ	CELKEM	ŽENY	MUŽI
Velmi dobrý	28 (20 %)	23	5
Dobrý	50 (36 %)	44	6
Spíše dobrý	45 (32 %)	41	4
Spíše špatný	14 (10 %)	12	2
Špatný	2 (1 %)	1	1
Velmi špatný	2 (1 %)	1	1



Velmi dobrý vztah má 28 (20 %) z respondentů. 50 (36 %) respondentů považuje svůj vztah s obvodním lékařem za dobrý, o 5 méně (32 %) za spíše dobrý, tedy téměř na hranici. Kladně tedy hodnotí svůj vztah s obvodním lékařem 123 (88 %) respondentů. Záporná tvrzení uvedlo celkem 18 (12 %) respondentů, z nichž 14 (10 %) považuje vztah s obvodním lékařem za spíše špatný a 2 (1 %) respondenti dokonce jako špatný a 2 (1 %) jako velmi špatný.

4. Jak byste ohodnotili komunikaci Vašeho lékaře s Vámi?

ODPOVĚĎ	CELKEM	ŽENY	MUŽI
Velmi dobrá	30 (21 %)	26	4
Dobrá	50 (36 %)	41	9
Spíše dobrá	37 (26 %)	35	2
Spíše špatná	17 (12 %)	15	2
Špatná	5 (4 %)	4	1
Velmi špatná	2 (1 %)	1	1

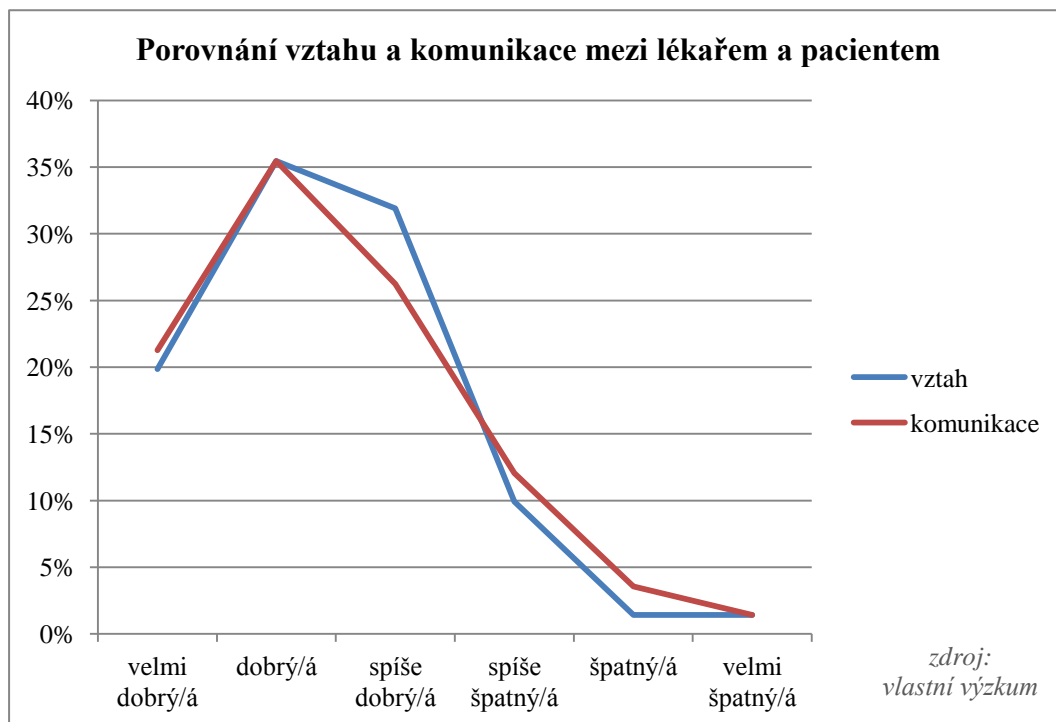


Komunikace je ve většině případů (117; 83 %) opět kladná. Dá se téměř srovnat s předcházející otázkou o vztahu ke svému obvodnímu lékaři. Z toho vyplývá předpoklad č. 1 (viz. níže). 30 (21 %) považuje komunikaci se svým lékařem za velmi dobrou. Nejvíce (50; 36 %) respondentů uvedlo komunikaci jako dobrou a 37 (26 %) odpovědělo, že je spíše dobrá. Spíše špatnou komunikaci ohodnotilo 17 (12 %) respondentů, jako špatnou 5 (4 %) a velmi špatnou 2 (1 %).

11.1 Předpoklad č. 1

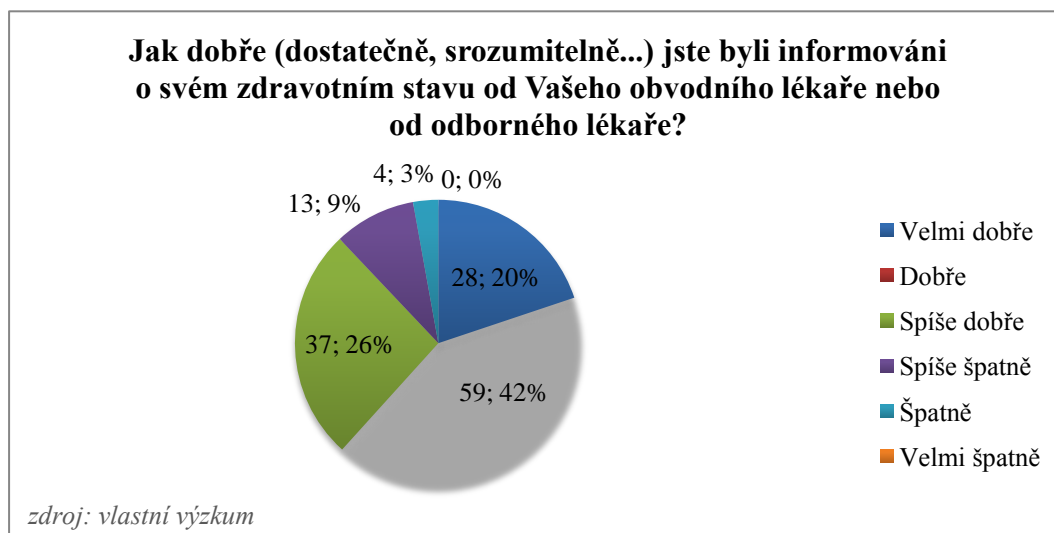
Předpokládám, že způsob komunikace ovlivňuje vzájemný vztah mezi lékařem a pacientem. Předpoklad byl potvrzen. V porovnání dvou předchozích otázek, otázky č. 3

a 4, tedy těch, které se ptají na vztah studenta s jeho obvodním lékařem a na ohodnocení komunikace mezi nimi, vidíme, že odpovědi jsou téměř srovnatelné (viz. graf níže: Porovnání vztahu a komunikace mezi lékařem a pacientem). Toto porovnání tedy potvrzuje předpoklad, že způsob komunikace do jisté míry ovlivňuje vzájemný vztah mezi lékařem a pacientem. Pokud je dobrá komunikace, je dobrý i celkový vztah a naopak.



5. Jak dobře (dostatečně, srozumitelně...) jste byli informováni o svém zdravotním stavu od Vašeho obvodního lékaře nebo od odborného lékaře?

ODPOVĚĎ	CELKEM	ŽENY	MUŽI
Velmi dobře	28 (20 %)	25	3
Dobře	59 (42 %)	48	11
Spíše dobře	37 (26 %)	36	1
Spíše špatně	13 (9 %)	11	2
Špatně	4 (3 %)	2	2
Velmi špatně	0 (0 %)	0	0



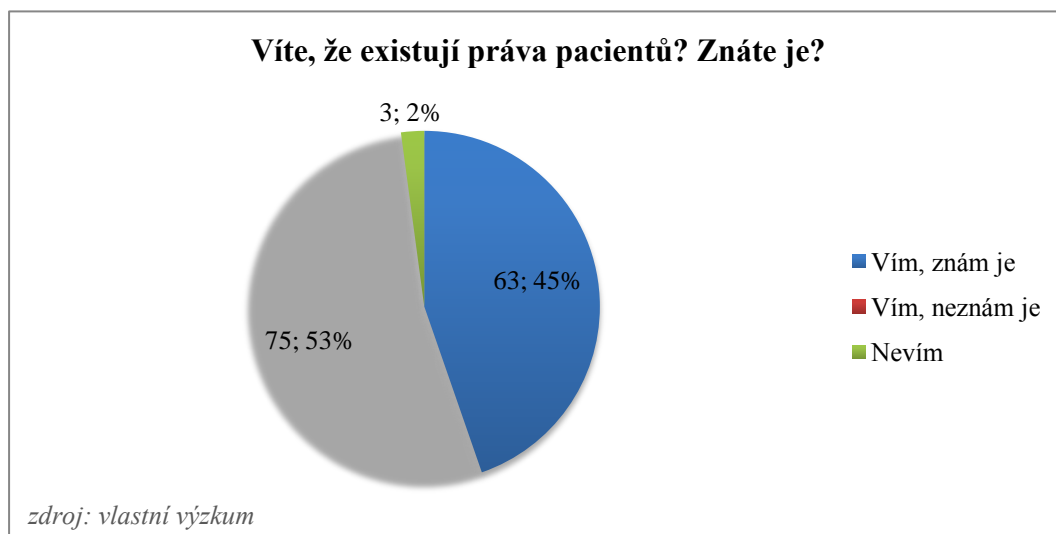
V odpovědích na otázku dobré (dostatečné, srozumitelné, aj.) informovanosti pacienta od lékaře se objevila jako nejčastější odpověď s počtem 59 (42 %) respondentů: dobře. V dalších případech ohodnotilo informovanost za spíše dobrou 37 (26 %) respondentů a za velmi dobrou 28 (20 %) respondentů. Negativně hodnotilo 17 (12 %) respondentů, při čemž 13 (9 %) z nich bylo téměř na hranici a označilo informovanost za spíše špatnou a 4 (3 %) z nich za špatnou. Velmi špatně není informovaný žádný z respondentů.

