



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta  
Ústav radiologie, toxikologie a ochrany obyvatelstva

Bakalářská práce

# Etika ve zdravotnictví se zaměřením na radiologického asistenta

Vypracovala: Veronika Flašková

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Freitinger Skalická, Ph.D.

České Budějovice 2016

## Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá problematikou etiky ve zdravotnictví se zaměřením na radiologické asistenty. V důsledku rozvoje řady nových technologií, diagnostických i terapeutických postupů je kladen velký důraz na kvalitu odborné činnosti radiologického asistenta. Toto povolání však vyžaduje i mimořádný ohleduplný přístup k pacientovi, základní znalosti z oboru etiky, ošetrovatelství i schopnost komunikace.

V teoretické části jsou charakterizovány pojmy etika, svědomí, profesní etika a stručně popsány etické teorie. Další část práce je věnována základním etickým principům, vztahu etiky a práva, zabývá se etickými kodexy jednotlivých zdravotnických profesí a vymezuje obor Radiologický asistent. Závěr teoretické části se dotýká tématu eutanázie.

Cílem práce bylo popsat a analyzovat etické otázky a problémy, se kterými se radiologický asistent ve své praxi setkává, a jaká je obecně znalost etiky radiologických asistentů. Dalším cílem bylo zjistit, zda je dostatečně zpracována etická problematika zaměřená na obor RA.

V empirické části jsou prezentovány výsledky dotazníkového šetření, které jsou zpracovány do tabulek a grafů. Dotazníky byly distribuovány na oddělení radiodiagnostiky, radioterapie a nukleární medicín. Z výsledků vyplývá, že znalost základních etických principů nebo etických kodexů, které souvisejí s výkonem jejich práce, není dostatečná. Z výsledků také vyplývá, že nejčastějším etickým problémem je narušování intimity pacienta, nevhodné chování RA vůči pacientům, nevhodné oslovení pacientů a nedostatečná komunikace, která často souvisí s pracovním vytížením.

**Klíčová slova:** etika, etické principy, etické kodexy, profesní etika, radiologický asistent

## **Abstract**

This bachelor thesis deals with the issue of ethics in health care, focusing on radiology assistants. Due to the development of many new technologies, means of diagnostics and therapeutic procedures, there is a great focus on the quality of professional expertise considering radiology assistants. However, this profession requires extraordinary abilities such as a delicate approach towards the patient, basic knowledge from the branch of ethics, nursing and communication skills.

In the theoretical part, I tried to briefly define concepts of morality, conscience, ethics and ethical theory. Another part of my thesis is focused on fundamental ethical principles, the relationship between ethics and law, deals with ethical codes among health care professions and defines the branch of Radiology Assistance. Although this topic mainly appertains to the branch of ethics, I also focused on the issue of euthanasia in the conclusion of my theoretical part.

The main aim of the study was to describe and analyze ethical issues and problems that a radiology assistant has to cope with in his profession and what is the level of general knowledge of the ethics by radiology assistants. Another goal was to determine whether they are adequately prepared for dealing with ethical issues.

The empirical part presents the results of the survey, which were processed into the tables and graphs. Questionnaires were distributed among the employees of radiodagnostic department, radiotherapy and nuclear medicine. The results show that knowledge of the fundamental ethical principles or codes related to their work is not sufficient. The results also show that the most frequent ethical issues are disruption and disrespect towards the intimacy of the patient, inadequate addressing of the patient and insufficient communication, which is often related to long working hours.

**Keywords:** ethics, ethical principles, codes of ethics, professional ethics, radiology assistant

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala 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 jejich 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.

V Českých Budějovicích dne 2. 5. 2016

.....

Veronika Flašková

## **Poděkování**

Touto formou bych ráda poděkovala všem, kteří mi pomáhali a podporovali při zpracování bakalářské práce.

Děkuji Mgr. Zuzaně Freitinger Skalické, Ph.D. za odborné a vstřícné vedení bakalářské práce, cenné rady a informace.

## Obsah

1	Teoretická část .....	10
1.1	Základní etické pojmy .....	10
1.1.1	Definice etiky .....	10
1.1.2	Morálka (mravnost) .....	11
1.1.3	Mravní předporozumění .....	12
1.1.4	Svědomy .....	13
1.1.5	Lidská důstojnost .....	14
1.1.6	Profesní etika .....	16
1.1.7	Struktura etiky .....	18
1.1.8	Etický problém a etické dilema .....	19
1.2	Etické teorie .....	20
1.2.1	Hédonismus ( z řec. hédoné = slast, radost) .....	20
1.2.2	Utilitarismus (z lat. utilitas = užitek, prospěch, výhoda).....	20
1.2.3	Deontologie Immanuela Kanta (řecké deonté = povinnost).....	21
1.2.4	Etika ctností (Aristotelés) .....	22
1.2.5	Etický relativismus .....	22
1.3	Základní principy etiky .....	23
1.3.1	Etické principy prvního řádu: .....	23
1.3.2	Etické principy druhého řádu: .....	25
1.4	Vztah etiky a práva – mravní a právní norma.....	26
1.4.1	Listina základních práv a svobod .....	27
1.4.2	Úmluva o lidských právech a biomedicíně.....	28
1.4.3	Zákon o zdravotních službách .....	29
1.5	Etický kodex .....	33
1.5.1	Hippokratova přísaha.....	33
1.5.2	Etický kodex Práva pacientů .....	35
1.5.3	Etický kodex České lékařské komory .....	36

1.5.4	Etický kodex nelékařských zdravotnických profesí .....	37
1.5.5	Etický kodex sester .....	38
1.6	Vymezení oboru radiologický asistent.....	39
1.6.1	Společnost radiologických asistentů ČR .....	40
1.6.2	Evropská federace radiologických společností -The European Federation of Radiographer Societies (EFRS).....	40
1.7	Eutanazie.....	41
1.7.1	Vymezení pojmu .....	42
1.7.2	Země, kde se provádí eutanazie nebo asistovaná sebevražda .....	42
1.7.3	Kodexy a přísahy .....	45
1.7.4	„Právo na smrt“ .....	46
1.7.5	Argumenty pro a proti legalizaci eutanazie .....	47
2	Výzkumná otázka a metodika výzkumu.....	50
2.1	Výzkumná otázka .....	50
2.2	Metodika výzkumu .....	50
3	Výsledky .....	52
3.1	Analýza výsledků.....	52
4	Diskuze .....	80
5	Závěr .....	85
6	Seznam informačních zdrojů .....	86
7	Přílohy .....	89

## **Seznam použitých zkratek**

ČLK – Česká lékařská komora

ICN – Mezinárodní rada sester (International Council of Nurses)

ČAS – Česká asociace sester

SRLA ČR – Společnost radiologických asistentů České republiky

EFRS – Evropská federace radiologických společností (The European Federation of Radiographer Societies)

WHO – Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)

EURATOM – Evropské společenství pro atomovou energii

RA – radiologický asistent

EK – etický kodex



## Úvod

Česká republika patří mezi tři země v Evropě, kde nelékaři nemají svou vlastní profesní komoru, která by mimo jiné mohla ovlivňovat kvalitu a dodržování etických pravidel při poskytování zdravotní péče nelékaři. V současné době je kladen důraz především na kvalitu odborné činnosti radiologických asistentů. Toto povolání však vyžaduje i mimořádný ohleduplný a empatický přístup k pacientovi, základní znalosti etiky, ošetrovatelství a schopnost komunikace. Léčba pacientů a jejich blaho závisí do značné míry na morálce, na etickém a právním vědomí zdravotníků, kteří poskytují péči. Kompetence jednotlivých zdravotníků se však liší. Jiné jsou také etické problémy a dilemata, se kterými se v praxi zdravotník setkává.

Cílem této bakalářské práce je popsat a analyzovat etické otázky a problémy, se kterými se radiologický asistent ve své praxi setkává a zjistit, jaká je obecně znalost etiky radiologických asistentů. Výzkumný soubor je zaměřený na radiologické asistenty ze tří oddělení – radiodiagnostiky, radioterapie a nukleární medicíny. V teoretické části je provedena rešerše literatury a analýza etických kodexů zdravotnických profesí. Praktická část prezentuje a diskutuje výsledky získané z anonymního dotazníkového šetření.

# 1 Teoretická část

## 1.1 Základní etické pojmy

### 1.1.1 Definice etiky

Etika jako filozofická disciplína pochází již od Aristotela (384-322 př. Kr.). Ten v lidské činnosti rozlišoval činnost teoretickou (poznání), činnost tvořivou (zhotovování), jejímž cílem není cesta, ale výsledek sám o sobě, a činnost praktickou (jednání), kde cílem je samo jednání. V etice jde tedy o činnost praktickou, někdy také bývá označována jako praktická filozofie. (1, 2)

*„Etika je filozofickou disciplínou zabývající se vysvětlením a zdůvodněním fenoménu mravnosti, zejména principu lidského cílevědomého chování v souladu s mravními kategoriemi dobra, „správného“, závaznosti, odpovědnosti, trestu atd. Etika hodnotí činnost člověka kritériem dobra a zla, jejím cílem je najít společné a obecné principy, z nichž morálka pramení, případně zdůvodnit morálku. Morálka je zaměřena hlavně na konkrétní požadavky a pravidla.“(3, s. 257)*

Arno Anzenbacher definuje etiku, morálku a mrav takto:

Řecké slovo *éthos* označovalo místo pastvy nebo stáj zvířat, rovněž i způsob jejich života a chování. V přeneseném významu tedy znamená místo bydlení a všechny obyčeje a mravy v rámci společného bydlení. Etika tedy zkoumá způsob jednání, smýšlení a postoj osob.

Latinské *mos*, ze kterého je odvozeno slovo „morálka“, znamená „vůle“. Označuje také vůli určenou člověku bohy nebo panovníky. Jedná se tedy o tradiční předpisy a zákony.

České slovo *mrav* označuje něco, co se líbí, co je vhodné, co je společensky akceptovatelné.

Zde můžeme vidět, že etymologie těchto tří slov ukazuje nejprve na sociální kontext, do kterého jsou pak jevy etické, morální či mravní zasazeny. Až později nabývá význam těchto slov subjektivní a individuální charakter každého jedince. (4)

Etika se jako samostatná filozofická disciplína osamostatnila teprve ve 20. století. Lékařská etika se stala samostatným lékařským oborem až v roce 1991. Je rovněž nezbytné dodat, že etika ošetrovatelská nebo zdravotnická se zatím zcela neustanovila jako vědní disciplína. Budeme tedy čerpat ze zkušeností etiky lékařské, která je v tomto ohledu napřed. (5)

### **1.1.2 Morálka (mravnost)**

Mravnost lze definovat jako „*postoj člověka spočívající na svobodném rozhodnutí vůči mravnímu zákonu*“ (6, s. 249). Mravní zákon představuje morální normu či princip, kterým je označena kategorie mravního dobra. Mravně dobrý skutek je tedy svobodné konání jedince, které je v souladu s mravními hodnotami. Protikladem je špatné chování, které je v rozporu s individuálními a společenskými normami mravnosti. (3)

Morálka tedy reprezentuje předpisovou stránku mravnosti. Jedná se o soubor pravidel a norem uznávané mravnosti, které ovlivňují lidské chování a jednání. Morálka určuje, jaké chování je ve společnosti žádoucí a jaké nežádoucí. V podstatě jde o schopnost rozlišit dobré od zlého. Na základě této schopnosti rozeznávat dobro a zlo se vytvářejí mravní vztahy, tedy postoje jedince k sobě, k druhým lidem a ke společnosti. (5, 7)

*„Morálka své požadavky určitým způsobem zdůvodňuje, a tak vznikají mravní normy, které jsou určovány jednak svědomím a jednak veřejným míněním. Tím se právě morálka a profesionální lékařská morálka liší od práva, které také usměrňuje činnost lidí ve*

*společnosti, ale tím, že nařizuje.*“ (7, s. 14) Morálka tedy spočívá ve vnitřní sankci člověka. Představuje shodu nebo neshodu jednání s morálním svědomím. Ve společnosti nepanuje vždy jen jedna morálka. Často jsou morální názory rozporuplné nebo naprosto protichůdné, jak můžeme vidět například u otázky interrupce, eutanazie nebo u jiných etických otázek. (5)

### **1.1.3 Mravní předporozumění**

K vyjádření mravní skutečnosti existuje mnoho slov, které běžně používáme, jako například „dobré – špatné“, „lidské – nelidské“, „zakázané“, „povinnost“ nebo „svědomí“. Těmto mravním slovům snadno rozumíme a předpokládáme, že jim rozumí i ostatní. Tento předpoklad označujeme jako předporozumění mravní skutečnosti. Bez takového předporozumění by nebyla možná žádná mravní diskuse. Mezi prvky předporozumění patří:

- Mravní hodnocení – vyjadřuje fakt, že svému vlastnímu jednání a jednání druhých lidí připisujeme mravní hodnotu. Každé jednání (vlastní i cizí) hodnotíme, schvalujeme nebo odsuzujeme, chválíme nebo haníme. Sekundárně mravně posuzujeme i osoby nebo sociální útvary.
- Svědomí – pokud mravně hodnotíme jednání lidí, předpokládáme, že ke svému jednání užili rozum a dokáží poznat rozdíl mezi dobrem a zlem. Předpokládáme tedy, že každý nějak ví, co je dobré a co špatné, alespoň všeobecně a že každý ví, že dobro je nutno konat a zlo nekonat. Toto všeobecné poznání dobra a zla označujeme běžně jako svědomí.
- Dobrovolnost – při posuzování lidského jednání předpokládáme, že jednající je pánem svého jednání. To znamená, že se on sám, jak bude jednat. Je odpovědný za své jednání. Pokládáme tedy sami sebe a druhé za svobodné jedince, to znamená za schopné se rozhodovat samostatně.

- Odpovědnost – pokud pokládáme člověka za odpovědného, potom od něj očekáváme, že může rozumně odpovědět na otázku, proč jednal zrovna tak, jak jednal. Potom tedy může být otázka co je dobré a co zlé předmětem diskuze.
- Sociální zřetel – pro společné soužití je nezbytné, aby se lidé uznávali jako lidské bytosti a aby každý ve svém jednání bral v úvahu, že i ostatní mají své potřeby a zájmy. Vidíme zde tedy mezilidský, event. sociální aspekt.
- Vlastní hodnota – mravní kvalifikace člověka zahrnuje vědomí vlastní hodnoty a sebeúcty na jedné straně a na druhé straně hodnota druhé osoby a respekt k ní v očích druhých lidí. (4)

#### 1.1.4 Svědomí

Jak jsme si uvedli výše, svědomí považujeme za podstatnou složku mravnosti. Svědomí dává člověku schopnost morálně hodnotit své jednání. Z etymologického hlediska vystihuje to, co děláme „s vědomím“. To upozorňuje na jeho racionální podstatu, přesto však pojem svědomí není jednoznačný a je využíván v nejrůznějších souvislostech. Svědomitý je takový člověk, který plní důsledně svoje povinnosti. Jiný člověk však může právě z důvodu svého svědomí tyto povinnosti neplnit. Svědomí dává člověku schopnost hodnotit své jednání z hlediska morálky. Rozlišujeme dvě polohy svědomí, a to svědomí před činem a svědomí po činu. Pro mravní hodnotu jednání je rozhodující svědomí před činem. (8)

Na otázku, co je to svědomí, hledali odpověď mnozí myslitelé. Sokrates popisuje svědomí jako „daimónion“, který chápe jako vnitřní hlas v nás, který člověka vede. Aristoteles rozlišuje teoretický a praktický rozum. Praktický rozum je rozum, který se pohybuje v prostoru otázky: „Co mám konat?“ V etické souvislosti nazýváme tento rozum svědomím. Tomáš Akvinský rozlišuje svědomí conscientia a synderesis. V synderesis vidí prvotní vědomí, které ví, že se má konat dobro a vyhýbat se zlu.

Conscientia je v jeho chápání aplikace mravních zásad na konkrétní případ. Immanuel Kant chápal svědomí jako „vědomí soudního dvora v nitru srdce“, které se v této funkci nikdy nemýlí. (2, 5)

I v dalších letech se svědomím zabývají různí filozofové, věnují se mu však i jiné obory – sociologie, psychologie a jiné. Stále však ještě nelze hovořit o všeobecné shodě o chápání svědomí. (2)

V dnešní moderní době se objevují stále nová mravní, mnohdy těžce řešitelná, dilemata. Je totiž velký rozdíl mezi nejednoznačnou teorií, avšak jednoznačnou praxí, kdy se člověk musí vždy nějak rozhodnout a nést tíhu tohoto rozhodnutí. Je důležité, aby svá rozhodnutí zakládal na zodpovědnosti, dokonalé odbornosti a formoval své svědomí k dobru. (2)

Pro zdravotníky je svědomí velmi důležitý ukazatel. Dobře vyvinuté svědomí je projevem jejich profesionality. Zdravé svědomí slouží takovému člověku jako výzva k pozornosti, aby si dokázal uvědomit, jaké má jeho jednání celkové souvislosti a zda je jeho jednání mravné. Zda je ve shodě s jeho svědomím. (8)

### **1.1.5 Lidská důstojnost**

V literatuře týkající se zdravotnické nebo ošetrovatelské etiky je termín „lidská důstojnost“ často používaný. Přesto však tento pojem není dostatečně vymezen ani ve filozofické literatuře či v jiných odborných textech. Co opravdu znamená lidská důstojnost, si většinou uvědomíme až v okamžiku, kdy je ohrožena či pošlapána. Běžně říkáme: „to je nedůstojné“ nebo „to je pod lidskou důstojnost“. Jsme však schopni odpovědět na otázku, co je tedy důstojné? (1)

Etymologicky pochází slovo důstojnost z latiny (*dignus, dignita*) a znamená povinnost určitého respektu, být hodný úcty, být vážený. V nejjobecnějším smyslu je

důstojnost cosi, co přísluší každému člověku jako příslušníku svého rodu. Je to univerzální lidská záležitost. Pojem lidské důstojnosti ale stále není jednoznačný a lze ho definovat z různých pohledů. Podívejme se tedy na lidskou důstojnost z pohledu historie.

(1)

Při pohledu do historie nacházíme různé výklady ideje lidské důstojnosti. Humanistická tradice západní kultury nabízí řadu rozdílných zdůvodnění a interpretací. Lze však říci, že ve své podstatě jde o dvojí dělení. První je důstojnost inherentní, která se vztahuje na všechny lidské bytosti, protože se jedná o důstojnost, vyplývající ze samotné podstaty lidského bytí. Náleží proto člověku už předem od narození. Důstojnost je tedy dána všem, je to hodnota vrozená, vnitřní, je nedělitelná, nezczitelná, nevyčísitelná, neodstranitelná, neodvoditelná a nedotknutelná. V druhém případě hovoříme o důstojnosti, která se odvozuje od určitých kvalit člověka, od způsobu jeho života nebo společenského postavení. Zde se jedná o kontingentní důstojnost (sociální), která nepřísluší všem lidem. Je to důstojnost přisuzovaná člověku zvenčí. Toto pojetí důstojnosti je však zatíženo selektivností, která může být jen těžko akceptovatelná. (1)

Marcus Tullius Cicero (106 – 43), považuje za důstojnost (dignitas) autoritu osoby, která si zaslouží pozornost a úctu a která je hodná respektu; její postavení a pověst by měly být spojeny s vynikajícími vlastnostmi dotyčné osoby. Cicero však současně předpokládá určitou důstojnost každého člověka a lidskou vzájemnost. (9)

Thomas Hobbes (1588 – 1679) popisuje důstojnost člověka jako jakousi tržní cenu. Tato cena souvisí především s původem, postavením, mocí, silou, bohatstvím, výkonem, talentem a dalšími schopnostmi. Je to tedy stejné, jako když se přisuzuje cena věcem jiným. Je závislá na potřebě a na úsudku společnosti, komu tuto hodnotu (veřejnou vážnost a čest) přiřadí. (9)

Immanuel Kant (1724 – 1804) chápe důstojnost jako respekt, který on sám má k ostatním lidem nebo který jiní mohou chtít od něj. Jde tedy o hodnotu, která není pouhou cenou tržní. Důstojnost je podle Kanta samotné lidství. Druhá formulace jeho kategorického imperativu říká: *„Jednej tak, abys používal lidství jak ve své osobě, tak i v osobě každého druhého vždy zároveň jako účel a nikdy jako prostředek.“* Z toho vyplývá,

že autonomie člověka nemůže existovat odděleně od našeho lidství a tedy morální síla autonomie tkví právě v inherentní důstojnosti, kterou máme proto, že jsme lidé. Také Kantovo pojetí osoby souzní s respektem k lidskému druhu. Každá lidská bytost je povinna přiznat důstojnost každé jiné lidské bytosti. Jde o důstojnost lidskosti samotné. (9)

Vnitřní (inherentní) důstojnost má tedy každý člověk, a to proto, že je člověkem. Nemůže být ztracena, nemůže narůstat ani se zmenšovat. Nezáleží na schopnostech, bohatství, moci, ani na inteligenci, věku nebo zdravotním stavu. Nositel Nobelovy ceny se všemi svými intelektuálními schopnostmi má stejnou vnitřní důstojnost, jako mentálně postižené dítě. Ani člověk na sklonku svého života o ni nemůže přijít. Odtud pak vycházejí lidská práva, status osoby, rovnost všech lidí a stejné zacházení s každým, co se týká politického řádu. Důstojnost přisuzovaná zvenčí záleží na schopnostech, vlastnostech a postavení člověka. Tuto důstojnost můžeme získat nebo ztratit, a to v důsledku hodnocení lidí nebo hodnocení sebe sama. Jakékoli onemocnění, těžká choroba či umírání je jistě útokem na tuto důstojnost. Je to právě „pocit ztráty důstojnosti“, který stojí v čele ve výčtu důvodů, proč například nemocní v Holandsku žádají o eutanazii. (9)

### **1.1.6 Profesionální etika**

Aplikuje obecná etická ustanovení, tzv. etický kodex, na konkrétní profesionální činnost. Hovoříme pak o etice lékařské, ošetřovatelské, zdravotnické, etice soudce, učitele a dalších. (8)

**Bioetika** (bios – život, etika – mravnost) je termín, který se poprvé objevil v na počátku 70. let dvacátého století v publikaci – Bioethics, Bridge to the Future – kde van Rensselaer Potter představil bioetiku jako vědeckou aplikaci biologických věd. Jedná se



o obor širší, než je lékařská etika, je tedy nesprávné ho používat jako synonymum s tímto oborem. Zahrnuje všechny morální problémy, které se týkají „živého království“, například tedy i otázky životního prostředí nebo přístupu ke zvířatům. Dotýká se biologického nebo farmaceutického výzkumu a snaží se zohledňovat i požadavky, vycházející z jiných oborů, jako je právo nebo sociologie. Dnes je bioetika mnohými kritizována, protože se jako interdisciplinární obor stal natolik všezahrnujícím, až ztratil svou identitu. (2)

**Zdravotnická etika** označuje etiku, která se týká zdravotnictví, zejména zdravotnických systémů. Na českých zdravotnických školách se tento pojem vžil „*jako ekvivalent takových problémových okruhů lékařské etiky, které patří k znalostnímu minimu budoucích zdravotních sester*“. (10, s. 15)

Novodobá zdravotnická etika je pojem, který vnímáme jako nadřazené pojmenování pro etiku lékařskou, ošetrovatelskou a pro etiku ostatních zdravotnických profesí. (11)

**Lékařská etika** se začala se formovat po 2. světové válce. K založení a rozvoji tohoto oboru v České republice významně přispěla Helena Haškovcová. V roce 1981 v časopise Praktický lékař uveřejnila návrh na zřízení kabinetu lékařské etiky. V roce 1991 byla za podpory děkana 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy Cyrila Höschla prohlášena samostatným lékařským oborem. Souhrnně označuje etické problémy, které souvisejí s vědou, výzkumem a praxí v medicíně. Lékařská etika spolupracuje s ostatními obory, jako je filozofie, psychologie nebo sociologie, bez kterých by nebylo možné tyto problémy řešit. Lékařská etika se snaží za všech okolností respektovat základní pravidla biogenetiky, lidská práva, důstojnost jedince, jeho svobodu, respektovat ochranu dat, soukromí, zachovávat dobro a spravedlnost. (11)

**Ošetrovatelská etika** po dlouhou dobu vycházela z principů etiky lékařské. Za zakladatelku novodobého ošetrovatelství je považována Florence Nightingale, která

formulovala etické zásady ošetřovatelky v přístupu k nemocným. Ošetřovatelská etika vychází ze základů lékařské etiky. Předmětem ošetřovatelské etiky je vztah a postoje sestry-ošetřovatelky k pacientovy. Zabývá se chování a komunikací verbální i nonverbální (uvádí se, že komunikace je praktická etika). Dále se zabývá vztahem sestry a lékaře, vztahem mezi sestrami kolegyněmi a vztahem sestry k dalším spolupracovníkům. (11)

### 1.1.7 Struktura etiky

**1. Metaetika** - věnuje se rozboru etických pojmů a zároveň rozlišuje čtyři proudy normativního myšlení (etiku ctnosti, etiku povinnosti, etiku užitku, etiku odpovědnosti).

