

Právní a etické aspekty transplantací

Lenka Šišláková

Bakalářská práce
2011



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav ošetrovatelství
akademický rok: 2010/2011

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Lenka ŠIŠLÁKOVÁ**
Osobní číslo: **H080332**
Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Právní a etické aspekty transplantací**

Zásady pro vypracování:

Vybrat a nastudovat odbornou literaturu.
V teoretické části seznámit s problematikou transplantací.
Zaměřit se na vymezení pojmů transplantace, legislativu a etiku, týkající se transplantací.
V praktické části zjistit pomocí rozhovorů subjektivní vnímání kvality života v určitém časovém horizontu u vybraných jedinců, kteří podstoupili transplantaci.
Zpracovat a vyhodnotit získaná data.
Interpretovat získaná data na celoústavním semináři v KNTB a.s., Zlín.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

THOMASMA, D. C., KUSHNEROVÁ, T. Od narození do smrti. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2000. 389 s. ISBN 80-204-0883-5.

PIRK, J., MÁLEK, I. Transplantace srdce. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2008. 287 s. ISBN 978-80-246-1606-3.

VIKLICKÝ, O., JANOUŠEK, L., BALÁŽ, P. Transplantace ledviny v klinické praxi. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 384 s. ISBN 978-80-247-2455-3.

HAŠKOVCOVÁ, H. Lékařská etika. 3. vyd. Praha: Galén, 2002. 272 s. ISBN 80-7262-132-7.

MUNZAROVÁ, M. Lékařský výzkum a etika. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 120 s. ISBN 80-247-0924-4.

KOŘENEK, J. Lékařská etika. 1. vyd. Praha: Triton, 2002. 276 s. ISBN 80-7254-235-4.

Vedoucí bakalářské práce:

doc. Mgr. Martina Cichá, Ph.D.

Ústav aplikovaných společenských věd

Datum zadání bakalářské práce:

10. února 2011

Termín odevzdání bakalářské práce:

3. června 2011

Ve Zlíně dne 10. února 2011

prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan



Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

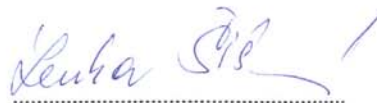
Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 2.6.2011

.....


1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užíje-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlíží k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Ve své bakalářské práci se zabývám problematikou transplantací, platnou legislativou a etickými aspekty, které s transplantacemi souvisí. V teoretické části seznamuji s historií transplantací, důležitostí právních norem a etiky. V praktické části zkoumám, jak se mění kvalita života v daném období u klientů, kteří podstoupili transplantaci. Na základě zkoumání navrhuji intervence všeobecné sestry podle Modelu péče Marjory Gordonové. V závěru srovnávám vnímání kvality života v jednotlivých obdobích.

Klíčová slova:

Transplantace, legislativa, etika, kvalita života

ABSTRACT

This Bachelor thesis is focused on the transplant issues, current legislation and ethical aspects associated with transplantation. The theoretical part presents the history of transplantation, the importance of legal standards and ethics. The practical part analyzes changes in the quality of life in each period for clients who have undergone transplantation. Based on the research the intervention of general nurse according to Marjory Gordon's welfare model is suggested. The conclusion compares the perceptions of quality of life in particular periods.

Keywords:

Transplantations, legislation, ethics, quality of life

Touto cestou bych chtěla poděkovat paní doc. Mgr. Martině Ciché, Ph.D. za odborné vedení mé bakalářské práce, za cenné rady a věcné připomínky.

Další díky patří celé mojí blízké rodině, která mě podporovala po celou dobu studia. Jejich pomoc a tolerance mi byly velkou oporou.

Motto:

„Každý dar je nečekané světlo, ale má za sebou tolik černých stínů.“ (Josef Frič)