11.2 Předpoklad č. 2

Předpokládám, že většina pacientů není dobře a srozumitelně informována o svém zdravotním stavu. Předpoklad byl vyvrácen. Většina respondentů (124; 88 %) je dobře a srozumitelně informována o svém zdravotním stavu od svého lékaře. Pouze 17 (12 %) ze 141 hodnotí informovanost od lékaře negativně.

6. Víte, že existují práva pacientů? Znáte je?

ODPOVĚĎ	CELKEM	ŽENY	MUŽI
Vím, znám je	63 (45 %)	58	5
Vím, neznám je	75 (53 %)	62	13
Nevím	3 (2 %)	2	1



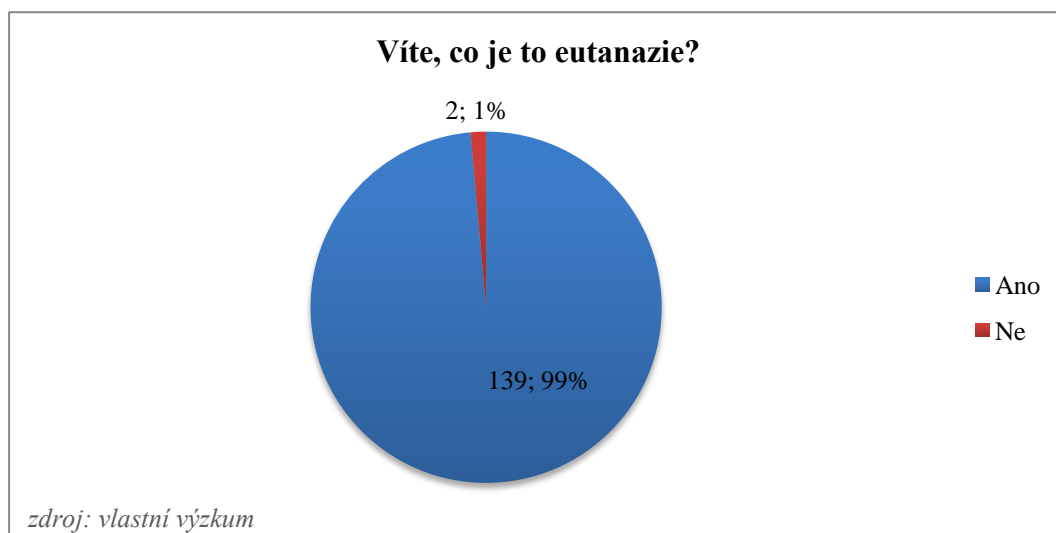
138 (98 %) respondentů ví, že existují práva pacientů, z nichž 63 (45 %) je zná a 75 (53 %) ne. Zbývající 3 (2 %) respondenti nevědí o jejich existenci.

11.3 Předpoklad č. 3

Předpokládám, že většina studentů neví o právech pacientů. Předpoklad byl vyvrácen. Jen 3 (2 %) studenti ze 141 nevědí, že existují práva pacientů.

7. Víte, co je to eutanazie?

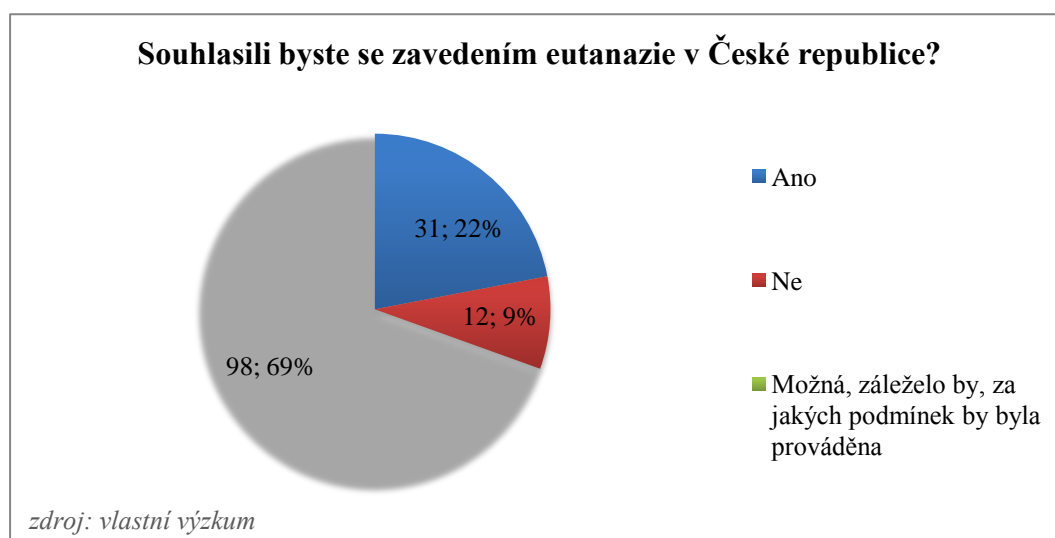
ODPOVĚĎ	CELKEM	ŽENY	MUŽI
Ano	139 (99 %)	120	19
Ne	2 (1 %)	2	0



Z celkového počtu dotazovaných pouze 2 (1 %) respondenti nevědí, co znamená pojem eutanazie.

8. Souhlasili byste se zavedením eutanazie v České republice?

ODPOVĚĎ	CELKEM	ŽENY	MUŽI
Ano	31 (22 %)	27	4
Ne	12 (9 %)	11	1
Možná, záleželo by, za jakých podmínek by byla prováděna	98 (69 %)	74	14



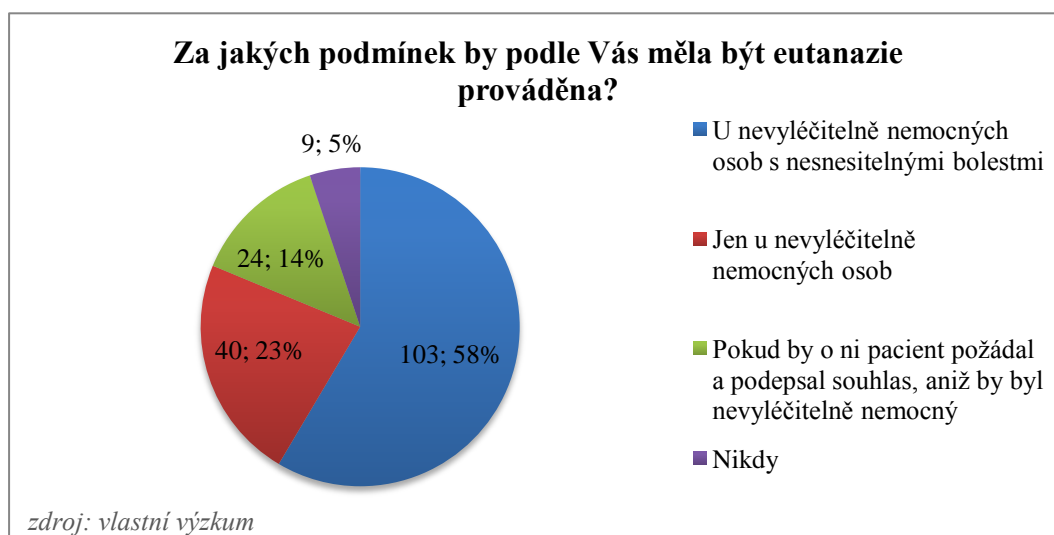
Na otázku, zda by studenti souhlasili se zavedením eutanazie v České republice, odpovědělo 31 (22 %) dotazovaných kladně, 98 (69 %) uvedlo, že by záleželo, za jakých podmínek by byla prováděna, a 12 (9 %) by bylo zcela proti jejímu zavedení.

11.4 Předpoklad č. 4

Předpokládám, že většina studentů by nesouhlasila se zavedením eutanazie v České republice. Předpoklad byl vyvrácen. Větší počet studentů by se zavedením eutanazie souhlasil, pouze 12 (9 %) by bylo proti.