**2. Deskriptivní etika** - popisuje etické normy u jednotlivých sociálních struktur, včetně faktorů, které jsou odpovědné za proměnu morálních hodnot. Popisuje mravní hodnoty a soudy, které ve společnosti platí. Konstatuje, jaký je stav ve společnosti. Spolupracuje se sociologií, sociální a kulturní antropologií, religionistikou, etnologií a dalšími společenskými vědami.

**3. Normativní etika** - je určitým praktickým návodem k jednání a chování. Na rozdíl od etiky deskriptivní hledá odpovědi na to, zda je něco morálně správné či nikoli. Zabývá se otázkami povinností a hodnot. Definuje zásady jednání některých oborů lidské činnosti (etické kodexy).

**4. Aplikovaná etika** - vyjadřuje se ke konkrétním, praktickým otázkám, týkajících se etických rozhodnutí. Snaží se aplikovat normativní teorie na aktuální morální problémy

(otázky ceny lidského života, interrupce, eutanázie, nové metody a vědecké objevy v medicíně, umělé oplodnění, genové manipulace, apod.). V současnosti zaznamenává velký rozvoj. (12)

### 1.1.8 Etický problém a etické dilema

Problémem je důležitý sporný námět k řešení a vzniká tam, kde mohou vyvstat různé názory. Etický problém je důležité téma, které je spojeno s rozlišováním mezi správným a nesprávným, dobrým a zlým, morálním a nemorálním v denním životě. Má obecný charakter, lze ho snadno pojmenovat a je u něj známo jedno nejlepší řešení. Etický problém lze řešit jednoznačnou odpovědí „ano/ne“. Zdravotní péče pacientů ve velké míře závisí na morálce, etickém a právním vědomí zdravotníků, kteří péči poskytují. Řada otázek a problémů se objevila a dále objevuje v souvislosti se zaváděním nových technologií, léčiv a léčebných postupů. (11, 12)

Etické dilema je *„situace, kdy člověk čelí alespoň dvěma různým alternativám, přičemž ani jedna z nich se nezdá být optimálním řešením daného problému. V jistém smyslu lze dilema přirovnat ke křižovatce nebo rozcestí, jejichž směry nevedou zcela ke kýženému cíli.“* (11, s. 13) Etický problém znamená nerozřešenou otázku, u které ale lze najít řešení, které vyhovuje zúčastněným stranám. U dilematu musíme volit mezi dvěma vylučujícími a často i nepříznivými možnostmi. Nemají tedy jednoznačné řešení. (12)

Konflikty a dilemata se vyskytují, když musíme činit rozhodnutí. Někdy je možné dospět ke kompromisu, avšak takový kompromis není možný ve zdravotnictví, kde se jedná o rozhodování mezi životem a smrtí. Při řešení dilemat, a to na všech úrovních života, je nezbytné akceptovat lidská práva, uvažovat o důsledcích vlastního jednání, převzít odpovědnost za své jednání. To se týká nejen oblasti odborné, ale i oblasti právní a etické. (11, 12)

## 1.2 Etické teorie

Celá řada etických teorií se snaží odpovědět na otázky typu: „Jak žít, abych prožil zdařilý život?“ nebo „Co mám dělat, abych v den své smrti se mohl klidně ohlédnout za uplynulým životem a říct si, že jsem nežil nadarmo?“. Některé z nich se soustředí na následky daného jednání (utilitarismus), na jednání samotné (deontologie) jiné na jednajícího (etika ctností). (1)

### 1.2.1 Hédonismus (z řec. hédoné = slast, radost)

Tento filosofický směr bývá spojován s řeckým filozofem jménem Aristippos z Kyreny (435- 355?). Jedná se o názor, že *„lidské jednání je motivováno výlučně snahou získat slast a vyhnout se strasti. Mluvíme pak o motivaci praxe libostí nebo nelibostí.“* (4, s. 23) Slast je pozitivní, aktuální prožitek, který je dobrý. Bolest je naopak vždy a za všech okolností špatná. Slast jako uspokojení instinktu tedy určuje hodnotu jednání. To co přináší slast, je mravně dobré. Recept na úspěšný život tedy spočívá v maximalizaci slastí a v minimalizaci strastí. K tomuto kalkulu slasti a strasti slouží rozum. (4)

### 1.2.2 Utilitarismus (z lat. utilitas = užitek, prospěch, výhoda)

Zakladateli utilitarismu jsou Jeremy Bantham (1748-1832) a John Stuart Mill (1806-1837). *„Utilitarismus předpokládá užitečnost jednání jako základ hodnocení i základ mravního jednání – skutek nebo norma nabývají významu pouze v souvislosti s vlastními*

*konsekvencemi, správné nebo dobré je vše, co vede k pozitivním následkům, v opačném případě jde o nesprávné nebo zlé jednání nebo normu.“(3, s. 36)*

Utilitarismus lze chápat jako kombinaci těchto čtyř principů:

**Princip následků** – neexistuje žádné jednání, které by bylo správné nebo nesprávné samo o sobě. Mravní hodnocení se děje jen na základě následků, konsekvencí, které lze od dané jednání očekávat. Žádný čin není dobrý nebo špatný, čin jest. Důležité jsou pouze následky tohoto činu. (1)

**Princip užitečnosti** – kde kritériem jednání je prospěšnost. Morálně správné jednání je to, které přinese co největší množství dobra co největšímu počtu lidí. Ve zdravotnictví se tento princip týká například otázky, jak nejefektivněji naložit s omezenými finančními prostředky. Lze s financemi naložit nějak lépe, aby způsobily více dobra? (1)

**Princip hédonismu** – pro utilitaristu znamená dobro prožívání slasti a odstranění strasti, tedy uspokojování lidských potřeb a zájmů, kdy každá osoba pro sebe určuje, v čem spočívá lidské štěstí. (4)

**Sociální princip** – jedná se o „*co možná největší štěstí co možná největšího počtu lidí. Morálka nikdy nesmí být egoistická, musí brát v úvahu zájmy a přání druhých lidí.*“ (13, s. 31)

### **1.2.3 Deontologie Immanuela Kanta (řecké deonté = povinnost)**

Kant zaměřuje veškerou pozornost na čin, nikoli na jeho následky. Podle Kanta jsme racionální bytosti, v popředí našeho jednání musí být rozum. Principy, které jsme odvodili z rozumu, musí být univerzální. Snaží se formulovat etiku, která by byla platná pro všechny, v kterémkoli časovém období, v kterékoli kultuře na světě. Kant tedy formuluje tzv. kategorický imperativ: *Jednej vždy tak, aby se maximy tvého jednání mohly stát obecným zákonodárstvím.* Pojem „maxima“ je krátká věta s morálním obsahem („Nikdy

nelži!“). Kantova etika nám neříká, jak máme jednat, zaměřuje se na způsob, jak máme k vyřešení problému správného jednání dojít. (1, 13)

#### **1.2.4 Etika ctností (Aristotelés)**

Etika ctností se nezabývá tím, jaké jednání je správné nebo jaké jsou jeho následky, ale klade si otázku „Jaký mám být?“. Mnohem více ji zajímá charakter jednajícího. Podle Aristotela moudrý a vyzrálý člověk nemůže jednat špatně. Etika ctností je pro něj „umění žít“ a tomuto umění je třeba se učit. Není od narození v našich genech, proto je třeba tréninku a praxe k jeho dosažení. V etice ctností jde především o správnou motivaci a charakter člověka, nežli jen o správné jednání. (13)

#### **1.2.5 Etický relativismus**

V současnosti se stále více dostávají do popředí směry, které morální imperativy relativizují. Etický relativismus říká, že nic není dobré, ani špatné bez posouzení dané kultury a sociálního kontextu. Morální pravidla jsou tedy kulturně podmíněná a morálka je otázkou osobní volby člověka. Zde se tedy vracíme zpět k otázce „Jaké jednání je to správné?“, která zůstává nezodpovězená. Silnější formou etického relativismu je nihilismus. Podle něj neexistuje morálka ani morální pravdy, ani dobro ani zlo. Morálka je pouhá iluze. (13)

### 1.3 Základní principy etiky

Ve druhé polovině 20. století američtí autoři Beauchamp, T. L. a Childress, J. F., popsali tzv. čtyři principy (dobřečinění, neškození, spravedlnost, respekt k autonomii) současné lékařské, zdravotnické i ošetrovatelské etiky. Autoři se domnívají, že tyto čtyři principy budou přijímány všemi bez ohledu na to, z jaké kultury pocházejí, jaké vyznávají náboženství nebo filozofické myšlení. Principy je třeba vždy respektovat, pokud se neobjeví nějaký významný důvod, který by ospravedlnil jejich nedodržení. První dva principy byly známy již z etiky hippokratovské, druhé dva principy byly sice nové, avšak v moderních podmínkách velice důležité. Tyto principy byly přeneseny i do Evropy a při řešení etických dilemat mnozí diskutují zcela v souladu s tímto myšlením. Jedná se o tzv. o principy prvního řádu. Byly definovány také principy druhého řádu, které zahrnují tzv. etiku všedního dne. (5)

#### 1.3.1 Etické principy prvního řádu:

**1. Princip nonmaleficence (neškození)**, které zakazuje ublížit, poškodit nebo dokonce usmrtit jiné a je podporou známého biblického příkazu „nezabiješ“. Základ principu nonmaleficence nalézáme v zásadě: „primum non nocere!“ („především neškodit!“) Tento princip bývá upřednostňován před principem beneficence a vyplývá z něj omezení autonomie každého vzhledem k dobru ostatních. Kromě lékařských výkonů je třeba také pamatovat například na únik informací, které mohou pacienta poškodit. (2)

Iatropatogeneze je odborný termín pro poškození pacienta lékařem. Sorrowigenie znamená poškození pacienta zdravotní sestrou. Lékař/zdravotník může poškodit pacienta buď somaticky, nebo psychicky. Psychické poškození nastává v souvislosti s nevhodným chováním zdravotnického pracovníka a je častější. Dále lze rozlišit poškození úmyslné a

neúmyslné (zanedbání, selhání lidského faktoru, nedbalost, konflikty v osobním životě, v zaměstnání...). Zde vyvstává základní etická otázka: „Má lékař či zdravotník právo na profesionální chybu?“ S ní související další otázka: „Má lékař/zdravotník sdělit pacientovi, že se dopustil chyby?“ (5)

**2. Princip beneficence (dobřečinnění)**, který *„představuje pozitivní dimenzi neškodnosti: předcházet poškození, odstraňovat je a současně podporovat dobro, tzn. tělesnou a duševní pohodu a veškerý prospěch pro nemocného, včetně pomoci při uskutečňování jeho vlastních plánů.“* (2, s. 43) Základ tohoto principu nacházíme již v hippokratovské zásadě (viz. Příloha 1): *„Salus aegroti suprema lex“*. („Zdraví nemocného je nejvyšším zákonem“). (7)

**3. Autonomie nemocného.** Autonomie označuje nezávislost, svébytnost, samostatnost, sebeurčení a možnost individuální volby. Tento princip umožňuje pacientovi požádat o vysazení stávající léčby, nasazení léčby jiné, a to i v případě, že důsledkem toho rozhodnutí bude trvalé poškození či smrt. Respektování autonomie nemocného předpokládá zájem lékaře o pacienta, snahu vysvětlit mu jednoduchým a srozumitelným jazykem problematiku týkající se jeho zdravotního stavu. Pacient nemá být pouze v roli příjemce lékařských informací, ale jeho názor má být brán v úvahu při jeho léčbě. V lékařské/zdravotnické etice se jedná především o právo nemocného na sebeurčení, které je doloženo informovaným souhlasem o veškerém dění. (7, 8)

**4. Princip spravedlnosti**, který má souvislost s rozdělováním zdrojů pro nemocné. Jedná se především o rozdělování prostředků, dobra i zátěže a služeb. Snažíme se najít odpověď na následující otázky *Kam přidělit? Komu přidělit? Komu nejdřív? Komu ano a komu ne? Kolik času věnovat kterému pacientovi?.* Základním imperativem je, že rozhodnutí má být spravedlivé. (5)



Tento princip je však omezen v poskytování zdravotnické péče každému nemocnému, a to jak ekonomickými, lidskými i geografickými možnostmi. Omezování spravedlivé aplikace moderních postupů lékařské vědy pro všechny pacienty vyvolává snižování důvěry společnosti ve zdravotní systémy. A tak se problém rozdělování zdrojů stává ožehavou etickou otázkou, protože v medicíně se dokáže již mnoho, ale ne vše je možné financovat. (7)

### 1.3.2 Etické principy druhého řádu:

**Pravdomluvnost** - závazek říkat pravdu, nelhat a nepodvádět ostatní. V mnoha kulturách byla plná pravda považována za základ existence důvěry mezi lidmi. Pravdomluvnost je součástí respektu, který lidem projevujeme. Zdravotníci mají povinnost mluvit pravdu, protože když tak nečiní, ztrácejí důvěru pacienta a tím se celkově ztrácí i efektivita léčby.

**Věrnost, poctivost** - je povinnost dostát svým závazkům. Běžně očekáváme, že závazky a sliby se ve vztazích a smlouvách dodržují a nejsou porušovány bez závažného důvodu. Princip věrnosti slibům se týká i povinnosti chránit důvěrné informace. Porušení slibů je morálně akceptovatelné, pokud by mohlo jít o závažné ohrožení někoho jiného. Příkladem může být nahlášení zneužívání dítěte nebo nakažlivé choroby. I v tomto případě se informace poskytují pouze zdravotnické instituci a nikomu jinému. Cílem je chránit dítě před úrazem nebo veřejnost před přenosnou chorobou. Je nutné, aby zdravotník dával sliby a zavazoval se k něčemu pouze v případě, že je možné takový závazek na sebe vzít.

**Důvěryhodnost** - pevně spojený princip s oběma předcházejícími. Aby byl zdravotník důvěryhodný, je nezbytné, aby byl pravdomluvný a věrný svým závazkům. Očekává se od něj i vstřícný přístup k nemocnému. Do důvěryhodnosti proto zahrnujeme i charakteristiky kvalitní komunikace, kterými jsou: spolehlivé informace, srozumitelnost, vstřícnost a takt. Tím se rozumí běžná komunikace, elementární přístup k člověku, který se ocitl v nouzi své nemoci. Za samozřejmé se považuje používání slov jako například „dobrý den“, „prosím“ nebo „na shledanou“.

**Mlčenlivost** – etická i legislativní norma pro pracovníky ve zdravotnictví. Představitelé nelékařských oborů nejsou oprávněni podávat informace o nemocných, a to nikomu, ani nejbližším příbuzným. Nikdy se nezmiňují a nehovoří s pacientem o nálezech, diagnóze, vážnosti stavu nebo prognóze nemoci. (5)

#### **1.4 Vztah etiky a práva – mravní a právní norma**

Na začátek je důležité objasnit rozdíl mezi mravní normou a normou právní. V etice je norma určena jako „*vodítko či pravidlo, které je ukládáno usuzování jako správné či vůli jako závazné*“. (6) Mravní normu můžeme chápat jako jakési „nepsané pravidlo“, které platí v určité společnosti nebo společenské skupině, např. národní, sociální, profesní. Mravní norma zavazuje jedince v jeho svědomí a je podporována silou veřejného mínění. Pokud je nějaká norma vyhlášena příslušným veřejně oprávněným orgánem, stává se pak normou právní a může tak mít formu zákona. Překročení právní normy je trestné a míru překročení normy (zákona) posuzuje soud. Ne vždy se právní norma shoduje s normou mravní. Etická norma rozhodně nemá jednoznačně dané, co je správné a co nikoliv, naproti tomu právní norma nerespektuje žádné dilematické situace. Někdy vzniká chybný dojem, že to co je dáno zákonem, musí být i etické. Zákon a etika

se mohou navzájem posilovat. Zákon zajišťuje a chrání práva, zatímco etika požaduje jednání dle zásad, které někdy přesahují rámec povinnosti dané zákonem. Rozdíl mezi mravní a právní normou bychom tedy mohli shrnout výrokem T. G. Masaryka, že zákon je etické minimum a morálka etické maximum. (5, 8, 11)

#### **1.4.1 Listina základních práv a svobod**

Listina základních práv a svobod je součástí ústavního pořádku České Republiky. V platnost vstoupila 16. 12. 1992. Listina základních práv a svobod vymezuje základní práva, která lze aplikovat do různých oblastí lidského života, tedy i na zdravotní péči.

*Článek 1: Lidé jsou svobodní a rovní v důstojnosti i v právech. Základní práva a svobody jsou nezadatelné, nezcizitelné, nepromlčitelné a nezrušitelné.*

*Článek 5: Každý je způsobilý mít svá práva.*

*Článek 10: Každý má právo, aby byla zachována jeho lidská důstojnost, osobní čest, dobrá pověst a chráněno jeho jméno.*

Z článku 1, 5 a 10 vyplývá, že všichni pacienti i zdravotníci mají stejná práva. Právo na zachování lidské důstojnosti má pacient, stejně tak jako zdravotnický pracovník.

