

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.

Praha 5

EUTANAZIE

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

JITKA MÍČOVÁ

Praha 2012

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s., PRAHA 5

EUTANAZIE

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

JITKA MÍČOVÁ

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová

Praha 2012



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

Míčová Jitka
3. B VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 26. 4. 2011 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Euthanasie

Euthanasia

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Ivana Jahodová

V Praze dne: 1. 9. 2011

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s použitím své bakalářské práce ke studijním účelům.

Ve Spikalích dne 15.4.2012

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji vedoucí práce PhDr. Ivaně Jahodové za cenné rady, podněty a připomínky při zpracování mé bakalářské práce.

ABSTRAKT

MÍČOVÁ, Jitka. *Eutanazie*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová. Praha. 71 s.

Hlavním tématem bakalářské práce je zmapovat názory zdravotníků a rodičů, kteří mají dítě s trvalými zdravotními problémy k eutanazii se zaměřením na prenatální eutanazii. Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část analyzuje různé aspekty eutanazie se zaměřením na prenatální eutanazii. Praktická část ověřuje postoj rodičů, kteří mají dítě s trvalým zdravotním postižením a odborné veřejnosti k problematice eutanazie, resp. prenatální eutanazie. Práce je určena porodním asistentkám, které se setkávají s nastávajícími matkami a všeobecným sestrami které se také mohou setkat s rodinou, která má postižené dítě.

Klíčová slova

Eutanazie. Neonatologie. Nezralý novorozenec. Novorozenec. Prenatální eutanazie.

ABSTRACT

MÍČOVÁ, Jitka. *Euthanasia*. Medical College, o.p.s. Degree: Bachelor (Bc). Tutor: PhDr. Ivana Jahodová. Prague 2012, 71 pages.

The main topic of my bachelor thesis is to mind map health care providers and parents who have children with the lasting health problems focusing on prenatal euthanasia. The thesis is divided into a theoretical and practical part. The theoretical part analyzes various aspects of euthanasia focusing on prenatal euthanasia. The practical part verifies the attitude of parents who have a child with the lasting health problems, and the attitude of professional public to the issue of euthanasia, respectively to prenatal euthanasia. The thesis is to focus on midwives who encounter impending mothers, and general nurses who also encounter family which has a disabled child.

Keywords

Euthanasia. Immature Newborn. Neonatology. Newborn. Prenatal Euthanasia.

OBSAH

Seznam obrázků, tabulek a grafů

Seznam použitých zkratk

Seznam použitých odborných výrazů

Úvod.....	14
Teoretická část.....	16
1 Terminologie a klasifikace eutanazie.....	16
2 Historický vývoj názorů na eutanazii	18
3 Náboženství a život člověka	19
4 Etika	20
4.1 Etické aspekty eutanazie	20
4.2 Etika v porodnictví.....	21
5 Eutanazie ve světě	23
5.1 Holandsko	23
5.2 Další evropské země.....	24
6 Ochrana nenarozeného dítěte a práva dítěte	26
7 Neonatologie a perinatologie.....	27
7.1 Předčasný porod	27
7.2 Klasifikace novorozence, stanovení gestačního věku	28
8 Prenatální období	30
8.1 Vývoj předčasně narozených dětí	30
8.2 Nezralý novorozenec	31
8.3 Problémy spojené s nedonošeností a nezralostí.....	31
8.4 Resuscitace novorozence	32

8.5	Resuscitace a intenzivní péče u nevyzrálých novorozenců	33
8.6	Prenatální eutanazie v Holandsku.....	34
9	Potrat.....	36
9.1	Klasifikace umělého potratu	36
9.2	Umělé přerušování těhotenství a zákony	36
9.3	Důležité paragrafy zákona 66/1986.....	38
9.4	Možnosti interrupce.....	39
	Praktická část.....	42
10	Popis průzkumu.....	42
10.1	Průzkumný problém	42
10.2	Průzkumné cíle	42
10.3	Definice průzkumných otázek	42
10.4	Metodika průzkumu a technika průzkumu	43
10.5	Průzkumný soubor	43
10.6	Metodika vyhodnocení dotazníků.....	43
10.7	Charakteristika základního souboru respondentů	44
11	Vyhodnocení jednotlivých otázek dotazníku.....	46
12	Vyhodnocení průzkumných otázek.....	64
13	Diskuze výsledků a doporučení pro praxi.....	65
	Závěr.....	67
	Použitá literatura	69
	Seznam příloh.....	71

SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ

Tabulka 1	Charakteristika respondentů (věk, pohlaví, víra)	45
Tabulka 2	Charakteristika respondentů (děti).....	45
Tabulka 3	Charakteristika zdravotníků dle povolání	45
Tabulka 4	Odpovědi na otázku 5.....	46
Tabulka 5	Odpovědi na otázku 6.....	47
Tabulka 6	Odpovědi na otázku 8.....	48
Tabulka 7	Odpovědi na otázku 10.....	48
Tabulka 8	Odpovědi na otázku 11.....	49
Tabulka 9	Odpovědi na otázku 12.....	50
Tabulka 10	Odpovědi na otázku 13.....	51
Tabulka 11	Odpovědi na otázku 13.....	51
Tabulka 12	Odpovědi na otázku 14.....	52
Tabulka 13	Odpovědi na otázku 14.....	53
Tabulka 14	Odpovědi na otázku 15.....	54
Tabulka 15	Odpovědi na otázku 15.....	54
Tabulka 16	Odpovědi na otázku 16.....	55
Tabulka 17	Odpovědi na otázku 16.....	56
Tabulka 18	Odpovědi na otázku 17.....	57
Tabulka 19	Odpovědi na otázku 17.....	57
Tabulka 20	Odpovědi na otázku 18.....	58
Tabulka 21	Odpovědi na otázku 18.....	59
Tabulka 22	Odpovědi na otázku 19.....	60
Tabulka 23	Odpovědi na otázku 19.....	60
Tabulka 24	Odpovědi na otázku 20.....	62
Tabulka 25	Odpovědi na otázku 20.....	62
Graf 1	– Znázornění odpovědí na otázku 5.....	46
Graf 2	– Znázornění odpovědí na otázku 6.....	47
Graf 3	Znázornění odpovědí na otázku 8.....	48
Graf 4	Znázornění odpovědí na otázku 10.....	49
Graf 5	Znázornění odpovědí na otázku 11.....	49

Graf 6	Znázornění odpovědí na otázku 12	50
Graf 7	Znázornění odpovědí na otázku 13	51
Graf 8	Znázornění odpovědí na otázku 13	52
Graf 9	Znázornění odpovědí na otázku 14	53
Graf 10	Znázornění odpovědí na otázku 14	53
Graf 11	Znázornění odpovědí na otázku 15	54
Graf 12	Znázornění odpovědí na otázku 15	55
Graf 13	Znázornění odpovědí na otázku 16	56
Graf 14	Znázornění odpovědí na otázku 16	56
Graf 15	Znázornění odpovědí na otázku 17	57
Graf 16	Znázornění odpovědí na otázku 17	58
Graf 17	Znázornění odpovědí na otázku 18	59
Graf 18	Znázornění odpovědí na otázku 18	59
Graf 19	Znázornění odpovědí na otázku 19	60
Graf 20	Znázornění odpovědí na otázku 19	61
Graf 21	Znázornění odpovědí na otázku 20	62
Graf 22	Znázornění odpovědí na otázku 20	62

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

IUGR - intrauterinní růstová retardace plodu

OSN - organizace spojených národů

RDMA - Královská holandská lékařská asociace

t.g. - týden těhotenství

VVV - Vrozené vývojové vady

WHO - světová zdravotnická organizace

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Anémie - chudokrevnost. Onemocnění, při němž je v krvi sníženo množství krevního barviva - hemoglobinu a červených krvinek (erytrocytů)

Apnoické pauzy - zástava dechu

Asfyxie - dušení způsobené nedostatkem vzduchu

Bradikardie - zpomalení srdeční činnosti (snížení srdeční frekvence) pod 60 úderů za minutu

Cyanóza - namodralé zbarvení kůže a sliznic, které je důsledkem nedostatku kyslíku v krvi

Hydratace - zavodnění organismu, důležitý předpoklad jeho funkce

Hyperbilirubinémie - zvýšené množství bilirubinu (žlučového barviva) v krvi

Hypertrofie - zvětšení, zbytnění orgánu v důsledku zvětšení jeho buněk

Hypoglykémie - nízká hladina cukru (glukózy), vede k závažným poruchám činnosti mozku

Hypokalcémie - nízká hladina vápníku v krvi

Hypotenze - nízký tlak krve

Hypotermie - pokles tělesné teploty jako následek nadměrných ztrát tepla

Hypoxie - nedostatek kyslíku v tkáních či v celém organismu

Hypotrofie - snížený, omezený vzrůst

Intrakraniální krvácení - nitrolebeční krvácení

Intrauterinní – nitroděložní,

Intubace - zavedení trubice do průdušnice

Katetr – cévka

Labilní - snadno proměnlivý, nestálý

Leukomalacie - ischemická nekróza bílé hmoty mozku přilehlé k postranním komorám, která postihuje nedonošené novorozence, může vést k dětské mozkové obrně

Morbidita – nemocnost, číselný údaj vztažený pro danou nemoc k určitému časovému úseku a počtu obyvatel

Mortalita - úmrtnost (na určitou nemoc nebo celková)

Neonatologie - lékařský obor věnující se problematice novorozeneckého období

Perinatální asfyxie - vztahující se k období okolo narození

Perinatologie - interdisciplinární vědní obor, zabývající se péčí o zdravý vývoj nového jedince a poruchy tohoto vývoje v perinatálním období

Protrombin - jeden z koagulačních faktorů, k jehož tvorbě je třeba vitamín K

Sepse - stav, při němž se z infekčního ložiska v těle občas či trvale uvolňují choroboplodné zárodky do krve („otrava krve“) a poškozují ostatní orgány

Steroid - označuje steroidní sloučeniny, zejména však hormony kůry nadledvin (kortikoidy)

Surfaktant - tuková látka pokrývající vnitřek plicních sklípků

Viabilita – životaschopnost

Vitální funkce - funkce nezbytné k životu (dýchání, krevní oběh, činnost mozku)

ÚVOD

" Je zhola zbytečné se ptát, má-li život smysl či ne. Má takový smysl, jaký mu dáme."

Seneca

Snad každý člověk, pokud je konfrontován s bolestí, utrpením a smrtí, se cítí nesvůj a má strach z dlouhodobé choroby a umírání. Existuje přirozené právo na život. Máme ale také povinnost žít? Problém je, pokud se jedná o ukončení života nevyléčitelně nemocného, který velmi trpí. Současná medicína umožňuje udržovat takovýto život, i když ten ztrácí téměř kvalitu lidského života. Proto si často klademe otázky jako: „Je povinností společnosti udržovat život člověka? Má člověk právo na důstojnou smrt?“ To jsou otázky, které souvisejí s tématem eutanazie, kterým se tato práce bude zabývat. Většina lidí si přeje pro sebe a pro druhé dobrou smrt, problém je spíše v sociálních, kulturních a náboženských hodnotách, které se dostávají do konfliktu s povinností zemřít dobře a s povinnostmi druhých pomáhat nám v tom.

Cílem této práce je analyzovat různé aspekty eutanazie se zaměřením na prenatální eutanazii. Průzkum na zjištění postojů k prenatální eutanazii byl proveden na omezeném nereprezentativním vzorku, a proto nelze výsledky zevšeobecňovat.

Práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. Teoretická část je rozdělena do 10 kapitol a zabývá se terminologií eutanazie, klasifikací eutanazie, historickým pojetím eutanazie, náboženským pohledem na život a etickými aspekty eutanazie, včetně prenatální. Kapitola 6 se věnuje eutanazii ve světě. Jedna z kapitol se věnuje neonatologii. Poslední kapitola se zaměřuje na samotnou prenatální interrupci.

V praktické části ověřujeme postoj rodičů, kteří mají dítě s trvalým zdravotním postižením a odborné veřejnosti k problematice eutanazie, resp. prenatální eutanazie. Za účelem výzkumu byl použit anonymní nestandardizovaný dotazník.

Práce je určena porodním asistentkám, které se setkávají s nastávajícími matkami a všeobecným sestrám, které se také mohou setkat s rodinou, která má postižené dítě.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Terminologie a klasifikace eutanazie

Řecký termín eutanazie je odvozem ze složeniny dvou slov (eu = dobře, thanosos = smrt), nebo-li dobrá smrt (THOASMA, 2000).

Dalším ekvivalentem je lehká smrt. V současné době se pojem eutanazie vymezuje spíše jako úmyslné usmrcení člověka na jeho explicitní opakovanou žádost někým jiným než pacientem samotným.

Haškovcová dělí eutanazii na následující kategorie.

- **Aktivní eutanazii** - vykonává lékař u pacienta, který je nevléčitelně nemocný a sám o smrt z milosti žádá. Někdy pro aktivní eutanazii používáme termín strategie přeplněné stříkačky. Pro aktivní eutanazii někdy nemohou být splněny podmínky.
- **Eutanazie nevyžádaná** - v zásadě se jedná o eutanazii aktivní nebo dobrovolnou. Pacient nemůže předepsaným způsobem požádat o urychlení smrti, ale kdyby mohl, tak by s eutanazií souhlasil.
- **Eutanazie nedobrovolná** - je nechtěná a nevyžádaná.
- **Eutanazie pasivní** - je strategie odkloněné stříkačky, kdy dojde k odnětí nebo přerušení léčby. Tato eutanazie se používá tehdy, kdy byly vyčerpány dosažitelné formy pomoci. Výjimkou jsou pacienti napojení na přístroje, které je nutné jednoho dne vypnout.
- **Asistovaná sebevražda** - pacient, který trpí nesnesitelnými bolestmi, má neblahou prognózu a je nevléčitelně nemocný, zjišťuje prostřednictvím lékaře, jak realizovat odchod z tohoto světa, někdy se hovoří o návodu k vysvobození. Lékař v tomto případě je pouze přihlížející, akt ukončení života provádí pacient sám.
- **Prenatální eutanazie** - interrupce ze sociálních důvodů. Prenatální eutanazie je diskutabilní téma, jelikož nechtěné dítě není nemocné, nesnesitelnými bolestmi netrpí, o milosrdnou smrt nás žádat nemůže. V jeho

případě matka rozhoduje o jeho existenci na tomto světě a tím se mu upírá základní právo na život. Smysl je pouze v emocionálním náboji. Z terminologického hlediska jsou zde nepřesnosti.

- **Sociální eutanazie** - je hraniční vyjádření omezenosti zdrojů, které se využívají ve zdravotnických systémech. Na základě jejich nedostatku nemohou nikde a nikdy dostat všichni lidé takovou péči, která odpovídá nejnovějším poznatkům vědy a techniky. V tomto případě je upřena kvalitní péče pacientům, jejichž stav je plně kurabilní (HAŠKOVCOVÁ, 2002).

2 Historický vývoj názorů na eutanazii

V této kapitole se podíváme na historický vývoj názorů v některých obdobích.