9. Za jakých podmínek by podle Vás měla být eutanazie prováděna?

ODPOVĚĎ	CELKEM	ŽENY	MUŽI
U nevléčitelně nemocných osob s nesnesitelnými bolestmi	103 (58 %)	92	11
Jen u nevléčitelně nemocných osob	40 (23 %)	31	9
Pokud by o ni pacient požádal a podepsal souhlas, aniž by byl nevléčitelně nemocný	24 (14 %)	19	5
Nikdy	9 (5 %)	8	1
Jiná odpověď	17 (12 %)	13	4



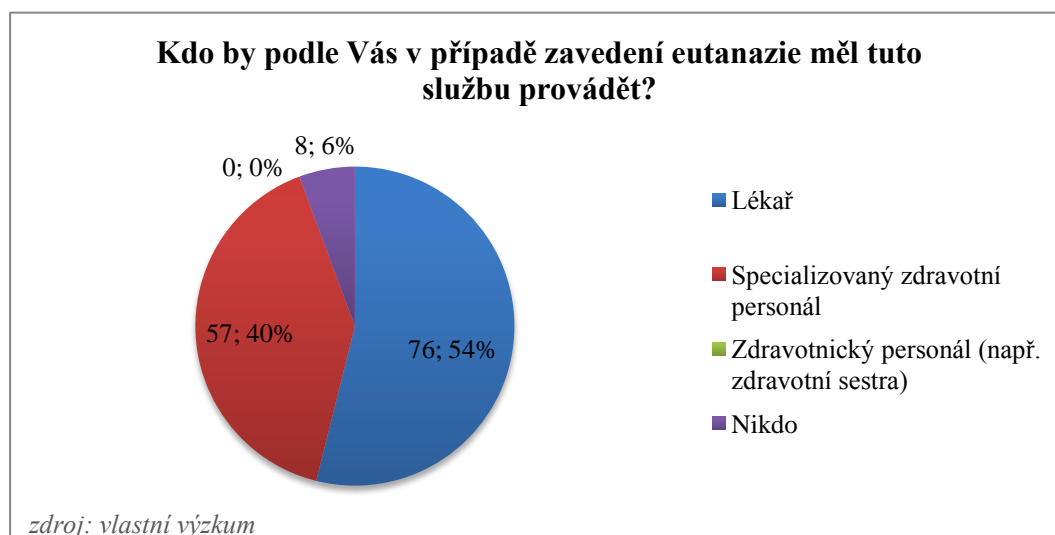
Pro 103 (58 %) respondentů by měla být eutanazie prováděna za podmínky, pokud by se jednalo o pacienty nevléčitelně nemocné s nesnesitelnými bolestmi a 40 (23 %) označilo podmínku takovou, pokud by byl pacient nevléčitelně nemocný. 24 (14 %) respondentů by bylo pro, pokud by o to pacient požádal a podepsal souhlas, aniž by byl nevléčitelně nemocný a 9 (5 %) respondentů by chtělo, aby nebyla eutanazie provedena za žádných podmínek.

17 (12 %) z respondentů připsalo i své odpovědi. Po shrnutí se vyskytovaly názory (kromě těch již výše zmíněných), že pacient eutanazii musí chtít, musí ji zvažovat delší dobu, musí podepsat souhlas a musí tak učinit při plném vědomí, dále že by měl být brán v potaz i souhlas nejbližších. Dalšími názory bylo podrobení psychologickému vyšetření pacienta, a aby byl případ schválený soudem. Také, že by bylo zapotřebí více

důvodů pacienta a že by záleželo na typu nemoci, protože každý případ je jiný. Ostatní respondenti uváděli, že se jedná o velmi složitá rozhodnutí, že si nejsou jistí, zda by s eutanazií souhlasili, či nikoliv. Odpůrci eutanazie napsali, že jsou proti, ale kdyby přeci jen v ČR byla legalizována, souhlasili by s ní pouze v případě nevléčitelné nemoci, dalším názorem bylo, že by Češi nebyli Čechy a že je to velmi nebezpečné, protože by se dala snadno zneužít.

10. Kdo by podle Vás v případě zavedení eutanazie měl tuto službu provádět?

ODPOVĚĎ	CELKEM	ŽENY	MUŽI
Lékař	76 (54 %)	70	6
Specializovaný zdravotní personál	57 (40 %)	45	12
Zdravotnický personál (např. zdravotní sestra)	0 (0 %)	0	0
Nikdo	8 (6 %)	7	1



Eutanazii by podle 76 (54 %) respondentů měl provádět lékař, podle 57 (40 %) specializovaný zdravotní personál a 8 (6 %) studentů odpovědělo, že by ji neměl provádět nikdo. Možnost provedení eutanazie zdravotnickým personálem (např. zdravotní sestrou) neoznačil ani jeden respondent.

V předchozích otázkách však odpovědělo 12 (9 %) respondentů, kteří by nebyli pro zavedení eutanazie v ČR, avšak v další otázce, za jakých podmínek by měla být prováděna, uvedlo možnost „nikdy“ už jen 9 (5 %) respondentů a u této otázky uvedlo opět o jednoho méně (6 %), že by ji neměl provádět nikdo. Čísla se neshodují, pravděpodobně by 12 (9 %) osob nebylo pro zavedení eutanazie v ČR, avšak za určitých okolností by k ní 3 (2 %) nebo 4 (3 %) studenti přistoupili.

11. Víte, jaký je rozdíl mezi aktivní a pasivní eutanazií?

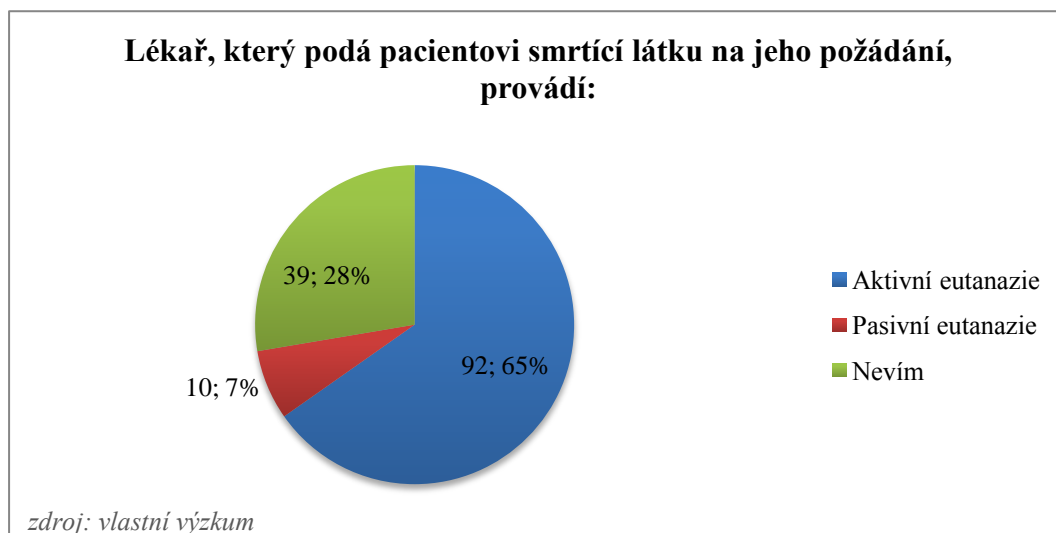
ODPOVĚĎ	CELKEM	ŽENY	MUŽI
Ano	51 (36 %)	46	5
Ne	90 (64 %)	76	14



90 (64 %) respondentů ze 141 nevědí, jaký je rozdíl mezi aktivní a pasivní eutanazií.

12. Lékař, který podá pacientovi smrtící látku na jeho požádání, provádí:

ODPOVĚĎ	CELKEM	ŽENY	MUŽI
Aktivní eutanazie	92 (65 %)	78	14
Pasivní eutanazie	10 (7 %)	9	1
Nevím	39 (28 %)	35	4

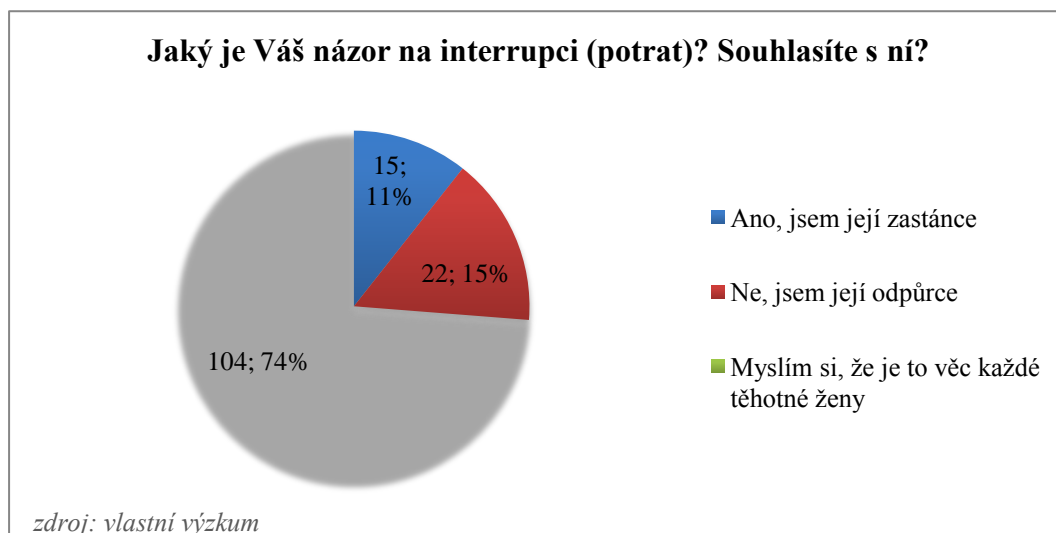


92 (65 %) respondentů označilo správně, že se jedná o aktivní eutanazii, 10 (7 %) ji označilo za pasivní eutanazii a 39 (28 %) respondentů odpovědělo, že nevědí, o jakou eutanazii se jedná.