Listina základních práv a svobod přiznává každému jedinci právo na život a ochranu života již před narozením. Nikdo nesmí být zbaven života, přičemž náš právní řád chápe lidský život od 12. týdne těhotenství. Zde se tedy dotýkáme problematiky interrupce, která je jedním z předmětů etických diskuzí. (článek 6)

Dalším právem každého jedince, dle článku 10, je právo na ochranu před neoprávněným zasahováním do soukromého a rodinného života a na ochranu před

neoprávněný shromažďováním, zveřejňováním nebo jiným zneužíváním údajů o své osobě. V souvislosti se zdravotní péčí jde o zachování povinné mlčenlivosti. (5)

#### **1.4.2 Úmluva o lidských právech a biomedicíně**

Dalším důležitým dokumentem, který upravuje veškerá důležitá opatření nezbytná k ochraně důstojnosti člověka a základních práv jedince v souvislosti s aplikací biologie a medicíny, je Úmluva o lidských právech a biomedicíně. Byl vytvořen na základě vzrůstající obavy ze zneužívání pokroků v biomedicínské oblasti v neprospěch lidské bytosti. Na vytvoření textu konvence pracovala řadu let Řídící komise pro bioetiku. Tato komise vypracovala etické minimum, které má být respektováno právním řádem signatářských zemí. Úmluva o lidských právech a biomedicíně byla přijata 4. 4. 1997, v platnost vstoupila 1. 12. 1999. Česká republika (ČR) podepsala úmluvu 24. 6. 1998, ratifikovala ji v roce 2001 a v platnost vstoupila 1. 10. 2001. Úmluva o lidských právech a biomedicíně se tak stala jedním z hlavních zákonů země a nejvyšším zdravotnickým zákonem ČR. Má tedy přednost před ostatními, dosud platnými zdravotnickými zákony. Pokud tedy existuje rozpor mezi zdravotnickými zákony a úmluvou, má aplikační přednost úmluva. (2, 5)

V Preambuli jsou připomenuty předchozí významné mezinárodní dokumenty a úmluvy, na které Úmluva o lidských právech a biomedicíně navazuje. Je zde vyjádřeno přesvědčení o nutnosti respektování lidské bytosti, ochraně lidské důstojnosti, zachovávání základních lidských práv a svobod. Zdůrazněna je také nutnost uvědomění si rizik spojených s rozvojem biologie a medicíny a důležitost mezinárodní spolupráce. (2)

### **1.4.3 Zákon o zdravotních službách**

Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (dále jen zákon o zdravotních službách) ze dne 6. listopadu 2011 je jedním z hlavních zákonů ve zdravotní péči. Tento zákon upravuje zdravotní služby a podmínky jejich poskytování, druhy a formy zdravotní péče, práva a povinnosti pacientů a osob pacientům blízkých, poskytovatelů zdravotních služeb, zdravotnických pracovníků, jiných odborných pracovníků a dalších osob v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb. Dále také podmínky hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb a další činnosti související s poskytováním zdravotních služeb. Nyní byl zákon o zdravotních službách již třikrát novelizován a to změnami 167/2012Sb., 437/2012 Sb. a 66/2013 Sb. Z pohledu etiky je tento zákon velmi důležitý, především co se týká části upravující práva pacientů, zdravotníků, dále také informovaný souhlas nebo povinná mlčenlivost. (5, 14)

#### **1.4.3.1 Práva pacientů**

Nový zákon o zdravotních službách hovoří o právech pacientů a rozšiřuje je. Pro zdravotníky je tedy závazné respektovat kromě práv pacientů uvedených v etickém kodexu i práva pacientů dané zákonem. Znalost těchto práv by tedy pro zdravotníky měla být samozřejmostí. Uvedeme si je tedy zkráceně dle § 28 zákona o zdravotních službách.(5)

Základní práva pacientů:

- Poskytování zdravotních služeb pouze se souhlasem pacienta.
- Poskytování zdravotních služeb na odborné úrovni.
- Právo na úctu, důstojné zacházení, ohleduplnost, respektování soukromí při poskytování zdravotních služeb.

- Právo zvolit si poskytovatele zdravotních služeb, případně si vyžádat konzultační služby od jiného poskytovatele.
- Právo na nepřetržitou přítomnost zákonného zástupce, popřípadě osoby určené zákonným zástupcem u nezletilých nebo nezpůsobilých osob.
- Právo na přítomnost osoby blízké nebo osoby určené pacientem, nenaruší - li přítomnost těchto osob poskytnutí zdravotních služeb.
- Být předem informován o ceně poskytnutých zdravotních služeb nehrazených nebo částečně hrazených zdravotní pojišťovnou.
- Znat jména zdravotnických pracovníků přímo zúčastněných na poskytování zdravotních služeb. Znat jména osob připravujících se na budoucí povolání, které jsou přítomny (tedy studentů).
- Odmítnout přítomnost osob, které nejsou na poskytování zdravotních služeb přímo zúčastněny a osob připravujících se na budoucí povolání.
- Přijímat návštěvy ve zdravotnických zařízeních s ohledem na svůj zdravotní stav, v souladu s vnitřním řádem, a to způsobem, který nenarušuje práva ostatních pacientů.
- Přijímat duchovní péči a podporu od duchovních církví a náboženských společností registrovaných v ČR způsobem respektujícím práva ostatních pacientů. Duchovní službu nelze odepřít v případě ohrožení pacienta na životě nebo vážného poškození zdraví.
- Poskytování zdravotních služeb v co nejméně omezujícím prostředí při zajištění kvality a bezpečí poskytovaných služeb.
- Nezletilý, a nezpůsobilý pacient má právo odmítnout přítomnost osob, která ho týrá, zneužívá nebo zanedbává. (5)

### 1.4.3.2 Informovaný souhlas

V minulosti rozhodoval výhradně lékař o tom, jestli bude či nebude informovat pacienta o jeho zdravotním stavu. Pokud informace poskytl, určoval i jejich množství a způsob sdělení. Také považoval za správné, aby o stavu pacienta byla plně informována jeho rodina. Dilematické situace, které nastávají dnes, v podstatě neexistovaly. (15)

V Úmluvě o biomedicíně platné od roku 2001 se o problematice informovanosti hovoří v kapitole III, článek 10:

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 nebýt takto informován je nutno respektovat. (16)

Odmítnutí informací a následně odmítnutí léčby se uskutečňuje prostřednictvím tzv. negativního reversu. (15)

Dále se v Úmluvě o biomedicíně (kapitola II článek 5) uvádí, že zdravotní péči lze poskytnout pouze se souhlasem pacienta:

*„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.“* (16)

Výjimkou je situace, kdy nelze získat informovaný souhlas a lékařský výkon pro záchranu života je nutné provést ihned (např. pacient v bezvědomí). V této chvíli se pacientův souhlas předpokládá (presumpce souhlasu). (15)

Poskytování zdravotních služeb se souhlasem vymezuje také zákon o zdravotních službách, který uvádí, že: *„Zdravotní služby lze pacientovi poskytnout pouze s jeho svobodným a informovaným souhlasem, nestanoví-li tento zákon jinak.“* Dále: *„Písemná forma souhlasu se vyžaduje, pokud tak stanoví jiný právní předpis nebo pokud tak s ohledem na charakter poskytovaných zdravotních služeb určí poskytovatel. Souhlas s*

*hospitalizací musí být vždy v písemné formě.“ (14)*

### **1.4.3.3 Zachování mlčenlivosti**

Zachování mlčenlivosti se týká lékařů i všech zdravotnických pracovníků. Je jedním z etických problémů ve zdravotnictví, co se právní i etické normy týká. Fakt, že lékař i ostatní zdravotničtí pracovníci zachovávají mlčenlivost o tom, co se dozvěděli v souvislosti s péčí o nemocného, posiluje důvěru pacienta v lékaře, zdravotníky i zdravotnické zařízení. (5)

Povinná mlčenlivost je daná zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách: *„Poskytovatel je povinen zachovat povinnou mlčenlivost o všech skutečnostech, o kterých se dozvěděl v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb.“ (14)*

Povinná mlčenlivost platí stejně tak i vůči jiným zdravotnickým pracovníkům. Zachování mlčenlivosti mezi zdravotnickými pracovníky neplatí pouze tehdy, pokud se společně podílejí na vyšetřování nebo léčbě pacienta a je potřeba tak zajistit návaznost informací. Nejčastějším způsobem porušování povinné mlčenlivosti je právě její nedodržení mezi zdravotníky, kteří se nepodílí na společné léčbě pacienta. (5)

Pokud dojde k porušení povinné mlčenlivosti, může být poškozen pacient, ale i zdravotník. Poskytne-li informaci (např. rodině, že pacient byl propuštěn), kterou nepovažuje za osobní, může být soudně stíhán. Proto je důležité, aby pracovníci ve zdravotnictví byli obeznámeni s povinnou mlčenlivostí, a to ve vlastním zájmu. (5)



## 1.5 Etický kodex

Etické normy ve zdravotnictví jsou doporučením chování a jednání, které je žádoucí v rozmanitých profesionálních situacích. Soubor těchto etických norem potom nazýváme etickým kodexem. Ze všech různých povolání je to právě zdravotnictví, ve kterém můžeme najít nejvíce etických kodexů. Jsou koncipovány tak, aby byly v souladu s právní normou, a jejich společným znakem je univerzální charakter. Snahou tedy je, aby existovala jasná a akceptovatelná pravidla, která budou využitelná v co největší míře, pro co největší počet zúčastněných stran. Etické kodexy jsou návody a rady, které vyzývají zdravotníky k zachování určité formy chování a jednání. (5)

### 1.5.1 Hippokratova přísaha

Základem etiky ve zdravotnictví je Hippokratova přísaha, která je považována za nejstarší etický kodex. I přesto, že byla napsána koncem 4. stol. př. Kr., je mezi odborníky i laiky dodnes přijímána. Některé pasáže jsou svým obsahem již překonány, obecný důraz na profesní mravnost však zůstává platný. (5)

*„Jedná se o přísahu, zasazenou do teistického kontextu. Vyplývá z ní jednoznačná výzva, aby veškerá práce s nemocným člověkem byla skutečným povoláním a posláním. Vždyť byla vkládána do rukou bohů, později pak, v kontextu různých monoteistických náboženství, do rukou Boha. Srovnáme-li si její obsah s různými principy lékařské etiky dvacátého století, musíme konstatovat, že došlo k jasnému odtržení od uvedené výzvy. Z přísahy vyplývá takový pohled na lékařství, který jej představuje jako závazek mravní, jako již uvedené poslání.“ (6, s. 21)*

V přísaze můžeme nalézt tři oddělené smlouvy: smlouva s bohy, smlouva mezi lékařem a ostatními členy tohoto povolání a smlouva mezi lékařem a nemocným. Pro nás budou důležité poslední dvě.

Vzájemná úcta mezi kolegy je i dnes ve zdravotnictví velice ceněna a je zdůrazněna také v etickém kodexu České lékařské komory:

*„Lékař v zájmu své stavovské cti i s ohledem na pověst lékařské profese nesmí podceňovat či 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 nebo nelékařů.“*

Úcta mezi kolegy platí také samozřejmě i pro jiné zdravotnické profese, nejen pro lékaře. Etický kodex zdravotnického pracovníka nelékařských profesí hovoří následovně:

*„Zdravotnický pracovník spolupracuje v rámci mezioborového týmu s ostatními odborníky tak, aby byly splněny všechny cíle plánu komplexní zdravotní péče o pacienta. Zdravotnický pracovník respektuje znalosti a zkušenosti svých kolegů i spolupracovníků jiných odborností.“* (5)

Smlouva mezi lékařem a pacientem je zaměřena na dodržování pravidel lékařova chování. Zde se lékař zavazuje k pomoci, k důvěrnosti, k nevyužívání, k respektu k posvátnosti a nedotknutelnosti života, a k mlčenlivosti. Závěrečná část zdůrazňuje posvátnost přísahy. (2)

Pokud se jedná o etiku ostatních nelékařských zdravotnických profesí, pak tato etika nemůže být jiná. Kodexy pro jiné zdravotníky vycházejí ze stejné tradice a ze stejného vztahu. Každý zdravotník by měl být plně zodpovědný za svá rozhodnutí a jednání. Měl by respektovat své kolegy, ochraňovat lidský život, zachovávat mlčenlivost a mít úctu k člověku. Protože bez této úcty by jakákoliv lékařská nebo zdravotnická etika přestala být etikou. (2)

### 1.5.2 Etický kodex Práva pacientů

Česká verze etického kodexu „Práva pacientů“ (viz. Příloha 2) byla koncipována na základě Vzorových práv pacientů, která zveřejnil Americký svaz občanských svobod v roce 1985. Práva byly vyhlášeny Centrální etickou komisí Ministerstva zdravotnictví ČR dne 25. 2. 1992. Od toho roku byla zveřejněna práva i dalších skupin: hospitalizovaného dítěte, psychiatrických a interních pacientů, a jiné.

Cílem práv pacientů je:

- Úcta k individualitě nemocného, k jeho lidství a jeho psychosociální situaci. I dnes však můžeme slyšet výroky jako např. „pošli sem ten žlučník“ „běž převléknout tu babku na jedenáctce u okna“, „nakrm toho paraplegika“ apod.
- Demokratický vztah mezi pacientem a pracovníkem ve zdravotnictví.
- Zainteresování pacienta. Pacient je vyzván k tomu, aby se podílel na procesu léčby. Právní odpovědnost ale leží na lékaři, který je odborně vzdělán.
- Akceptace autonomie pacienta. Respektujeme vůli a přání nemocného.
- Lepší vzájemné porozumění mezi nemocným, rodinou pacienta a profesionálními zdravotníky.
- Zvolit optimální postup. Někdy se můžeme setkat v zájmu vědy se zbytečným obtěžováním, s nepříjemným vyšetřováním, které je terapeuticky nehodnotné či zbytečné.
- Práva musí být doplněna také povinnostmi a to na obou stranách – co má dělat nemocný, co má dělat lékař, sestra, či jiný zdravotnický pracovník. (5)

Je třeba zdůraznit, že kodex Práva pacientů nejsou normy zákonné, ale etické. Jejich nedodržení v minulosti nemohlo být soudně vymáháno. Po přijetí nového zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, platného od 1. 4. 2013, byla téměř všechna etická práva pacienta přijata jako zákonná norma. Dle zákona o zdravotních službách je

zdravotnické zařízení povinno seznámit pacienta s tímto kodexem. Má tedy stále svůj význam. (5)

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

Vyjádřením současné etické odpovědnosti lékaře je Stavovský dokument České lékařské komory (ČLK) č. 10, který nabývá činnosti dne 1. 1. 1996 a naposledy byl novelizován rozhodnutím představenstva ČLK roku 2007. Obsahuje řadu etických zásad pro výkon lékařského povolání jako takového, pro vztah mezi lékařem a pacientem i vztahy mezi lékaři navzájem (viz. Příloha 3).

Obecné zásady:

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, sexuální orientaci, sociální postavení, věk, rozumovou roveň 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 vázán, pokud svým obsahem, nebo ve svých důsledcích narušují lékařskou etiku, ohrožují základní lidská práva.
4. Lékař je povinen být za všech okolností ve svých profesionálních rozhodnutích nezávislý a odpovědný.
5. Lékař uznává právo každého na svobodnou volbu lékaře. (17)

#### 1.5.4 Etický kodex nelékařských zdravotnických profesí

Etický kodex pro všechny nelékařské zdravotnické pracovníky vydalo Ministerstvo zdravotnictví ČR v roce 2004. Ani tento předpis nelze považovat za právně závazný. Nejedná se o zákonnou normu, má pouze doporučující charakter. Díky tomuto dokumentu však můžeme říci, že nelékařští zdravotničtí pracovníci mají svůj vlastní etický kodex, bez ohledu na to, zda jsou nebo nejsou členy profesní organizace, která má svůj etický kodex. Etický kodex nelékařských zdravotnických profesí obsahuje etické zásady zdravotnického pracovníka, dále vymezuje vztah mezi zdravotníkem a pacientem i vztahy mezi zdravotníky navzájem (viz. Příloha 4). (9)

Etické zásady zdravotnického pracovníka nelékařských oborů:

- Zdravotnický pracovník nelékařských oborů (dále jen „zdravotnický pracovník“) při své práci zachovává úctu k životu, respektuje lidská práva a důstojnost každého jednotlivce bez ohledu na věk, pohlaví, rasu, národnost, víru, politické přesvědčení a sociální postavení.
- Zdravotnický pracovník dbá na dodržování Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, na dodržování práv pacientů, tak jak jsou vyjádřena v Chartě práv pacientů a v Chartě práv hospitalizovaných dětí.
- Zdravotnický pracovník je povinen přistupovat ke své práci s veškerou odbornou schopností, kterou má, s vědomím profesionální odpovědnosti za podporu zdraví, prevenci nemocí, za obnovu zdraví a zmírňování utrpení, za přispění ke klidnému umírání a důstojné smrti.
- Zdravotnický pracovník poskytuje zdravotní péči jednotlivcům, rodinám, skupinám a spolupracuje s odborníky jiných oborů. Při poskytování zdravotní péče vždy nadřazuje zájmy těch, kterým poskytuje péči, nad zájmy své.
- Zdravotnický pracovník je povinen chránit informace o těch, kterým poskytuje své služby, bez ohledu na způsob, jakým jsou tyto informace získávány,

shromažďovány a uchovávány. Povinnou zdravotnickou dokumentaci vede pečlivě a pravdivě, chrání ji před zneužitím a znehodnocením.

- Zdravotnický pracovník aktivně prohlubuje znalosti o právních předpisech platných pro jeho profesi a dodržuje je.
- Zdravotnický pracovník nesmí podřizovat poskytování zdravotní péče komerčním zájmům subjektů, působících v oblasti zdravotnictví. (19)

Etických kodexů, jež se týkají zdravotnických povolání, existuje celá řada. Samotná existence kodexů však ještě nezaručuje jejich respektování a dodržování. To je úkolem každého pracovníka, dále zdravotnických zařízení a také vzdělávacích institucí, které připravují studenty na budoucí povolání ve zdravotnictví, a které zajišťují další vzdělávání zdravotnických pracovníků. (18)

### **1.5.5 Etický kodex sester**

Mezinárodní etický kodex sester (viz. Příloha 5) byl v roce 1953 přijat Mezinárodní radou sester (ICN). Poslední revize tohoto kodexu byla provedena v roce 2005. V České republice byl Etický kodex sester projednán Sněmem předsedkyň a předsedů sekcí a regionů České asociace sester (ČAS), přijat Etickou komisí ČAS a Prezidiem ČAS. Platný je od 11. února 2012. (20)

Mezi čtyři základní povinnosti sester patří: podporovat zdraví, předcházet nemocem, navracet zdraví a zmírňovat utrpení. V úvodu etického kodexu sester je uvedeno, že součástí ošetrovatelské péče je respektování lidských práv, práv kulturních, práva na život, práva na důstojnost a úctu. Dále se hovoří o tom, že ošetrovatelská péče nediskriminuje na základě věku, barvy pleti, vyznání, kulturních zvyklostí, postižení nebo nemoci, pohlaví, sexuální orientace, národnosti, politického přesvědčení, rasy a

sociálního postavení. Všechny výše uvedené charakteristiky pacienta / klienta naopak respektuje. (20)

## **1.6 Vymezení oboru radiologický asistent**

Obor radiologický asistent se řadí mezi nelékařská zdravotnická povolání, jejichž odbornou způsobilost a vymezení činnosti upravuje zákon 96/2004 Sb. (Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). „Za výkon povolání radiologického asistenta se považuje zejména provádění radiologických zobrazovacích i kvantitativních postupů, léčebné aplikace ionizujícího záření a specifické ošetrovatelské péče poskytované v souvislosti s radiologickými výkony. Radiologický asistent provádí činnosti související s radiační ochranou podle zvláštního právního předpisu 8) a ve spolupráci s lékařem se podílí na diagnostické a léčebné péči. Činnosti zvláště důležité z hlediska radiační ochrany může radiologický asistent vykonávat, pokud splňuje požadavky stanovené zvláštním právním předpisem 8).“ ( 21, § 8 )

V důsledku rozvoje řady nových technologií, diagnostických i terapeutických postupů je kladen velký důraz na kvalitu odborné činnosti radiologického asistenta. Toto povolání ale také vyžaduje mimořádný ohleduplný přístup k pacientovi, základní znalosti z oboru psychologie, etiky, ošetrovatelství a schopnost komunikace. (22)

Historie povolání radiologického asistenta má svůj počátek na přelomu 19. a 20. století, kdy byly zkonstruovány první provozuschopné rentgenové přístroje, a to např. V Zemských ústavech v Olomouci, kde takový přístroj pracoval už od roku 1901. Tehdy střední zdravotnický pracovník musel po II. světové válce absolvovat po maturitě na střední odborné škole či gymnáziu dvouleté nástavbové studium radiologický laborant. V devadesátých letech minulého století se stal radiologický laborant na vyšších odborných školách při středních zdravotnických školách diplomovaný specialista (Dis.). V současné

době se jedná o tříleté denní nebo kombinované pomaturitní bakalářské studium většinou na školách univerzitního typu. (22)

### **1.6.1 Společnost radiologických asistentů ČR**

Společnost radiologických asistentů ČR (dále jen SRLA ČR), je dobrovolné občanské sdružení radiologických asistentů. Jeho členem se může stát každý, jehož práce souvisí s profesí radiologický asistent. SRLA dbá o rozvoj profese, podporuje odborný růst svých členů, vydává doporučení a osvědčení o jejich kvalifikaci a hájí jejich profesní zájmy. Co se týká činnosti pedagogické a odborné, využívá pracovních schůzí, seminářů, konferencí, symposií a sjezdů. Dále se podílí na zkvalitňování profesního vzdělávání, na koncepci, náplni a zajištění kontinuálního vzdělávání. Spolupracuje s odbornými společnostmi doma i v zahraničí, s orgány státní správy a odborovými institucemi při řešení pracovních-právních a sociálních podmínek svých členů. Společnost také spolupracuje při vydávání odborného časopisu Praktická radiologie, jež má dlouholetou tradici. (23)

### **1.6.2 Evropská federace radiologických společností -The European Federation of Radiographer Societies (EFRS)**

EFRS byla založena v roce 2008. U zrodu této společnosti stálo 27 odborných radiologických společností. V roce 2015 zaštiťuje EFRS 38 radiologických společností a 49 vzdělávacích institucí. Členem EFRS je i Česká radiologická společnost ČR. Rolí EFRS je zastupovat, podporovat a rozvíjet profesi radiologie v Evropě, a to v celém



rozsahu lékařského zobrazování, nukleární medicíny a radioterapie, dále vše co přímo i nepřímo souvisí s touto rolí, vše v nejširším smyslu. (24)

Ve zprávě z výročního zasedání EFRS 2014 v portugalské Coimbře se hovoří například o snaze sjednotit název profese jako „Radiographer“ a přeformulování tohoto pojmu v dokumentech Světové zdravotnické organizace (WHO) nebo Evropského společenství pro atomovou energii (EURATOM). Dalším tématem bylo nastavení úrovně magisterského vzdělávání v jednotlivých státech tak, aby bylo stejně kvalitní a uznávané v celé Evropě. Úkolem EFRS je tedy připravit podklady pro úroveň magisterského vzdělání radiologických asistentů, klasifikovat škálu znalostí, dovedností a kompetencí a také ji odlišit od úrovně bakalářské. Zatím je otázkou, jak nastavit strukturu tohoto studijního programu, jaké jsou potřeby výuky a jakým směrem dále studenty směřovat. Dalším bodem byla také otázka budoucnosti, kde se diskutovalo o možnosti implementace dokumentů, na jejichž vzniku se EFRS podílela, na národní úroveň. To se týká například etického kodexu radiologických asistentů nebo strategie pro celoživotní vzdělávání. (25)