- V řeckořímské kultuře odpovídaly názory na eutanazii chápání pojmu zdraví a pojmu důstojnosti lidské bytosti. Sokrates, Platon a představitelé stoické školy (Zenon) až k Senekovi schvalovali eutanazii v případě těžkého utrpení. Bylo praktikováno i usmrcování defektních dětí. Tyto defektní děti představovaly podle Platona břemeno pro obec. Aristoteles odmítal eutanazii motivovanou nesnesitelným utrpením, ale připouštěl infanticidu defektních novorozenců.
- V Hippokratově přísaze, která nadlouho ovlivnila historii medicíny, se lékař zavazuje: „Nepodám nikomu smrtící prostředek, ani kdyby mne o to kdokoli požádal a nikomu také nebudu radit (jak zemřít). Žádné ženě nedám prostředek k vyhnání plodu.“
- Středověké křesťanství radikálně odmítá eutanazii. Dobrovolný odchod ze života (včetně sebevraždy) pokládá např. sv. Augustin, podobně jako Aristoteles, za projev zbabělostí a navíc z křesťanského stanoviska za překročení příkazu dekalogu „nezabiješ!“.
- Obdobné názory má největší teolog středověku Tomáš Akvinský, který nejvíc připojuje další důvody, a to dominium Boha nad lidským životem.
- V novověku se začíná stále více uplatňovat sekulární hledisko přirozené etiky neopírající se o náboženství. Montaigne připouští eutanazii v situaci nesnesitelné bolesti.
- Ve dvacátém století díky technickému pokroku usiluje medicína o prodloužení lidského života (resuscitační metody, mechanické respirátory, umělé udržování krevního oběhu, nová účinná sedativa). Lze konstatovat, že eutanazie nebyla legalizovaná, protože se nenašla možnost jak odstranit zdroje jejího eventuálního zneužití. Nejliberálnější praxi nacházíme v Holandsku (JANKOVSKÝ, 2003).

3 Náboženství a život člověka

Pro většinu lidí představuje pro člověka základní hodnotu život. Bez ohledu na světonázorové zaměření vnímáme vlastní život jako dar. Avšak podle křesťanské tradice a etiky by neměl být život pokládán za hodnotu nejvyšší, protože jím člověk nemůže volně disponovat a je jen jeho správcem. Povinností křesťana je dát svůj život do služby Bohu a ostatním lidem.

Z náboženského hlediska je jakékoliv usmrcení, i kdyby mělo ušlechtilý záměr, nemožné, protože člověk vzešel od Boha a jen Bůh může o jeho osudu rozhodovat. Ani člověk sám sobě nemá právo si vzít život.

„Nikdo z nás nežije sám sobě a nikdo sám sobě neumírá. Žijeme-li, žijeme Pánu, umíráme-li, umíráme Pánu ...“ Křesťanství dalo člověku důstojnost a formulovalo vztah vůči slabým nemocným a trpícím (JANKOVSKÝ, 2003, str. 113).

Pro nevěřící jsou tyto výroky prázdnými slovy, přesto mají váhu pro velkou část populace, protože kultura je s křesťanstvím spojena již pár tisíc let.

„Přímá eutanazie spočívá v ukončení života osob postižených, nemocných nebo už blízkých smrti, ať už jsou důvody a prostředky jakékoliv. Je mravně nepřijatelná. Stejně tak nějaký zákrok nebo opomenutí, které samo od sebe nebo záměrně přivodí smrt, aby se ukončila bolest, je zabitím těžce odporujícím důstojnosti lidské osoby a úctě k živému Bohu, jejímu Stvořiteli. Mylný úsudek, do něhož člověk může v dobré vůli upadnout, nemění povahu tohoto vražedného činu, který je nutno vždy odsoudit a vyloučit“ (SCHLESINGER, článek o 5. přikázání, paragraf 2277).

4 Etika

Etika je odvětvím filozofie, ovlivňují ji obecné otázky o životě a jeho smyslu. Na jejím utváření se podílí i sociální politická a náboženská kultura. Etika se zabývá tím, co je správné a co nesprávné; zkoumá mravní rozhodnutí lidí a způsoby, kterými se je snaží odůvodnit. Jde o velmi rozsáhlý předmět. V oblasti etiky existují čtyři základní přístupy:

- Deskriptivní etika – popisuje mravní rozhodnutí a hodnoty, které společnost zastává.
- Normativní etika - zkoumá argumenty týkající se hodnot a principů, normy chování.
- Metaetika – zabývá se jazykem používaným v etice, povahou etických výroků.
- Aplikovaná etika – je etika aplikovaná na různé oblasti života (právní etika, bioetika atd.) (THOMPSON, 2004).

4.1 Etické aspekty eutanazie

Etická kritéria eutanazie obecně rozlišujeme:

1. Subjektivní kritéria – znamená to, že lékař je povinen respektovat přání pacienta i jeho důvody.
2. Objektivní kritéria – zahrnují stav umírajícího pacienta, jeho fyzické i psychické strádání a prognózu jeho možného vyléčení, nebo zlepšení jeho současného stavu a také vůli pacienta a jeho informovaný souhlas. Někdy je používáno rozlišení mezi negativní a pozitivní eutanazií.

V České republice je eutanazie (aktivní i asistovaná sebevražda) stále ještě trestným činem. Z etického hlediska odporuje jak Hippokratově přísaze, tak desateru (5. přikázání „nezabiješ“). Lékař by měl léčit a chránit život. Z hlediska přirozené etiky nepřísluší člověku, aby rozhodoval o svém životě a je neetické, aby žádal o svou smrt (JANKOVSKÝ, 2003).

4.2 Etika v porodnictví

Medicína vychází ze dvou etických principů:

- principu prospěšnosti,
- principu respektování autonomie pacienta.

Co se týká prospěšnosti, tak je třeba říci, že každý léčebný výkon s sebou vždy nese nějaká rizika a možnost způsobit škodu. Týž výkon může mít pro různé pacienty různou prospěšnost eventuálně naopak škodu.

Respektování a autonomie pacienta je formulováno do informovaného souhlasu. Ten zahrnuje :

- poskytnutí přiměřené a dostatečné informace pacientovi o jeho zdravotním stavu a možnostech léčby,
- porozumění lékařské informaci pacientem,
- volné rozhodnutí pacienta přijmout nebo odmítnout navrhovaný postup (CITTEBART, 2001).

V porodnictví je situace komplikovanější, protože mimo matku a lékaře tu přistupuje třetí účastník – plod.

U hrozícího předčasného porodu na hranici životaschopnosti = viability ve 23. až 24. t.g. je důležitý rozhovor s rodiči a podepsání informovaného souhlasu (IS). Rozhovoru by se měl zúčastnit neonatolog, porodník a nejlépe oba rodiče. Rodičům by měly být vysvětleny šance na přežití a možná rizika postižení. Výsledkem konsensu mezi rodiči, neonatologem a porodníky má být koordinovaný a konzistentní postup (vedení porodu, monitorování plodu, indikace k císařskému řezu při hypoxii, poskytnutí nebo odmítnutí resuscitace a intenzivní péče).

Diskuze mnoha dnešních sekulárních etiků o morální kvalitě umělého potratu se soustřeďuje na problém, kdy lze plod už považovat za člověka. Rozlišuje mezi dvěma fázemi vývoje plodu.

První představuje období předcházející stavu, kdy se plod začne pohybovat. Druhý představuje následující fázi vývoje plodu až do doby, kdy je možno plod (v případě nutného porodu) udržet pomocí medicínských zařízení při životě. Pro některé odborníky je potrat v první etapě přijatelný, ve druhé fázi nikoliv.

Je však obtížné identifikovat přesně dobu vymezující tato stadia a na druhé straně vývoj medicíny může zvyšovat možnosti udržet při životě předčasně narozené dítě (ONDOK, 2005, s. 96).

5 Eutanazie ve světě

Eutanazie je podle odpůrců považována za vraždu, podle příznivců za akt milosrdenství. Eutanazii mezi prvními na světě povolilo od 1. července 1996 australské Severní území (jednalo se o úmyslné usmrcení těžce nemocného pacienta za účelem zkrácení jeho utrpení). V březnu 1997 federální australský parlament zákon zrušil.

5.1 Holandsko

V Holandsku byla legalizace eutanazie pozvolna připravována ustanovením, že za určitých okolností je možno od potrestání činu ustoupit.

V Holandsku roku 1990 Královská holandská lékařská asociace (RDMA) a Ministerstvo spravedlnosti souhlasily s ohlašovacím postupem při provádění eutanazie:

1. Lékař, který provede eutanazii nebo asistovanou sebevraždu, nevydává doklad o přirozené smrti. Informuje místní nadřízený lékařský orgán vyplněním dotazníku.
2. Lékařský nadřízený orgán oznámí smrt příslušnému státnímu zástupci.
3. Státní zástupce rozhodne, zda by mělo být zahájeno trestní stíhání lékaře. Pokud lékař dodržel pět požadavků (uvedeno níže), trestní stíhání není zahájeno.

Aby se předcházelo žalobě, musí lékař splnit pět požadavků, které stanovila RDMA:

1. Požadavek zemřít musí být dobrovolným rozhodnutím informovaného pacienta.
2. Požadavek musí být dobře zvážen osobou, která jasně a správně chápe svůj stav a další možnosti. Tato osoba musí být schopná možnosti zvažovat a musí tak učinit.
3. Touha zemřít musí nějakou dobu trvat.

4. Musí zde být tělesné i duševní utrpení, které je nepřijatelné a nesnesitelné.
5. Konzultace s kolegou je povinná.

V roce 2001 byla v Holandsku přijata další novela zákona, která prakticky eutanazii zlegalizovala. Vše je prováděno za přísných podmínek, pacient musí trpět nesnesitelnou a nevléčitelnou chorobou a ještě za vědomí o zákrok opakovaně požádat. Každý případ se musí hlásit zvláštní komisi, která v případě pochybností kontaktuje státního zástupce.

5.2 Další evropské země

Belgie

Belgie se inspirovala Holandskem. Vykonávání eutanazie je tam velice podobné, podmínky pro vykonání eutanazie jsou ale ještě přísnější. V Belgii může být eutanazie za určitých podmínek poskytována i nezletilým, kteří jsou při této příležitosti zplnoletněni. Musí jim však být minimálně 15 let.

Švýcarsko

Ve Švýcarsku usmrcení na rozdíl od jiných zemí neprovádí lékař podáním nějaké látky, ale sám žadatel na speciálních klinikách. Na základě formální žádosti, předepíše lékař předpis na roztok s jedem, který způsobí pacientovu smrt. Podmínkou zůstává, že tento roztok vypije nemocný sám, jinak by se jednalo o klasické usmrcení, což je bráno jako trestný čin. Asistovanou sebevraždou, v pravém slova smyslu, se zde zabývají soukromé kliniky, které poskytují pacientům v posledních chvílích pomoc. Tuto službu mohou využívat i cizinci, což je příčinou "sebevražedné turistiky".

Ve všech státech pro aktivní eutanazii platí přesná pravidla. Zejména to, že pacient musí „nesnesitelně trpět“ a nemá vyhlídky na zlepšení zdravotního stavu. Tuto diagnózu musí potvrdit minimálně jeden další nezávislý lékař a pacient musí být dobře informován o svém zdravotním stavu a samozřejmě musí o usmrcení při plném vědomí několikrát požádat.

Řada zemí (např. Dánsko, Finsko, Francie či Německo) umožňuje eutanazii pasivní, tedy přerušení léčby udržující naživu trpícího či nevléčitelně nemocného pacienta.

V České republice předložila vláda v roce 2004 sněmovně nové znění trestního zákoníku. Navrhované znění počítalo s nižšími sazbami pro „vraždu ze soucitu“, maximálně odnětím svobody na šest let. Lidová strana demokratická toto považovala jako legalizaci eutanazie. Pro schválení nebyl ani David Rath, tehdy prezident České lékařské komory. Navrhovaná novela nakonec přijata nebyla. Od té doby se u nás o eutanazii nejednalo (SCHLESINGER, 2010).

6 Ochrana nenarozeného dítěte a práva dítěte

Pokud považujeme život jako dar, pak si určitě zaslouhuje naši velkou úctu a také ochranu od samého vzniku.

Česká a Slovenská Federativní Republika se usnesla na základě České národní rady a Slovenské národní rady na Listině základních práv a svobod.

V tomto ústavním dokumentu v hlavě druhé, článek 6, odstavec 1 je uvedeno: „Každý má právo na život. Lidský život je hoděn ochrany již před narozením.“

Úmluva o právech dítěte byla jednohlasně schválena Valným shromážděním OSN v listopadu 1989 a v únoru roku 1991 se k ní přihlásila tehdejší Česká a Slovenská Federativní Republika. Po rozpadu federace přijala Úmluvu i Česká republika. Podpisem Úmluvy se stát zavazuje, že bude respektovat a zabezpečovat práva stanovená Úmluvou, a to každému dítěti, bez jakékoliv diskriminace. Podle této Úmluvy je dítětem každý lidský tvor do 18 let, pokud není věk dospělosti stanoven jinak zákony té dané země. Ustanovení Úmluvy mají vyšší právní moc, nežli zákony domácí, jsou tedy „platnější“. Podpisem Úmluvy se stát zavázal, že bude tuto Úmluvu nejen dodržovat, ale bude o ní informovat nejen děti, ale i celou společnost a že se jí bude řídit ve všech záležitostech, které se týkají dětí (JANKOVSKÝ, 2003) .

7 Neonatologie a perinatologie

Neonatologie je medicínský obor, jehož obsah tvoří péče o novorozence. Je nedílnou součástí perinatologie. Perinatologii definuje Fendrychová jako: „interdisciplinární vědní obor, zabývající se péčí o zdravý vývoj nového jedince a poruchy tohoto vývoje v perinatálním období,“ (FENDRYCHOVÁ, 2007, str. 21).

Neonatologie se zabývá péčí o novorozence v široké škále stavů – od zdravých donošených novorozenců přes novorozence s vrozenými vývojovými vadami až po extrémně nezralé novorozence s porodní hmotností kolem 500 g. Vyvíjela se v průběhu 20. století. Na počátku byla snaha lékařů udržet při životě novorozence, kteří se narodili předčasně. Ve druhé polovině 20. století vznikají „Jednotky intenzivní péče pro novorozence“ (ŠTEMBERA, 2004) .

Cílem zvyšování novorozeneckých jednotek, bylo snížit úmrtnost zejména nezralých novorozenců. Běžně se začaly používat zahřívací prostředky, kardiopulmonální monitory, nitrožilní infuzní pumpy a analýza krevních plynů. Péče o dýchací cesty se stala agresivnější a invazivnější. Katetry zavedené do pupečnickové tepny, tracheální intubace a mechanická podpora plicní ventilace se staly dostupnými i nejmenším dětem předčasně narozeným v 23. – 25. týdnu těhotenství. Ale můžeme stát před otázkou, zda máme v určitých situacích nadále poskytovat intenzivní péči.

Největší obavy, pokud jde o kvalitu života, se týkaly zjištění, že u nedonošených novorozenců bylo běžné nitrokomorové krvácení, jež bylo běžnou příčinou trvalého poškození mozku (THOMASMA, 2000).

7.1 Předčasný porod

Za předčasný porod je považováno:

- Ukončení těhotenství mezi 24. – 37. t.g.
- Hmotnost novorozence je nižší než 2500 g (je nutno odlišit od případné hypotrofie).

- Pokud je hmotnost plodu nižší než 1000 g a jeví známky života, je těhotenství klasifikováno jako porod.
- Pokud je hmotnost plodu nižší než 500 g, klasifikuje se ukončené těhotenství jako porod, pokud plod jeví známky života déle než 24 hodin.
- Pokud je hmotnost plodu menší než 1000 g a nejeví známky života, je toto těhotenství klasifikováno jako potrat (BOREK, 1997).

7.2 Klasifikace novorozence, stanovení gestačního věku

Po porodu se novorozenci zařazují do tří skupin, které jsou důležité pro posouzení prenatálního vývoje i z hlediska mortality a morbidity. V praxi se uplatňuje klasifikace podle délky těhotenství a podle vztahu porodní hmotnosti vzhledem ke gestačnímu stáří.

Gestační věk se rozděluje dle:

- somatických kritérií,
- neurologického vyšetření,
- kombinace fyzikálního a neurologického vyšetření (FEYDRYCHOVÁ, 2007).