V porovnání s předchozí otázkou č. 11 však dochází k neshodě. Poprvé odpovědělo 90 (64 %) studentů, že nevědí, jaký je mezi těmito dvěma eutanaziemi rozdíl, avšak u této otázky označilo odpověď „nevím“ už jen 39 (28 %) z nich. 51 (36 %) respondentů se tedy pokoušelo odhadnout, o jakou eutanazii se jedná, přestože nevědí, jaký je mezi nimi rozdíl.

13. Jaký je Váš názor na interrupci (potrat)? Souhlasíte s ní?

ODPOVĚĎ	CELKEM	ŽENY	MUŽI
Ano, jsem její zastánce	15 (11 %)	13	2
Ne, jsem její odpůrce	22 (15 %)	18	4
Myslím si, že je to věc každé těhotné ženy	104 (74 %)	91	13

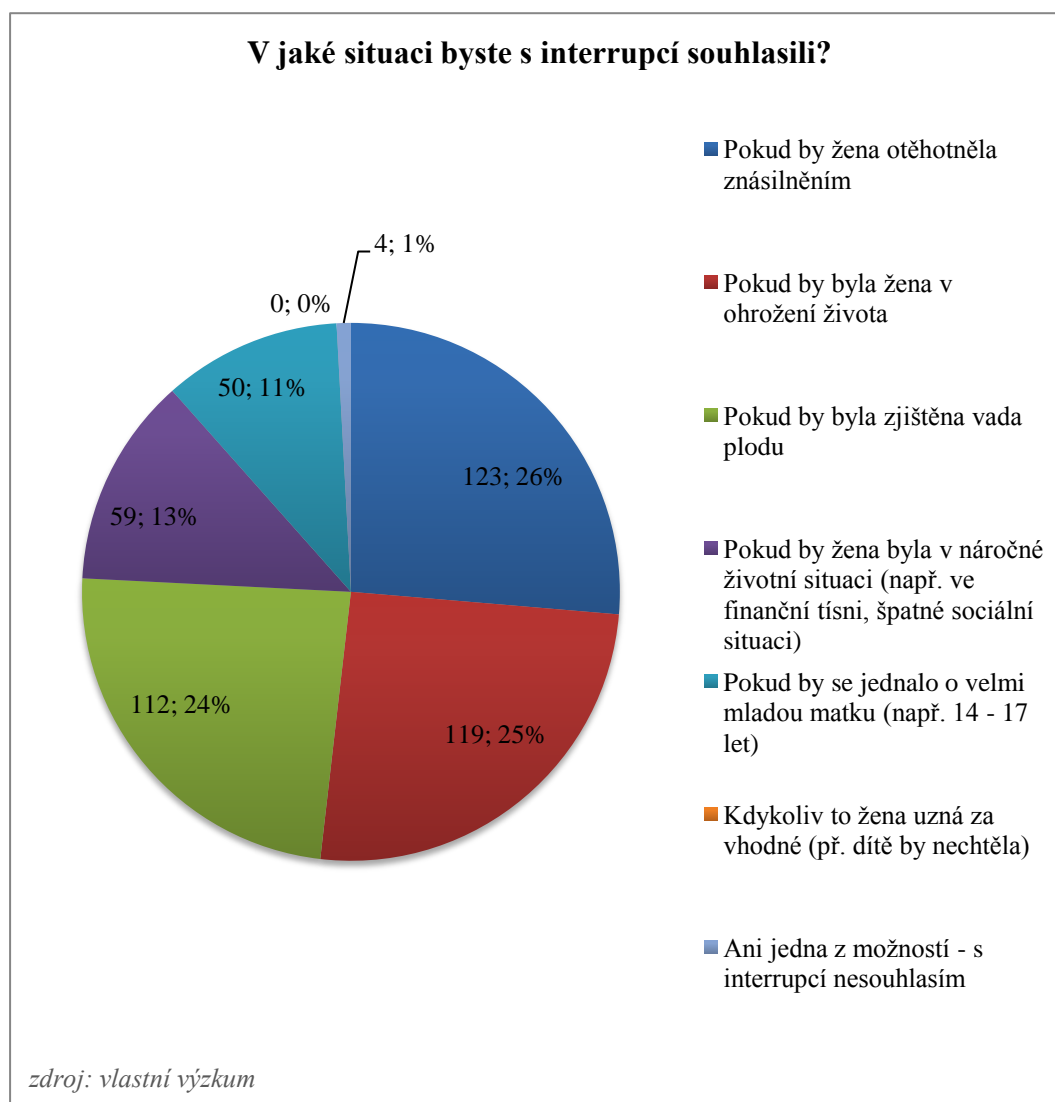


Většina (104; 74 %) si myslí, že interrupce je věc každé těhotné ženy. Jejím zastáncem je 15 (11 %) z dotázaných a jejím odpůrcem 22 (15 %).

14. V jaké situaci byste s interrupcí souhlasili?

ODPOVĚĎ	CELKEM	ŽENY	MUŽI
Pokud by žena otěhotněla znásilněním	123 (26 %)	107	16
Pokud by byla žena v ohrožení života	119 (25 %)	103	16
Pokud by byla zjištěna vada plodu	112 (24 %)	99	13
Pokud by žena byla v náročné životní situaci (např. ve finanční tísní, špatné sociální situaci)	59 (13 %)	53	6
Pokud by se jednalo o velmi mladou matku (např. 14 – 17 let)	50 (11 %)	44	6

Kdykoliv to žena uzná za vhodné (př. dítě by nechtěla)	0 (0 %)	0	0
Ani jedna z možností – s interrupcí nesouhlasím	4 (1 %)	3	1
Jiná odpověď	15 (11 %)	13	2



Nejvíce respondentů (123; 26 %) by souhlasilo s interrupcí, pokud by se jednalo o znásilnění, dále s počtem 119 (25 %) se umístila odpověď, pokud by se jednalo o ohrožení života matky. 112 (24 %) respondentů odpovědělo, pokud by byla zjištěna vada plodu. Méně z dotázaných, tedy 59 (13 %) respondentů by souhlasilo s interrupcí, pokud by byla žena v náročné životní situaci a o 9 méně (11 %) by bylo pro, pokud by

se jednalo o velmi mladou ženu. 4 (1 %) respondenti by nesouhlasili ani s jednou ze situací.

15 (11 %) připsalo svůj komentář. Z těchto vypsaných odpovědí se vyskytovaly důvody, pokud by byla matka nemocná a toto onemocnění by bylo přenosné na dítě, pokud by matka spadla do alkoholismu nebo toxikomanie, pokud by se o dítě nechtěl partner starat. Dále pokud by se jednalo jen o velmi složité případy, jako zmíněné znásilnění nebo ohrožení života. Další respondenti uvedli, že záleží na situaci, důvodech a stavu matky, že každý případ je individuální. A přibližně v devíti případech odpověděli respondenti, že je to jen na ženě, jak se svým těhotenstvím naloží. Někteří z nich dodali, že připouští interrupci i z osobních důvodů, když se s partnerem dohodnou, že dítě zatím nechtějí nebo pokud to bude v období stanoveném zákonem.