## 1.7 Eutanazie

Důvody, proč se dnes diskutuje o ukončování života, jsou především vědecké pokroky a technické vymoženosti spojené s úspěchy v lékařství. Lze zachraňovat a prodlužovat životy jedinců, dříve odsouzené ke smrti. Negativní stránkou je vnímání přetrvávajícího života jako zátěž jak pro nemocného, tak pro jeho příbuzné a blízké. Dále také vitalistické tendence medicíny, které se snaží udržovat život za každou cenu. (26)

Velký důraz je kladen západními společnostmi na autonomii člověka, kde každý ví nejlíp, co je pro něj dobré, jaké má hodnoty a přání. Tak i rozhodnutí o smrti musí být jen jeho volbou a nikoho jiného. Sahá však autonomie jedince až ke smrti? (26)

### **1.7.1 Vymezení pojmu**

Slovo eutanazie pochází z řečtiny (eu = dobrá, thanatos = smrt). Staří Řekové tak označovali ukončení vlastního nebo cizího života. Důvodem pro eutanazii bylo zachování cti a důstojnosti. (11)

Dříve byla rozlišována eutanazie aktivní a pasivní. Aktivní eutanazie byla chápána jako aktivní čin vedoucí ke smrti. V tomto případě dá pacient platný souhlas s eutanazií. Souhlas může dát jen dospělá osoba, která není pod tlakem a není duševně nemocný. Pak lékař podnikne kroky vedoucí k ukončení života pacienta. Pasivní eutanazie znamenala ustoupení od dosavadní léčby nebo nepodání léku vedoucí ke smrti. Pod pojmem pasivní eutanazie však mohly být dva naprosto odlišné postupy. V prvním případě nezasáhnutí s úmyslem zabití, v druhém případě ustoupení od dosavadní léčby a dalších postupů, pokud jsou zbytečná a přinášejí nemocnému jen další utrpení. Na odmítnutí další léčby má pacient plné právo. Pojem pasivní eutanazie by se pro jeho nejednoznačnost neměl vůbec používat. (11, 26)

Holandská definice vymezuje eutanazii jako úmyslné ukončení života člověka někým jiným než člověkem samotným (lékařem), na jeho vlastní žádost. Pokud pacient ukončí život pomocí rady lékaře, pak se jedná o „asistované suicidium“, asistovanou sebevraždu. (26)

### **1.7.2 Země, kde se provádí eutanazie nebo asistovaná sebevražda**

V Evropě se to týká států Beneluxu, tedy Nizozemska (od roku 1994, resp. 2002), Belgie (od roku 2002), a Lucemburska (od roku 2008). Ve Spojených státech není eutanazie uzákoněna v žádném státě Unie. V některých státech je ale uzákoněna

asistovaná sebevražda, a to v Oregonu (od roku 1998), ve Washingtonu (od roku 2008) a v Montaně (od roku 2009). (13)

### ***1.7.2.1 Nizozemsko***

V roce 1969, holandský lékař Jan Hendrik van den Berg (1987 – angl. Překlad) zveřejnil knížečku „Lékařská moc a lékařská etika“, kde navrhoval, aby lékaři přijali následky technických vymožeností a byli ochotni pomoci svým nemocným a umírajícím, a to i zabitím. V roce 1973 došlo v Leeuwardenu k prvnímu soudnímu procesu, který projednával aktivní eutanazii provedenou lékařem. V roce 1982 byla ustanovena Vládní komise pro eutanazii. Ta se spolu s Ústřední komisí Královské holandské lékařské asociace podílela na určování kritérií a okolností, za kterých je možné eutanazii provést. Komise také zaručovala, že pokud lékaři tyto kritéria budou dodržovat, nebudou trestáni. (26)

Nejdůležitější, tzv. Rotterdamská kritéria jsou:

- Pacient musí být kompetentní a jeho žádost dobrovolná.
- Pacientova žádost musí být jasná, opakovaná a dobře uvážená.
- Pacient musí nesnesitelně trpět a eutanazie musí být poslední možností. Pro tišení tohoto utrpení neexistuje žádná jiná možnost.
- Eutanazii může provádět pouze lékař.
- Lékař musí vše zkontrolovat s jiným nezávislým lékařem, který již má zkušenosti s prováděním eutanazie. (13)

Pokud tedy lékař vyhověl všem těmto požadavkům, nebyl trestán. Roku 1994 byl odsouhlasen doplněk zákona o pohřebnictví a získal tedy formální a především legální statut. (13)

V Nizozemí byl pojem eutanazie jasně vymezen, aby nedocházelo k nejasnostem. Jde o „úmyslné ukončení života osoby na její explicitní žádost někým jiným než osobou samotnou (lékařem).“ (26, s. 35) Eutanazie tedy nezahrnuje ustoupení od aktivity, například ukončení léčby. Pod tento pojem nelze zahrnovat ukončování života novorozenců nebo pacientů v kómatu, protože eutanazie je chtěná volba pacienta a pojem se nevztahuje ani na nechtěné ukončení života, například při tlumení bolesti pacienta opiáty. (26)

1. dubna 2002 se eutanazie stala v Nizozemsku legální. Do té doby byla technicky nezákonná, ale netrestaná za jasně stanovených okolností a podmínek uvedených výše. Všechny případy musejí být po úmrtí pacienta prošetřeny. Byly ustanoveny komise, které rozhodnou, zda lékař dodržel předpis a zda nemohl pomoci nemocnému jiným způsobem. O eutanazii mohou požádat i děti ve věku dvanáct až patnáct let, vyhověno však bude pouze se souhlasem rodičů. Děti ve věku šestnáct až osmnáct let mohou požádat o eutanazii a nemusí to být nezbytně se souhlasem rodičů nebo zákonného zástupce. (13)

Důvody k eutanazii byly převážně: pocit osamělosti, opuštěnosti, ztráta důstojnosti, zátěž pro okolí, pocit ztráty smyslu života nebo strach z umírání, nikoliv „nesnesitelná bolest fyzická“. (26)

V Nizozemsku byla v roce 2008 eutanazie provedena v 2146 případech, dále bylo 152 asistovaných sebevražd a 33 případů kombinace obou. Celkově se jednalo o 2331 případů. V roce 2009 byl počet eutanazií a asistovaných sebevražd 2636. (27)

### **1.7.2.2 Oregon, USA**

Zde se nepodařilo prosadit zákon o eutanazii, ale od roku 1998 zde platí zákon o důstojném umírání. Tento zákon za určitých okolností legalizuje tzv. asistovanou sebevraždu lékařem. Ovšem ani lékař, ani žádná jiná osoba, nesmí usmrtit nevléčitelně

nemocného. Pouze sám pacient si smí aplikovat letální dávku předepsaného přípravku. Tuto možnost volí většinou onkologičtí pacienti, a to velmi vzdělaní. Podmínky asistované sebevraždy stanovené zákonem. (11)

Žadatel musí být plnoletý, musí být obyvatel státu Oregon a být svéprávný. Dále musí mít terminální diagnózu s očekávanou dobou života méně než šest měsíců. Musí o asistovanou sebevraždu žádat nejméně dvakrát, a to ústně. Mezi oběma žádostmi musí být minimálně 14 dní. Dále musí žádat písemně, s podpisem za přítomnosti dvou svědků. Asistující lékař a konzultující lékař musejí oba potvrdit diagnózu a prognózu, dále musejí potvrdit kompetentnost pacienta. Pokud se objeví podezření na psychické problémy, musí pacient podstoupit psychologické vyšetření. Lékař musí informovat pacienta o dostupných alternativách k asistované sebevraždě včetně komfortní péče, hospicového zařízení a tišení bolesti. Lékař musí požádat, nikoli vyžadovat, aby pacient o svém rozhodnutí uvědomil svého nejbližšího příbuzného. (13)

Mezi lety 1998 a 2007, zemřelo asistovanou sebevraždou celkem 341 pacientů. 81% z nich, mělo určitou formu rakoviny, 86% bylo v hospicové péči. Přes 80% pacientů jako důvod asistované sebevraždy uvádělo ztrátu autonomie, menší schopnost se angažovat v aktivitách, které dělají život příjemným a ztrátu důstojnosti. (13)

### 1.7.3 Kodexy a přísahy

V Hippokratově přísaze se říká: „*Nepodám nikomu smrtící látku, i kdyby ji ode mne žádal, a ani nikomu tuto možnost nenavrhnu. Podobně nepodám ženě abortivní prostředek.*“ Přísaha tedy zásadně odmítá eutanazii, jednoznačně říká, že lékař nepodá pacientovi smrtící lék, ani kdyby ho o to žádal a prosil. (11)

Etický kodex České lékařské komory, oddíl II článek 7: „*Lékař u nevyлéčitelně 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.“*  
(17)

Deklarace Světové lékařské asociace přijatá v září 1992 ve Španělsku konstatuje: *„Asistované suicidium, podobně jako eutanazie, je neetické a musí být odsouzeno lékařskou profesí. Kdekoli je asistence lékaře vědomá a přímo zaměřená k umožnění konce života pacienta, jedná lékař neeticky. Je ovšem třeba říci, že právo na odmítnutí další léčby je základním právem pacienta a lékař nejedná neeticky, pokud takové přání respektuje, dokonce i když toto přání vyústí ve smrt pacienta.“* (28)

Dokument Ochrana lidských práv a důstojnosti smrtelně nemocných a umírajících (Rada Evropy, 1418/1999) byl přijat 25. června 1999. V tomto dokumentu Parlamentní shromáždění Rady Evropy jasně podporuje paliativní péči a vyzývá, aby tato péče byla uznána jako zákonný nárok člověka. Dále hovoří o respektu k autonomii a sebeurčení každého jedince, jako i respektu k vyjádření se předem, které ale nemůže zahrnovat žádost o usmrcení. Důraz klade na zákaz eutanazie a odkazuje na Evropskou konvenci o lidských právech (Rada Evropy, 1950). (29) Tato konvence stejně tak jako i jiné významné dokumenty se odvolávají na Všeobecnou deklaraci lidských práv Organizace spojených národů z roku 1948. V ní je ukotveno, že každý má právo na život, svobodu a bezpečnost své osoby (čl. 3) a řadu dalších práv. (30)

#### **1.7.4 „Právo na smrt“**

Po celém světě vznikají spolky, které se nazývají společnosti „za právo zemřít“ („right to die“) a jejich snahou je také legalizace eutanazie. Je však otázkou, zda vůbec něco takového, jako „právo na smrt“ existuje. (26)

V osmdesátých letech minulého století došlo v západních zemích jako je USA, Kanada nebo Velká Británie k vytvoření tzv. „advance directives, „living will“, apod., to znamená předem určování svých záměrů. Znamé je také spojení DNR = Do Not Resuscitate, neresuscitovat!, tedy nezahajovat kardiopulmonální resuscitaci v případě zástavy těchto funkcí. Dříve bylo prosazování práv reakcí na jejich ohrožování zvenčí. Jednalo se tedy o práva proti omezování. V moderní době jsou však práva doplňována o ty, které prosazují prospěch a zaručují určitá dobra. Ale ne vše, co si přejeme, lze zahrnovat do práv. Podle Munzarové by se v případě jakéhokoli práva mělo jednat o žádost, kterou lze nějak ospravedlnit, nikoli o přání, zájem nebo moc. Jistota smrti každého člověka je naprosto nevyhnutelná. Proč tedy chceme mít právo na něco, co je nevyhnutelné? (26)

Další otázkou je, pro koho by „právo na smrt“ mělo platit? Mělo by platit jen pro umírající na sklonku života nebo i pro nevléčitelně nemocné či postižené, kteří ještě neumírají? Pokud se jedná o osoby, které už nejsou schopny smrt vyžadovat, ty by právo neměli? Lze přesunout toto právo na jiné, kteří rozhodnou o mé smrti? A pak tedy, pokud má být právo na smrt projevem autonomie člověka, jak za mne může rozhodovat jiný člověk? (26)

Nejčastější důvody žádosti o zabití: strach z dlouhého protahování umírání, strach z příliš dlouhého života, ztráta důstojnosti díky senilitě a závislosti na druhých, strach ze ztráty kontroly sebe sama, strach z toho že budeme finanční, psychickou a sociální zátěží pro okolí. (26)

### **1.7.5 Argumenty pro a proti legalizaci eutanazie**

Argumenty pro:

- Každý má právo se rozhodnout, jakým způsobem zemře. Podle tvrzení, že moje

svoboda končí tam, kde začíná svoboda druhého, je asistovaná sebevražda či eutanazie skutek, který nijak neohrozí druhého. Proto není důvod jej neudělat. Právo zemřít je morálním právem každého člověka.

- Každý vlastní své tělo. Máme tedy právo s ním nakládat, jak chceme.
- Každý za sebe nejlépe ví, jaká bolest je pro něj ještě snesitelná a jaká už nikoli.
- Eutanazie je důstojná smrt. Pokud to jde, je dobré mít právo na to umřít dobře, zkráceně, bezbolestně atd. Lepší důstojná smrt eutanazií, než dlouhé a bolestivé umírání.
- Odpovědnost za asistovanou sebevraždu či eutanazii neexistuje. Pokud po smrti už nic není, pak není žádná odpovědnost.
- Eutanazie může být aktem milosrdenství.
- Konkrétní kazuistika.
- Eutanazie tu vždy byla, proto je lepší ji regulovat danými zákony. Provádí se tak jako tak, například zvýšením dávky morfia.

Argumenty proti:

- Právo na eutanazii není chráněno žádnou ústavou a narušovalo by základní právo na život a integritu člověka.
- Pokud by došlo ke změně ústavy a legalizaci eutanazie, přesto by toto právo zůstalo nemravným.
- Patřičné zvládnutí bolesti a současně péče o duševní, sociální a spirituální potřeby nemocného dokazují, že eutanazie není nutností. Lékařský problém zahrnuje i složku mravní, nejde jen o pouhý výběr. Pacienti, kteří jsou ošetřeni s dávkou porozumění a se soucitem o ukončení života nežádají.
- Eutanazie není vždy výběrem autonomním. Pacienti mají často pocit, že jsou na obtíž, mají strach z nemoci, bolesti, smrti, často pod vlivem léků a jsou velmi citliví vůči různým návrhům.
- Obrovská moc lékaře, kterou by získal uzákoněním možnosti usmrcovat pacienty. Nemocný totiž neurčuje, zda je léčba beznadějná, že je utrpení nesnesitelné.



- Eutanazie není „smrtí ze soucitu“, není prováděna pod vlivem soucitu. Pravý soucit vnímá situaci z pohledu pacienta, nikoliv z pohledu jeho okolí. Pomoc nemocnému k důstojné smrti a ne k zabití, to je správná cesta.
- Eutanazie není důstojná smrt. Nemoc neznamena ztrátu důstojnosti, protože lidé mají svou důstojnost prostě proto, že jsou lidé. Pokud dochází ke změnám v pocitech nemocného, pak je to především díky jeho okolí, které nepatřičně reagují v dané situaci (litují ho, opouštějí).
- Eutanazie není záležitost soukromá, má dopad na celou společnost. Do situace je vtaženo více lidí. Dochází k znehodnocování lidského života, jež byl dosud jednou z nejdůležitějších hodnot naší kultury.
- Eutanazie je v naprostém protikladu k náplni lékaře. Lékaři by měli život zachraňovat. Vedla by k rozkladu lékařovy integrity a také ke ztrátě důvěry v lékaře a medicínu. (26)

Munzarová uvádí, že *„pokud dovolíme lékařům ukončovat životy umírajících na jejich vlastní žádost, rozhodně u toho neskončí a postupně bude tato možnost rozšiřována.“* (26, s. 39)

Na otázku, zda je eutanazie zajištěním práva na důstojnou smrt, zatím neexistuje jednoznačná odpověď a možná nikdy existovat nebude. Zastánci i odpůrci eutanazie se shodují v tom, že je potřeba zajistit umírajícím možnost na důstojný závěr života a na důstojnou smrt. (11)

Volání po eutanazii je ukazatelem, že nějaký rozměr nemocného není patřičně ošetřen. Podobně jako sebevražda nemusí nutně znamenat, že pacientův problém je nesnesitelný, spíše že potřebuje okamžitou pomoc. (13)

Podle Munzarové by lékaři a všichni zdravotničtí pracovníci měli k umírajícím hledat cesty, které by vyloučily jejich žádost o eutanazii, protože taková žádost je důkazem selhání lékaře a zdravotní péče. (26)

## **2 Výzkumná otázka a metodika výzkumu**

### **2.1 Výzkumná otázka**

1. Je dostatečně zpracována etická problematika zaměřená na obor radiologický asistent (RA)?
2. Jsou RA dostatečně informováni o etických otázkách týkajících se jejich profese?

### **2.2 Metodika výzkumu**

V teoretické části jsem analyzovala literaturu zabývající se obecně etikou a následně jsem se zaměřila na hlavní etické problémy ve zdravotnictví. Dále jsem se zabývala etickými kodexy jednotlivých profesí. Na základě získaných informací z teoretické části jsem provedla výzkumné šetření.

Výzkumné šetření proběhlo anonymní dotazníkovou formou (viz Příloha 6) a bylo zaměřeno na radiologické asistenty na odděleních radiodiagnostiky, radioterapie a nukleární medicíny. Dotazník se týkal znalostí etiky a případných etických problémů, se kterými se musí RA vyrovnávat ve své každodenní praxi. Dotazníky byly distribuovány v období od 1. 2. 2016 do 19. 4. 2016 ve zdravotnických zařízeních Středočeského kraje.

Při sestavování dotazníku jsem vycházela z poznatků z teoretické části a z Etického kodexu nelékařských zdravotnických profesí, protože RA svůj etický kodex v České republice nemají. Dotazník obsahoval 22 otázek, z toho je 6 otázek otevřených, 5 otázek polo - uzavřených a 11 otázek uzavřených.

První část dotazníku se týká základních demografických údajů. Zjišťovala jsem zde pohlaví, věk, rodinný stav, dosažené vzdělání, délku praxe na pozici radiologický asistent, celkovou výši úvazku a typ oddělení, na kterém respondenti pracují.

Dále byla v otázkách č. 8, 9, 15, 16, 19 zjišťována znalost základních etických principů ve zdravotnictví, znalost etických kodexů, povinná mlčenlivost a etická komise.

Otázky č. 10, 11, 12, 13, 21 se týkají pojmu důstojnost, možného porušení důstojnosti pacienta, a zda pracovní vytížení a délka praxe má vliv na etický přístup k pacientovi.

Další otázky se zaměřují na otázku dalšího vzdělávání, školení zaměřených na komunikaci se specifickým typem pacienta, komunikaci s pacientem a etické problémy RA v praxi (položky č. 14, 17, 18, 20, 22).

Celkem bylo distribuováno 135 dotazníků. Navráceno bylo 94 dotazníků a k závěrečnému zpracování bylo použito 90 dotazníků (z důvodu nedostatečného vyplnění byly čtyři dotazníky vyřazeny).

Výsledky dotazníkového šetření byly zpracovány pomocí programů Microsoft Office Word 2016 a Microsoft Excel 2016. Odpovědi respondentů k jednotlivým otázkám jsem vyhodnotila a zpracovala do tabulek, některé pro lepší přehlednost do grafů.

Zjištěné výsledky budou prezentovány dle jednotlivých oddělení a zároveň souhrnně. K rozdělení respondentů sloužila otázka č. 7 v dotazníku (Na jakém oddělení pracujete?). Z celkového počtu 90 respondentů uvedlo jako oddělení, na kterém pracují, radiodiagnostika 30 respondentů, radioterapie 30 a oddělení nukleární medicíny 30 respondentů. V tabulkách a grafech bude dále používáno označení RDG pro oddělení radiodiagnostiky, RT pro radioterapii a NM pro oddělení nukleární medicíny.

### 3 Výsledky

Údaje zpracované do tabulek a grafů byly získány z vlastního dotazníkového šetření. Prezentovány budou prostřednictvím tabulek a grafů s popisem.

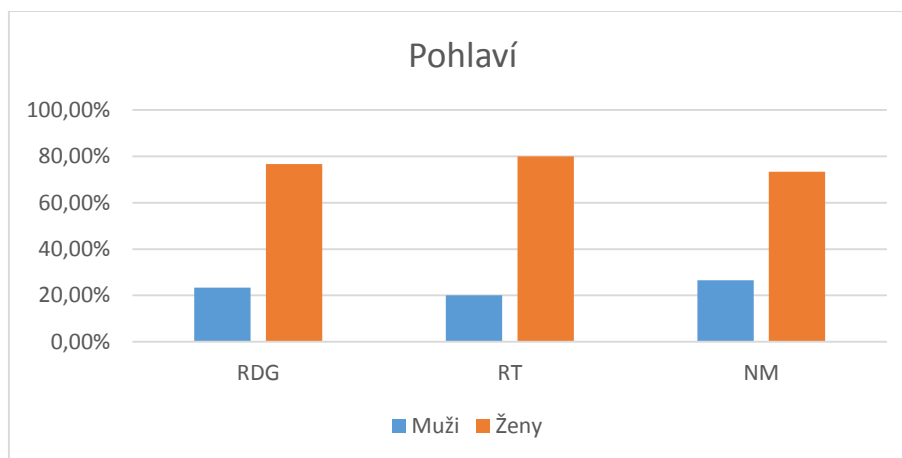
#### 3.1 Analýza výsledků

*Otázka č. 1: Pohlaví*

Tabulka 1: Pohlaví

Pohlaví	RDG		RT		NM	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Muži	7	23,3	6	20	8	26,6
Ženy	23	76,6	24	80	22	73,3
<b>Celkem</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>
<b>Celkem</b>	<b>90</b>					

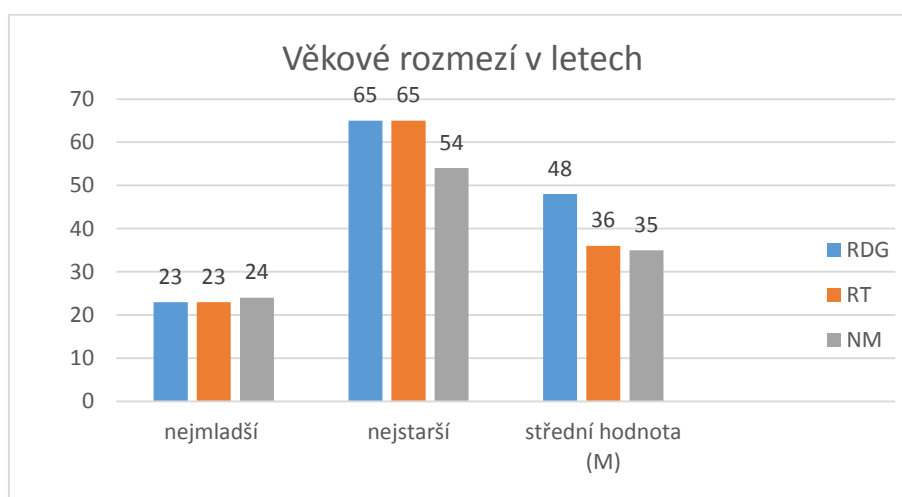
Graf 1: Pohlaví



Tabulka 1 prezentuje zastoupení mužů a žen na jednotlivých odděleních. Na oddělení radiodiagnostiky bylo 7 (23,3%) mužů a 23 (76,7%) žen. Na oddělení radioterapie bylo 6 (20%) mužů a 24 (80%) žen a na oddělení nukleární medicíny bylo rozložení 8 (26,6%) mužů a 22 (73,3%) žen. Z celkového počtu 90 (100%) respondentů bylo 21 (23%) mužů a 69 (77%) žen.