Klasifikace podle délky těhotenství:

Podle délky těhotenství rozdělujeme novorozence:

- narozené před termínem (nedonošené) = gestační věk pod 38. týden,
- narozené v termínu (donošené) = gestační věk mezi 38 - 42. týdnem,
- narozené po termínu (přenášené) = gestační věk nad 42 týden.

Klasifikace dle vztahu k porodní hmotnosti:

- eutrofické – stav výživy odpovídá gestačnímu věku (mezi 10 - 90 percentilem pro daný gestační věk),
- hypotrofické – porodní hmotnost je nižší než odpovídá gestačnímu věku (pod 10. percentilem),

- hypertrofické – porodní hmotnost je vyšší než odpovídá gestačnímu věku (nad 90. percentil).

Klasifikace podle zralosti:

- Děti, které se narodí předčasně, tzn. před 38. t.g. Tvoří největší část dětí nízké porodní hmotnosti a jsou zatíženi vysokou mortalitou a morbiditou.

V závislosti na porodní hmotnosti a gestačním věku se dělí do čtyř skupin:

- extrémně nezralé – do 28. t.g. (týden gravidity), od 500 do 999 g, zkratka ELBW (extremely low birth weight infant),
- velmi nezralé – do 32. t.g., od 1000 do 1499 g, zkratka VLBW (very low birth weight infant),
- středně zralé – do 34. t.g., od 1500 do 1999 g,
- lehce nezralé – do 38 t.g., od 2000 do 2499 g (BOREK, 1997).

8 Prenatální období

Poznatky o prenatálním vývoji dítěte byly z počátku získávány nepřímo u novorozenců předčasně narozených, ošetřovaných v inkubátoru. Nevýhodou je zde skutečnost, že předčasně narozené dítě žije v jiném prostředí a tak je nevystaveno jiným podmínkám. V současné době se využívá moderní technika k registraci aktivit a reakcí na podněty u plodu žijícího za normálních podmínek intrauterinního.

Chování dítěte v prenatálním období

Chování dítěte v prenatálním období lze shrnout do tří hlavních poznatků:

1. plod je velmi brzy připravován pro činnosti, které budou nutné pro jeho přežití a pro interakci se zevním světem po narození,
2. plod je aktivní - od věku šesti měsíců reaguje na řadu akustických podnětů,
3. plod má schopnost sociální interakce.

8.1 Vývoj předčasně narozených dětí

Nedonošené děti se většinou jeví labilnější, dráždivé a současně méně reaktivní na smyslové a sociální podněty. V pozdějším věku i u zdravých nedonošených dětí se častěji nacházejí poruchy soustředění, vizuomotorické obtíže, vyšší úzkostnost, specifické poruchy učení, lehčí poruchy řeči. Všechny uvedené rozdíly nelze přičítat jen nedonošenosti. Vliv zde má i dramatická změna prostředí, na kterou ještě nebyl novorozenec připraven jak biologicky a zřejmě ani psychologicky (LANGMEIER, 1998).

V prvních měsících má nedonošené dítě větší potřebu spánku, mohou se častěji vyskytovat ataky typu kojeneckých kolik a dlouhotrvajícího křiku. Nedonošenému dítěti bude zprvu vyhovovat častější krmení menšími dávkami mléka. Pro dobrý rozvoj nedonošeného dítěte je třeba více klidu a pevný režim dne (PEYCHL, 2005).

8.2 Nezralý novorozenec

Nezralý novorozenec je novorozenec narozený na hranici životaschopnosti (viability) – od 24. - 25. gestačního týdne do konce 37. gestačního týdne. Porodní hmotnost bývá pod 2500g (500 - 2499g). Mohou se narodit i děti vážící méně než 500g. Pokud přežijí 24 hodin po narození, počítají se mezi novorozence, pokud během 24 hodin zemřou, započítávají se mezi potraty (viz. dále). Životu ve vnějším prostředí se přizpůsobuje s většími či menšími problémy.

Příčinou adaptačních problémů narození je nezralost orgánů a tkání. Čím dříve se dítě narodí, tím více je nezralé. Více záleží na gestačním věku než na hmotnosti (BOREK, 1997).

8.3 Problémy spojené s nedonošeností a nezralostí

Mezi problémy, které souvisí s nedonošeností a nezralostí patří:

- respirační tíseň – pro nezralou plicní tkáň a chybění surfaktantu, tento stav může vést k nízkému okysličování tkání a poškození mozku,
- hypoglykémie a hypokalcémie – nedostatek glukózy a kalcia opět může vést k poškození mozku,
- hypotermie – pro nedostatečnou termogenezi, termoregulaci a téměř chybějící vrstvu podkožního tuku,
- problémy s výživou a hydratací – pro špatnou koordinaci sání a polykání, nízkou produkci trávicích šťáv,
- hypotenze - může se objevit po velké ztrátě krve při porodu nebo infekci,
- anémie – snížená krevtvorba,
- hyperbilirubinémie – pro zvýšený rozpad červených krvinek a nezralost jaterních funkcí,
- apnoické pauzy provázené bradykardií a cyanózou – pro nezralost nervového systému,

- sepse – generalizovaná infekce celého řečiště – pro neschopnost nezralého organismu tvořit dostatečné množství protilátek,
- zvýšená náchylnost ke krvácení – pro nedostatek protrombinu a vitamínu K,
- netolerance aktivity a zvýšená únavnost pro selhávání vitálních funkcí,
- zvýšené riziko poškození kůže – pro její nezralost a křehkost (FENDRYCHOVÁ, 2007).

Ošetrovatelským cílem je v péči o nezralé a nedonošené novorozence:

- podpora dýchání,
- zachování tělesného tepla,
- šetření energie,
- prevence infekce,
- vhodná výživa a hydratace,
- správná péče o kůži,
- podpora a povzbuzení rodiny,
- vedení dokumentace z pozorování.

8.4 Resuscitace novorozence

První okamžiky života dítěte mohou být kritické. Nejčastějším problémem, který může v tomto období vzniknout je hypoxie. Způsob, jakým se o novorozence postaráme v prvních minutách života, přímo ovlivňuje kvalitu jeho života a může být příčinou pozdních následků pro celý jeho další život. Někdy je zapotřebí i resuscitace a intenzivní péče. Pokud k takovýmto komplikacím dojde, může dojít na situaci, kdy je nutné rozhodování, zda resuscitovat či ne, zda zahájit intenzivní péči nebo ne. Vždy se má ale jednat v nejlepším zájmu pacienta (novorozence). K zahájení resuscitace a intenzivní péče existují od WHO určitá doporučení (viz. kapitola 8.5).

Každý novorozenec má právo na resuscitaci, pokud je zapotřebí, poskytovanou na vysoké odborné úrovni. Postupy při resuscitaci jsou neustále

inovované. Do 27. týdne gravidity se preventivně podává surfaktant před prvním vdechem. Co se týká etických otázek zahájení či ukončení resuscitace, více dochází k respektování rozhodnutí rodičů při resuscitaci extrémně nezralých novorozenců (24 - 27. t.g.) nebo při resuscitaci novorozenců se závažnou vrozenou vadou. Pokud nedochází k žádným projevům života po 10 minutách, měla by být resuscitace ukončena.

V doporučeních o zahájení či nezahájení resuscitace a intenzivní péče novorozenců narozených ve 23. a 24. t.g. na základě podepsaného informovaného souhlasu (viz. etika v porodnictví) rozlišujeme 2 klinické situace:

- Plod těžce deprimovaný (po porodu jen těžká bradykardie bez dalších známek života) - zde rozhodujeme o zahájení resuscitace.
- Plod vitální – zde rozhodujeme o intenzivní péči (PROKOP, 2003).

8.5 Resuscitace a intenzivní péče u nevyzrálých novorozenců

Při resuscitaci nevyzrálých novorozenců postupujeme následovně v závislosti na týdnu gravidity:

- 22. t.g. - nezahajujeme resuscitaci a intenzivní péči,
- 23. + 24. t.g. - volíme individuální postup, při případném zahajování resuscitace a intenzivní péče zohledňujeme:
 - a. přání rodičů,
 - b. stupeň nezralosti a porodní hmotnosti,
 - c. výsledky mortality a morbidit daného pracoviště,
 - d. vitalitu novorozence,
 - e. ostatní rizikové faktory, které ovlivňují mortalitu a pozdní morbiditu (nepodání steroidů matce, chronická hypoxie a IUGR, prenatální zánět – chorioamniotitis).
- 24+0 – 24+6 t.g. - vždy zahajujeme intenzivní péči vitálních plodů. Resuscitaci zahajujeme jen na základě pozitivního informovaného souhlasu. U novorozenců s těžkou poporodní depresí, bez známek vitality, kdy je

pouze přítomna bradykardie < 60/min., vyhodnocujeme reanimaci v průběhu pěti minut po porodu. Pokud je neúspěšná, v resuscitaci nepokračujeme. Neresuscitujeme novorozence mrtvorozené.

- 25+0 – 27+6 t.g. - zahajujeme vždy resuscitaci a intenzivní péči, reanimaci vyhodnocujeme v 5. minutě (pokud je neúspěšná, dále v ní nepokračujeme, nezahajujeme v případě těžké porodní hypoxie a infekce).
- Neresuscitujeme novorozence s porodní hmotností menší než 400 g (<http://www.newbornwhocc.org/>).

8.6 Prenatální eutanazie v Holandsku

Prenatální eutanazii řeší již dlouho v Holandsku. Při rozhodování o pokračování či ukončení intenzivní péče bývá také zvažována kvalita budoucího života. Při ošetřování se jedná vždy v nejlepším zájmu extrémně nezralého novorozence. Holandští odborníci rozdělili novorozence, u kterých se rozhoduje o prenatální eutanazii na následující skupiny:

1. Novorozenci, u kterých se doporučuje nezačínat s intenzivní péčí:
 - novorozenci, kteří určitě zemřou bez ohledu na jakoukoliv léčbu (např. anecefalus),
 - novorozenci s velmi špatnou prognózou, kdy se jeví nezačínat s intenzivní péčí morálnější (např. mnohočetné VVV a extrémní nezralost).
2. Novorozenci závislí na intenzivní péči, kdy se zvažuje její ukončení:
 - novorozenci, u kterých se očekává přes veškerou dostupnou terapii a péči úmrtí,
 - novorozenci, kteří při poskytování intenzivní péče mohou přežít, nemají však šanci na důstojný život. Patří sem děti z první skupiny, kde se zahájila intenzivní péče a novorozenci se závažnými komplikacemi jako intrakraniální krvácení a leukomalacie nedonošených, stavy po těžké perinatální asfyxii, syndrom krátkého střeva po operaci GIT.

3. Novorozenci, kteří nejsou přímo závislí na intenzivní péči, ale jejich prognóza pro důstojný život je velice špatná. Aktivní ukončení péče je zvažováno:
- u novorozenců z druhé skupiny, kteří po ukončení intenzivní péče přežívají,
 - u novorozenců původně závislých na intenzivní péči (např. novorozenci po těžké perinatální asfyxii s hypoxickoischemickou encefalopatií, kteří spontánně dýchají),
 - u novorozenců, kde se nezačalo s intenzivní péčí, přesto však přežívají.

9 Potrat

Ve Velkém lékařském slovníku je potrat definován jako: „umělé přerušení těhotenství provedené podle zákona 66/1986 Sb. a dále předčasně a samovolně ukončená těhotenství, kdy plod nemůže být považován za dítě (jde-li o mrtvě narozený plod mladší než 28 týdnů těhotenství, popř. o hmotnosti menší než 1000 gramů, pokud nelze určit dobu trvání těhotenství). Registrací, kvantifikací a hodnocením výskytu potratů se zabývá statistika potratovosti“ (VOKURKA, 2004, s. 700).

Umělý potrat je výsledkem záměrného zákroku, a rovněž tzv. „selektivní“ potrat týkající se defektního plodu. V současnosti je nejdiskutabilnějším problémem hlavně z hlediska morálního.

9.1 Klasifikace umělého potratu

1. Přímý, je bezprostředně zamyšleným cílem zákroku.
2. Nepřímý, je doprovodným efektem při lékařském zákroku, jehož cíl je jiný (vedlejší důsledek při operaci rakovinného původu apod.) (ONDOK, 2005).

Etickým problémem je přímý potrat. Dítě nemá možnost říci, zda chce dobrovolně ukončit svůj život nebo ne. Na druhé straně je třeba zvažovat, zda má cenu udržovat potenciální lidskou bytost, i když by možná ztratila kvalitu lidského života a navíc by způsobila útrapy nejen matce, ale celé rodině. Další skutečností je, že dobrovolné mateřství podmiňuje zdravý psychický vývoj dítěte.

9.2 Umělé přerušení těhotenství a zákony

„Zákon 66/1986 SB. o umělém ukončení těhotenství byl přijat, podle zákonodárce v zájmu zdraví a života ženy a v zájmu plánovaného odpovědného rodičovství, v souladu s celosvětovým trendem“ (CITTERBART, 2001, str. 241).

Interrupční zákony jsou dnes ve všech státech Evropy liberální, vyjma Irsko a Polsko. Na Mezinárodní konferenci o lidských právech ve dnech 22. 4. – 13. 5. 1986 v Teheránu bylo přijato jedno ze základních lidských práv - právo na plánované rodičovství. „Rodiče mají základní lidské právo svobodně a odpovědně určovat o počtu svých dětí a časový odstup mezi nimi“ (CITTERBART, 2001, str. 241).

V Bukurešti 1974 bylo toto základní lidské právo doplněno. „Všechny dvojice a jednotlivci mají základní právo svobodně a odpovědně rozhodovat o počtu svých dětí a časovém odstupu mezi nimi a má se jim dostat informací a prostředků, aby tak mohli učinit, odpovědnost dvojic a jednotlivců při výkonu tohoto práva bere v úvahu potřeby jejich žijících a budoucích dětí, a své odpovědnosti vůči společnosti. Tento WPPA pak byl opět potvrzen II. Světovou populační konferencí v Mexico City 1984“ (CITTERBART, 2001, str. 241).

K tomuto právu přistupuje právo dítěte narodit se jako dítě chtěné, jehož příchod na svět si rodiče plánují, a pro jehož zdárný tělesný, duševní a společenský vývoj chystají v rámci svých možností optimální podmínky.

Plánované rodičovství bylo zařazeno do deklarace o primární zdravotní péči na mezinárodní konferenci v Alma Atě 1978: péče o zdraví matky a dítěte, včetně plánovaného rodičovství (CITTERBART, 2001, str. 241).

Důvodem přijetí zákona 66/1986 Sb. o umělém ukončení těhotenství bylo umožnit v souladu s celosvětovým pokrokem lékařské vědy provádět interrupce výrazně zdravotně méně rizikovou technikou, tj. uměle ukončit těhotenství v raném stadiu, tzv. miniinterrupcí.

V Paříži byla stanoviska k interrupci shrnuta do čtyř bodů:

- Ženy považují přerušování těhotenství za krajní řešení. Společnost musí udělat vše, aby se zabránilo neplánovanému těhotenství, především sexuální výchovou a dostupností antikoncepce.

- I při nejlepší péči se vyskytne řada žen, které budou potřebovat legální interrupci, jako řešení nežádoucího těhotenství. Pomoc má být všeobecně a snadno dostupná.
- Interrupce je třeba provádět co nejdříve a v tomto směru má být vedena zdravotní výchova obyvatelstva i organizace lékařské pomoci.
- Pozdní přerušování těhotenství (přichází v úvahu jen ze zdravotních důvodů do 24. týdne gravidity).