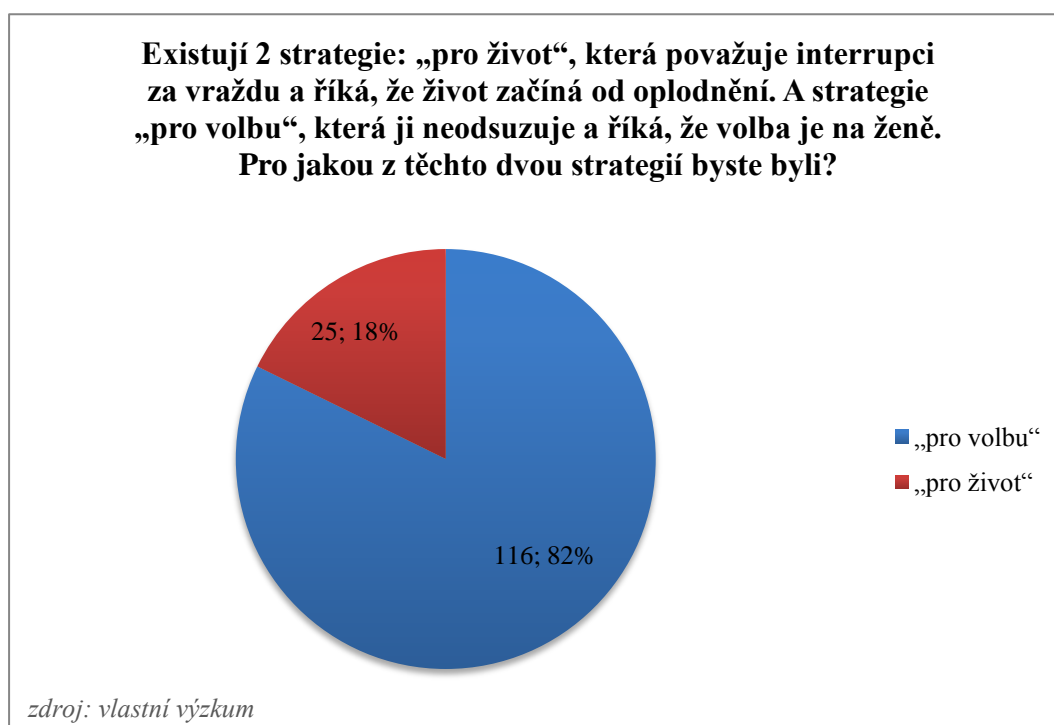
V porovnání s předchozí otázkou č. 13, kdy 22 (15 %) respondentů odpovědělo, že jsou jejím odpůrcem, pouze 4 (1 %) z nich by u této otázky nezvolili interrupci ani v jedné situaci. Zbylých 18 (14 %) je tedy proti interrupci, ale pravděpodobně by ji zvažovali, pokud by se jednalo o některý z uvedených případů.

11.5 Předpoklad č. 5

Předpokládám, že většina studentů interrupci připouští jen v nejnutnějších případech a životních situacích. Předpoklad byl potvrzen. Nad 100 (75 %) respondentů odpovědělo, že by bylo pro ni, pokud by se jednalo o znásilnění, o ohrožení života ženy nebo pokud by byla zjištěna vada plodu. Méně než polovina by ji připustilo i za podmínek náročné životní situace nebo velmi mladého věku ženy. Možnost odpovědi: kdykoliv to žena uzná za vhodné, nevybral ani jeden (0 %) z respondentů, avšak 9 (6 %) z nich takovouto odpověď uvedlo svými slovy. Přesto je takovýchto odpovědí méně, než těch, které souhlasí s interrupcí jen v nejnutnějších případech.

15. Existují 2 strategie: „pro život“, která považuje interrupci za vraždu a říká, že život začíná od oplodnění. A strategie „pro volbu“, která ji neodsuzuje a říká, že volba je na ženě. Pro jakou z těchto dvou strategií byste byli?

ODPOVĚĎ	CELKEM	ŽENY	MUŽI
„pro volbu“	116 (82 %)	101	15
„pro život“	25 (18 %)	21	4



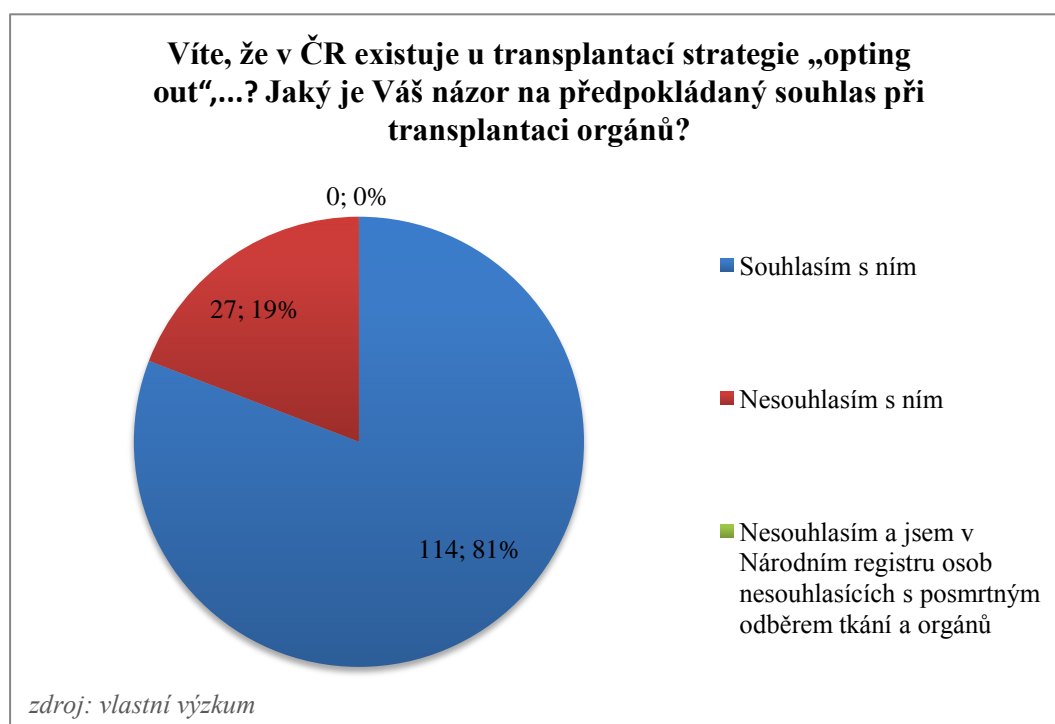
Ze 141 studentů je 25 (18 %) pro strategií „pro život“, která považuje interrupci za vraždu a říká, že život začíná od oplodnění.

11.6 Předpoklad č. 6

Předpokládám, že většina studentů tvrdí, že život začíná od oplodnění, je tedy pro strategií „pro život“. Předpoklad byl vyvrácen. Většina studentů souhlasí se strategií „pro volbu“, pouze 25 (18 %) studentů je pro strategií „pro život“.

16. Víte, že v ČR existuje u transplantací strategie „opting out“, tedy taková, která předpokládá souhlas s darováním orgánů po smrti pacienta a jen pokud před smrtí podá pacient žádost, že si nepřeje být dárce, tak jeho orgány nejsou odebrány? Jaký je Váš názor na předpokládaný souhlas při transplantaci orgánů?

ODPOVĚĎ	CELKEM	ŽENY	MUŽI
Souhlasím s ním	114 (81 %)	99	15
Nesouhlasím s ním	27 (19 %)	23	4
Nesouhlasím a jsem v Národním registru osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánů	0 (0 %)	0	0



Z celkového počtu respondentů většina – 114 (81 %) souhlasí s existující strategií „opting out“ v naší republice.

11.7 Předpoklad č. 7

Předpokládám, že většina studentů souhlasí s předpokládaným souhlasem při transplantaci orgánů. Předpoklad byl potvrzen. 114 (81 %) studentů ze 141 souhlasí s touto volbou strategie v České republice.

12 Diskuze

Pomocí anonymního dotazníku rozeslaným prostřednictvím internetu službou Vyplňto.cz studentům Jihočeské univerzity jsem došla k závěru, že ze svých sedmi předpokladů se mi některé potvrdily a některé vyvrátily. Mezi ty, které se mi potvrdily, patřily předpoklady č. 1, 5 a 7, a ty které se vyvrátily, byly předpoklady č. 2, 3, 4 a 6.

Prvním potvrzeným předpokladem č. 1, který koresponduje s otázkami číslo 3 a 4 byl předpoklad, že **způsob komunikace ovlivňuje vzájemný vztah mezi lékařem a pacientem.**

Souhlasím s autory knih Studie bioetiky III. a Lékařská etika, že takový vztah není vůbec jednoduchý, klade určité nároky. Obě strany si musí naprosto věřit, což je důležité pro společné hledání pravdy a řešení situací v oblasti zdraví pacienta i jeho okolí. V současné době se však vyskytuje nespravedlivé chování a agresivita pacientů vůči lékařům, což takový vztah ohrožuje. (DOLISTA, a další, 2008 stránky 40-41)

Usilování o co nejlepšího vztahu s nemocným je nesmírně důležité, pomáhá v uzdravování a stimuluje pacienta ke spolurozhodování a odpovědnosti za výsledky léčby. (KORĚNEK, 2004 str. 72)

Odpovědi studentů byly téměř vyrovnané u otázek vztahu k obvodnímu lékaři a ohodnocení komunikace s lékařem. Velmi dobrý vztah označilo 28 studentů (20 %) a 30 studentů (21 %) označilo také komunikaci za velmi dobrou. Označení obou těchto otázek ve vztahu i komunikaci za dobrý se shoduje s počtem 50 studentů (36 %). Spíše dobrý vztah má 45 studentů (32 %), z toho o 8 méně, tedy 37 (26 %) označilo i komunikaci za spíše dobrou. Spíše špatný vztah považuje 14 studentů (10 %) a takovou komunikaci 17 studentů (12 %). Špatný a velmi špatný vztah mají 2 studenti (1 %), špatnou komunikaci 5 studentů (4 %) a velmi špatnou komunikaci 2 studenti (1 %). Lze tedy říci, že pokud je kladná komunikace, je kladný i celkový vztah mezi lékařem a pacientem a naopak (lze vidět i výše v grafu: Porovnání vztahu a komunikace mezi lékařem a pacientem).