### Otázka č. 2: Věk

Graf 2: Věkové rozmezí respondentů



Ve druhé otázce v dotazníku měli respondenti uvádět svůj věk v celých letech. Na oddělení radiodiagnostiky bylo nejmladšímu respondentovi 23 let, nejstaršímu 65 let a medián byl 48 let. Na oddělení radioterapie měl nejmladší respondent 23 let, nejstarší 65 let a medián byl 36 let. Nejmladší respondent na oddělení nukleární medicíny měl 24 let, nejstarší 54 let a medián byl 35 let. Z celkového počtu 90 (100%) respondentů bylo nejmladšímu z tohoto počtu 23 let a nejstaršímu 65 let. Medián byl 39 let.

Otázka č. 3: Rodinný stav

Tabulka 2: Rodinný stav

Rodinný stav	RDG		RT		NM	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Svobodný/á	9	30	8	26,7	8	26,7
Ženatý/vdaná	13	43,3	12	40	11	36,6
V partnerství	5	16,7	4	13,3	5	16,7
Rozvedený/á	3	10	4	13,3	5	16,7
Vdovec/vdova	0	0	2	6,7	0	0
ChD	0	0	0	0	1	3,3
<b>Celkem</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Pozn.: ChD – chybějící data

Tabulka 2 prezentuje výsledky třetí otázky dotazníku, kde měli respondenti uvést rodinný stav. Na oddělení radiodiagnostiky byla uvedena jako nejčastější odpověď ženatý/vdaná, kterou uvedlo 13 (43,3) respondentů. Dále zde bylo 9 (30%) respondentů svobodných, 5 (16,7%) respondentů žijících v partnerském vztahu a 3 (10%) uvedli jako rodinný stav rozvedený/á.

Na oddělení radioterapie byla nejčastěji zastoupena odpověď ženatý/vdaná, jež uvedlo 12 (40%) respondentů. 8 (26,7%) respondentů odpovědělo, že jsou svobodní. V partnerství žijí 4 (13,3%) respondenti a 4 (13,3%) jsou rozvedení. Vdovec/vdova uvedli jako rodinný stav 2 (6,7%) respondenti.

Na oddělení nukleární medicíny byla nejčastější odpověď také ženatý/vdaná. Tu uvedlo 11 (36,6%) respondentů. Další častou odpovědí, kterou uvedlo 8 (26,7%) respondentů, bylo svobodný/á. V partnerství žije 5 (16,7%) respondentů. Možnost rozvedený/á uvedlo 5 (16,7%) respondentů a 1 (3,3%) respondent tuto otázku nezodpověděl.

Z celkového počtu 90 (100%) respondentů jich bylo 25 (28%) svobodných, 36 (40%) ženatých/vdaných, 14 (16%) v partnerském vztahu. 12 (13%) respondentů uvedlo jako rodinný stav rozvedený/á a 2 (2%) respondenti uvedli vdovec/vdova. 1 (1%) respondent tuto otázku nezodpověděl.

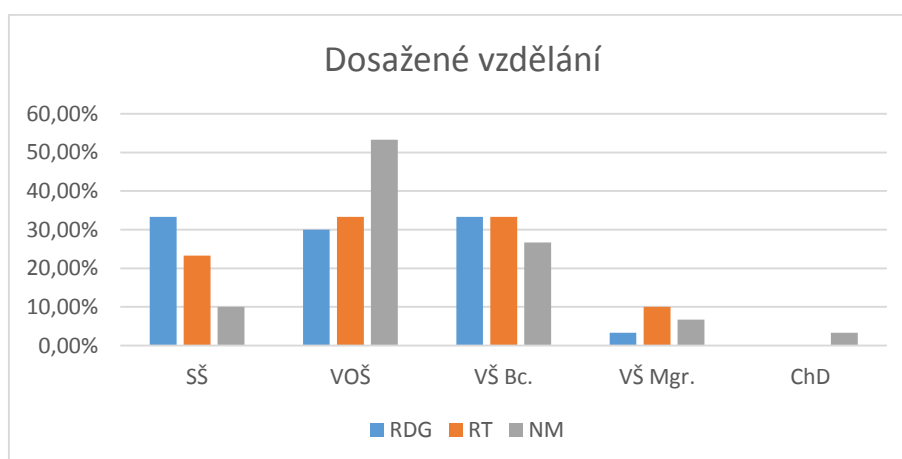
Otázka č. 4: Nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka 3: Dosažené vzdělání

Dosažené vzdělání	RDG		RT		NM	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
SŠ	10	33,3	7	23,3	3	10
VOŠ	9	30	10	33,3	16	53,3
VŠ Bc.	10	33,3	10	33,3	8	26,67
VŠ Mgr.	1	3,3	3	10	2	6,67
ChD	0	0	0	0	1	3,3
<b>Celkem</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Pozn.: ChD – chybějící data

Graf 3: Nejvyšší dosažené vzdělání



Pozn.: ChD – chybějící data

Čtvrtá otázka v dotazníku zjišťovala nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Na oddělení radiodiagnostiky byly jako nejčastější odpovědi uvedeny SŠ, kterou uvedlo 10 (33,3%) respondentů, a VŠ Bc., kterou uvedlo také 10 (33,3%) respondentů. VOŠ vystudovalo 9 (30%) respondentů a 1 (3,3%) respondent uvedl VŠ Mgr.

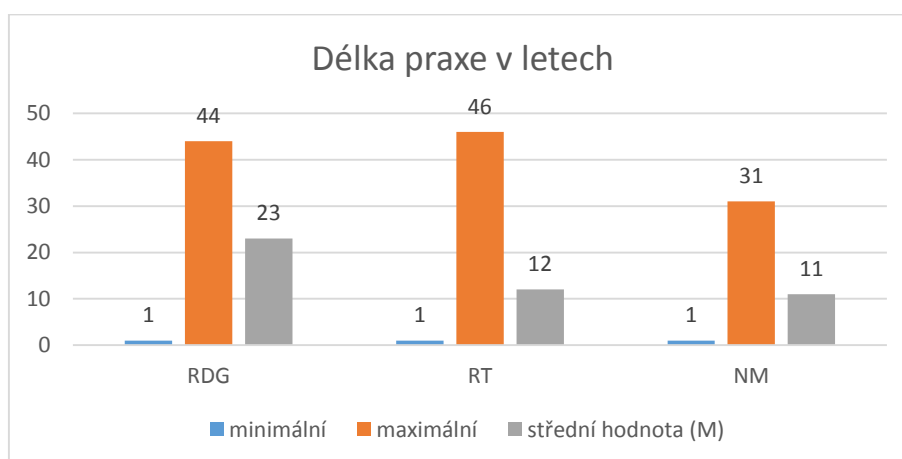
Na oddělení radioterapie byly nejčastějšími odpověďmi VOŠ – 10 (33%) respondentů, a VŠ Bc – 10 (33,3%) respondentů. 7 (23,3%) respondentů uvedlo SŠ a VŠ Mgr. vystudovali 3 (10%) respondenti.

Na oddělení nukleární medicíny nejvíce respondentů vystudovalo VOŠ – 16 (53,3%). Dále pak 8 (26,67%) respondentů uvedlo jako dosažené vzdělání VŠ Bc, 3 (10%) respondenti SŠ a další 2 (6,67%) vystudovali VŠ Mgr. 1 (3,3%) respondent dosažené vzdělání neuvedl.

Z celkového počtu 90 (100%) respondentů, byla jako nejčastější možnost uvedena VOŠ, kterou uvedlo 35 (39%) respondentů. Druhou nejčastější možností byla VŠ Bc – 28 (31%) respondentů. 20 (22%) respondentů uvedlo jako nejvyšší dosažené vzdělání SŠ. VŠ Mgr. vystudovalo 6 (7%) respondentů.

*Otázka č. 5: Jaká je délka Vaší praxe na pozici radiologický asistent?*

Graf 4: Délka praxe na pozici RA - uvedeno v letech





Graf 4 prezentuje délku praxe respondentů na jednotlivých odděleních. Respondenti měli délku praxe uvádět v celých letech. Jako minimální délka praxe byl na všech třech odděleních (RDG, RT, NM) uveden 1 rok. Nejdelší praxe byla uvedena na oddělení radioterapie, a to 46 let. Na oddělení radiodiagnostiky byla nejdelší praxe 44 let a na nukleární medicíně 31 let. Medián byl na nejvyšší na oddělení diagnostiky – 23 let. Na radioterapii byl medián 12 let a na nukleární medicíně 11 let.

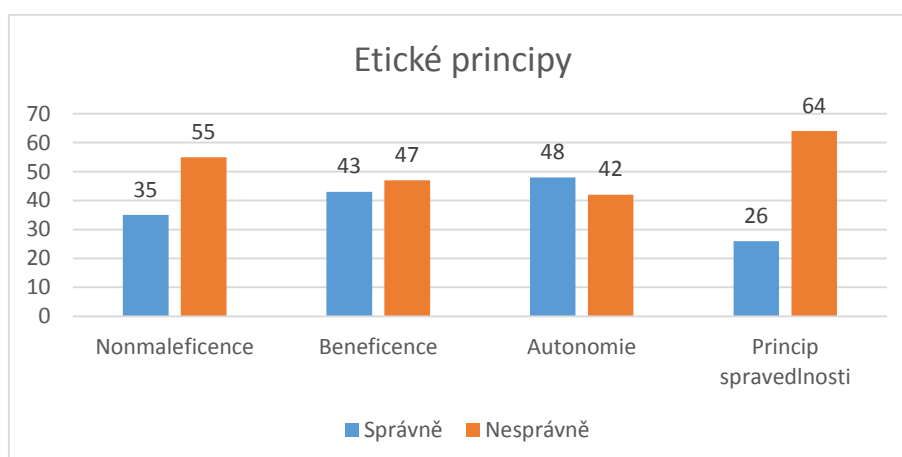
*Otázka č. 8: Znalost základních etických principů*

Tabulka 4: Znalost základních etických principů na jednotlivých odděleních

Etické principy	RDG		RT		NM	
	S	N	S	N	S	N
Nonmaleficence	5	25	13	17	17	13
Beneficence	9	21	16	14	18	12
Autonomie	12	18	15	15	21	9
Princip spravedlnosti	4	26	9	21	13	17

*Pozn.: S – správně, N – nesprávně*

Graf 5: Znalost základních etických principů - souhrnně



Tabulka 4 prezentuje znalost základních etických principů podle jednotlivých oddělení. Graf 5 znázorňuje znalost etických principů souhrnně, kdy z celkového počtu 90 (100%) respondentů správně uvedlo 35 respondentů, což znamená pojem nonmaleficence. Nesprávnou odpověď uvedlo 55 respondentů. Pojem beneficence znalo 43 respondentů, 47 odpovědělo nesprávně. Nejvíce respondentů dokázalo vysvětlit pojem autonomie nemocného, a to 48. 42 respondentů odpovědělo nesprávně. Naopak nejméně respondentů správně popsalo princip spravedlnosti – 26. Nesprávná odpověď byla uvedena u 64 respondentů.

*Otázka č. 9: Řídíte se ve své praxi nějakými etickými kodexy?*

Tabulka 5: Etické kodexy

Odpověď	RDG		RT		NM	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Ano	27	90	29	97	28	93
Ne	0	0	1	3	2	7
ChD	3	10	0	0	0	0
<b>Celkem</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

*Pozn.: ChD – chybějící data*

Otázka č. 9 sloužila ke zjištění, zda se respondenti v praxi řídí nějakými etickými kodexy. Na oddělení radiodiagnostiky zvolilo odpověď ano 27 (90%) respondentů. 3 (10%) respondenti tuto otázku nezodpověděli. Na oddělení radioterapie se řídí etickými kodexy 29 (97%) respondentů, 1 (3%) respondent uvedl odpověď ne. Respondenti z nukleární medicíny zvolili převážně odpověď ano, a to 28 (93%) z nich. 2 (7%) respondenti se etickými kodexy neřídí.

Z celkového počtu 90 (100%) respondentů se etickými kodexy řídí 84 (93,3%) respondentů, 3 (3,3%) respondenti se etickými kodexy neřídí a 3 (3,3%) respondenti tuto otázku nezodpověděli.

Tabulka 6: Vyjmenované etické kodexy

Etické kodexy	RDG		RT		NM	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
EK Práva pacientů	6	15,4	7	21,2	8	25
Ochota, empatie, slušnost	9	23,1	5	15,2	3	9,4
Mlčenlivost	4	10,3	3	9,1	3	9,4
Intimita, soukromí	3	7,7	2	6	1	3,1
EK nelékařských zdrav. profesí	1	2,5	2	6	2	6,2
Úmluva o biomedicině	1	2,5	2	6	0	0
Jiné	4	10,3	0	0	1	3,1
ChD	11	28,2	12	36,4	14	43,8
<b>Celkem</b>	<b>39</b>	<b>100</b>	<b>33</b>	<b>100</b>	<b>32</b>	<b>100</b>
<b>Celkem</b>	<b>104</b>					

Pozn.: ChD – chybějící dat

Pokud respondenti odpověděli ano na položku č. 9, tedy že se v praxi řídí etickými kodexy, měli dále uvést, jakými etickými kodexy se řídí. Tato otázka byla otevřená. Tabulka 6 prezentuje etické kodexy, které respondenti vyjmenovali. Na radiodiagnostice byla jako nejčastější odpověď uvedena „ochota, empatie, slušnost“, kterou uvedlo 9 (23,1%) respondentů. Další častou odpovědí byl Etický kodex Práva pacientů, který uvedlo 6 (15,4%) respondentů. Mlčenlivost uvedli 4 (10,3%) respondenti a „intimitu, soukromí“ uvedli 3 (7,7%) respondenti. 1 (2,5%) respondent uvedl, že se řídí Etickým kodexem nelékařských zdravotnických profesí s také 1 (2,5%) respondent uvedl Úmluvu o biomedicině. 11 (28,2%) respondentů tuto otázku nevyplnilo.

Na oddělení radioterapie nejvíce respondentů uvedlo Etický kodex Práva pacientů, a to 7 (21,2%). Další častou odpovědí byla „ochota, empatie, slušnost“, kterou uvedlo 5 (15,2%) respondentů. 3 (9,1%) respondenti uvedli mlčenlivost a po 2 (6%) respondentech

byly zastoupeny odpovědi Etický kodex nelékařských zdravotnických profesí, Úmluva o biomedicině a „ochota, empatie, slušnost“. 12 (36,4%) respondentů tuto otázku nevyplnilo.

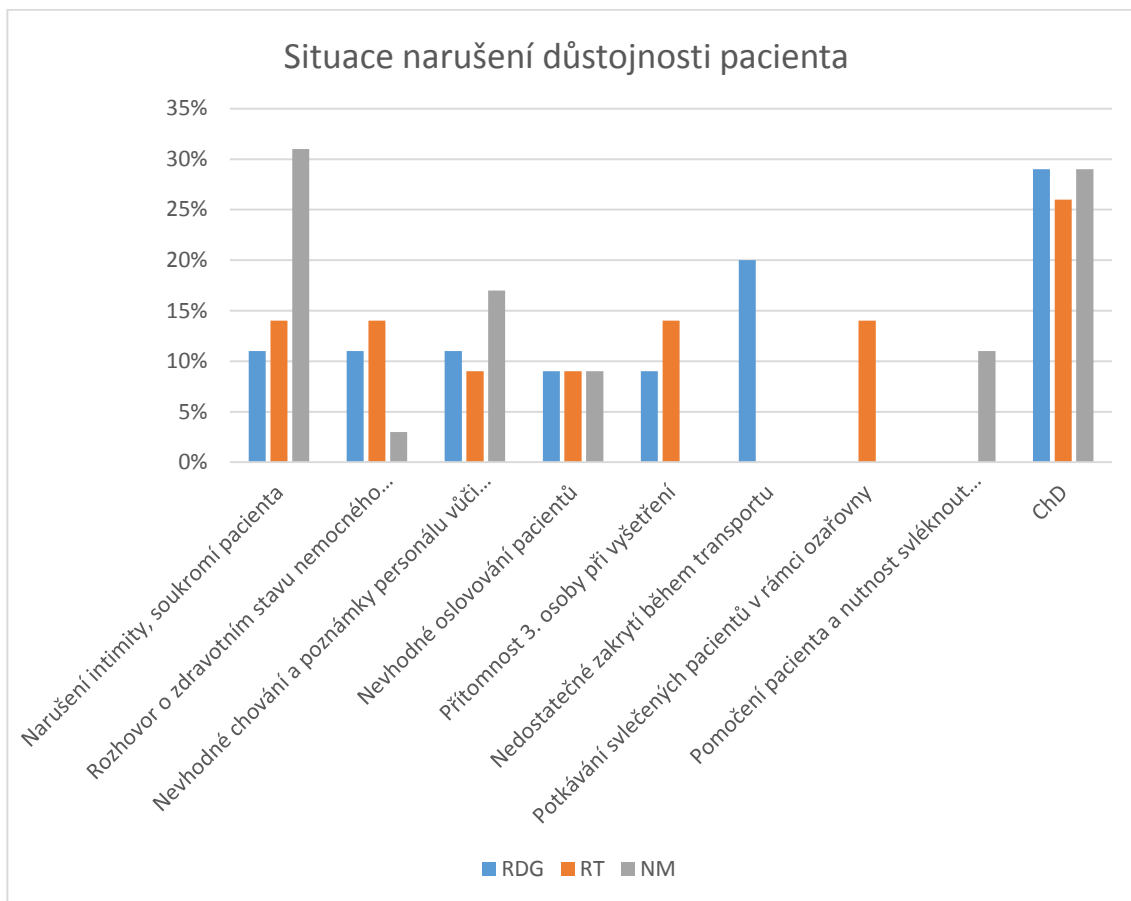
Na nukleární medicíně také nejvíce respondentů uvedlo Etický kodex Práva pacientů, a to 8 (25%). „Ochota, empatie, slušnost“ uvedli 3 (9,4%) respondenti, stejně jako mlčenlivost. Tu uvedli také 3 (9,4%) respondenti. Etický kodex nelékařských zdravotnických profesí uvedli 2 (6,3%) respondenti, 1 (3,1%) respondent uvedl „intimitu, soukromí“. 14 (43,8%) respondentů otázku nezodpovědělo.

*Otázka č. 10: Uveďte příklad situací, ve kterých byla nebo by mohla být narušena důstojnost pacienta.*

Tabulka 7: Situace narušení důstojnosti pacienta

Odpovědi	RDG		RT		NM	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Narušení intimity, soukromí pacienta	4	11	5	14	11	31
Rozhovor o zdravotním stavu nemocného před ostatními pacienty	4	11	5	14	1	3
Nevhodné chování a poznámky personálu vůči pacientovi	4	11	3	9	6	17
Nevhodné oslovení pacientů	3	9	3	9	3	9
Přítomnost 3. osoby při vyšetření	3	9	5	14	0	0
Nedostatečné zakrytí během transportu	7	20	0	0	0	0
Potkávání svlečených pacientů v rámci ozařovny	0	0	5	14	0	0
Pomočení pacienta a nutnost svléknout kontaminované oblečení	0	0	0	0	4	11
ChD (chybějící data)	10	29	9	26	10	29
<b>Celkem</b>	<b>35</b>	<b>100</b>	<b>35</b>	<b>100</b>	<b>35</b>	<b>100</b>
<b>Celkem</b>	<b>105</b>					

Graf 6 : Situace narušení důstojnosti pacienta



Pozn.: ChD – chybějící data

Tabulka 7 prezentuje odpovědi respondentů na otázku, v jaké situaci byla nebo by mohla být narušena důstojnost pacienta. Na oddělení radiodiagnostiky uvedlo 7 (20%) respondentů „nedostatečné zakrytí pacienta během transportu. Tato odpověď byla specifickou pro oddělení radiodiagnostiky, na jiném oddělení se nevyskytovala. Dále 4 (11%) respondenti uvedli „narušení intimity, soukromí pacienta“, rovněž 4 (11%) respondenti uvedli „rozhovor o zdravotním stavu nemocného před ostatními pacienty a 4 (11%) respondenti uvedli jako odpověď „nevhodné chování a poznámky personálu vůči pacientovi“. „Přítomnost 3. osoby při vyšetření“ a „nevhodné oslovování pacientů“ uvedlo jako odpověď stejný počet respondentů, a to 3 (9%).