9.3 Důležité paragrafy zákona 66/1986

Zákon 66 § 1 (účel zákona)

Zákon upravuje umělé přerušování těhotenství a se zřetelem na ochranu života a zdraví ženy a v zájmu plánovaného a odpovědného rodičovství stanoví podmínky pro jeho provádění.

Zákon 66§2 (předcházení nežádoucímu těhotenství)

Nežádoucímu těhotenství se předchází především výchovou k plánovanému a odpovědnému rodičovství v rodině, ve škole a zdravotnických zařízeních, výchovným působením v oblasti sociální a kulturní a využíváním prostředků k zabránění těhotenství.

Zákon 66 § 3 (podmínky pro umělé přerušování těhotenství)

Ženě se uměle přeruší těhotenství, jestliže o to písemně požádá, nepřesahuje-li těhotenství dvanáct týdnů a nebrání-li tomu její zdravotní důvody.

Zákon 66 § 5

Ženě lze uměle přerušit těhotenství ze zdravotních důvodů s jejím souhlasem nebo z jejího podnětu, jestliže je ohrožen její život nebo zdraví vývoj plodu nebo jestliže jde o geneticky vadný vývoj plodu.

9.4 Možnosti interrupce

Interrupce (umělé přerušení těhotenství) je chirurgický zákrok, který se provádí na základě rozhodnutí matky nebo z důvodu medicínského. Z důvodu medicínského se může umělé přerušení těhotenství provádět až do 24. týdne těhotenství, jestliže se prokáže genetická nebo anatomická vada plodu nebo z důvodu interního onemocnění matky. O interrupci žena musí žádat svého gynekologa. Gynekolog je povinen hlásit pohlavní zneužití jestliže se jedná o ženu mladší 15 let.

Rozdělení metod umělého přerušení těhotenství je závislé na stádiu těhotenství ženy.

Umělé přerušení těhotenství skrze rodidla:

1. Očištění dělohy (Menstrual extrakction) – při tomto zákroku se vysaje obsah dělohy. Je to velmi raný potrat. Často se tento zákrok provádí ještě před získáním pozitivního těhotenského testu.
2. Usilovné sání (Suction aspiration) nebo tzv. miniinterrupce se provádí do ukončeného 6. týdne těhotenství u ženy, která ještě nerodila a do ukončeného 8. týdne těhotenství u ženy, která rodila vaginální cestou. Toto umělé přerušení těhotenství se provádí ambulantně, v celkové anestezii. Pokud nedojde k žádným komplikacím, žena odpoledne odchází domů. U tohoto výkonu se děložní hrdlo mírně rozšíří a do děložní dutiny se zavádí plastová trubička, která pod tlakem odsaje plodové vejce.
3. Rozšíření krčku a výškrab dělohy (Dilation and Curettage) nebo tzv. klasická interrupce (kyretáž), která se provádí od ukončeného 6. (8.) týdne těhotenství až do ukončeného 12. týdne těhotenství. Tento výkon vyžaduje jednodenní hospitalizaci a provádí se v celkové narkóze. U tohoto výkonu se rozšíří děložní čípek a pomocí kyrety (ocelový nůž ve tvaru uzavřené smyčky) se seškrabuje vnitřní vrstva dělohy (endometrium).

4. Rozšíření krčku a vyprázdnění dělohy (Dilation and Evacuation) – tento výkon se provádí u žen, které jsou těhotné více jak 12. týdnů. U této metody se používá nástroj, který je podobný kleštím, protože plod již má zvápenaté kosti, stejně jako lebku. Nástroj se zavede do dělohy a odstraní plod. Po tomto výkonu musí sestra složit části tělíčka plodu dohromady, aby byla jistota, že je děloha zcela prázdná.

Umělé přerušování těhotenství podáním chemického přípravku:

1. Otrava solí (soline amniocentesis) – do plodové vody se vstříkne koncentrovaný roztok soli za pomoci dlouhé jehly, již se propíchnou břišní stěna matky a plodový vak dítěte. Plod roztok soli vdechne a polyká, čímž se otráví.
2. Prostaglandinový potrat – toto umělé přerušování těhotenství se provádí ve druhém trimestru těhotenství, kdy se vstříkne do plodové vody prostaglandin (chemická forma lidského hormonu), který vyvolá kontrakce a dochází k vypuzení plodu z dělohy.
3. RU-486 – provádí se na začátku druhého měsíce těhotenství ženy. Preparát se bere po té, co ženě vynechala menstruace. Stáří plodu je zhruba dva měsíce (plodu již tluče srdce, má základ mozku a vyvíjí se jednotlivé tkáně). Čtyři dny po vynechání menstruace začíná plodu bít srdce. RU 486 je umělý steroid a je prudce jedovatý. Tento preparát způsobí odumření celého systému zakořenění zárodku v děložní stěně. Pro nedostatek kyslíku a výživy zárodek odumírá a odloučí se s krvácející sliznicí dělohy. Tento preparát, jenž se podává samostatně, zabije 85% zárodků, jestliže následuje zásah prostaglandinem, zabije 95% zárodků i více. Děti, které zásah RU – 486 přežijí, mají těžké vývojové vady, které se projeví ihned po porodu nebo až po dvaceti a více letech jako různé malformace nebo zhoubné nádory a to i u následujících generací.

Umělé přerušení těhotenství prováděné vniknutím do dělohy břišní stěnou:

- Hysterotomie (raný císařský řez) se provádí ve vyšším stupni těhotenství. Je to chirurgický výkon, při kterém se otevře břicho matky a děloha, dítě se vyjme i s plodovým lůžkem a následně se nechá zemřít. V dnešní době toto umělé přerušení těhotenství téměř neexistuje. Jestliže je matka ohrožena na životě, svědomitý lékař se snaží zachránit oba životy, jak život dítěte, tak život matky (BAHOUNEK, 2007).

PRAKTICKÁ ČÁST

10 Popis průzkumu

10.1 Průzkumný problém

- Vliv narození extrémně nevyzrálého novorozence na názory zdravotníků a veřejnosti k eutanazii, resp. prenatální eutanazii.
- Míra informovanosti o eutanazii.

10.2 Průzkumné cíle

Cíl 1: Zjistit, jak narození extrémně nevyzrálého novorozence ovlivňuje názor zdravotníků a žen, kterým se takové dítě narodilo, k prenatální eutanazii.

Cíl 2: Zjistit, zda jsou zdravotníci a veřejnost zastoupená rodiči, kterým se narodil extrémně nevyzrálý novorozenec, informování o prenatální eutanazii.

Cíl 3: Zjistit kolik procent respondentů je pro prenatální eutanazii, pokud je jasné, že se narodí těžce postižený jedinec.

Cíl 4: Zjistit kolik procent respondentů je pro legalizaci eutanazie.

10.3 Definice průzkumných otázek

Průzkumná otázka 1: Předpokládám, že větší procento zdravotníků bude pro prenatální eutanazii, než procento rodičů, kterým se narodil extrémně nevyzrálý novorozenec.

Průzkumná otázka 2: Předpokládám, že větší procento zdravotníků bude pro legalizaci eutanazie, než rodiče, kterým se narodil extrémně nevyzrálý novorozenec.

Průzkumná otázka 3: Předpokládám, že věřící respondenti (zdravotníci i rodiče) budou eutanazii podporovat méně než respondenti nevěřící.

10.4 Metodika průzkumu a technika průzkumu

Metodika průzkumu je nestandardizovaná, kvantitativní. Jako průzkumná metoda k získávání informací byl zvolen dotazník vlastní konstrukce. Časový plán byl stanoven na měsíc listopad až prosinec 2011.

Dotazník obsahoval 20 otázek.

- otázky 1 – 4 zjišťovaly osobní údaje, podle kterých lze pak respondenty rozčlenit do příslušných skupin,
- otázky 5, 6 a 12 zjišťovaly míru informovanosti respondentů o pojmech eutanazie a prenatální eutanazie,
- otázky 7 – 11 byly směřovány na respondenty, kteří mají dítě,
- otázky 13 – 20 již zjišťovaly postoj respondentů k eutanazii a prenatální eutanazii. Odpovědi na tyto otázky měly potvrdit nebo vyvrátit průzkumné otázky.

Většina otázek byla uzavřená a respondenti pouze vybírali z nabídnutých odpovědí. Pouze otázka 12 byla otevřená a respondenti mohli volně vyjádřit vlastní názor. Toho však respondenti ve většině případů nevyužili.

10.5 Průzkumný soubor

První část průzkumného souboru tvořili rodiče, jejichž dítě má trvalé zdravotní problémy a pravidelně navštěvuje neurologickou ordinaci. Tito respondenti byli osloveni prostřednictvím neurologů v Mladé Boleslavi. Rodičům bylo rozdáno celkem 50 dotazníků. Druhou část tvořili zdravotníci z ordinací a nemocnic v okrese Mladá Boleslav. Dotazníky bylo osloveno rovněž 50 zdravotníků. Navrátilo se 50 dotazníků od zdravotníků a 22 dotazníků od rodičů. Návratnost dotazníků byla u zdravotníků 100% a u rodičů 44%. Celková návratnost dotazníků byla 72%.

10.6 Metodika vyhodnocení dotazníků

Respondenti byli rozděleni do dvou hlavních skupin, na zdravotníky a rodiče. V rámci těchto hlavních skupin byli respondenti dále rozděleni dle

pohlaví, věku, vyznání a podle toho zda mají děti (případně děti s trvalými zdravotními problémy). K jednotlivým skupinám pak byla přiřazována četnost konkrétních odpovědí na jednotlivé otázky.

U těchto skupin bylo zjištěno procentuální zastoupení konkrétních odpovědí na jednotlivé otázky, které bylo graficky zpracováno tak, aby rozdílnost názorů jednotlivých skupin byla dobře patrná.

Na základě toho pak byla posuzována platnost nebo neplatnost průzkumných otázek. Kromě posouzení základních průzkumných otázek je ke každé jednotlivé otázce učiněno zhodnocení na základě názorů jednotlivých skupin respondentů.

Vyhodnocení a grafické znázornění výsledků bylo provedeno v programu Microsoft Excel.

10.7 Charakteristika základního souboru respondentů

Dotazníky se navrátily zpět od 72 respondentů. Tabulka 1, Tabulka 2 a Tabulka 3 třídí tyto respondenty do jednotlivých skupin podle odpovědí na otázky 1 – 4, 7 a 9.

Tabulka 1 Charakteristika respondentů (věk, pohlaví, víra)

Věková skupina			20 - 30	31 - 40	41 - 50	51 - 60	nad 61
Zdravotníci	Muž	Věřící	1				
		Nevěřící	1	1			
		Neví					
		Jiné		1			
	Žena	Věřící	1	2	2	1	1
		Nevěřící	13	8	11	2	
		Neví		3	1		
		Jiné			1		
Rodiče	Muž	Věřící		1	1		
		Nevěřící		2			
		Neví					
		Jiné					
	Žena	Věřící		2	1		
		Nevěřící	4	8	3		
		Neví					
		Jiné					

Tabulka 2 Charakteristika respondentů (děti)

Věková skupina		20 - 30	31 - 40	41 - 50	51 - 60	nad 61
Zdravotníci	Bez dětí	13	1			
	Normální dítě	3	14	13	3	1
	Dítě se zdrav. problémy			2		
Rodiče	Bez dětí					
	Normální dítě					
	Dítě se zdrav. problémy	4	13	5		

Tabulka 3 Charakteristika zdravotníků dle povolání

Věková skupina		20 - 30	31 - 40	41 - 50	51 - 60	nad 61
Zdravotníci	Lékař	3	1			1
	Všeobecná setra	12	14	12	3	
	Porodní asistentka					
	Ostatní zdrav. personál	1		3		

11 Vyhodnocení jednotlivých otázek dotazníku

Otázka 5

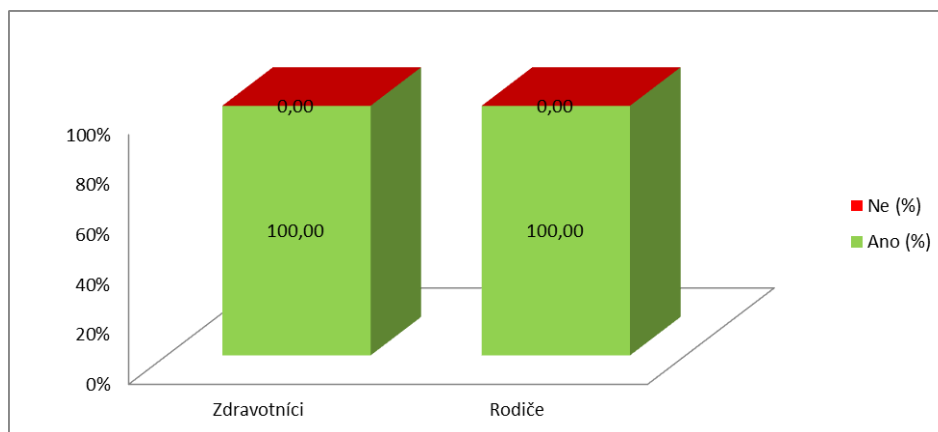
„Víte co je to eutanazie?“

Tato otázka byla vyhodnocována ve dvou skupinách respondentů, zdravotníci a rodiče. Odpovědi na tuto otázku shrnuje Tabulka 4 a Graf 1.

Tabulka 4 Odpovědi na otázku 5

	Ano (%)	Ne (%)
Zdravotníci	100,00	0,00
Rodiče	100,00	0,00

Graf 1 – Znázornění odpovědí na otázku 5



Zhodnocení odpovědí na otázku 5

Všichni respondenti na tuto odpověď odpověděli ano. Z toho lze usoudit, že termín eutanazie je všeobecně známý nejen mezi zdravotníky, ale i mezi veřejností. Stoprocentní znalost pojmu eutanazie i v případě rodičů (nezdravotníků) však nelze zcela zobecnit, protože dotazovaní rodiče ve všech případech s dětmi pravidelně docházeli k lékaři. Mohli být tudíž v lékařských pojmech zběhlejší, než by ukázal širší průzkum veřejnosti, který by zahrnoval i respondenty se zdravými dětmi, případně bezdětné.

Otázka 6

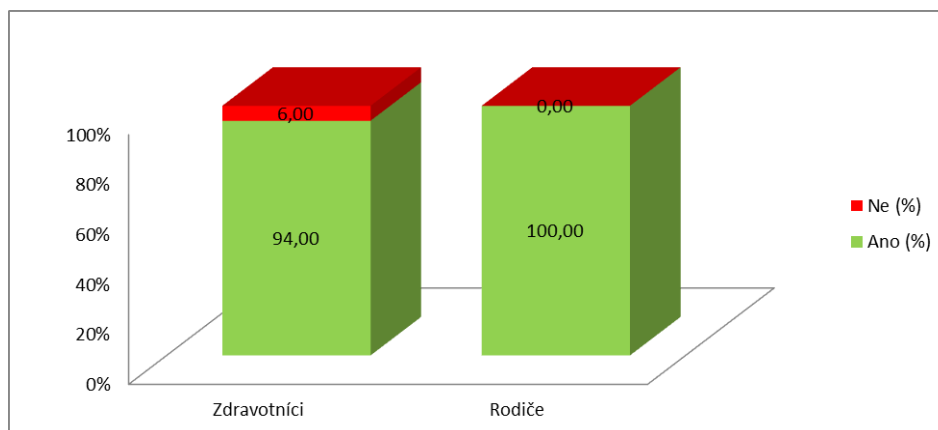
„Víte co je to prenatální eutanazie?“

Tato otázka byla rovněž vyhodnocována ve dvou skupinách respondentů, zdravotníci a rodiče. Odpovědi na tuto otázku shrnuje Tabulka 5 a Graf 2.