Druhý potvrzený předpoklad č. 5 byl ten, že **většina studentů interrupci připouští jen v nejnnutnějších případech a životních situacích.** Největší převahu měly odpovědi: pokud by byla žena znásilněna (123, 26 %), pokud by byla v ohrožení života (119, 25 %) a pokud by byla zjištěna vada plodu (112, 24 %). Odpověď: kdykoliv to

žena uzná za vhodné, neoznačil ani jeden ze studentů. Z vlastních odpovědí studentů se vyskytovaly následující důvody pro interrupci: pokud by byla matka nemocná a toto onemocnění by bylo přenosné na dítě, pokud by matka spadla do alkoholismu nebo toxikomanie, pokud by se jednalo jen o velmi složité případy, jako zmíněné znásilnění nebo ohrožení života. Jako méně vážné důvody byly uváděny takové, pokud by se o dítě nechtěl partner starat, pokud se s partnerem dohodnou, že dítě zatím nechtějí a přibližně v devíti případech (6 %) odpověděli studenti, že je to jen na ženě, jak se svým těhotenstvím naloží. Někteří z nich dodali, že připouští interrupci i pokud by se jednalo o osobní důvody, nebo pokud by byla interrupce provedena v období stanoveném zákonem. Neutrálními odpověďmi byly, že záleží na situaci, důvodech a stavu matky, že každý případ je individuální. Z toho vyplývá, že většina souhlasí s interrupcí jen z vážných důvodů.

Výsledky bakalářské práce Michaely Adlerové z roku 2006, která tuto problematiku zkoumala u studentů Jihočeské univerzity, se shodují s výsledky této bakalářské práce, přestože odpovědi vybírala jen od studentů dvou fakult (Zdravotně sociální a Teologické). Většina studentů z celkového počtu (100) připouští interrupci v nejnutnějších případech. Ohrožení matky označilo celkem 100 studentů, ohrožení vývoje plodu 76 studentů, abnormální vývoj plodu 77 studentů a znásilnění nebo incest zvolilo 90 studentů. Odpovědi na sociální – ekonomické důvody bylo celkem 33, nechtěné těhotenství 35 a nesouhlas partnera 4. (ADLEROVÁ, 2006 str. 55)

Josef Dolista a Miroslav Sapík uvádí ve své knize dva vážné případy, selektivní potrat a ukončení těhotenství k záchraně života. Někteří rodiče žádají i „kvalitu“ dítěte. Pokrok medicíny umožňuje zjištění dědičně poškozeného plodu nebo výpočet určitých rizik. Takový problém jsou někteří rodiče ochotni řešit tzv. selektivním potratem. Ovšem i zde vyskakují na povrch otázky, zda je to etické. U interrupce pro záchranu života se vyskytují dvě hlediska. Prvním je záchrana života matky, u které existuje jednoznačná odpověď: přednost dostává život matky. Je to přijatelný důvod, který je eticky únosný. Druhou variantou v oblasti záchrany života je malformace plodu, tedy pokud plodu chybí například typicky lidský velký mozek, pokud po porodu nemůže přežít, pokud se nikdy neprobudí k vědomí, tedy pokud je to plod předurčený smrti, přestože nejde o nebezpečí života matky. Jedná se pouze o zkrácení jeho života o tzv. „nepřímou interrupci“. (DOLISTA, a další, 2008 stránky 26-28)

Ještě bych chtěla uvést informace Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR z roku 2013. Z jedné z jejich tabulek bych ráda vypsalala informace o interrupcích od roku 1985 do roku 2013. Průměrná hodnota uměle ukončených těhotenství během těchto let je 51 151 zákroků, z nichž průměrně 8 079 bylo ze zdravotních důvodů. Roku 1985 bylo provedeno 83 042 umělých ukončení těhotenství, roku 1988 už dokonce 110 031, avšak od roku 1987 se toto číslo stále zmenšuje, roku 2000 bylo provedeno „jen“ 32 530 zákroků a roku 2013 dokonce 21 220. (ÚZIS, 2013 stránky 26-27)

Posledním potvrzeným předpokladem č. 7 byl ten, že **většina studentů souhlasí s předpokládaným souhlasem při transplantaci orgánů**. Jedná se o strategii „opting out“, kdy se vhodnému dárci, kterému byla konstatována smrt, odeberou potřebné orgány pro transplantaci. Toto se nestane, jen pokud před svou smrtí vyjádří písemně svůj nesouhlas.

S touto strategií zavedenou v České republice souhlasí 114 studentů (81 %). Zbývajících 27 (19 %) je proti.

V provedeném výzkumu Soni Šimkové k diplomové práci o názorech občanů na transplantace tkání a orgánů je uvedeno, že z 526 respondentů pouze 159 respondentů zná předpokládaný souhlas, z nich 119 (asi 75 %) upřednostňuje náš předpokládaný souhlas, který je zaveden v ČR, ostatní jsou proti. (ŠIMKOVÁ, 2015 stránky 63-66)

Má 4 zbývajících tvrzení (předpoklad č. 2, 3, 4 a 6) byly vyvráceny. Prvním byl předpoklad č. 2, že **většina studentů není dobře a srozumitelně informována o svém zdravotním stavu**. 124 (88 %) studentů ohodnotilo informovanost kladně. Za velmi dobrou ji považuje 28 (20 %) studentů, za dobrou 59 (42 %) studentů a za spíše dobrou 37 (26 %) studentů. Jen 17 (12 %) studentů ze 141 hodnotí informovanost negativně, přičemž 13 (9 %) jako spíše špatnou a 4 (3 %) za špatnou. Velmi špatnou možnost neuvědli žádný (0 %) ze studentů.

Důležitým bodem pro informování pacienta je pravdivost s dostatkem času a informovat pacienta o jeho stavu, dalších možnostech a možných výsledcích. Pokud je pacient dostatečně a srozumitelně informován, může lépe zvládat těžkosti a lépe spolupracovat s lékařem a jinými zdravotnickými pracovníky. (KORĚNEK, 2004 str. 73)

Druhým vyvráceným tvrzením č. 3, kdy jsem předpokládala, že **většina studentů neví o právech pacientů**, která by měli znát lékaři, ale nejen ti, i každý pacient a široká veřejnost, odpověděli takto pouze 3 z nich (2 %). Zbylých 138 (98 %) o nich ví, z nichž 63 (45 %) je dokonce zná. Otázkou jen zůstává, zda znají všechna práva nebo jen část z nich.

Předpoklad č. 4, že **většina studentů by nesouhlasila se zavedením eutanazie v České republice**, byl také vyvrácen. Se zavedením eutanazie v České republice by však nesouhlasilo pouze 12 (9 %) studentů ze 141. Souhlasilo by s ní 31 (22 %) studentů a 98 (69 %) z celkového počtu tvrdí, že by záleželo na podmínkách, za jakých by byla prováděna. Odpovědi na podmínky můžete nalézt u kapitoly vyhodnocení dotazníku a předpokladů (otázky č. 9), kde také 17 (12 %) studentů uvedlo své vlastní odpovědi.

Lékaři v naší republice se brání ukončení života pacienta, uchovali si úctu k lidskému životu. Někteří lidé naopak tvrdí, že lékař, který nepomůže zemřít, nemá soucit. Snahou lékařů by ale mělo být odstranění nebo zmírnění utrpení pacienta a poukazovat na hodnotu života. (KORĚNEK, 2004 stránky 123-125)

Dolista a Sapík říká, že eutanazie zasahuje všechny základní lidské vztahy. Její uzákonění, byť za určitých podmínek by znamenalo výzvu pro nemocné a staré osoby, aby zvážili, zda by o ni neměli požádat. Lékaři by se rozdělili na dvě části, jedni, kteří slouží životu a druzí sloužící smrti. (DOLISTA, a další, 2008 stránky 52-53)

Také David Urban se ve své diplomové práci domníval, že studenti Zdravotně sociální a Zemědělské fakulty JU v Českých Budějovicích jsou proti legalizaci eutanazie v ČR. Tato domněnka se mu také nepotvrdila. Z nadpoloviční většiny by tito studenti s eutanazií souhlasili, avšak je nutné dodat, že s provedením eutanazie u jejich blízkých osob by už nesouhlasili. (URBAN, 2006 str. 103)

Ve své bakalářské práci uvádí Lada Štěrbová výrok geriatra MUDr. Daniela Hudečka, který říká, že eutanazie je vražda a že i osoby nevléčitelně nemocné mohou prožít kvalitní konec života. Ani MUDr. Bohdan Babinec, CSC a další by nedokázali eutanazii svému pacientovi provést. Dále je tu uveden odstavec MUDr. Jitky Borské, praktické lékařky pro děti a dorost, která naopak říká, že souhlasí s eutanazií v případě opakované žádosti pacienta nebo na jeho písemné přání. Jsou zde zmíněny i řádky

MUDr. Ireny Prudké, praktické lékařky, která již také zaznamenala případy, kdy ji pacienti vážně prosili o usmrcení. Je zde uvedena celá řada názorů od nejrůznějších lékařů. (ŠTĚRBOVÁ, 2014 stránky 49-52)

Mou poslední vyvrácenou domněnkou č. 6 byla otázka strategie „pro život“ a „pro volbu“, kdy jsem se domnívala, že je **většina studentů pro strategii „pro život“**, která říká, že život začíná od oplodnění a považuje interrupci za vraždu. Pro tuto možnost však bylo pouze 25 (18 %) studentů z celkového počtu.