Na radioterapii byla rovněž specifická odpověď pouze pro toto oddělení, a to „potkávání svlečených pacientů v rámci ozařovny“, kterou uvedlo 5 (14%) respondentů. Také 5 (14%) respondentů uvedlo odpověď „narušení intimity, soukromí pacienta“, 5 (14%) uvedlo „rozhovor o zdravotním stavu před ostatními pacienty“ a rovněž 5 (14%) odpovědělo „přítomnost 3. osoby při vyšetření. Po 3 (9%) respondentech byly zastoupeny odpovědi „nevhodné chování personálu vůči pacientovi“ a „nevhodné oslovování pacientů“.

I na nukleární medicíně se vyskytla specifická odpověď pro toto oddělení, a to „pomočení pacienta a nutnost svléknout kontaminované oblečení, kterou uvedli 4 (11%) respondenti. Nejčastější odpovědí bylo „narušení intimity, soukromí pacienta“ – tu uvedlo 11 (31%) respondentů. 6 (17%) respondentů uvedlo „nevhodné chování a poznámky personálu vůči pacientovi“, 3 (9%) respondenti uvedli „nevhodné oslovování pacientů“ a 1 (3%) respondent odpověděl „rozhovor o zdravotním stavu nemocného před ostatními pacienty“.

*Otázka č. 11: Existují na Vašem oddělení nějaké vnitřní předpisy, které by mohly narušovat důstojnost pacienta?*

Tabulka 8: Vnitřní předpisy oddělení

Odpověď	RDG		RT		NM	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Ano	3	10	2	7	3	10
Ne	26	87	28	93	27	90
ChD	1	3	0	0	0	0
<b>Celkem</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

*Pozn.: ChD – chybějící data*

Otázka č. 11 zjišťovala, zda na jednotlivých odděleních existují vnitřní předpisy, které by mohly narušovat důstojnost pacienta. Na radiodiagnostice byla odpověď ano

uvedena u 3 (10%) respondentů. Většina respondentů – 26 (87%) uvedlo možnost ne. 1 (3%) respondent tuto otázku nevyplnil.

Na radioterapii uvedli možnost ano 2 (7%) respondenti. Většina respondentů odpověděla ne, a to 28 (93%).

Na nukleární medicíně uvedli 3 (10%) respondenti možnost ano, většina respondentů zvolila odpověď ne – 27 (90%).

Z celkového počtu 90 (100%) respondentů uvedlo 8 (9%) respondentů možnost ano a 81 (90%) respondentů zvolilo odpověď ne. 1 (1%) respondent tuto otázku nezodpověděl.

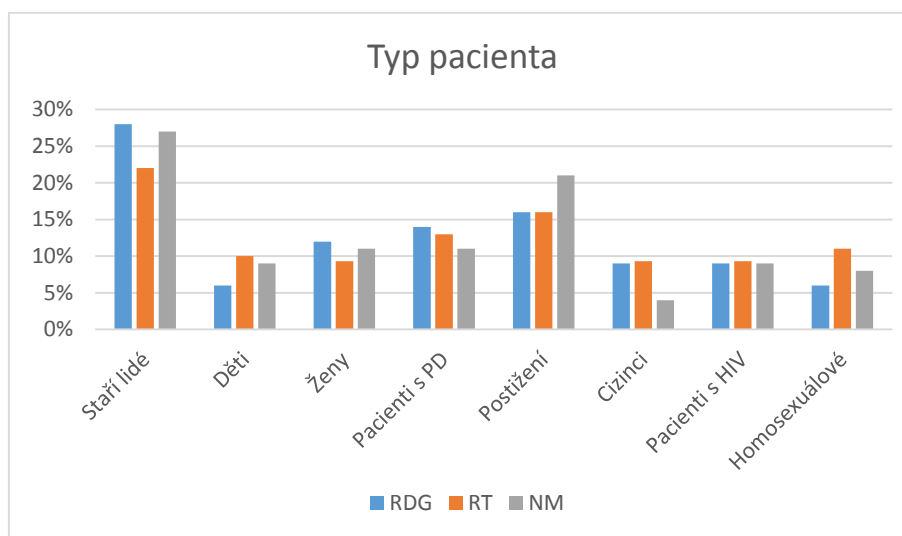
Otázka č. 12: Jaký typ pacienta může být zranitelnější vůči tomu, aby byla narušena jeho důstojnost?

Tabulka 9: Typ pacienta, který je zranitelnější k narušení důstojnosti

Typ pacienta	RDG		RT		NM	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Staří lidé	28	28	26	22	27	27
Děti	6	6	12	10	9	9
Ženy	12	12	11	9,3	11	11
S psychiatrickou diagnózou	14	14	15	13	11	11
S postižením	16	16	19	16	21	21
Cizinci	9	9	11	9,3	4	4
Pacienti s HIV	9	9	11	9,3	9	9
Homosexuálové	6	6	13	11	8	8
<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>118</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Celkem</b>	<b>318</b>					



Graf 7: Procentuální znázornění pacientů, kteří jsou zranitelnější k narušení důstojnosti



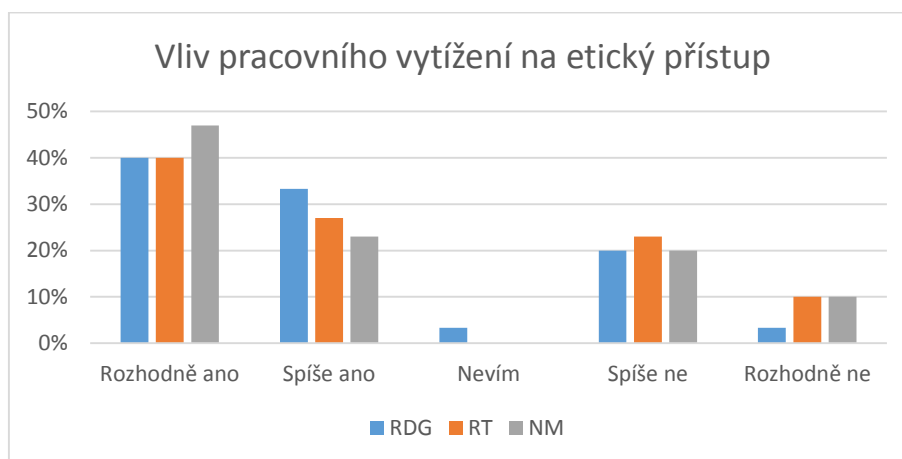
Tabulka 9 prezentuje, jaký typ pacienta je zranitelnější vůči tomu, aby byla narušena jeho důstojnost dle jednotlivých oddělení. Graf 7 prezentuje procentuální vyjádření, a to souhrnně za všechna tři oddělení. Na všech odděleních byla nejčastěji zvolena možnost staří lidé, kterou uvedlo 81 (25 %) respondentů. Druhou nejčastější možností byli pacienti s postižením – tu uvedlo 56 (17,5%) respondentů. Další častou odpovědí byli pacienti se známou psychiatrickou diagnózou, kterou uvedlo 40 (12,5%) respondentů a ženy, které uvedlo 34 (11%) respondentů. Stejný počet odpovědí byl u možností pacienti s HIV a homosexuálové, které uvedlo 29 (9%) respondentů. Nejméně byly zvoleny možnosti děti, které uvedlo 8% respondentů.

Otázka č. 13: Domníváte se, že pracovní vytížení může mít dopad na Váš přístup k pacientovi?

Tabulka 10: Vliv pracovního vytížení na etický přístup

Odpověď	RDG		RT		NM	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Rozhodně ano	12	40	12	40	14	47
Spíše ano	10	33,3	8	27	7	23
Nevím	1	3,3	0	0	0	0
Spíše ne	6	20	7	23	6	20
Rozhodně ne	1	3,3	3	10	3	10
<b>Celkem</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Graf 8: Vliv pracovního vytížení na etický přístup k pacientovi



Otázka č. 13 zjišťovala, zda podle respondentů má pracovní vytížení vliv na jejich etický přístup k pacientovi. Na oddělení radiodiagnostiky byla nejčastěji zvolena možnost rozhodně ano, tu uvedlo 12 (40%) respondentů. Druhou nejčastější možností bylo spíše ano, kterou uvedlo 10 (33,3%) respondentů. Dále 6 (20%) respondentů zvolilo možnost

spíše ne. 1 (3,3%) respondent uvedl možnost rozhodně ne a taktéž 1 (3,3%) respondent uvedl možnost nevím.

Na oddělení radioterapie byla také nejčastěji zvolena možnost rozhodně ano, kterou uvedlo 12 (40%) respondentů. Možnost spíše ano uvedlo 8 (27%) respondentů. 7 (23%) respondentů zvolilo možnost spíše ne a 3 (10%) respondenti možnost rozhodně ne.

Na nukleární medicíně byla rovněž nejčastěji zvolena možnost rozhodně ano, tu uvedlo 14 (47%) respondentů. Spíše ano zvolilo 7 (23%) respondentů. Možnost spíše byla uvedena u 6 (20%) respondentů a možnost rozhodně ne u 3 (10%) respondentů.

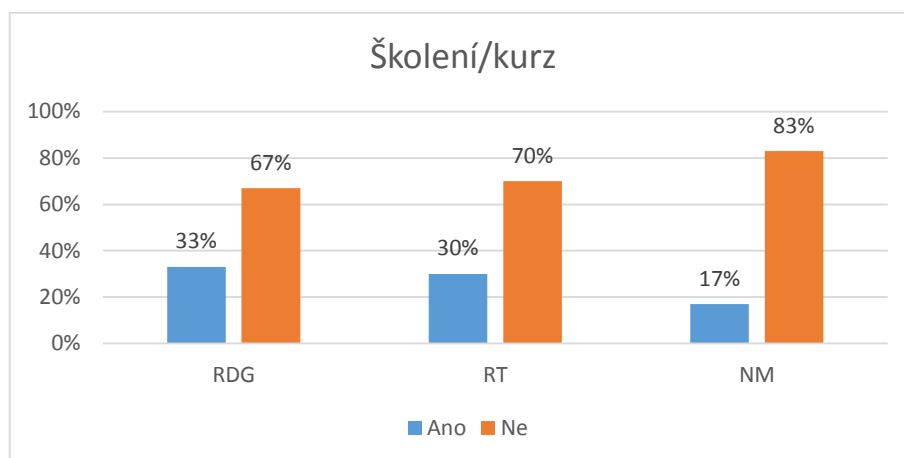
Z celkového počtu 90 (100%) respondentů byla nejčastěji uvedena odpověď rozhodně ano, kterou uvedlo 38 (42%) respondentů. Možnost spíše ano zvolilo 25 (28%) respondentů. Spíše ne zvolilo jako odpověď 19 (21%) respondentů, rozhodně ne uvedlo 7 (8%) respondentů. 1 (1%) respondent odpověděl nevím.

*Otázka č. 14: Absolvoval jste školení nebo kurz zaměřený na komunikaci se specifickým typem pacienta?*

Tabulka 11: Školení/kurz

Odpověď	RDG		RT		NM	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Ano	10	33	9	30	5	17
Ne	20	67	21	70	25	83
<b>Celkem</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Graf 9: Absolvování školení/ kurzu



Tabulka 11 prezentuje, zda se respondenti zúčastnili školení či kurzu, který byl zaměřený na komunikaci se specifickým typem pacienta. Na radiodiagnostice byla převážně uvedena odpověď ne, kterou uvedlo 20 (67%) respondentů. Odpověď ano uvedlo 10 (33%) respondentů.

Na oddělení radioterapie rovněž převažovala možnost ne, kterou uvedlo 21 (70%) respondentů. Možnost ano zvolilo 9 (30%) respondentů.

Na nukleární medicíně byla možnost ne zvolena u 25 (83%) respondentů a možnost ano u 5 (17%) respondentů.

Pokud respondenti odpověděli ano, měli dále uvést název kurzu. Ten uvedlo 15 respondentů, z toho 4 respondenti uvedli školení/kurz „Komunikace s pacientem“, 4 respondenti uvedli školení/kurz „Základy proaktivní komunikace“, 3 respondenti uvedli školení/kurz „Komunikace ve zdravotnictví“. 2 respondenti uvedli, že na VŠ měli předmět „Komunikace s pacientem“. Školení/kurz „Komunikace a empatie“ absolvoval 1 respondent, stejně jako školení/kurz „Problematika ošetřovatelství v multikulturní společnosti“ – také 1 respondent.

Otázka č. 15: V jakém zákoně je ukotvena povinná mlčenlivost?

Tabulka 12: Zákon, ve kterém je ukotvena povinná mlčenlivost

Odpověď	Počet	%
Zákon o ochraně osobních údajů (č. 101/2000 Sb.)	18	20
Zákon o zdravotních službách (č. 372/2011 Sb.)	16	17,8
Zákon o péči a zdraví lidu (č. 20/1966 Sb.)	8	8,9
Nevím	11	12,2
ChD	37	41,1
<b>Celkem</b>	<b>90</b>	<b>100</b>

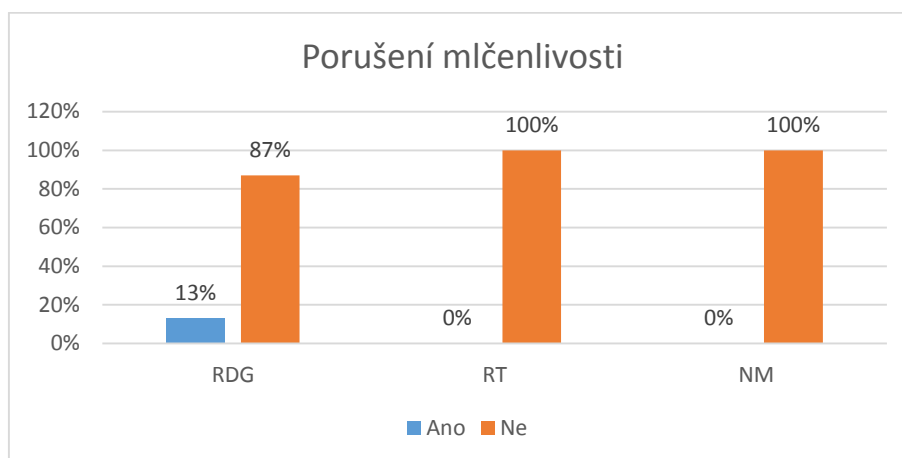
Tabulka 12 prezentuje výsledky otázky č. 15, kde měli respondenti uvést zákon, ve kterém je ukotvena povinná mlčenlivost. Tato otázka byla otevřená. Z celkového počtu 90 (100%) respondentů uvedlo „zákon o ochraně osobních údajů“ 18 (20%) respondentů, zákon o zdravotních službách 16 (17,8%) respondentů a zákon o péči zdraví lidu 8 (8,9%) respondentů. 11 (12,2%) respondentů odpovědělo neví a 37 (41,1%) jich tuto otázku nezodpovědělo.

Otázka č. 16: Porušil/a jste někdy povinnou mlčenlivost?

Tabulka 13: Porušení mlčenlivosti

Odpověď	RDG		RT		NM	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Ano	4	13	0	0	0	0
Ne	26	87	30	100	30	100
<b>Celkem</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Graf 10: Procentuální znázornění porušení povinné mlčenlivosti



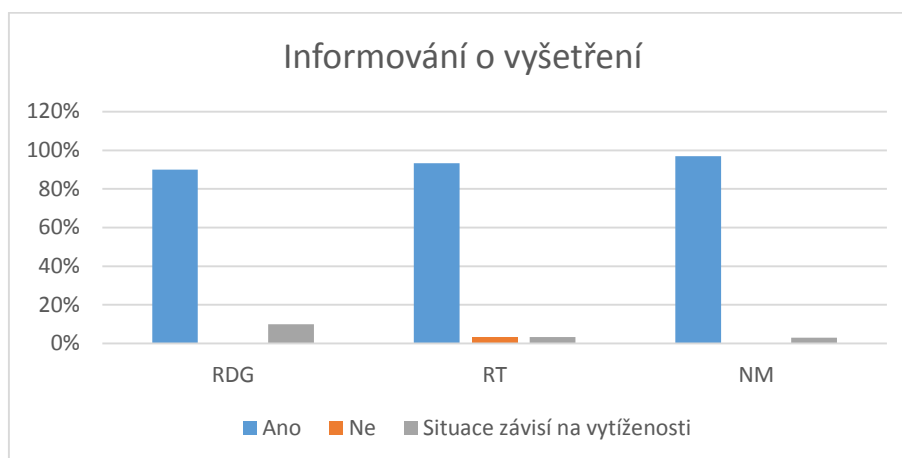
Tabulka 13 prezentuje odpovědi respondentů nato, zda někdy porušili povinnou mlčenlivost. Odpověď ano, byla uvedena pouze na oddělení radiodiagnostiky, kde ji uvedli 4 (13%) respondenti. Na oddělení radioterapie byla zastoupena možnost ne u 30 (100%) respondentů, rovněž i na oddělení nukleární medicíny – 30 (100%) respondentů.

*Otázka č. 17: Informujete předem pacienty o průběhu vyšetření?*

Tabulka 14: Informování o vyšetření

Odpověď	RDG		RT		NM	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Ano	27	90	28	93,3	29	97
Ne	0	0	1	3,3	0	0
Situace závisí na vytíženosti	3	10	1	3,3	1	3
<b>Celkem</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Graf 11: Informování předem o průběhu vyšetření - procentuálně



Tabulka 14 prezentuje výsledky, které se týkají informování pacientů o průběhu vyšetření. Na oddělení radiodiagnostiky odpovědělo ano 27 (90%) respondentů, 3 (10%) odpovědělo, že „situace závisí na vytíženosti“.

Na radioterapii informuje předem pacienty o vyšetření 28 (93,3%) respondentů, 1 (3,3%) respondent odpověděl, že „situace závisí na vytížení“ a 1 (3,3%) respondent zvolil odpověď ne.

Na nukleární medicíně odpovědělo ano 29 (97%) respondentů a 1 (3%) respondent zvolil odpověď ne.

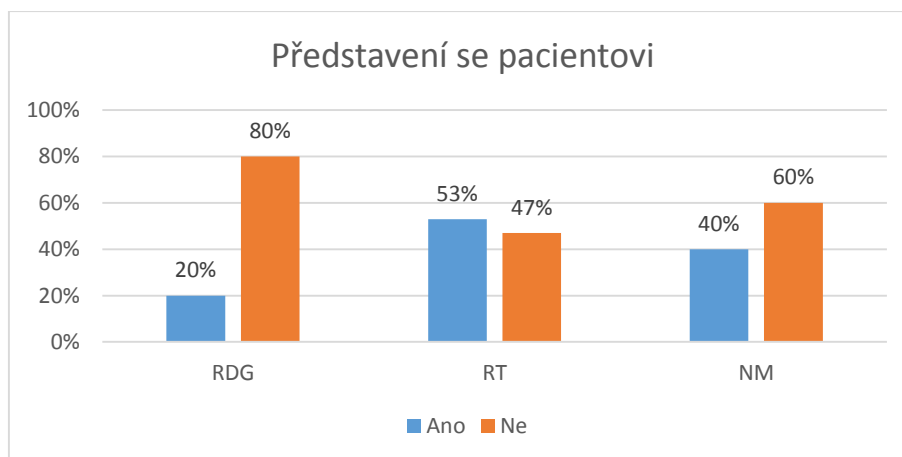
Z celkového počtu 90 (100%) respondentů odpovědělo ano 84 (93%) respondentů, 5 (6%) odpovědělo, že „situace závisí na vytížení“ a 1 (1%) respondent zvolil odpověď ne.

Otázka č. 18: Představujete se pacientům?

Tabulka 15: Představení se pacientům

Odpověď	RDG		RT		NM	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Ano	6	20	16	53	12	40
Ne	24	80	14	47	18	60
<b>Celkem</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Graf 12: Procentuální znázornění toho, zda se respondenti představují pacientům



Tabulka 15 a graf 12 prezentují výsledky otázky č. 18, která měla za úkol zjistit, zda se respondenti na jednotlivých odděleních představují pacientům. Na oddělení radiodiagnostiky byla nejvíce zastoupena odpověď ne, kterou zvolilo 24 (80%) respondentů. Možnost ano uvedlo 6 (20%) respondentů.

Na oddělení radioterapie byla naopak častěji zvolena odpověď ano, kterou uvedlo 16 (53%) respondentů. Možnost ne uvedlo 14 (47%) respondentů.

Na nukleární medicíně se pacientům představuje 12 (40%) respondentů, 18 (60%) respondentů uvedlo, že ne.



Z celkového počtu 90 (100%) respondentů se pacientům představuje 34 (38%) respondentů a 56 (62%) se pacientům nepředstavuje.

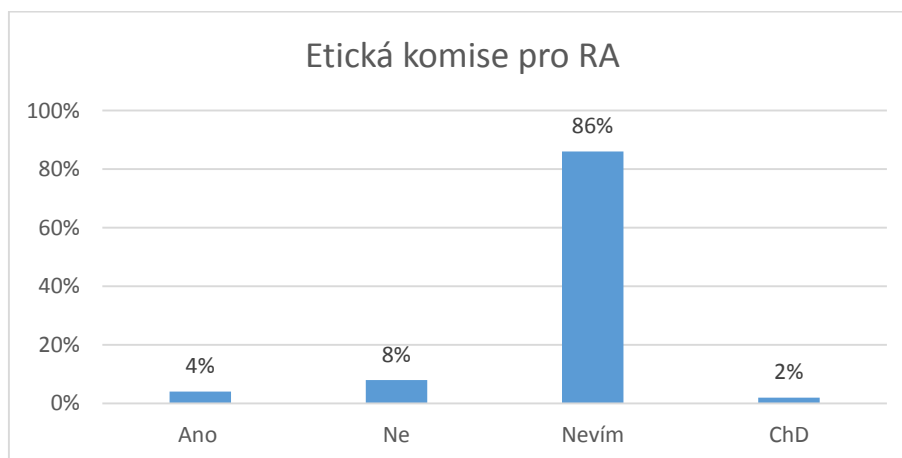
Otázka č. 19: Existuje etická komise pro radiologické asistenty?