Tabulka 5 Odpovědi na otázku 6

	Ano (%)	Ne (%)
Zdravotníci	94,00	6,00
Rodiče	100,00	0,00

Graf 2 – Znázornění odpovědí na otázku 6



Zhodnocení odpovědí na otázky 6

I v případě prenatální eutanazie se naprostá většina respondentů vyjádřila, že jim je tento pojem známý. Podobně jako u otázky 5 je možno se domnívat, že znalost tohoto pojmu u rodičů, kteří mají děti a trvalými zdravotními problémy (a z velké části i předčasně narozené) nemusí zcela odpovídat znalosti tohoto pojmu mezi širokou veřejností.

Otázka 8

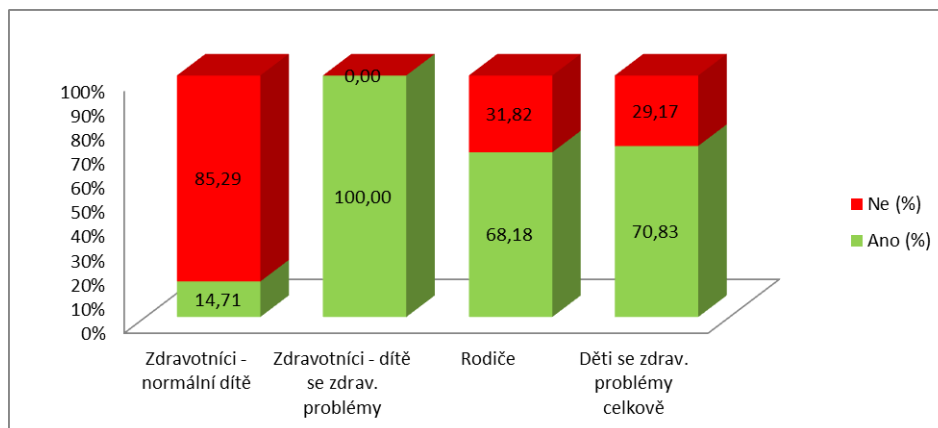
„Narodilo se Vaše dítě předčasně?“

Tato otázka byla rovněž vyhodnocována v souvislosti s tím, zda předčasně narozené děti mají trvalé zdravotní potíže. Zdravotníci s dětmi byli proto rozděleni do dvou skupin. Děti rodičů měly trvalé zdravotní potíže ve všech případech. Odpovědi na tuto otázku zobrazuje Tabulka 6 a Graf 3.

Tabulka 6 Odpovědi na otázku 8

	Ano (%)	Ne (%)
Zdravotníci - normální dítě	14,71	85,29
Zdravotníci - dítě se zdrav. problémy	100,00	0,00
Rodiče	68,18	31,82
Děti se zdrav. problémy celkově	70,83	29,17

Graf 3 Znárodnění odpovědí na otázku 8



Zhodnocení odpovědí na otázky 8

Z vyhodnocení této otázky vyplývá, že když už mají děti trvalé zdravotní problémy, z velké části se narodily předčasně (70,73%). Zdravé děti se u dotazovaných respondentů narodily předčasně podstatně méně často (14,71%). Minimálně na vzorku dětí respondentů lze proto předpokládat, že u předčasně narozených dětí je daleko vyšší pravděpodobnost trvalých zdravotních problémů než u dětí narozených v termínu.

Otázka 10

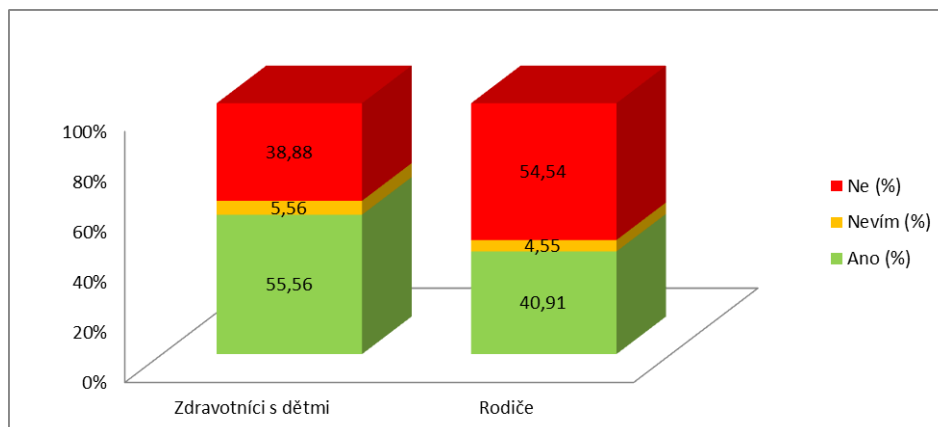
„Uvědomoval/a jste si možná rizika předčasného narození pro Vaše dítě?“

Tato otázka byla vyhodnocována ve dvou skupinách respondentů, zdravotníci s dětmi a rodiče. Odpovědi na tuto otázku shrnuje Tabulka 7 a Graf 4.

Tabulka 7 Odpovědi na otázku 10

	Ano (%)	Nevím (%)	Ne (%)
Zdravotníci s dětmi	55,56	5,56	38,88
Rodiče	40,91	4,55	54,54

Graf 4 Znárodnění odpovědí na otázku 10



Zhodnocení odpovědí na otázku 10

Z výsledků otázky vyplývá, že zdravotníci si uvědomují rizika předčasného narození dítěte více (55,56%) než rodiče (38,88%).

Otázka 11

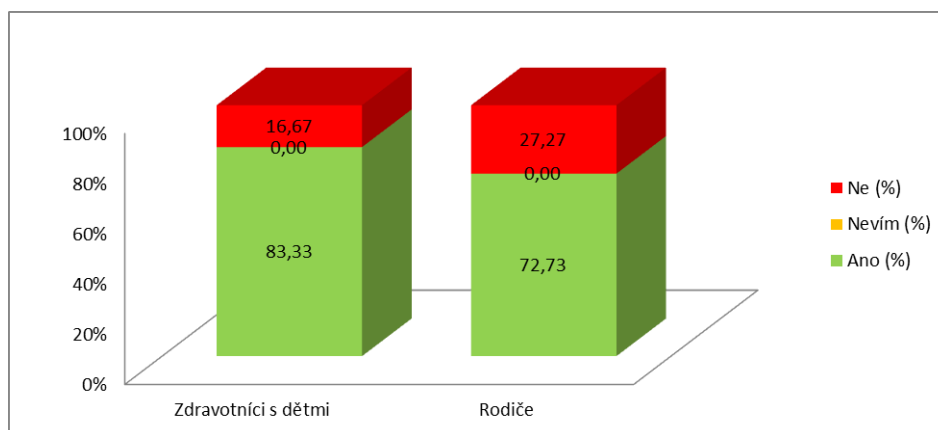
„Byly Vám poskytnuty informace o stavu Vašeho dítěte v dostatečné míře a srozumitelně?“

Tato otázka byla vyhodnocována ve dvou skupinách respondentů, zdravotníci s dětmi a rodiče. Odpovědi na tuto otázku shrnuje Tabulka 8 a Graf 5.

Tabulka 8 Odpovědi na otázku 11

	Ano (%)	Nevím (%)	Ne (%)
Zdravotníci s dětmi	83,33	0,00	16,67
Rodiče	72,73	0,00	27,27

Graf 5 Znárodnění odpovědí na otázku 11



Zhodnocení odpovědí na otázky 11

Jak zdravotníci (83,33%), tak rodiče (72,73%) se ve většině případů domnívají, že v průběhu těhotenství a po porodu byli poměrně dobře informováni o stavu svého dítěte.

Otázka 12

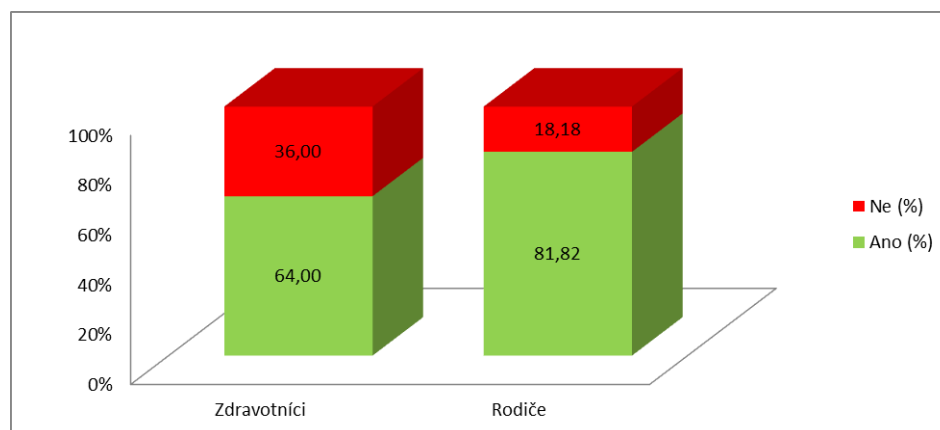
„Považujete termíny interrupce a prenatalní eutanazie za totožné?“

Tato otázka byla vyhodnocována ve dvou skupinách respondentů, zdravotníci a rodiče. Odpovědi na tuto otázku ukazuje Tabulka 9 a Graf 6.

Tabulka 9 Odpovědi na otázku 12

	Ano (%)	Ne (%)
Zdravotníci	64,00	36,00
Rodiče	81,82	18,18

Graf 6 Znáznornění odpovědí na otázku 12



Zhodnocení odpovědí na otázky 12

Prenatalní eutanazie je definována jako interrupce ze sociálních důvodů. Proto lze říci, že oba pojmy jsou totožné. Protože tuto otázku správně zodpovědělo více rodičů (81,82%) než zdravotníků (64%) a výše uvedená definice je zmiňována pouze v odborné literatuře, je otázkou, zda v případě správné odpovědi se jednalo skutečně o znalost problematiky nebo jen o domněnku.

Otázka 13

„Jste pro redukci embryí po umělém oplodnění (např. trojčat, čtyřčat)?“

Pro vyhodnocení této otázky byly zdravotníci i rodiče rozděleni na další skupiny podle toho, zda jsou věřící nebo ne. Zdravotníci byli dále rozděleni i podle toho, zda mají děti nebo ne. Odpovědi na tuto otázku ukazují Tabulka 10, Tabulka 11, Graf 7 a Graf 8.

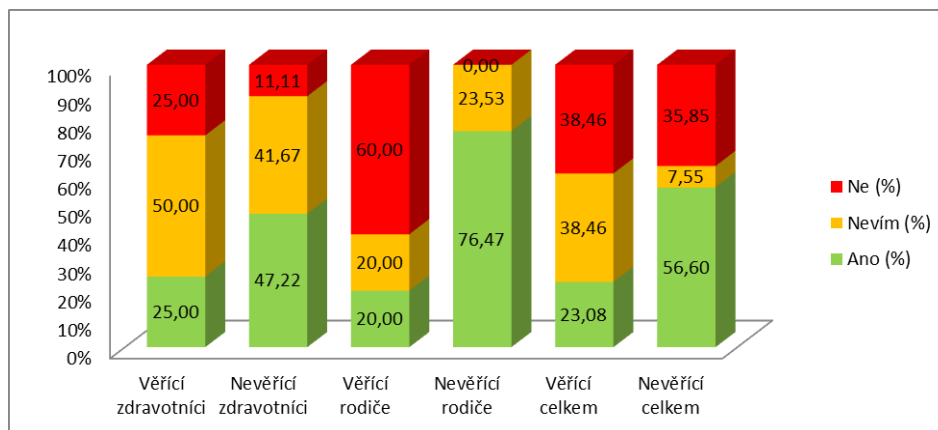
Tabulka 10 Odpovědi na otázku 13

	Ano (%)	Ne (%)	Nevím (%)
Věřící zdravotníci	25,00	25,00	50,00
Nevěřící zdravotníci	47,22	11,11	41,67
Věřící rodiče	20,00	60,00	20,00
Nevěřící rodiče	76,47	0,00	23,53
Věřící celkem	23,08	38,46	38,46
Nevěřící celkem	56,60	7,55	35,85

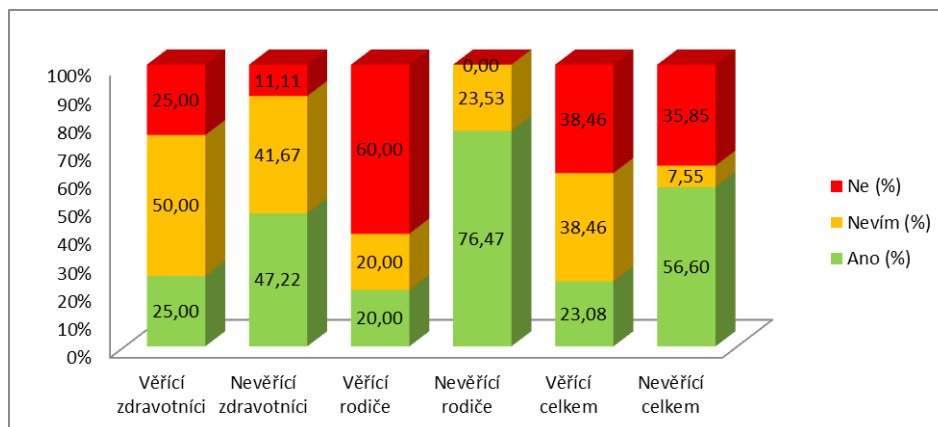
Tabulka 11 Odpovědi na otázku 13

	Ano (%)	Ne (%)	Nevím (%)
Zdravotníci bez dětí	35,71	0,00	64,29
Zdravotníci s dětmi	41,67	16,67	41,67
Zdravotníci celkem	40,00	12,00	48,00
Rodiče	63,64	13,64	22,73

Graf 7 Znárodnění odpovědí na otázku 13



Graf 8 Znárodnění odpovědí na otázku 13



Zhodnocení odpovědí na otázku 13

Z odpovědí respondentů vyplývá, že rodiče, kteří mají děti s trvalými zdravotními problémy, se k redukci embryí přiklánějí více (63,64%) než zdravotníci (40%). Věřící jsou pro redukci embryí výrazně méně (23,08%) než nevěřící (56,60%). Zdravotníci jsou si v rozhodné odpovědi na tuto otázku méně jistí (48% neví) než rodiče (22,73% neví).

Otázka 14

„Myslíte si, že narození extrémně nevyzrálých novorozenců má nějaký vliv na společnost (sociální, ekonomický...)?“

Pro vyhodnocení této otázky byly zdravotníci i rodiče rozděleni na další skupiny podle toho, zda jsou věřící nebo ne. Zdravotníci byli dále rozděleni i podle toho, zda mají děti nebo ne. Odpovědi na tuto otázku ukazují Tabulka 12,

Tabulka 13, Graf 9 a Graf 10. V tabulkách a grafech jsou použity zkratky, SA = spíše ano, SN = spíše ne.