I práce Michaely Adlerové poukazuje na to, že studenti Zdravotně sociální a Teologické fakulty jsou pro strategii „pro volbu“. (ADLEROVÁ, 2006 stránky 75-76)

Tato odpověď záleží na postoji začátku života každého z nás. I Kořenek tvrdí, že definice okamžiku vzniku lidské osobnosti je velmi složitá. Většina se ale v současné době shoduje, že vznik lidské osobnosti začíná vznikem zygoty, kdy je DNA kompletní, je to celek, který se nemůže znovu rozpadnout na 2 subsystemy. Funkcionalistické teorie říkají, že lidské embryo není ještě osobou, ale jakýmsi biologickým faktem, který má velmi slabý etický statut. Společnost nebo člověk sám se pak rozhodne, jaký statut mu určí. (KOŘENEK, 2004 stránky 85-86)

V neposlední řadě bych chtěla zmínit bakalářskou práci mé spolužačky Anny Bicanové, která se zabírala totožným tématem pouze s rozdílem respondentů. Zkoumala tyto názory u dospělé populace Jihočeského kraje u 100 respondentů. Měli jsme téměř shodný dotazník, který jsme zpracovávaly společně. Její výsledky jsou ve většině případů shodné s mými. U otázek č. 3, 4 a 5, tedy u otázek vztahu, komunikaci a informovanosti mezi lékařem a pacientem odpověděla většina kladně, jen 2 (2 %) respondenti považují vztah a informovanost o svém zdravotním stavu za spíše špatný. U otázky č. 6 většina (70 %) z dotázaných ví o právech pacientů, ale nezná je, 20 % je dokonce zná a 10% o nich vůbec neví. V otázkách eutanazie, otázky č. 7, 8, 9, 10, 11 a 12 vyšli odpovědi opět srovnatelně. 90 % dotázaných ví, co je eutanazie, 60 %, tedy většina by byla pro její zavedení v ČR za určitých podmínek. Mezi podmínky, které dospělá populace uvedla, patří z 60 % nevyléčitelná nemoc s nesnesitelnými bolestmi, ze 40 % nevyléčitelná nemoc, ze 7 % pokud by o nic pacient požádal a 8 % uvedlo, že by ji ne zvolili za žádných okolností. Podle většiny by měl tuto činnost provádět lékař

(49 %) nebo zdravotnický personál (41 %). Zbylých 10 % uvedlo, že by ji neměl provádět nikdo. Většina populace (63 %) ví, jaký je rozdíl mezi aktivní a pasivní eutanazií, avšak u kontrolní otázky č. 12, 22 % respondentů tipovalo odpověď jako u mého dotazníku. V otázkách interrupce č. 13 a 14 si 54 % respondentů myslí, že je interrupce věci každé ženy a 8 % s ní nesouhlasí. Většina by souhlasila s interrupcí v nejnútnejších případech, jako jsou znásilnění (63 %), ohrožení života matky (62 %), vada plodu (62 %), dále náročné životní situace uvedlo 52 %, mladý věk matky 16 %, 15 % je pro možnost: kdykoliv a 8 % by nesouhlasilo ani s jednou situací. Stejně tak jako u odpovědí studentů, i dospělá populace je převážně pro strategii „pro volbu“ (89 %) a s otázkou č. 17 předpokládaného souhlasu transplantací orgánů souhlasí 75 %, 2 respondenti (2 %) jsou dokonce zapsáni v Národním registru osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánů. (BICANOVÁ, 2016)

Ze zpracovaných odpovědí vyplývá, že i naše stejně zpracované předpoklady byly shodné. Tedy že předpoklady č. 1, 5 a 7 se potvrdily a předpoklady č. 2, 3, 4 a 6 se vyvrátily. Názory studentů Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích se tedy v mnoha případech shodují s názory dospělé populace Jihočeského kraje.

Výsledky mě velmi překvapily. Předpokládala jsem jiné odpovědi. Zejména v otázkách eutanazie jsem si myslela, že převaha studentů je proti zavedení v České republice. Také u informovanosti pacienta o jeho zdravotním stavu jsem předpokládala, že výsledky budou spíše negativní díky různým informacím od přátel, kteří si na takovou skutečnost převážně stěžovali. I fakt, že většina studentů je pro strategii „pro volbu“, mě překvapil, protože jsem se domnívala, že když souhlasí s interrupcí jen v nejnútnejších případech, že budou volit převážně strategii „pro život“, která interrupci nepřipouští a je jejím odpůrcem. Avšak odpovědi jsou velmi zajímavé.

Závěrem bych chtěla říci, že s přibývajícimi lety roste nespočet možností (nejen) v medicíně, s tím však roste i plno složitých otázek, zvláště etických. Můžeme všechny znalosti, které máme z medicíny uskutečnit? Je to správné nebo naopak špatné? Můžeme využít člověka pro zajištění „dobra“ druhému člověku? A mnoho dalších otázek. Na takové otázky neexistuje všeobecná shoda odpovědí. Každý člověk, každá skupina, každá kultura, a podobně, má jiný názor. Je to rozsáhlá problematika, na kterou, troufám si říct, nebude jednoznačná odpověď nalezena nikdy.

IV. Závěr

Téma této bakalářské práce jsem si vybrala proto, že mi přišlo velmi zajímavé. Je to velmi složité téma, na které existuje mnoho různých názorů, kdy se nikdy nikdo neshodne na jedné odpovědi, jednom závěru.

Já jsem se zaměřila především na takové etické problémy jako je komunikace a vztah mezi lékařem a pacientem a dále otázky eutanazie, interrupce a transplantace.

Cílem teoretické části bakalářské práce, kdy jsem čerpala z odborné literatury, bylo nejprve seznámení s pojmem etika jako takovým, s pojmy mravnost a morálka, která s ní souvisejí a dále Bioetika a Lékařská etika, tedy další členění samotné etiky, které se zabývají právě problematikou v lékařství. Navázala jsem tedy na některé vybrané problematiky. Jako první jsem zmínila informace o komunikaci mezi lékařem a pacientem, o tom, jak je důležitá komunikace, jaké vznikají problémy v takové komunikaci, otázka, zda říci pravdu nemocnému či nikoliv, kdo by měl pravdu sdělit a komu, kdy, kde a jak to říci. Dále jsem uvedla pár řádků o lékařském tajemství a povinné mlčenlivosti a jaká jsou pravidla pro její prolomení. Následují práva pacientů, která jsou vypsána v bodech. Poté seznámení s problematikou interrupce, důvody pro ni, strategie, jak je to u nás v České republice a podobně. Po interrupci je stručně probrána problematika eutanazie, její rozdělení, kde je povolena, jak je to v České republice a argumenty pro a proti. A jako poslední uvedenou problematikou je transplantace a s ní spojené vymezení definice smrti, jaký je průběh transplantace, předpokládaný souhlas s transplantací a jak je to s nabídkou a poptávkou.

V praktické části jsem provedla průzkum, kdy jsem zjišťovala názory studentů Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích na tato témata. Oslovila jsem je formou dotazníku pomocí internetu prostřednictvím služby Vyplňto.cz a odpovědělo celkem 141 respondentů (19 mužů a 122 žen). Zpracováním odpovědí jsem došla k závěru, že 4 mé předpoklady ze 7 byly odlišné s odpověďmi studentů.

Byla bych ráda, kdyby tato práce pomohla ve větší informovanosti o této problematice, která je velmi zajímavá, byť je tato práce jakýmsi nástinem celé této rozsáhlé problematiky.

V. Bibliografie

ADLEROVÁ, Michaela. 2006. Problematika interrupce z pohledu studentů Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. České Budějovice : Michaela Adlerová, 2006.

BARTÁK, Alexandr. 2006. *Antikoncepce: druhy antikoncepce, hormony, když všechno selže*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1351-9.

BICANOVÁ, Anna. 2016. Názory dospělé populace Jihočeského kraje na vybrané etické problémy v péči o zdraví. České Budějovice : Anna Bicanová, 2016.

COUFALÍK, Ondřej, a další. 2012. Seriály - Survio blog. *Survio*. [Online] Survio s.r.o., 2012. [Citace: 25. Březen 2016.] <http://www.survio.com/cs/blog/rubrika/serialy>.

DOLISTA, Josef a SAPÍK, Miroslav. 2008. *Studie z bioetiky III*. 1. vyd. České Budějovice : Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích - Zdravotně sociální fakulta, 2008. ISBN 978-80-7394-004-1.