Tabulka 16: Etická komise

Odpověď	RDG		RT		NM	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Ano	2	7	1	3,3	1	3
Ne	3	10	4	13,3	0	0
Nevím	24	80	24	80	29	97
ChD	0	0	1	3,3	0	0
<b>Celkem</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Pozn.: ChD – chybějící data

Graf 13: Etická komise pro RA - souhrnně



Otázka č. 19 zjišťovala, zda existuje etická komise pro radiologické asistenty. Získané výsledky prezentuje tabulka pro jednotlivé oddělení. Graf 13 prezentuje výsledky souhrnně. Z celkového počtu 90 (100%) respondentů odpovědělo 77 (86%) respondentů neví. Odpověď ano byla zastoupena u 4 (4%) respondentů a odpověď ne u 7 (8%) respondentů. 2 (2%) respondenti tuto otázku nezodpověděli.

*Otázka č. 20: Jakým způsobem prohlubujete své znalosti v oboru radiologický asistent?*

Tabulka 17: Další vzdělávání

Odpověď	RDG		RT		NM	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Školení	22	35,5	25	41	19	34,5
Specializační kurzy	18	29	14	23	16	29
Kurzy zaměřené na komunikaci	3	5	7	11,5	1	2
Konference v ČR	15	24	15	24,5	19	34,5
Konference v zahraničí	4	6,5	0	0	0	0
<b>Celkem</b>	<b>62</b>	<b>100</b>	<b>61</b>	<b>100</b>	<b>55</b>	<b>100</b>
<b>Celkem</b>	<b>178</b>					

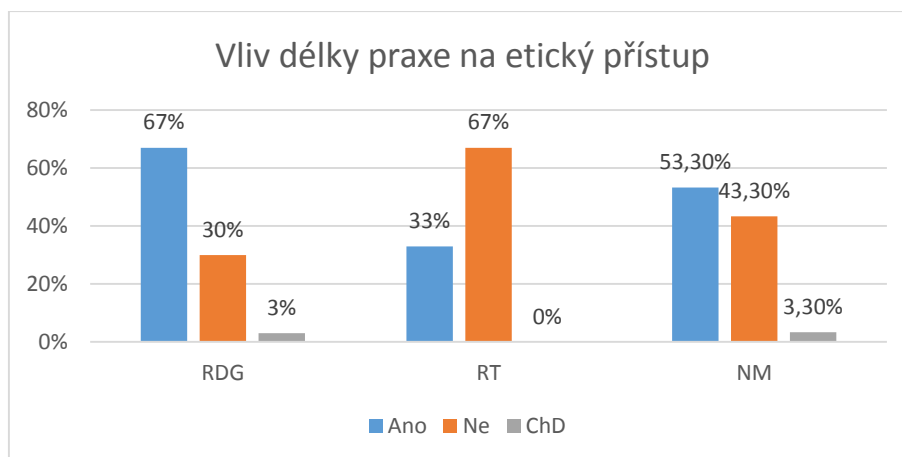
Otázka č. 21: Lze říci, že s přibývajícím délkou praxe v oboru RA se Váš přístup k pacientovi stává etičtější?

Tabulka 18: Vliv délky praxe na etický přístup k pacientovi

Odpověď	RDG		RT		NM	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Ano	20	67	10	33	16	53,3
Ne	9	30	20	67	13	43,3
ChD	1	3	0	0	1	3,3
<b>Celkem</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Pozn.: ChD – chybějící data

Graf 14: Grafické znázornění vlivu délky praxe na etický přístup dle oddělení



Pozn.: ChD – chybějící data

Tabulka 18 prezentuje otázku č. 21, zda přibývajícím délkou praxe má vliv na etický přístup k pacientovi. Na oddělení radiodiagnostiky odpovědělo ano 20 (67%) respondentů. 9 (30%) respondentů zvolilo odpověď ne. 1 (3%) respondent na tuto otázku neodpověděl.

Na oddělení radioterapie byla naopak častěji zvolena možnost ne, kterou zvolilo 20 (67%) respondentů. Možnost ano uvedlo 10 (33%) respondentů.

Na oddělení nukleární medicíny byla častěji zvolena odpověď ano – tu uvedlo 16 (53,3%) respondentů. Možnost ne zvolilo 13 (43,3%) respondentů. 1 (3,3%) respondent tuto otázku nezodpověděl.

Z celkového počtu 90 (100%) respondentů uvedlo možnost ano 46 (51%) respondentů a možnost ne 42 (47%) respondentů. 2 (2%) respondenti tuto otázku nezodpověděli.

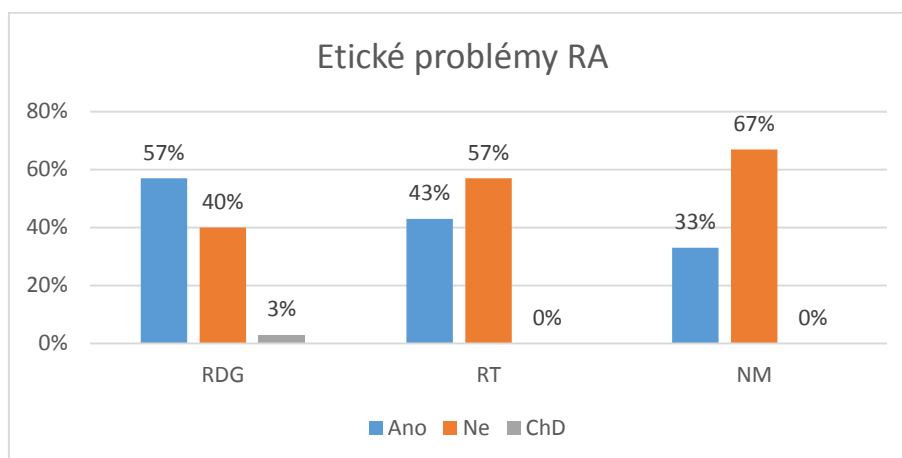
*Otázka č. 22: Setkáváte se ve své každodenní praxi s nějakými etickými problémy či dilematy?*

Tabulka 19: Etické problémy radiologického asistenta v praxi

Odpověď	RDG		RT		NM	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Ano	17	57	13	43	10	33
Ne	12	40	17	57	20	67
ChD	1	3	0	0	0	0
<b>Celkem</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

*Pozn.: ChD – chybějící data*

Graf 15: Grafické znázornění toho, zda se RA v praxi setkávají s etickými problémy



*Pozn.: ChD – chybějící data*

Tabulka 19 a graf 15 prezentují výsledky otázky č. 22, zda se RA ve své každodenní praxi setkávají s etickými problémy či dilematy. Na radiodiagnostickém oddělení uvedlo odpověď ano 17 (57%) respondentů, odpověď ne 12 (40%) respondentů a 1 (3%) respondent otázku nezodpověděl.

Na oddělení radioterapie byla odpověď ano zvolena u 13 (43%) respondentů a odpověď ne uvedlo 17 (57%) respondentů.

Na nukleární medicíně 10 (33%) respondentů uvedlo ano a 20 (67%) respondentů uvedlo odpověď ne.

Z celkového počtu 90 (100%) respondentů byla odpověď ano uvedena u 40 (44,5%) respondentů, odpověď ne u 49 (54,5%) respondentů a 1 (1%) respondent tuto otázku nezodpověděl.

V další části položky č. 22 měli respondenti uvést, jaké etické problémy řeší, jak je řeší a komu se s tím mohou svěřit. Vzhledem k cennosti těchto dat budou odpovědi uvedeny všechny a celé, tak jak byly uvedeny v dotazníku. Oddělení jsou uvedena v závorce za textem.

### **Pokud ano, jaké? – Jak je řešíte? – Komu se s tím můžete svěřit?**

- Asymetrie vztahu lékař/pacient a lékař/nelékař – nijak, zbytečné řešit, nezmění se – tak maximálně doma (RT)
- Přístup lékaře – mohu se svěřit, řešení žádné – vedoucí (RT)
- Zachování intimity pacienta – nespěchám – kolegyně, nadřízená (NM)
- Nevhodné chování vůči pacientům od některých kolegyň – konzultací – vrchní, je velice vstřícná k jakýmkoli připomínkám (NM)
- Ve spěchu se ne vždy všechno srozumitelně vysvětlí, problémy spojené s komunikací – snažím se naslouchat – vedení kliniky (RDG)
- Nedostatečná komunikace – okamžitě na místě – vedení kliniky (RDG)
- Narušení intimity pacienta – komunikace s oddělením, ze kterého pacient přichází a okamžitá náprava – vedení kliniky (RDG)
- Chování pacientů vůči zdravotnickému personálu – domluvou – primář, vrchní laborant (RDG)
- Žádost o sdělení výsledku vyšetření – nesmím říci – primář, vrchní laborant (RDG)
- Chování pacienta – domluva – primář, vedení nemocnice (RDG)
- Pacient pod vlivem alkoholu či drog bývá často vyšetřen přednostně – všichni to vědí, nikdo to neřeší (RDG)
- Špatný přístup k pacientovi – nevhodný transport, otevřené dveře kabinky a svlečený pacient, konfliktní pacient – snaha jim předcházet – vrchní (RDG)
- Konfliktní pacienti, stres – dle situace, hlášení nežádoucích situací – kolegyním, nadřízeným (RDG)
- Čekací doba objednání na vyšetření – ústně vysvětlím – primář (RDG)
- Občasný špatný přístup personálu k pacientovi – domluvou – vedení (RDG)
- Důstojné zacházení s pacienty, sanita, čekání 5 hodin – urgence sanit, příprava provizorního lůžka, pomoc s toaletou či jídlem – vrchní sestra, primář (RT)

- Nevhodné chování personálu k pacientům, zachování intimity – domluvou – vrchní sestra (NM)

## 4 Diskuze

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala problematikou etiky ve zdravotnictví se zaměřením na radiologické asistenty. V teoretické části jsem provedla analýzu dostupné literatury na toto téma a zjistila jsem, že dostatečně je zpracována problematika etiky lékařské a ošetrovatelské. Dále jsou dostupné zdroje, zabývající se obecně zdravotnickou etikou nebo etikou nelékařských zdravotnických profesí (např. MUNZAROVÁ, Marta. *Zdravotnická etika od A do Z* nebo BUŽGOVÁ, Radka. *Etika ve zdravotnictví*). Literatura, která by byla zaměřená konkrétně na obor Radiologický asistent, dostupná není. Na základě těchto poznatků jsem se rozhodla provést dotazníkové šetření, které bylo zaměřené na znalosti etiky radiologických asistentů a zjištění, s jakými etickými problémy se radiologický asistent setkává v každodenní praxi.

Pokud jde o znalost základních etických principů, došla jsem k překvapivým výsledkům. Zhruba polovina respondentů věděla, co znamená pojem autonomie pacienta a pojem beneficence (dobřečinění). Pojem nonmaleficence (neškození) a princip spravedlnosti správně vysvětlila pouze jedna třetina respondentů.

Podle Prof. MUDr. Munzarové, CSc., etika ostatních nelékařských profesí, tedy i radiologických asistentů, nemůže být jiná než etika lékařská. Ta má svůj základ v Hippokratově přísaze, kde můžeme najít hned dva ze základních principů, a to princip neškození a dobřečinění. Dalším základem jsou i principy autonomie a princip neškození, které jako první uvedli Beauchamp a Childress, a které jsou především v dnešní moderní společnosti velmi důležité. (5)

Pokud tedy tyto principy tvoří základ lékařské i zdravotnické etiky, pak by měly patřit i mezi základní znalosti zdravotníků, včetně radiologických asistentů. Výsledky však tento předpoklad nepotvrdily. Zde jsem také předpokládala, že bude souvislost mezi dosaženým vzděláním a znalostí těchto principů. Tento můj předpoklad ale výsledky neprokázaly.



Dalším předmětem mého zájmu bylo zjištění, zda se radiologičtí asistenti ve své praxi řídí nějakými etickými kodexy a pokud ano, tak jakými. Většina respondentů se etickými kodexy v praxi řídí, ovšem překvapivé bylo jakými. Na oddělení radiodiagnostiky, terapie i nukleární medicíny byl nejčastěji uveden Kodex Práva pacientů. Dalším často uváděným kodexem bylo „slušné chování, empatie a ochota“. Etický kodex nelékařských zdravotnických profesí však uvedlo pouze 5 respondentů.

Tento kodex vydalo Ministerstvo zdravotnictví ČR roku 2004 pro všechny nelékařské zdravotnické pracovníky. Tento předpis však není právně závazný, pouze doporučuje jeho dodržování. Díky tomuto dokumentu však lze říci, že i RA jako nelékaři mají svůj etický kodex bez ohledu na členství v nějaké profesní organizaci a jestli tato organizace má vlastní kodex. Z výsledků však vyplývá, že v praxi se tímto kodexem RA téměř vůbec neřídí. (9)

Vlastní etické kodexy vytvářejí i některá zdravotnická zařízení nebo oddělení. Jedná se o vnitřní předpisy, které jsou závazné pro zaměstnance, kteří zde pracují. Výjimkou je pouze situace, kdy by tyto vnitřní předpisy nebyly v souladu s právními předpisy. (9)

To však ještě neznamená, že nemohou být v rozporu s etickými zásadami. Proto mě zajímalo, zda na odděleních radiodiagnostiky, radioterapie a nukleární medicíny existují nějaké vnitřní předpisy, které by mohly narušovat důstojnost pacienta. Převážná většina RA odpověděla ne. Existenci takových předpisů uvedlo 8 respondentů (3 z radiodiagnostiky, 2 z radioterapie a 3 z nukleární medicíny). Zde by určitě bylo vhodné dále zjistit, o jaké vnitřní předpisy se konkrétně jedná, zda opravdu narušují důstojnost pacienta a zda by nebylo možné tyto předpisy upravit či odstranit.

Z výsledků dále vyplývá, že téměř většina RA ze všech tří oddělení dodržuje povinnou mlčenlivost. Tento výsledek jsem předpokládala vzhledem k tomu, že pro každého zdravotnického pracovníka, tedy i pro radiologického asistenta, je dodržování povinné mlčenlivosti právně závazné. Jelikož se říká, že právo je minimum etiky, ptala jsem se i na to, zda RA znají zákon, ve kterém je povinná mlčenlivost ukotvena. Nejčastěji RA uvedli zákon o ochraně osobních údajů a zákon o zdravotních službách. Častou odpovědí však byl i zákon o péči a zdraví lidu, který byl nahrazen již zmiňovaným

zákonem o zdravotních službách a to v roce 2011, tedy před pěti lety. Bohužel vzhledem k tomu, že tuto otázku více než třetina respondentů nezodpověděla, není výsledek dostatečně vypovídající.

Téměř většina RA informuje předem pacienty o průběhu vyšetření. Někteří RA, především z oddělení radiodiagnostiky, uvedli, že situace závisí na pracovním vytížení. Tyto výsledky mohu potvrdit i ze své zkušenosti z praxe. S tím souvisí i další otázka, zda má pracovní vytížení vliv na etický přístup k pacientovi. Nejvíce odpovědí bylo „rozhodně ano“ a „spíše ano“ a to na všech třech odděleních. Pracovní vytížení má tedy jednoznačně vliv na etický přístup k pacientovi. Nedostatek času neumožňuje se dostatečně věnovat pacientovi, srozumitelně a dostatečně mu vše vysvětlit, zodpovědět jeho případné dotazy nebo rozptýlit jeho obavy.

V další otázce jsem zjišťovala, jaký typ pacienta může být podle RA zranitelnější k narušení důstojnosti. Téměř všichni RA označili možnost „staří lidé“, více než polovina označila možnost „pacienti s postižením“ a další častá odpověď byli „pacienti se známou psychiatrickou diagnózou“. Výsledky se nelišily podle oddělení. Ze zkušeností z praxe mohu uvést jako příklad nevhodné oslovování starších lidí („babi“, „dědo“), což se shoduje i s dále uvedenými výsledky. Pouze jedna čtvrtina RA uvedla, že absolvovali nějaké školení nebo kurz zaměřený na komunikaci se specifickým typem pacienta (s postižením, s psychiatrickou diagnózou, staří lidé...). Z toho vyplývá, že narušení důstojnosti takového pacienta může souviset z neznalostí, jak k takovému pacientovi přistupovat, jak s ním jednat nebo na co si dát v takovém případě pozor.

Jako situace, ve kterých může být narušena důstojnost pacienta, uvedli RA nejčastěji narušení intimity, soukromí pacienta, dále nevhodné chování a poznámky personálu vůči pacientům, rozhovor o zdravotním stavu nemocného před ostatními pacienty a nevhodné oslovování pacientů. Tento výsledek by mohl mít přímou souvislost s tím, že se RA v praxi neřídí EK nelékařských zdravotnických profesí, kde se o zachování intimity hovoří následovně: *„Zdravotnický pracovník při poskytování zdravotní péče dbá v maximální možné míře o zajištění intimity.“* (19) Další situace byly specifické pro každé oddělení. Na oddělení radiodiagnostiky RA uváděli nedostatečné zakrytí pacienta během

transportu. Na oddělení radioterapie se jednalo o potkávání svlečených pacientů v rámci ozařovny a na nukleární medicíně o pomočení pacienta a nutnost svléknout kontaminované oblečení. Všechny tyto situace opět souvisí s narušením intimity a soukromí pacienta.

Dále jsem se zabývala vlivem délky praxe na etický přístup k pacientovi. Polovina RA souhlasila s tvrzením, že s přibývajícím délkou praxe se jejich přístup k pacientovi stává etičtější. Výsledky na jednotlivých odděleních se ale lišily. Na nukleární medicíně souhlasilo s tvrzením, že s přibývajícím délkou praxe se jejich přístup stává etičtější, polovina RA. Na oddělení radiodiagnostiky tři čtvrtiny RA s tímto tvrzením souhlasilo a přesně naopak tomu bylo na oddělení radioterapie.

Jedna ze zásadních otázek byla, zda se RA ve své každodenní praxi setkávají s etickými problémy a dilematy. Nejvíce se s nimi setkávají RA na oddělení radiodiagnostiky, a to více než polovina respondentů. Na nukleární medicíně a radioterapii více než polovina odpověděla, že se s etickými problémy nesetkávají. Tyto výsledky by mohly souviset s množstvím pacientů, které je na oddělení radiodiagnostiky větší než na ostatních dvou odděleních. Pozitivním zjištěním bylo, že většina RA se s těmito problémy může svěřit svému vedoucímu.

RA uváděli jako etický problém, který v praxi řeší, zachování intimity pacienta, což odpovídá předešlým výsledkům o situacích, ve kterých může být (byla) narušena důstojnost pacient. Řeší také nedostatek času na pacienta, aby mu mohli vše dostatečně vysvětlit. Dále řeší nevhodné, nedůstojné chování personálu vůči pacientům, ale i chování pacientů vůči personálu, nebo asymetrii vztahu lékař/pacient a lékař/nelékař. Jako častý problém uváděli také problémy spojené s nedostatečnou komunikací. Předpokládala jsem tedy, že co se týče dalšího vzdělávání, budou se RA vzdělávat právě v oblasti komunikace. Výsledky tento můj předpoklad ale nepotvrdily. Obecně se však většina RA dále snaží rozvíjet znalosti ve svém oboru, a to prostřednictvím konferencí v ČR, školení nebo specializačních kurzů.

Výsledky bakalářské práce by mohly být podkladem pro další výzkum, který by se mohl zaměřit na pracovní vytížení a etiku práce radiologického asistenta. Vzhledem

k tomu, že RA nejsou dostatečně informováni o etických otázkách a problémech týkajících se jejich profese, což vyplývá i z nedostatečného zpracování této problematiky vůbec, navrhuji řešení zjištěných nedostatků. Zajistit větší prostor pro výuku základních etických principů a otázek již při vzdělávání radiologických asistentů. Dále navrhuji zajištění vzdělávacích akcí zaměřených na komunikaci se specifickým typem pacienta (např. staří lidé, pacienti s postižením či pacienti s psychiatrickou diagnózou), kde by mohla být přínosem například i přítomnost psychologa. Zajistit, aby se eliminovalo pracovní přetížení, které má jednoznačný vliv na etický přístup radiologických asistentů k pacientovi. Zvyšovat právní vědomí radiologických asistentů v souvislosti s výkonem jejich povolání. Zajistit, aby se Etický kodex nelékařských zdravotnických povolání dostal do povědomí radiologických asistentů a zajistit jeho dodržování. Další možností by mohlo být vytvoření etického kodexu přímo pro radiologické asistenty, se všemi specifikami jejich práce. Z výsledků ale vyplývá, že existence etických kodexů ještě neznamená, že se jím budou RA v praxi řídit. Pokud by však tento kodex nebyl právně závazný, jako například povinná mlčenlivost. Nejdůležitější je však návrat k úplnému základu, a to k lidské důstojnosti, jako základní hodnotě každého člověka. Pokud není respektována důstojnost člověka, jsou všechny další etické principy a kodexy nepodstatné.

## 5 Závěr

Téma této bakalářské práce je zaměřeno na problematiku etiky ve zdravotnictví se zaměřením na obor Radiologický asistent. Teoretická část práce byla vytvořena na základě literární rešerše. Zde jsem dospěla ke zjištění, že etická problematika zaměřená právě na tento obor, není dostatečně zpracována. Cílem práce tedy bylo popsat a analyzovat etické otázky a problémy, se kterými se radiologický asistent ve své praxi setkává a jaká je obecně znalost etiky radiologických asistentů.

Bylo provedeno dotazníkové šetření prostřednictvím anonymního dotazníku na odděleních radiodiagnostiky, radioterapie a nukleární medicíny. Z výsledků jsem zjistila, že znalost základních etických principů nebo etických kodexů, které souvisejí s výkonem jejich práce, není dostatečná. Z výsledků také vyplývá, že nejčastějším etickým problémem je narušování intimity pacienta, nevhodné chování RA vůči pacientům, nevhodné oslovování pacientů a nedostatečná komunikace, která často souvisí s pracovním vytížením. Pozitivním zjištěním bylo, že většina radiologických asistentů dodržuje povinnou mlčenlivost, informuje předem pacienty o průběhu vyšetření a aktivně se vzdělávají ve svém oboru.