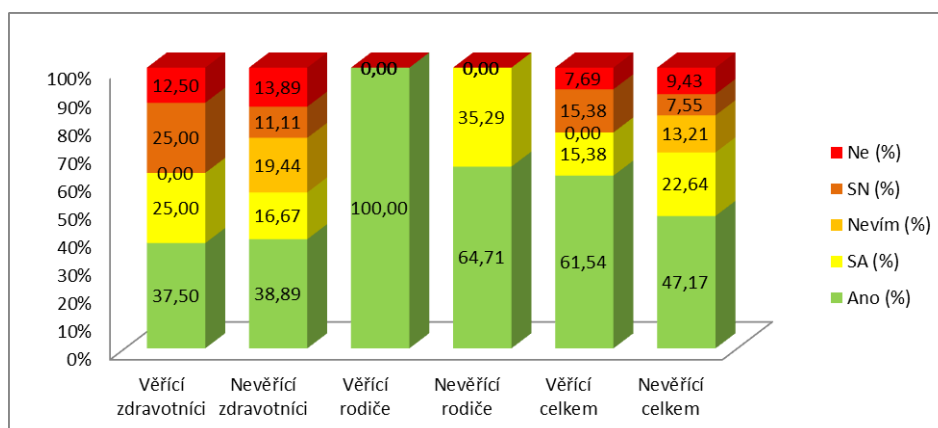
Tabulka 12 Odpovědi na otázku 14

	Ano (%)	SA (%)	Nevím (%)	SN (%)	Ne (%)
Věřící zdravotníci	37,50	25,00	0,00	25,00	12,50
Nevěřící zdravotníci	38,89	16,67	19,44	11,11	13,89
Věřící rodiče	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Nevěřící rodiče	64,71	35,29	0,00	0,00	0,00
Věřící celkem	61,54	15,38	0,00	15,38	7,69
Nevěřící celkem	47,17	22,64	13,21	7,55	9,43

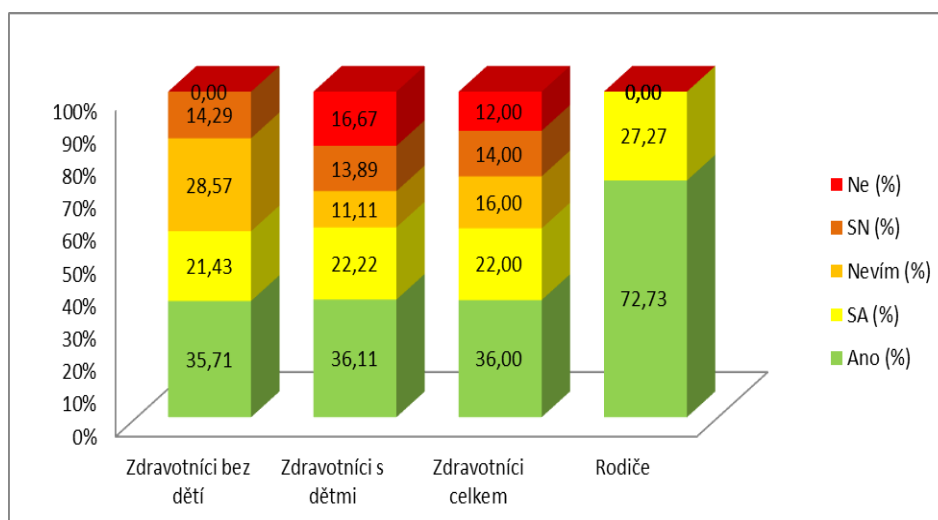
Tabulka 13 Odpovědi na otázku 14

	Ano (%)	SA (%)	Nevím (%)	SN (%)	Ne (%)
Zdravotníci bez dětí	35,71	21,43	28,57	14,29	0,00
Zdravotníci s dětmi	36,11	22,22	11,11	13,89	16,67
Zdravotníci celkem	36,00	22,00	16,00	14,00	12,00
Rodiče	72,73	27,27	0,00	0,00	0,00

Graf 9 Znázornění odpovědí na otázku 14



Graf 10 Znázornění odpovědí na otázku 14



Zhodnocení odpovědí na otázku 14

Rodiče, kteří mají děti s trvalými zdravotními problémy (ano 72,73%, ano + spíše ano 100%), se výrazně více než zdravotníci (ano 36%, ano + spíše ano 48%) domnívají, že narození extrémně nevyzrálých novorozenců má vliv na společnost.

Otázka 15

„Kdybyste měl (a) možnost rozhodnout sám (a) o záchraně extrémně nevyzrálého novorozence, jak byste se zachoval/a?“

Pro vyhodnocení této otázky byly zdravotníci i rodiče rozděleni na další skupiny podle toho, zda jsou věřící nebo ne. Zdravotníci byli dále rozděleni i podle toho, zda mají děti nebo ne. Odpovědi na tuto otázku ukazují Tabulka 14, Tabulka 15, Graf 11 a Graf 12. V tabulkách a grafech je použita zkratka, NZKC = ne za každou cenu.

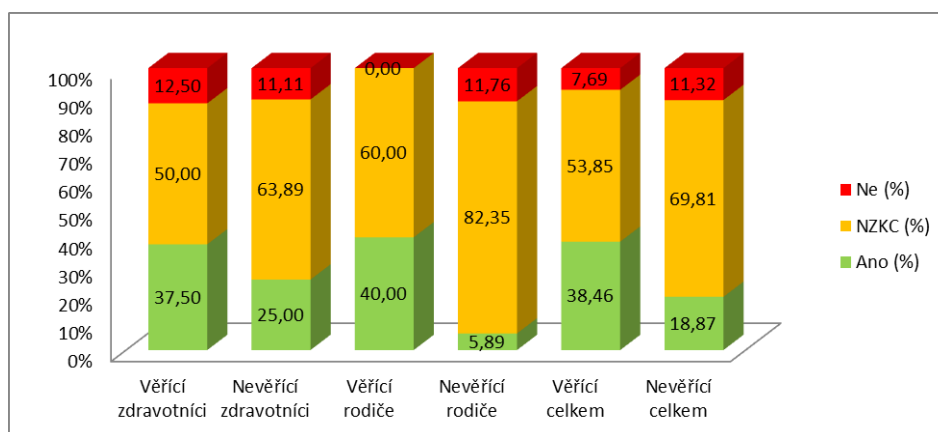
Tabulka 14 Odpovědi na otázku 15

	Ano (%)	NZKC (%)	Ne (%)
Věřící zdravotníci	37,50	50,00	12,50
Nevěřící zdravotníci	25,00	63,89	11,11
Věřící rodiče	40,00	60,00	0,00
Nevěřící rodiče	5,89	82,35	11,76
Věřící celkem	38,46	53,85	7,69
Nevěřící celkem	18,87	69,81	11,32

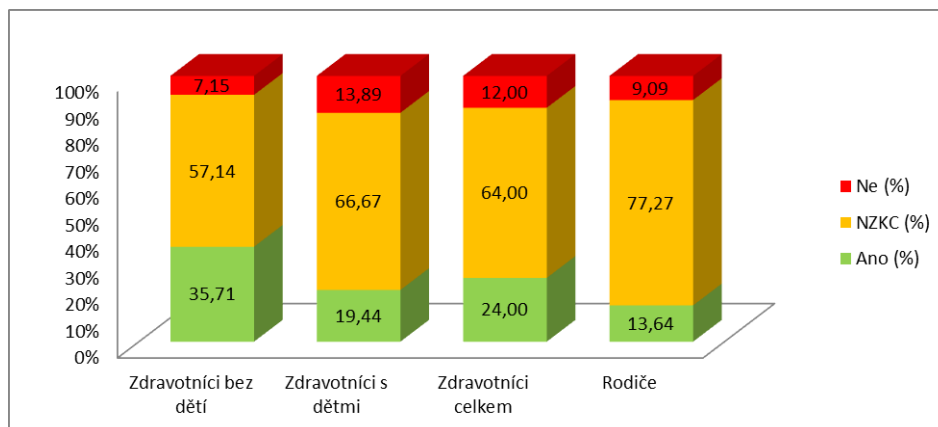
Tabulka 15 Odpovědi na otázku 15

	Ano (%)	NZKC (%)	Ne (%)
Zdravotníci bez dětí	35,71	57,14	7,15
Zdravotníci s dětmi	19,44	66,67	13,89
Zdravotníci celkem	24,00	64,00	12,00
Rodiče	13,64	77,27	9,09

Graf 11 Znázornění odpovědí na otázku 15



Graf 12 Znázornění odpovědí na otázku 15



Zhodnocení odpovědí na otázku 15

Rodiče dětí s trvalými zdravotními problémy podporují záchranu extrémně nezrálého novorozence za každou cenu méně (13,64%) než zdravotníci (24%). Věřící si přejí záchranu extrémně nezrálého novorozence za každou cenu více (38,46%) než nevěřící (18,87%).

Otázka 16

„Uvítal/a byste větší podíl zodpovědnosti rodičů při rozhodování o záchraně předčasně narozeného novorozence?“

Pro vyhodnocení této otázky byly zdravotníci i rodiče rozděleni na další skupiny podle toho, zda jsou věřící nebo ne. Zdravotníci byli dále rozděleni i podle toho, zda mají děti nebo ne. Odpovědi na tuto otázku ukazují Tabulka 16, Tabulka 17, Graf 13 a Graf 14.

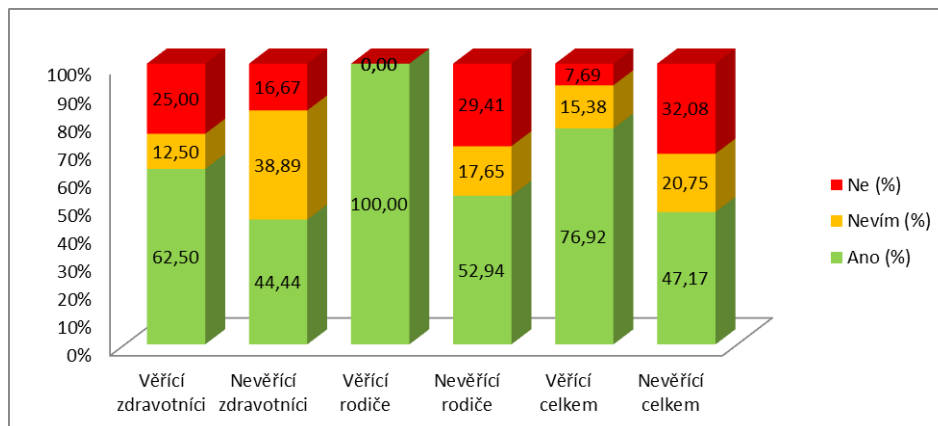
Tabulka 16 Odpovědi na otázku 16

	Ano (%)	Nevím (%)	Ne (%)
Věřící zdravotníci	62,50	12,50	25,00
Nevěřící zdravotníci	44,44	38,89	16,67
Věřící rodiče	100,00	0,00	0,00
Nevěřící rodiče	52,94	17,65	29,41
Věřící celkem	76,92	15,38	7,69
Nevěřící celkem	47,17	20,75	32,08

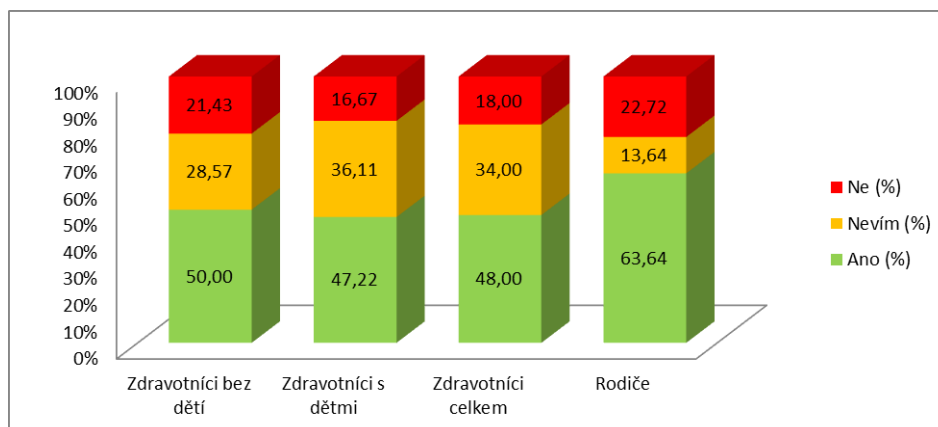
Tabulka 17 Odpovědi na otázku 16

	Ano (%)	Nevím (%)	Ne (%)
Zdravotníci bez dětí	50,00	28,57	21,43
Zdravotníci s dětmi	47,22	36,11	16,67
Zdravotníci celkem	48,00	34,00	18,00
Rodiče	63,64	13,64	22,72

Graf 13 Znázornění odpovědí na otázku 16



Graf 14 Znázornění odpovědí na otázku 16



Zhodnocení odpovědí na otázku 16

Větší podíl zodpovědnosti při rozhodování o záchraně extrémně nevyzrálého novorozence si přejí rodiče (63,64%) více než zdravotníci (48%). Větší podíl zodpovědnosti si rovněž přejí věřící (76,92%) než nevěřící (47,17%). V případě věřících rodičů si to přeje dokonce 100% respondentů.

Otázka 17

„Pokud byste byl/a nevléčitelně nemocný/á, uvažoval/a byste u sebe o eutanazii?“

Pro vyhodnocení této otázky byly zdravotníci i rodiče rozděleni na další skupiny podle toho, zda jsou věřící nebo ne. Zdravotníci byli dále rozděleni i podle toho, zda mají děti nebo ne. Odpovědi na tuto otázku ukazují Tabulka 18, Tabulka 19, Graf 15 a Graf 16. V tabulkách a grafech jsou použity zkratky, SA = spíše ano, SN = spíše ne.

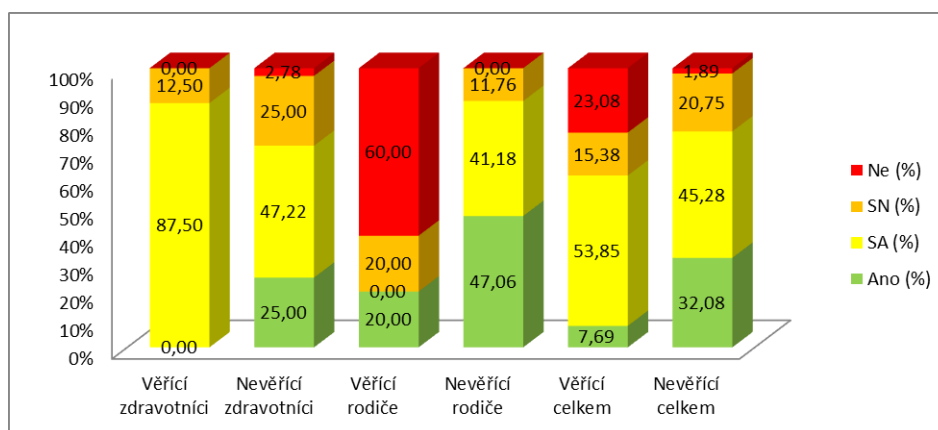
Tabulka 18 Odpovědi na otázku 17

	Ano (%)	SA (%)	SN (%)	Ne (%)
Věřící zdravotníci	0,00	87,50	12,50	0,00
Nevěřící zdravotníci	25,00	47,22	25,00	2,78
Věřící rodiče	20,00	0,00	20,00	60,00
Nevěřící rodiče	47,06	41,18	11,76	0,00
Věřící celkem	7,69	53,85	15,38	23,08
Nevěřící celkem	32,08	45,28	20,75	1,89

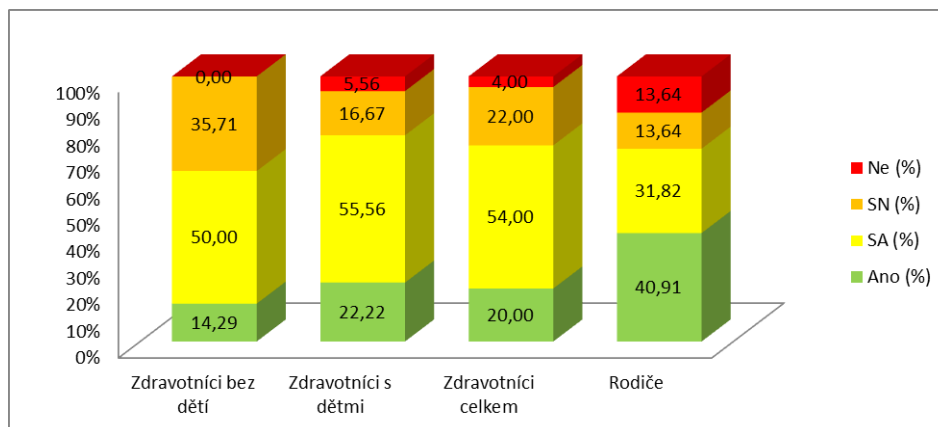
Tabulka 19 Odpovědi na otázku 17

	Ano (%)	SA (%)	SN (%)	Ne (%)
Zdravotníci bez dětí	14,29	50,00	35,71	0,00
Zdravotníci s dětmi	22,22	55,56	16,67	5,56
Zdravotníci celkem	20,00	54,00	22,00	4,00
Rodiče	40,91	31,82	13,64	13,64

Graf 15 Znázornění odpovědí na otázku 17



Graf 16 Znázornění odpovědí na otázku 17



Zhodnocení odpovědí na otázku 17

Věřící by v případě, že by byli nevléčitelně nemocní, uvažovali o eutanazii méně (Ano – 17,69%, Ne – 23,08%) než nevěřící (Ano – 32,08%, Ne – 1,89%). Rodiče (nezdravotníci) by o eutanazii uvažovali více (40,91%) než zdravotníci (20%). Zdravotníci jsou si v této otázce méně jistí (spíše ano + spíše ne = 74%) než rodiče (spíše ano + spíše ne = 45,45%).