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 DEFINICE – ZÁKLADNÍ POJMY	12
1.1 DÁRCE.....	12
1.2 PŘÍJEMCE	13
2 HISTORIE TRANSPLANTACÍ	14
2.1 KREVNÍ PŘEVODY (TRANSFUZE KRVE).....	15
2.2 TRANSPLANTACE SRDCE.....	16
2.2.1 Experimentální transplantace	16
2.2.2 Klinické transplantace	17
2.3 TRANSPLANTACE PLIC	18
2.4 TRANSPLANTACE LEDVIN	19
2.5 TRANSPLANTACE PANKREATU	21
2.6 TRANSPLANTACE JATER	22
2.7 TRANSPLANTACE KOSTNÍ DŘENĚ	23
2.8 TRANSPLANTACE TKÁNÍ	24
2.8.1 Transplantace rohovky	24
2.8.2 Transplantace kůže.....	25
2.8.3 Transplantace kostní tkáně	25
3 LEGISLATIVA – „TRANSPLANTAČNÍ ZÁKON“	26
3.1 PRINCIPY SOUHLASU, NESOUHLASU S ODBĚREM ORGÁNŮ	26
3.2 TRANSPLANTAČNÍ ZÁKON	27
4 ETIKA	30
4.1 OBECNÝ ÚVOD	30
4.2 VÝVOJ ETICKÉHO MYŠLENÍ V MEDICÍNĚ	30
4.3 ETIKA V TRANSPLANTAČNÍ MEDICÍNĚ.....	31
4.3.1 Čtyři principy a rozsah jejich využití	33
5 KVALITA ŽIVOTA	39
5.1 TEORETICKÉ VYMEZENÍ KVALITY ŽIVOTA DLE WHO	39
5.2 DIMENZE KVALITY ŽIVOTA	40
5.3 MODEL FUNGUJÍCÍHO ZDRAVÍ MARJORY GORDONOVÉ.....	41
II PRAKTICKÁ ČÁST	44
6 CÍLE	45
7 METODIKA PRÁCE	46

7.1	METODA VÝZKUMU	46
7.2	CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU	46
7.3	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT	47
7.4	ORGANIZACE ŠETŘENÍ	47
7.4.1	Pilotní studie	47
8	VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	48
8.1	PROFIL KLIENTKY S TRANSPLANTOVANOU LEDVINOU	48
8.2	ROZHOVOR	48
8.3	PROFIL KLIENTA S TRANSPLANTOVANÝM SRDCEM	70
8.4	ROZHOVOR	70
8.5	MODEL PÉČE TRANSPLANTOVANÝCH DLE GORDONOVÉ	91
	ZÁVĚR	94
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	95
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	97
	SEZNAM PŘÍLOH	98

ÚVOD

Lidský život neprobíhá vždy jednoduše. Lidé bývají často napadáni chorobami, z nichž některé se stávají trvalými společníky dalšího lidského osudu. Lidský život začíná zplozením, pokračuje zrozením, pak dospíváním a zralostí, končí stářím a smrtí. V nejlepším případě pak bývá stáří zakončeno fyziologickou smrtí organismu a lidská cesta životem končí. Mnohaletá lidská praxe prokázala, že je obvyklé, že stáří je provázáno poklesem fyzických sil a nemocemi.

Strach ze smrti je vrozený všem organismům. Člověk o ní ví a podvědomě ji tuší a snaží se na ni nemyslet, ba naopak se chová, jako by byl přesvědčen o své nesmrtelnosti. Strach ze smrti zvyšuje psychická a fyzická bolest.

Dnešní moderní lékařská věda umožňuje prodloužení lidského života. Je schopna zachránit nemocného před jistou smrtí nebo dlouhým umíráním. Nejdříve vynalezla dočasné náhrady základních životních funkcí. Následně pomáhala nahrazovat i funkce, kdy nemocný není bezprostředně ohrožen na životě, ale trpí nějakou chronickou chorobou. Touto náhradou myslíme transplantace buněk, tkání a orgánů. Problematika transplantací spočívá především v problematice dárcovství, v legislativě a v etice.

Transplantologie v dnešní době je multioborová disciplína, ve které spolupracuje řada nejrozličnějších odborníků z oboru chirurgie, imunologie, genetiky, farmakologie, interny, oftalmologie, hematologie, neurologie, anesteziologie a radiologie. Vzhledem ke vzniku mnoha otázek z oblasti etiky, filozofie a hlavně legislativy, se jí zabývají filozofové a právníci, ale i theologové mnoha církví.

Problematika pacientů před i po transplantacích je mi velmi blízká. Setkávám se s ní takřka denně ve své praxi na jednotce intenzivní péče. Mám možnost sledovat osudy pacientů, kteří postupně procházejí různými obdobími své nemoci. Sleduji nejen zdravotní stav, změnu psychiky, potřeb, rodinných postojů, ale také vnímání kvality života. Kvalita života se v jednotlivých obdobích nemoci zákonitě mění a je jen na jedinci, jak ji vnímá. Myslím si, že je úkolem každého erudovaného zdravotníka, aby věděl o problémech transplantací a dokázal s nimi do jisté míry pracovat. Není potřeba znát platné zákony z paměti, ale je potřeba se v nich orientovat. S legislativou úzce souvisí pohled etický a také pohled „lidský.“ Dnešní platné zákony a veškeré souvislosti s problematikou transplantací vychází jednoznačně z historie a z potřeb léčby touto metodou.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 DEFINICE – ZÁKLADNÍ POJMY

Transplantace je přenos tkání nebo orgánů, představující terapeutické zákroky, které mají za cíl nahradit nefunkční orgán nebo tkáň příjemce zdravým ekvivalentem (V. Hořejší, 2005, s. 182).