— **2006.** *Studie z bioetiky: etika v biomedicíně a biotechnice*. 1. vyd. České Budějovice : Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2006. ISBN 80-7040-876-6.

GARRETT, Thomas M., BAILLIE, Harold W. a GARRETT, Rosellen M. 2001. *Health care ethics: principles and problems*. New Jersey : Pentice Hall, 2001. ISBN 0-13-019448-4.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. 2001. *České ošetřovatelství 9: jak učit a jak se naučit lékařskou etiku*. 1. vyd. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001. ISBN 80-7013-349.

— **2002.** *Lékařská etika*. 3., rozš. vyd. Praha : Galén, 2002. ISBN 80-7262-132-7.

— **2007.** *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2., přeprac. vyd. Praha : Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-471-3.

JONSEN, Albert R., SIEGLER, Mark a WINSLADE, William J. 2006. *Clinical ethics: a practical approach to ethical decisions in clinical medicine*. 6th ed. New York : McGraw-Hill, 2006. ISBN: 0-07-144199-9.

KOŘENEK, Josef. 2004. *Lékařská etika*. 2. vyd., přeprac. a dopl. Praha : Triton, 2004. ISBN 80-7254-538-8.

KUTNOHORSKÁ, Jana. 2007. *Etika v ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2069-2.

MUNZAROVÁ, Marta. 2005. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1025-0.

— **2005.** *Zdravotnická etika od A do Z*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1024-2.

PTÁČEK, Radek, BARTŮNĚK, Petr a kolektiv. 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha : Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3976-2.

ŠIMKOVÁ, Soňa. 2015. *Názory občanů na transplantace tkání a orgánů*. České Budějovice : Soňa Šimková, 2015.

ŠOLTÉS, Ladislav, PULLMANN, Rudolf a kolektiv. 2008. *Vybrané kapitoly z medicínskej etiky*. Martin : Osveta, 2008. ISBN 978-80-8063-287-8.

ŠTĚRBOVÁ, Lada. 2014. *Názory vybraných odborníků na eutanazii*. České Budějovice : Lada Štěřbová, 2014.

URBAN, David. 2006. *Názory na eutanazii u studentů Zdravotně sociální fakulty a Zemědělské fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích*. České Budějovice : David Urban, 2006.

ÚZIS ČR. 2013. *Potraty 2013. Potraty 2013*. Zdravotnická statistika, 2013.

VÁCHA, Marek, KÖNIGOVÁ, Radana a MAUER, Miloš. 2012. *Základy moderní lékařské etiky*. 1. vyd. Praha : Portál, 2012. ISBN 978-80-7367-780-0.

VI. Příloha I.

VZOR DOTAZNÍKU

„Dobrý den,

jmenuji se Pavlína Razimová a studuji bakalářské studium na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích, obor Výchova ke zdraví. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění přiloženého dotazníku. Vaše odpovědi mi poslouží ke zpracování bakalářské práce na téma „Názory studentů Jihočeské univerzity na vybrané etické problémy v péči o zdraví“. Jde o zjištění kvality komunikace mezi lékařem a pacientem a dále o názory na interrupci, eutanazii a transplantaci.

Děkuji za spolupráci.“

1. Uveďte svoje pohlaví.

- Žena
- Muž

2. Z jaké jste fakulty?

- Pedagogická
- Zdravotně sociální
- Ekonomická
- Filozofická
- Teologická
- Zemědělská
- Přírodovědecká
- Fakulta rybářství a ochrany vod

3. Jaký máte vztah k Vašemu obvodnímu lékaři?

- Velmi dobrý
- Dobrý
- Spíše dobrý
- Spíše špatný
- Špatný
- Velmi špatný

4. Jak byste ohodnotili komunikaci Vašeho lékaře s Vámi?

- Velmi dobrá
- Dobrá
- Spíše dobrá
- Spíše špatná
- Špatná
- Velmi špatná

5. Jak dobře (dostatečně, srozumitelně...) jste byli informováni o svém zdravotním stavu od svého obvodního lékaře nebo od odborného lékaře?

- Velmi dobře
- Dobře
- Spíše dobře
- Spíše špatně
- Špatně
- Velmi špatně

6. Víte, že existují práva pacientů? Znáte je?

- Víím, znám je
- Víím, neznám je
- Nevím

7. Víte, co je to eutanazie?

- Ano
- Ne

8. Souhlasili byste se zavedením eutanazie v České republice?

- Ano
- Ne
- Možná, záleželo by, za jakých podmínek by byla prováděna

9. Za jakých podmínek by podle Vás měla být prováděna? (více možností)

- U nevléčitelně nemocných s nesnesitelnými bolestmi
- Jen u nevléčitelně nemocných osob
- Pokud by o ni pacient požádal a podepsal souhlas, aniž by byl nevléčitelně nemocný
- Nikdy
- Jiná možnost

10. Kdo by podle Vás v případě zavedení eutanazie měl tuto službu provádět?

- Lékař
- Specializovaný zdravotní personál
- Zdravotnický personál (např. zdravotní sestra)
- Nikdo

11. Víte, jaký je rozdíl mezi aktivní a pasivní eutanázií?

- Ano
- Ne

12. Lékař, který by podal pacientovi smrtící látku na jeho požádání, provádí:

- Aktivní eutanazii
- Pasivní eutanazii
- Nevím

13. Jaký je Váš názor na interrupci (potrat)? Souhlasíte s ní?

- Ano, jsem její zastánce
- Ne, jsem její odpůrce
- Myslím si, že je to věc každé těhotné ženy

14. V jaké situaci byste s interrupcí souhlasili? (více možností)

- Pokud by žena otěhotněla znásilněním
- Pokud by byla žena v ohrožení života
- Pokud by byla zjištěna vada plodu
- Pokud by žena byla v náročné životní situaci (např. ve finanční tísní, špatné sociální situaci)
- Pokud by se jednalo o velmi mladou matku (př. 14 – 17 let)
- Kdykoliv to žena uzná za vhodné (př. dítě by nechtěla)
- Ani jedna z možností – s interrupcí nesouhlasím
- Jiná možnost

15. Existují 2 strategie: „pro život“, která považuje interrupci za vraždu a říká, že život začíná od oplodnění. A strategie „pro volbu“, která ji neodsuzuje a říká, že volba je na ženě. Pro jakou z těchto dvou strategií byste byli?

- „pro volbu“
- „pro život“

16. Víte, že v ČR existuje u transplantací strategie „opting out“, tedy taková, která předpokládá souhlas s darováním orgánů po smrti pacienta. A jen pokud před smrtí podá pacient žádost, že si nepřeje být dárce, tak jeho orgány nejsou odebrány? Jaký je Váš názor na předpokládaný souhlas při transplantaci orgánů?

- souhlasím s ním
- nesouhlasím s ním
- nesouhlasím a jsem v Národním registru osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánů

VII. Bibliografické údaje

Jméno a příjmení autora: Pavlína Razimová

Název bakalářské práce: Názory studentů Jihočeské univerzity na vybrané etické problémy v péči o zdraví

Pracoviště: Katedra výchovy ke zdraví, Pedagogická fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Vedoucí bakalářské práce: MUDr. Ing. Bc. Markéta Kastnerová, Ph.D.

Rok obhajoby: 2016

VIII. Abstrakt

Bakalářská práce se zaměřuje na etickou problematiku v lékařství, především na komunikaci lékaře s pacientem a dále na eutanazii, interrupci a transplantaci. Tato práce je rozdělena na dvě části.

Teoretická část seznamuje stručně s tímto tématem. Podává základní informace o etice, o vztahu mezi lékařem a pacientem, jejich komunikaci, právech pacientů a také o eutanazii, interrupci a transplantaci.

Praktická část se zaměřuje na názory studentů Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích na tyto etické problémy. Analýza vychází z kvantitativního výzkumu, který byl proveden pomocí anonymního dotazníku v elektronické podobě. Získané údaje jsou zpracované v tabulkové i grafické formě.

Klíčová slova: lékařská etika, lékař-pacient, eutanazie, interrupce, transplantace

IX. Bibliographic identification

Name and Surname: Pavlína Razimová

Title of Bachelor Thesis: Opinions of the students of the South Bohemia university about selected ethical problems of the health care

Department: Department of Health Education, Faculty of Education, University of South Bohemia in České Budějovice

Supervisor: MUDr. Ing. Bc. Markéta Kastnerová, Ph.D.

The year of presentation: 2016

X. Abstract

This Bachelor thesis is focused on ethical issues in medicine, namely in communication between physician and patient, further on euthanasia, interruption and transplantation. This work is divided into two parts.

The theoretical part introduces the theme of the thesis. It provides the basic information about ethics, about the relationship between physician and patient and their communication, about patient's rights, about euthanasia, interruption and transplantation, too.

The practical part reflects opinions of the students of the South Bohemia university in České Budějovice of these ethical matters. The analysis is based on quantitative research, which was performed by anonymous questionnaire in electronic form. The obtained data are processed in tabular and graphic forms.

Key words: medical ethics, physician-patient, euthanasia, interruption, transplantation