Otázka 18

„Pokud by Váš blízký člověk byl nevléčitelně nemocný, uvažoval byste o eutanazii?“

Pro vyhodnocení této otázky byly zdravotníci i rodiče rozděleni na další skupiny podle toho, zda jsou věřící nebo ne. Zdravotníci byli dále rozděleni i podle toho, zda mají děti nebo ne. Odpovědi na tuto otázku ukazují Tabulka 20, Tabulka 21, Graf 17 a Graf 18.

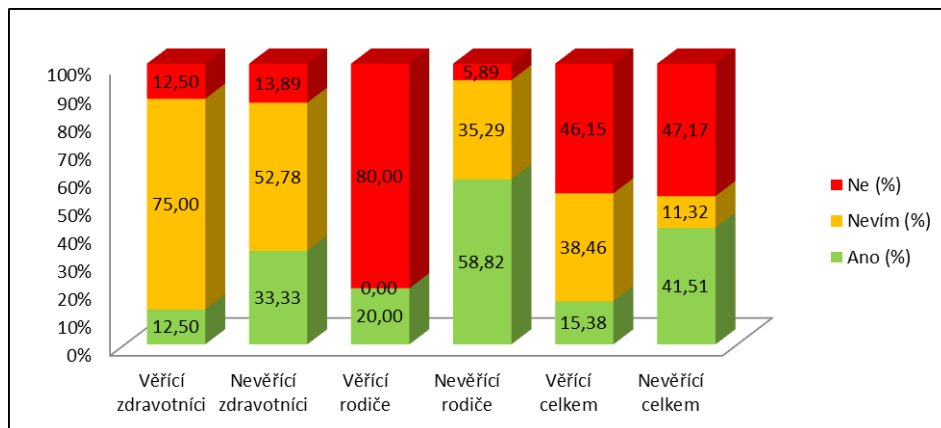
Tabulka 20 Odpovědi na otázku 18

	Ano (%)	Nevím (%)	Ne (%)
Věřící zdravotníci	12,50	75,00	12,50
Nevěřící zdravotníci	33,33	52,78	13,89
Věřící rodiče	20,00	0,00	80,00
Nevěřící rodiče	58,82	35,29	5,89
Věřící celkem	15,38	38,46	46,15
Nevěřící celkem	41,51	11,32	47,17

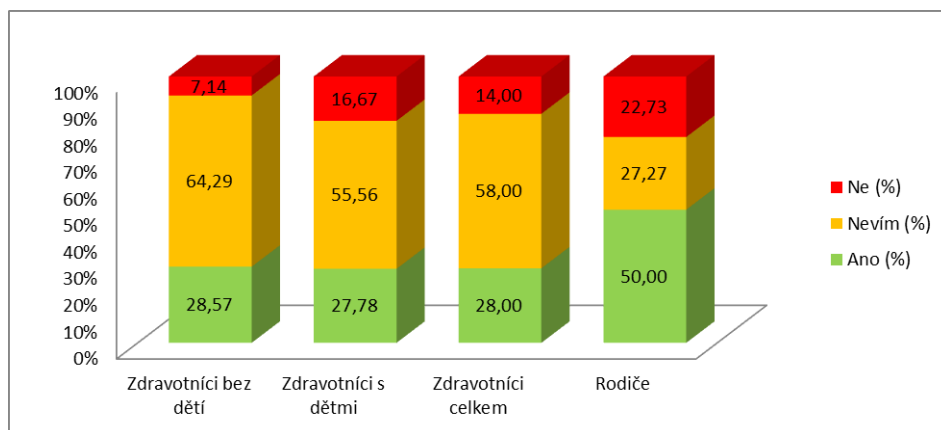
Tabulka 21 Odpovědi na otázku 18

	Ano (%)	Nevím (%)	Ne (%)
Zdravotníci bez dětí	28,57	64,29	7,14
Zdravotníci s dětmi	27,78	55,56	16,67
Zdravotníci celkem	28,00	58,00	14,00
Rodiče	50,00	27,27	22,73

Graf 17 Znázornění odpovědí na otázku 18



Graf 18 Znázornění odpovědí na otázku 18



Zhodnocení odpovědí na otázku 18

Věřící by u nevléčitelně nemocného blízkého jistě uvažovali o eutanazii méně (15,38%) než nevěřící (41,51%). Rodiče (nezdravotníci) by o eutanazii uvažovali více (50%) než zdravotníci (28%). Zdravotníci jsou si v této otázce méně jistí (nevím 58%) než rodiče (27,27%).

Otázka 19

„Jste pro prenatální eutanazii, pokud je jasné, že se narodí těžce postižený jedinec?“

Pro vyhodnocení této otázky byly zdravotníci i rodiče rozděleni na další skupiny podle toho, zda jsou věřící nebo ne. Zdravotníci byli dále rozděleni i podle toho, zda mají děti nebo ne. Odpovědi na tuto otázku ukazují Tabulka 22, Tabulka 23, Graf 19 a Graf 20.

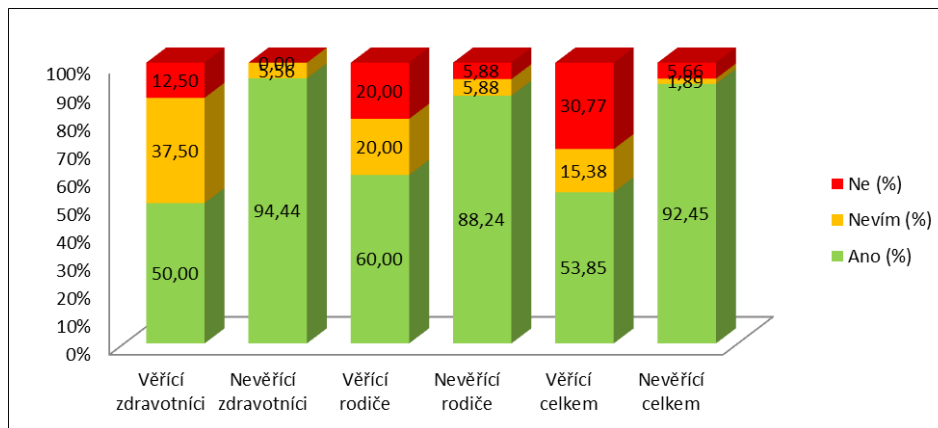
Tabulka 22 Odpovědi na otázku 19

	Ano (%)	Nevím (%)	Ne (%)
Věřící zdravotníci	50,00	37,50	12,50
Nevěřící zdravotníci	94,44	5,56	0,00
Věřící rodiče	60,00	20,00	20,00
Nevěřící rodiče	88,24	5,88	5,88
Věřící celkem	53,85	15,38	30,77
Nevěřící celkem	92,45	1,89	5,66

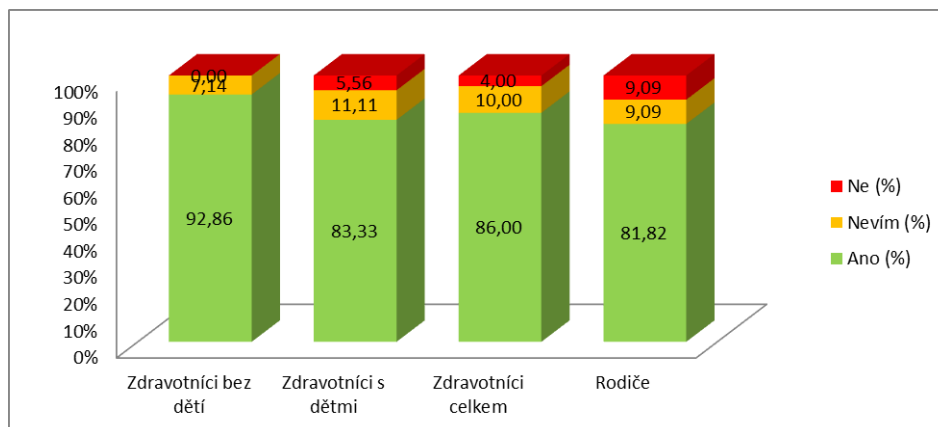
Tabulka 23 Odpovědi na otázku 19

	Ano (%)	Nevím (%)	Ne (%)
Zdravotníci bez dětí	92,86	7,14	0,00
Zdravotníci s dětmi	83,33	11,11	5,56
Zdravotníci celkem	86,00	10,00	4,00
Rodiče	81,82	9,09	9,09

Graf 19 Znárodnění odpovědí na otázku 19



Graf 20 Znárodnění odpovědí na otázku 19



Zhodnocení odpovědí na otázku 19

Věřící preferují prenatální eutanazii v případě, kdy je jasné, že se narodí těžce poškozený jedinec méně (53,85%) než nevěřící (92,45%). Prenatální eutanazie v tomto případě je jak u věřících, tak u nevěřících výrazně více preferována než eutanazie u nevyléčitelně nemocného člověka (v případě sebe nebo blízkého) – viz. výsledky otázek 17 a 18, dokonce i více než legalizace eutanazie – viz. výsledky otázky 20.

Zdravotníci sice prenatální eutanazii v případě, kdy je jasné, že se narodí těžce poškozený jedinec více (86%) než rodiče (81,82%), ale tento rozdíl se u respondentů nejeví až tak výrazný.

Bezdětní zdravotníci preferují prenatální eutanazii více (92,86%) více než zdravotníci, kteří mají děti (83,33%).

Otázka 20:

„Jste pro legalizaci eutanazie?“

Pro vyhodnocení této otázky byly zdravotníci i rodiče rozděleni na další skupiny podle toho, zda jsou věřící nebo ne. Zdravotníci byli dále rozděleni i podle toho, zda mají děti nebo ne. Odpovědi na tuto otázku ukazují Tabulka 24, Tabulka 25, Graf 21 a Graf 22.

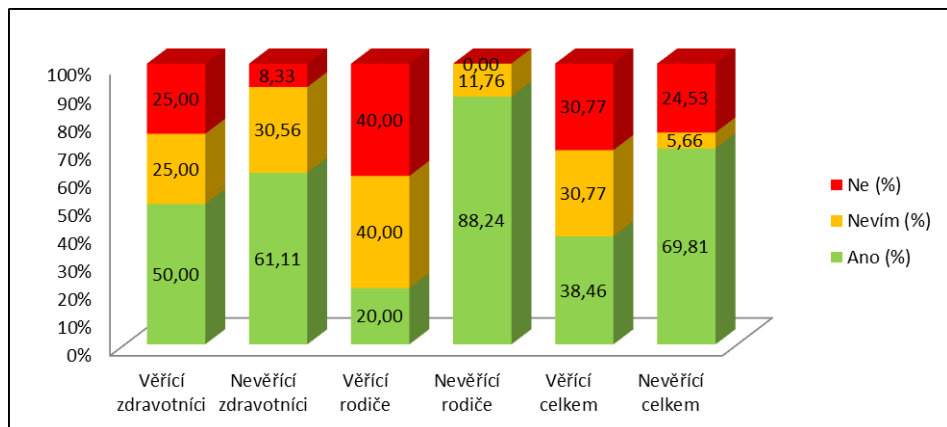
Tabulka 24 Odpovědi na otázku 20

	Ano (%)	Nevím (%)	Ne (%)
Věřící zdravotníci	50,00	25,00	25,00
Nevěřící zdravotníci	61,11	30,56	8,33
Věřící rodiče	20,00	40,00	40,00
Nevěřící rodiče	88,24	11,76	0,00
Věřící celkem	38,46	30,77	30,77
Nevěřící celkem	69,81	5,66	24,53

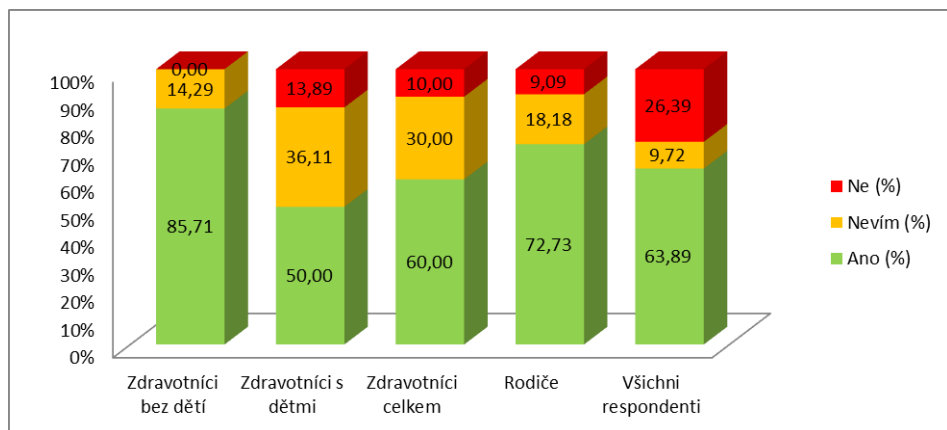
Tabulka 25 Odpovědi na otázku 20

	Ano (%)	Nevím (%)	Ne (%)
Zdravotníci bez dětí	85,71	14,29	0,00
Zdravotníci s dětmi	50,00	36,11	13,89
Zdravotníci celkem	60,00	30,00	10,00
Rodiče	72,73	18,18	9,09
Všichni respondenti	63,89	9,72	26,39

Graf 21 Znázornění odpovědí na otázku 20



Graf 22 Znázornění odpovědí na otázku 20



Zhodnocení odpovědí na otázky 20

Věřící jsou pro legalizaci eutanazie méně (38,46%) než nevěřící (69,81%). Zdravotníci jsou pro legalizaci eutanazie méně (60%) než rodiče

(72,73%). Celkově se pro legalizaci eutanazie vyslovila většina oslovených, ze všech 72 respondentů to bylo 63,89%.

12 Vyhodnocení průzkumných otázek

Průzkumná otázka 1

Průzkumná otázka, že v případě jistoty narození těžce poškozeného jedince budou zdravotníci pro provedení prenatální eutanazie více než rodiče, kterým se narodil extrémně nevyzrálý novorozenec, se jednoznačně nepotvrdila. Pro prenatální eutanazii se v rámci otázky 19 sice vyslovilo více zdravotníků (86%) než rodičů (81,82%), rozdíl je však pouhá 4%. Odpovědi respondentů detailně uvádí Tabulka 22, Tabulka 23, Graf 19 a Graf 20.