Práce byla doplněna doporučením, jak by bylo možné některé nedostatky, zjištěné díky tomuto šetření, eliminovat. Zpracovaný materiál může sloužit radiologickým asistentům ke zkvalitnění jejich práce a k lepšímu erudovanému přístupu k pacientům.

## 6 Seznam informačních zdrojů

1. HEŘMANOVÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 200 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3469-9.
2. MUNZAROVÁ, Marta. *Zdravotnická etika od A do Z*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005, 153 s. ISBN 80-247-1024-2.
3. CAKIRPALOGLU, Panajotis. *Psychologie hodnot*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2009, 376 s. ISBN 978-80-244-2295-4.
4. ANZENBACHER, Arno. *Úvod do etiky*. 1. vyd. Praha: Zvon, 1994, 292 s. ISBN 80-7113-111-3.
5. BUŽGOVÁ, Radka. *Etika ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita, 2008. ISBN 978-80-7368-501-0.
6. BRUGGER, Walter. *Filosofický slovník*. Praha: Naše vojsko, 2006. ISBN 80-206-0820-6.
7. KOŘENEK, Josef. *Lékařská etika*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2002, 276 s. ISBN 80-7254-235-4.
8. JANKOVSKÝ, Jiří. *Etika pro pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-329-6.
9. PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2.
10. HAŠKOVCOVÁ, Helena. 3. vyd. *Lékařská etika*. Praha : Galén, 2002. ISBN 80-7262-132-7.
11. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2069-2.
12. OTÁHAL, Petr. *Profesní etika v medicínském prostředí pro nelékařský personál*. [online]. [cit. 2016-03-10]. Dostupné z: [http://petrotahal.cz/file/Profesni\\_etika\\_v\\_medicinskem\\_prostredi\\_pro\\_nelekarsky\\_personal.pdf](http://petrotahal.cz/file/Profesni_etika_v_medicinskem_prostredi_pro_nelekarsky_personal.pdf)

13. VÁCHA, Marek, Radana KÖNIGOVÁ a Miloš MAUER. *Základy moderní lékařské etiky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012, 302 s., [8] s. obr. příl. ISBN 978-80-7367-780-0.
14. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování [online]. [cit. 2016-03-10]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372#cast4>
15. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Informovaný souhlas: proč a jak?*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-497-3.
16. Úmluva o biomedicíně [online]. [cit. 2016-03-10]. Dostupné z: <http://www.ferovanemocnice.cz/data/Umluva%20o%20biomedicine.pdf>
17. Etický kodex České lékařské komory [online]. [cit. 2016-03-10]. Dostupné z : <http://www.clk.cz/oldweb/zakpred/predpis10.html>
18. MINAŘÍKOVÁ, Hana. *Profesní etika pro střední zdravotnické školy – výukové materiály pro žáky s metodickými pokyny pro odborné učitele* [online]. Diplomová práce. Masarykova Univerzita, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Eva Trnová. Dostupné z: [https://is.muni.cz/auth/th/259069/pedf\\_m/](https://is.muni.cz/auth/th/259069/pedf_m/).
19. Etický kodex zdravotnického pracovníka nelékařských oborů [online] [cit. 2016-03-21]. Dostupné z: [http://www.nconzo.cz/c/document\\_library/get\\_file?uuid=a740f1ac-a17a-412c89ea30e5cd71780e&groupId=11063](http://www.nconzo.cz/c/document_library/get_file?uuid=a740f1ac-a17a-412c89ea30e5cd71780e&groupId=11063)
20. Etický kodex sester [online] [cit. 2016-03-21]. Dostupné z: [http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/eticky\\_kodex\\_icn.pdf](http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn.pdf)
21. Předpis č. 96/2004 Sb. zákon o nelékařských zdravotnických povoláních [online]. [cit. 2016-03-11]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>
22. VOMÁČKA, Jaroslav. *Zobrazovací metody pro radiologické asistenty*. Druhé, doplněné vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015, 157 stran. ISBN 978-80-244-4508-3.
23. Společnost radiologických asistentů České republiky [online]. [cit. 2016-03-11]. Dostupné z: <http://srlacr.cz/>
24. The European Federation of Radiographer Societies (EFRS) [online]. [cit. 2016-04-10]. Dostupné z: <http://www.efrs.eu/content/content/id/122>

25. Zpráva z výročního zasedání EFRS 2014 [online]. [cit. 2016-03-21]. Dostupné z: <http://srlacr.cz/2015/01/27/zprava-z-vyrocnihho-zasedani-efrs-2014-v-portugalske-coimbre/>
26. MUNZAROVÁ, Marta. *Eutanazie, nebo paliativní péče?*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1025-0.
27. Heuvel van den W.J.A., Legislation of euthanasia: the Dutch case. *Paliatia. Journal of palliative care*. Vol. 3 n.1 January 2010
28. Deklarace Světové lékařské asociace (1992) [online]. [cit. 2016-03-12]. Dostupné z: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/e13b/>
29. Ochrana lidských práv a důstojnosti smrtelně nemocných a umírajících [online]. [cit. 2016-03-12]. Dostupné z: <http://www.hospice.sk/dokumenty/radaevro.htm>
30. Všeobecná deklaráce lidských práv [online]. [cit. 2016-03-12]. Dostupné z: <http://www.osn.cz/wp-content/uploads/2015/03/vseobecna-deklarace-lidskych-prav.pdf>



## **7 Přílohy**

Příloha 1: Hippokratova přísaha

Příloha 2: Etický kodex Práva pacientů

Příloha 3: Etický kodex České lékařské komory

Příloha 4: Etický kodex nelékařských zdravotnických profesí

Příloha 5: Etický kodex sester ICN

Příloha 6: Dotazník

## **Příloha 1: Hippokratova přísaha**

Text přísahy je přeložen z anglického překladu L. Edelsteina, 1967.

„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 nenavrhnu. 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.“ (2)

## **Příloha 2: Práva pacientů**

Etický kodex "Práva pacientů" schválila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České Republiky. Prohlášená za platná jsou za dnem 25. února 1992.

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
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 či 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 i více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich účastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován 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 musí být provedena 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 po té, 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 důsledcích 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 má právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

(zdroj: <http://www.mpsv.cz/cs/840> )

## **Příloha 3: Etický kodex České lékařské komory**

### Část první

#### **§ 1**

##### Obecné zásady

(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 ty 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 je povinen být za všech okolností ve svých profesionálních rozhodnutích nezávislý a odpovědný.

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

## Část druhá

### § 2

#### Lékař a výkon povolání

(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 odporu je 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 zjištěných 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 '72ad 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.

### § 3

#### Lékař a nemocný

(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 postojích 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) Zadržení 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.

## § 4

### Vztahy mezi lékaři

(1) Základem vztahů mezi lékaři je vzájemně čestné, slušné a společensky korektní chování spolu s kritickou náročností, respektováním kompetence a 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 lékařův 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.

## § 5

### Lékař a nelékař

(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 další osoby, s jejichž přítomností pacient souhlasí, pokud není lékařsky zdůvodněných námitek.

## Část třetí

### Závěrečná ustanovení

## § 6

### Účinnost

Tento stavovský předpis č. 10 - Etický kodex České lékařské komory nabývá účinnosti dne 1. 1. 1996.

Věstník ČLK (17)

#### **Příloha 4: Etický kodex nelékařských zdravotnických profesí**

MZ vydalo ve Věstníku částka 7/2004 Etický kodex nelékařského zdravotnického pracovníka, který je závazný na národní úrovni.

##### **Etické zásady zdravotnického pracovníka nelékařských oborů**

- Zdravotnický pracovník nelékařských oborů (dále jen “zdravotnický pracovník”) při své práci zachovává úctu k životu, respektuje lidská práva a důstojnost každého jednotlivce bez ohledu na věk, pohlaví, rasu, národnost, víru, politické přesvědčení a sociální postavení.
- Zdravotnický pracovník dbá na dodržování Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, na dodržování práv pacientů, tak jak jsou vyjádřena v Chartě práv pacientů a v Chartě práv hospitalizovaných dětí. Zdravotnický pracovník je povinen přistupovat ke své práci s veškerou odbornou schopností, kterou má, s vědomím profesionální odpovědnosti za podporu zdraví, prevenci nemocí, za obnovu zdraví a zmírňování utrpení, za přispění ke klidnému umírání a důstojné smrti.
- Zdravotnický pracovník poskytuje zdravotní péči jednotlivcům, rodinám, skupinám a spolupracuje s odborníky jiných oborů. Při poskytování zdravotní péče vždy nadřazuje zájmy těch, kterým poskytuje péči, nad zájmy své.
- Zdravotnický pracovník je povinen chránit informace o těch, kterým poskytuje své služby, bez ohledu na způsob, jakým jsou tyto informace získávány, shromažďovány a uchovávány. Povinnou zdravotnickou dokumentaci vede pečlivě a pravdivě, chrání ji před zneužitím a znehodnocením.
- Zdravotnický pracovník aktivně prohlubuje znalosti o právních předpisech platných pro jeho profesi a dodržuje je.
- Zdravotnický pracovník nesmí podřizovat poskytování zdravotní péče komerčním zájmům subjektů, působících v oblasti zdravotnictví.

## **Zdravotnický pracovník a spoluobčané**

- Zdravotnický pracovník při poskytování zdravotní péče respektuje životní hodnoty občanů, jejich životní zvyky, duchovní potřeby a náboženské přesvědčení a snaží se vytvářet podmínky zohledňující individuální potřeby jednotlivců.
- Zdravotnický pracovník v rozsahu své odbornosti a pravomocí poskytuje občanům informace, které jim pomáhají převzít spoluzodpovědnost za jejich zdravotní stav a případnou léčbu.
- Zdravotnický pracovník považuje informace o pacientech za důvěrné a je si vědom povinnosti zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozvěděl v souvislosti s výkonem svého povolání.
- Zdravotnický pracovník při poskytování zdravotní péče dbá v maximální možné míře o zajištění intimity.
- Zdravotnický pracovník nesmí zneužít ve vztahu k nemocnému jeho důvěru a závislost jakýmkoliv způsobem (PRO).
- Zdravotnický pracovník se snaží při poskytování zdravotní péče docílit vztahu založeného na důvěře, který ctí práva pacienta, reaguje na aktuální rozpoložení pacienta, současně jsou respektována práva a povinnosti zdravotnického pracovníka jako poskytovatele zdravotní péče. Zdravotnický pracovník a praxe
- Zdravotnický pracovník poskytuje zdravotní péči v rozsahu své odbornosti a pravomocí, s potřebnou mírou autoregulace a empatie.
- Zdravotnický pracovník aktivně usiluje o vlastní odborný, osobní a intelektuální růst po celou dobu svého profesionálního života a své nové znalosti a dovednosti se snaží využít v praxi.
- Zdravotnický pracovník usiluje o co nejvyšší kvalitu a úroveň poskytované zdravotní péče.
- Zdravotnický pracovník poskytne nezbytně nutnou zdravotní péči i nad rámec svých pravomocí, pokud ji nemůže poskytnout způsobilý zdravotnický pracovník

a pokud nebezpečí, které plyne z prodlení, je větší než možné nebezpečí plynoucí z nedostatečných znalostí a dovedností zdravotnického pracovníka.

- Zdravotnický pracovník jedná a vystupuje tak, aby jeho chování přispělo k udržení prestiže a zvyšování společenského uznání zdravotnických povolání.
- Zdravotnický pracovník při přebírání úkolu i při pověřování úkolem zodpovědně zvažuje kvalifikaci svou i ostatních zdravotnických pracovníků.

### **Zdravotnický pracovník a společnost**

- Zdravotnický pracovník působí na zdravotní uvědomění jednotlivců při poskytování zdravotní péče. Podle svých odborných schopností se podílí na podporování a šíření zásad zdravého života, zásad ochrany životního prostředí, objasňování problémů spojených s péčí o poškozené zdraví lidí.
- Zdravotnický pracovník spolupracuje při těch aktivitách, které směřují ke zlepšení zdravotního a sociálního prostředí v životě lidí.

### **Zdravotnický pracovník a spolupracovníci**

- Zdravotnický pracovník spolupracuje v rámci mezioborového týmu s ostatními odborníky tak, aby byly splněny všechny cíle plánu komplexní zdravotní péče o pacienta.
- Zdravotnický pracovník respektuje znalosti a zkušenosti svých kolegů i spolupracovníků jiných odborností.
- Zdravotničtí pracovníci se navzájem podporují ve svých odborných rolích a aktivně rozvíjejí úctu k sobě i druhým.
- Zdravotnický pracovník vystupuje, podle aktuální situace, jako ochránce pacienta, zejména pokud je péče o něho ohrožena nevhodným chováním nebo jednáním jiného zdravotníka či osoby.

### **Zdravotnický pracovník a profese**

- Zdravotnický pracovník je odpovědný za kvalitu jím poskytované zdravotní péče a za co nejvyšší odbornou úroveň svého vzdělávání.
- Zdravotnický pracovník dbá na udržování a zvyšování prestiže své profese.
- Zdravotnický pracovník se neustále snaží o rozvoj své profese, o rozvoj svého profesního zaměření a zvýšení své odborné úrovně. (19)



## **Příloha 5: Kodex ICN**

Etický kodex sester ICN má čtyři hlavní články, které vymezují normy etického chování.

Články Kodexu

### **1. Sestry a lidé**

Sestra má primární profesní povinnosti vůči lidem, kteří potřebují ošetrovatelskou péči.

Při poskytování ošetrovatelské péče sestra vytváří prostředí, v němž jsou respektována lidská práva, hodnoty, zvyky a duchovní přesvědčení jednotlivce, rodiny a komunity.

Sestra zajišťuje, aby jednotlivým osobám byly poskytnuty dostatečné informace, na jejichž základě mohou tyto osoby poskytnout souhlas s péčí a se související léčbou.

Sestra dodržuje povinnost mlčenlivosti o osobních údajích pacienta a posuzuje nutnost sdílet tyto informace.

Sestra a společnost mají povinnost zahájit a podporovat aktivity zaměřené na uspokojování zdravotních a sociálních potřeb veřejnosti, a zejména občanů patřících do ohrožených skupin.

Sestra se také podílí na zachování životního prostředí a jeho ochraně před nadměrným spotřebováním, znečišťováním, zhoršováním a ničením.

## **2. Sestry a ošetrovatelská praxe**

Sestra nese osobní odpovědnost za ošetrovatelskou praxi a za udržování svých znalostí a dovedností na potřebné výši kontinuálním vzděláváním.

Sestra pečuje o své vlastní zdraví, aby nebyla narušena její schopnost poskytovat péči.

Sestra posuzuje individuální dovednosti a znalosti, když přijímá a deleguje konkrétní povinnosti. Sestra za všech okolností dodržuje pravidla slušného chování, což přispívá k dobré pověsti profese a zvyšuje důvěru občanů.

Sestra při poskytování péče usiluje o to, aby používání moderních technologií a uplatňování vědeckého pokroku bylo v souladu s bezpečností, důstojností a právy občanů.

## **3. Sestry a profese**

Sestra zaujímá rozhodující roli při vytváření a implementaci standardů klinické ošetrovatelské praxe, řízení, výzkumu a vzdělávání.

Sestra se aktivně podílí na rozvoji odborných znalostí oboru vycházejících z vědeckých poznatků. Sestra se prostřednictvím profesní organizace podílí na vytváření a zachování bezpečných a spravedlivých sociálních a ekonomických pracovních podmínek v ošetrovatelství.

## **4. Sestry a spolupracovníci**

Sestra udržuje kooperativní vztah s kolegy z oboru ošetrovatelství i s kolegy z dalších oborů.

Sestra zvolí vhodný postup k ochraně jednotlivců, rodin a komunity, pokud je jejich zdraví ohroženo spolupracovníkem či jinou osobou. (20)

## Příloha 6: Dotazník

### Dotazník na téma „Etika ve zdravotnictví“

Dobrý den,

jmenuji se Veronika Flašková a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia oboru Radiologický asistent na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který mi bude nápomocen při zpracování bakalářské práce na téma „Etika ve zdravotnictví se zaměřením na radiologického asistenta“. Všechny informace, které v dotazníku uvedete, budou anonymní a použity pouze pro účely mé bakalářské práce.

Děkuji za Váš čas, který věnujete vyplnění tohoto dotazníku

1. Pohlaví:

- a) Žena
- b) muž

2. Věk:.....

3. Rodinný stav:

- a) svobodný/á
- b) v partnerském vztahu
- c) ženatý/vdaná
- d) rozvedený/á
- e) vdovec/vdova

4. Nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) SŠ
- b) VOŠ
- c) VŠ Bc.
- d) VŠ Mgr.
- e) VŠ doktorské

5. Jaká je délka Vaší praxe na pozici radiologický asistent? Doplňte v celých letech.....

6. Aktuální celková výše úvazku na pozici radiologický asistent:.....

7. Na jakém oddělení pracujete?

- a) radiodiagnostika
- b) radioterapie
- c) nukleární medicína

8. Vysvětlete, jak rozumíte následujícím pojmům:

- nonmaleficence
- beneficence
- autonomie nemocného
- princip spravedlnosti

9. Řídíte se ve své praxi nějakými etickými kodexy?

- a) Ano
- b) Ne

Pokud ano, jakými? (Vyjmenujte)

10. Uveďte příklad Vám známých reálných nebo smyšlených situací, ve kterých byla nebo by mohla být narušena důstojnost pacienta? (Stručně popište)

11. Existují na Vašem oddělení nějaké vnitřní předpisy, které by mohly narušovat důstojnost pacienta?

- a) Ano
- b) Ne

Pokud ano, jaké? (Vyjmenujte)

12. Jaký typ pacienta může být zranitelnější vůči tomu, aby byla narušena jeho důstojnost?(lze označit více možností)

- a) staří lidé
- b) děti
- c) ženy
- d) pacienti se známou psychiatrickou diagnózou
- e) pacienti s postižením
- f) cizinci
- g) pacienti s HIV
- h) homosexuálové

13. Domníváte se, že se pracovní vytížení může mít dopad na Váš přístup k pacientovi?

- a) Rozhodně ano
- b) Spíše ano
- c) nevím
- d) Spíše ne
- e) Rozhodně ne

14. Absolvoval jste školení nebo nějaký kurz (během studia nebo v rámci dalšího vzdělávání), zaměřený na komunikaci se specifickým typem pacienta? (Pacienti se smyslovým postižením, s psychiatrickou diagnózou, pacienti na vozíčku, s mentální retardací, s demencí, agresivní pacienti, pacienti pod vlivem návykových látek)

- a) Ano
- b) Ne

Pokud ano, jaký (název kurzu a pořadatel)?

15. V jakém zákoně je ukotvena povinná mlčenlivost? (Uveďte)

16. Porušil/a jste někdy povinnou mlčenlivost?

- a) Ano
- b) Ne

Pokud ano, proč a v jaké situaci?

(zdroj: vlastní zdroj)

17. Informujete předem pacienty o průběhu vyšetření/léčby?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Situace závisí na pracovní vytíženosti

18. Představujete se pacientům?

- a) Ano
- b) Ne

19. Existuje etická komise pro radiologické asistenty?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

20. Jakým způsobem prohlubujete své znalosti (vzdělání) v oboru radiologický asistent?

- školení
- specializační kurzy
- kurzy zaměřené na komunikaci s pacientem
- konference v ČR
- konference v zahraničí
- jiné (uved'te):

21. Lze říci, že s přibývajícím délkou praxe v oboru RA se váš přístup k pacientovi stává etičtější?

- a) Ano
- b) Ne



22. Setkáváte se ve své každodenní praxi s nějakými etickými problémy či dilematy?

- a) Ano
- b) Ne

Pokud ano, s jakými?

Jak je řešíte?

Komu se s tím můžete svěřit nebo poradit?

## **Seznam tabulek**

Tabulka 1: Pohlaví

Tabulka 2 Rodinný stav

Tabulka 3: Dosažené vzdělání

Tabulka 4: Znalost základních etických principů

Tabulka 5: Etické kodexy

Tabulka 6: Vyjmenované etické kodexy

Tabulka 7: Situace narušení důstojnosti pacienta

Tabulka 8: Vnitřní předpisy oddělení

Tabulka 9: Typ pacienta, který je zranitelnější k narušení důstojnosti

Tabulka 10: Vliv pracovního vytížení na etický přístup

Tabulka 11: Školení/kurz

Tabulka 12: Zákon, ve kterém je ukotvena povinná mlčenlivost

Tabulka 13: Porušení mlčenlivosti

Tabulka 14: Informování o vyšetření

Tabulka 15: Představení se pacientům

Tabulka 16: Etická komise

Tabulka 17: Další vzdělávání

Tabulka 18: Vliv délky praxe na etický přístup k pacientovi

Tabulka 19: Etické problémy radiologického asistenta v praxi

## **Seznam grafů**

Graf 1: Pohlaví

Graf 2: Věkové rozmezí respondentů

Graf 3: Nejvyšší dosažené vzdělání

Graf 4: Délka praxe na pozici RA – uvedeno v letech

Graf 5: Znalost základních etických principů - souhrnně

Graf 6: Situace narušení důstojnosti pacienta

Graf 7: Procentuální znázornění pacientů, kteří jsou zranitelnější k narušení důstojnosti

Graf 8: Vliv pracovního vytížení na etický přístup

Graf 9: Absolvování školení/ kurzu

Graf 10: procentuální znázornění porušení povinné mlčenlivosti

Graf 11: Informování předem o průběhu vyšetření – procentuálně

Graf 12: Procentuální znázornění toho, zda se respondenti představují pacientům

Graf 13: Etická komise pro RA – souhrnně

Graf 14: Grafické znázornění vlivu délky praxe na etický přístup

Graf 15: Grafické znázornění toho, zda se RA v praxi setkávají s etickými problémy