Obecně lze říct, že pro prenatální eutanazii v tomto případě se vyslovilo podstatně více respondentů než pro eutanazii u nevléčitelně nemocného člověka nebo pro legalizaci eutanazie.

Průzkumná otázka 2

Průzkumná otázka, že pro legalizaci eutanazie bude více zdravotníků, než rodičů, kterým se narodil extrémně nevyzrálý novorozenec, se nepotvrdila. Odpovědi na otázku 20 (detailně viz.

Tabulka 24, Tabulka 25, Graf 21 a Graf 22) ukázaly, že pro legalizaci eutanazie je naopak více rodičů (72,73%) než zdravotníků (60%). Taktéž z odpovědí na otázky 17 a 18 vyplývá, že u nevléčitelně nemocných pacientů (ať už v případě sebe nebo v případě svých blízkých) by eutanazii preferoval přibližně dvojnásobný počet rodičů než zdravotníků.

Průzkumná otázka 3

Průzkumná otázka, že věřící respondenti (zdravotníci i rodiče) budou eutanazii podporovat méně než respondenti nevěřící, se potvrdila. Odpovědi na otázky 17 – 19 (viz. tabulky 18, 20 a 22 a grafy 15, 17 a 19) jednoznačně ukazují, že eutanazii jak u nevléčitelně nemocných tak u prenatální eutanazii věřící respondenti podporují výrazně méně, než respondenti nevěřící. Dle odpovědí na otázku 20 je také zřejmé, že pro legalizaci eutanazie je podstatně méně věřících než nevěřících (viz. tabulka 24 a graf 21).

13 Diskuze výsledků a doporučení pro praxi

Překvapivým zjištěním pro nás bylo, že velká část rodičů, kteří mají děti s trvalými zdravotními problémy, je pro legalizaci eutanazie a prenatální eutanazie. Jak je patrné z předpokladů pro průzkumné otázky, očekávali jsme, že jich bude méně než zdravotníků, výsledek průzkumu však ukázal pravý opak. I když oslovení rodiče sice patrně nedokáží důsledky trvalých a nevléčitelných zdravotních postižení ani vyhlídky a naděje na uzdravení posoudit tak přesně jako zdravotníci, mají vlastní zkušenosti s trvale postiženým dítětem. Vědí, jak je péče o takovéto dítě velice náročná po stránce psychické i fyzické. Tato zkušenost se jich každodenně osobně dotýká a mají jen velice malou naději, že budou břemena této péče někdy zbaveni. Právě toto může být důvodem k jejich poměrně razantnímu postoji k eutanazii a prenatální eutanazii.

To, že věřící respondenti se k eutanazii staví výrazně negativněji než respondenti nevěřící není žádným překvapením. Tento postoj je patrný především z názorů na eutanazii nevléčitelně nemocných osob, ať už v případě vlastní osoby nebo svých blízkých a úzce souvisí s příkázáními a zaákladními tezemi víry. V otázce záchrany novorozence za každou cenu, i když bude jasné, že se bude jednat o těžce a trvale postiženého jedince jsou však zdrženlivější. Přibližně polovina věřících respondentů podporuje prenatální eutanazii v případě, že jasné, že by se narodil těžce a trvale postižený novorozenec.

Na základě zjištění bychom navrhli následující doporučení pro praxi:

- Každá sestra, která se setkává s rodiči těžce a trvale postižených dětí, by měla k rodičům přistupovat co nejcitlivěji a nejohleduplněji. Tito rodiče se s postižením svého dítěte setkávají 24 hodin denně a pravidelná návštěva lékaře je pro ně sice nutnou, ale ne vždy příliš příjemnou záležitostí.
- Taktéž by sestra měla přistupovat co nejohleduplněji k dítěti, přestože v důsledku jeho postižení může být práce s ním velmi náročná. Zde je nutný individuální a citlivý přístup. Protože se často

jedná o dlouhodobé pacienty, je vhodné mít na paměti předchozí návštěvy dítěte a dle těchto zkušeností reagovat na specifické chování dítěte související s jeho osobností a případně postižením.

- Sestra by se měla vyhnout jakémukoliv bagatelizování problémů. Problém, který se může zdát na první problém jako malý, už nemusí být malý v případě, kdy se s ním rodiče u svého dítěte setkávají neustále. Navíc mohou být rodiče postiženého dítěte na bagatelizování a přehlížení problémů velmi citliví, neboť tak k nim mnohdy přistupuje laická veřejnost.
- Sestra by měla mít schopnost citlivě a se zájmem rodiče či jiné rodinné příslušníky naslouchat a dokázat mu poskytnout co nejvíce informací k dané problematice.
- Sestra by měla své znalosti prohlubovat z dostupných materiálů a odborné literatury tak, aby jí byly známé nejnovější poznatky a trendy z daného oboru.
- Sestra by se měla snažit zvyšovat veřejné povědomí o problematice eutanazie a prenatální eutanazie.
- Porodním asistentkám lze doporučit, aby se k ženám - pacientkám chovali vždy ohleduplně, citlivě, aby jim dokázaly naslouchat, odpovídali adekvátně na jejich dotazy a v žádném případě stav a situaci pacientky nezlehčovaly. V případě interrupce, ať už ze zdravotních nebo sociálních důvodů, se jedná vždy o velmi bolestivou situaci pro celou rodinu, především pro ženu. Rovněž v případě porodu se jedná o situaci, která je pro nastávající matku velmi náročná, obzvláště pokud je ještě stresována tím, že se jedná o porod první, předčasný nebo po rizikovém těhotenství.

ZÁVĚR

Existuje přirozené právo na život. Je však také život povinností? Má společnost povinnost udržovat život člověka? Současná medicína umožňuje udržovat takovýto život, i když ten ztrácí téměř kvalitu lidského života. Má člověk právo na důstojnou smrt? To jsou otázky, které si klademe zvláště ve chvílích, kdy je člověk konfrontován se smrtí. Jsme zvyklí mluvit o kvantitě – délce života, kterou lze vyčíslit. Ovšem kvalitou života je jiná stránka. Slovo „kvalita“ je z latinského „qualitas“ – kvalita nebo „qualis“ – jaký. Proto kvalitu chápeme jako hodnotu, jakost. V současné době je věnována velká pozornost kvalitě života, způsobená neustále se zdokonalující lékařskou péčí o nemocné. Ta dokáže lidem prodloužit život, i když jsou nevléčitelně nemocní, bez ohledu na jeho kvalitu. Lze se proto domnívat, že pokud lékaři již nemohou nemoc léčit či ji zmírnit, měli by pacientům poskytnout pohodlí útěchu a zajistit takovou péči, aby pacient pocítil úlevu a při tom byla zachována jeho důstojnost.

Eutanazie je problémem, který se dotýká nás všech. S postupujícím časem se zdá, že eutanazii přibývají příznivci. To, co bylo před několika staletími považováno za nepřípustné, je dnes v některých státech povoleno. Také z našeho průzkumu je patrné, že nadpoloviční většina respondentů je pro legalizaci eutanazie.

Mezi jeden z nejsložitějších etických problémů patří potrat. Odpůrci, zejména věřící, považují potraty za morálně nepřípustné a vychází z toho, že žádný lidský život nesmí být zmařen. Pokud si však uvědomíme, že obvyklým důvodem žádosti o potrat jsou značné útrapy, jimiž by matka a celá rodina procházela, je etické požadovat pokračování těhotenství a zakázat potrat? Vždyť by trpělo mnohem více lidí, včetně plodu. Proto je možno se domnívat, že vyhnout se takové bolesti, nás možná opravňuje zničit potenciální lidskou bytost.

V případě prenatální eutanazie vidíme řešení především v prevenci v oblasti sexuální výchovy a dostupností kontracepce.

V rámci odpovědí na průzkumný dotazník je překvapivý postoj rodičů, kteří mají postižené dítě, k tématu prenatální eutanazie. Jejich názor je mnohem tvrdší než u zdravotníků. Přiklánějí se spíše pro prenatální eutanazii při zjištění, že se narodí těžce poškozený jedinec a při narození extrémně nevyzrálého novorozence jsou taktéž spíše pro variantu nezachraňovat dítě za každou cenu. V naprosté většině doprovázely postižené dítě matky. Při rozhovoru s těmito matkami, který proběhl v rámci praxe na dětském neurologickém oddělení, bylo možné si všimnout, že tyto matky se snaží dítě zahrnout láskou, se vším všudy se o dítě postarat a být mu velkou oporou, často na rozdíl od otců. Ti se často snaží od tohoto problému distancovat. Rozdílný přístup matky a otce v péči o postiženého jedince by mohl být pro dalšího studenta námětem pro výzkum.

POUŽITÁ LITERATURA

1. BAHOUNEK, T. aj. 2007. *Čtyři pohledy na interrupci*. 1. vyd. Ostrava: KEY Publishing, s.r.o., 2007. 105 s. ISBN978-80-87071-09-0.
2. BOREK, I. aj. 1997. *Vybrané kapitoly z neonatologie ošetrovatelské péče*. 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně. 1997. 321 s. ISBN 80-7013-245-0.
3. BRIAN, P. 1996. *Eutanazie ano či ne*. Praha: Dita, 1996. ISBN 80-85926-07-5.
4. CITTERBART, K. 2001. *Gynekologie*. 1.vyd. Praha: Galén, 2001. 278 s. ISBN 80-7262-094-0.
5. DAVID, R. 1999. *Práva dítěte*. 1. vyd. Olomouc: Olomouc, 1999. ISBN 80-7182-076-8.
6. FENDRYCHOVÁ, J.; BOREK, I. aj. 2007. *Intenzivní péče o novorozence*. 1. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 2007. 403 s. ISBN 978-80-7013-447-4.
7. HAŠKOVCOVÁ, H. 2002 . *Thanalogie. Nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-034-7.
8. JANKOVSKÝ, J. 2003. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003. 223 s. ISBN 80-7254-329-6.
9. LANGMEIER, J.; KREJČÍŘOVÁ, D. 1998. *Vývojová psychologie*. 3. vyd. Praha: Grada, 1998. 343s. ISBN 80-7169-195-X.
10. ONDOK, P. J. 2005. *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2005. 214 s. ISBN 80-7254-486-1.
11. PEYCHL, I. 2005. *Nedonošené dítě v péči praktického a nemocničního pediatra*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 163 s. ISBN80-7262-283-8.
12. PROKOP, M. aj. 2003. *Resuscitace novorozence*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. 50 s. ISBN 80 -247-0535-4.

13. ROZTOČIL, A. 1994. *Vybrané kapitoly z gynekologie a porodnictví. II. Část – porodnictví*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1994. s. 301. ISBN 80-7013-182-9.
14. ŠTEMBERA, Z. 2004. *Historie české perinatologie*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2004. 403 s. ISBN 80-7345-021-3.
15. THOMASMA, D.; KUSCHNEROVÁ, T. 2000. *Od narození do smrti*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2000. 389 s. ISBN 80-204-0883-5.
16. THOMPSON, M. 2004. *Přehled etiky*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 167s. ISBN 80-7178-806-6.
17. VOKURKA, M.; HUGO, J. aj. 2004. *Velký lékařský slovník*. 4. vyd. Praha: Maxdorf, 2004. s. 964. ISBN 80-7345-037-2.
18. SCHLESINGE, V. 2010. *Eutanazie I - ano či ne*. (vloženo 11.11.2010), (online), citované 18.3.2012, Dostupné na internetu: <http://www.pifik.com/veda/Eutanazie-I.-ano-ci-ne.html>
19. Resuscitace novorozence (online), citované 20.3.2012, Dostupné na internetu: <http://www.newbornwhocc.org/>

Seznam literatury je zpracován dle normy ISO 690 : 2.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – znění průzkumného dotazníku	I
Příloha B – čestné prohlášení	V

Příloha A – znění průzkumného dotazníku

Dobrý den,

obracím se na Vás s prosbou o spolupráci na průzkumu v rámci bakalářské práce, která se zabývá problematikou eutanazie se zaměřením na prenatální eutanazii. Průzkum je anonymní a slouží pouze pro zdravotnické a vědecké účely. Doplněte prosím následující dotazník tak, aby odpovědi reprezentovaly Vaše osobní názory, postoje a přesvědčení. Vyplnění dotazníku Vás nezdrží více než patnáct minut.

Za projevenou ochotu ke spolupráci Vám děkuje Jitka Míčová, studentka studijního programu Ošetřovatelství Vysoké školy zdravotnické o.p.s. se sídlem Duškova 7 v Praze 5.

Zakroužkujte prosím následující údaje:

1) Pohlaví:

- Žena
- Muž

2) Věková skupina:

20-30 31 – 40 41 – 50 51 – 60 61 a více

3) Jste věřící:

- Ano
- Ne
- Nemám ujasněno
- Jiné

4) Jste zdravotník:

- Ano
- Pracovní pozice:
- a) Lékař

- b) Všeobecná sestra
- c) Porodní asistentka
- d) Ostatní zdravotnický personál

- Ne

5) Víte co je to eutanazie?

- Ano
- Ne

6) Víte co je to prenatální eutanazie?

- Ano
- Ne

7) Máte děti? (pokud ne, přejděte k otázce č. 12)

- Ano
- Ne

8) Narodilo se Vaše dítě předčasně? (pokud ne, přejděte k otázce č. 12)

- Ano
- Ne

9) Má Vaše dítě nějaké zdravotní potíže? (pokud ne, přejděte k otázce č. 12)

- Ano
- Ne

10) Uvědomoval / (a) jste si možná rizika předčasného narození pro Vaše dítě?

- Ano
- Ne
- Nevím

11) Byly Vám poskytnuty informace o stavu Vašeho dítěte v dostatečné míře a srozumitelně?

- Ano
- Ne

- 12) Považujete termíny interrupce a prenatální eutanazie za totožné? Pokud ne, prosím o vysvětlení.
- Ano
 - Ne
-
- 13) Jste pro redukci embryí po umělém oplodnění (např. trojčat, čtyřčat)?
- Ano
 - Ne
 - Nevím
- 14) Myslíte si, že narození extrémně nevyzrálých novorozenců má nějaký vliv na společnost (sociální, ekonomický...)?
- Ano
 - Spíše ano
 - Nevím
 - Spíše ne
 - Ne
- 15) Kdybyste měl (a) možnost rozhodnout sám (a) o záchraně extrémně nevyzrálého novorozence, jak byste se zachoval/a?
- Určitě ano zachránit
 - Ne za každou cenu
 - Nezachraňovat
- 16) Uvítal/a byste větší podíl zodpovědnosti rodičů při rozhodování o záchraně předčasně narozeného novorozence?
- Ano
 - Ne
 - Nevím
- 17) Pokud byste byl/a nevléčitelně nemocný/á, uvažoval/a byste u sebe o eutanazii?
- Ano
 - Spíše ano

- Spíše ne
- Ne

18) Pokud by Váš blízký člověk byl nevléčitelně nemocný, uvažoval byste o eutanazii?

- Ano
- Ne
- Nevím

19) Jste pro prenatální eutanazii, pokud je jasné, že se narodí těžce postižený jedinec?

- Ano
- Ne
- Nevím

20) Jste pro legalizaci eutanazie?

- Ano
- Ne
- Nevím

Děkuji za vyplnění dotazníku.

Příloha B – čestné prohlášení

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem sběr podkladů pro zpracování bakalářské práce provedla s vědomím náměstkyně Mgr. Jany Fejfarové pro ošetrovatelskou péči v Klaudiánově nemocnici v Mladé Boleslavi.

Druhá část sběru podkladů byla provedena se souhlasem Liběny Bretové na oddělení rehabilitace, které spolupracuje s dětským neurologem MUDr. Danou Schafferovou.

V Mladé Boleslavi 21. 3. 2012


Jitka Míčová