Implantace je zvláštním druhem transplantace, při níž se používá umělých (syntetických) náhrad tkání (V. Hořejší, 2005, s. 182).

Transplantát (štěp) je buňka, tkáň nebo orgán, které se transplantují (V. Třeška, 2002, s. 13).

Autotransplantace je přenos tkáně nebo reimplantace orgánu stejnému jedinci (např. transplantace kůže), (V. Třeška, 2002, s. 13).

Izotransplantace je přenos orgánu nebo tkáně mezi geneticky identickými jedinci (jednovoječná dvojčata), (V. Třeška, 2002, s. 13).

Alotransplantace je přenos tkáně nebo orgánu mezi jedinci stejného druhu (většina orgánových transplantací), (V. Třeška, 2002, s. 13).

Xenotransplantace je přenos tkáně nebo orgánu mezi jedinci různých druhů. Může být konkordantní (tj. mezi primáty – např. opice/člověk) a diskordantní (mezi různými živočišnými druhy –např. prase/člověk), (V. Třeška, 2002, s. 14).

Ortotopická transplantace je umístění štěpu na stejné místo jako odebraný orgán (transplantace srdce), (V. Třeška, 2002, s. 14).

Heterotopická transplantace je umístění štěpu na jiné místo, než je nemocný orgán (např. transplantace ledviny), (V. Třeška, 2002, s. 14).

1.1 Dárce

Dárce je osoba, která daruje tkáň nebo orgán pro transplantaci. Osobu, u které se i přes veškerou dostupnou léčbu rozvíjí smrt mozku nazýváme potenciálním dárce orgánů. *Zemřelý dárce* – kadaver je dárce s prokázanou smrtí mozku nebo nezvratnou zástavou krevního oběhu. Proto označujeme dárce s „bijícím“ a „nebijícím“ srdcem. Dárce s nebijícím srdcem (NHBD) je zemřelý dárce s nezvratnou zástavou krevního oběhu. Zemřelý dárce s prokázanou smrtí mozku a fungujícím srdcem se označuje jako dárce s bijícím srdcem (V. Třeška, 2002, s. 14).

Marginální dárce je dárce, který v jednom či více parametrech vybočuje z rozmezí přijatelného pro odběr orgánů. Tím může být například věk, klinický stav, laboratorní hodnoty, hypertenze, stupeň orgánového poškození (V. Třeška, 2002, s. 14).

Živý dárce je osoba v příbuzenském ale i v nepříbuzenském vztahu k příjemci, která se dobrovolně rozhodla darovat párový orgán (ledvina) nebo jeho část (část jater, plic, slinivky), či tkáň, která regeneruje (kostní dřeň) (V. Třeška, 2002, s. 14).

1.2 Příjemce

Příjemce je osoba, které se vykonává transplantace orgánu nebo tkáně, a která trpí nezvratnou ztrátou funkce nahrazovaného orgánu transplantací (V. Třeška, 2002, s. 14).

Teplá ischemie je doba, která uplyne od zástavy oběhu dárce do zahájení promývání orgánu konzervačním roztokem. Cílem je nulová teplá ischemie (V. Třeška, 2002, s. 14).

Studená ischemie je doba od počátku promývání orgánu konzervačním roztokem do doby obnovení průtoku krve v orgánu po transplantaci. Doporučená doba srdce a plic je do 4 hodin, jater do 12 hodin, pankreatu do 16 hodin a ledvin do 30 hodin (V. Třeška, 2002, s. 14).

Manipulační čas je doba od vyjmutí orgánu dárce z transportního kontejneru do obnovení průtoku krve tímto orgánem (V. Třeška, 2002, s. 14).

Imunosuprese je utlumení imunitní odezvy organismu na transplantovaný orgán nebo tkáň. Indukční imunosuprese je velmi intenzivní imunosupresivní léčba v časném období po transplantaci orgánu. Cílem je zabránit rejekci štěpu. Udržovací imunosuprese je méně intenzivní, jedná se profylaxi akutní rejekce (V. Třeška, 2002, s. 15).

Rejekce je imunologická reakce mezi obrannými mechanismy příjemce a antigeny dárce, která může vést k odloučení štěpu. Rejekce rozdělujeme na hyperakutní, akcelerovanou, akutní a chronickou (V. Třeška, 2002).

2 HISTORIE TRANSPLANTACÍ

Myšlenka náhrady nezvratně poškozeného orgánu je stará jako lidstvo samo. Existovala již v raných dobách, kdy léčení nebylo vědou, ale magií (H. Haškovcová, 1975) Nejstarší zmínku o transplantaci srdce nalzáme ve Starém zákoně, v knize proroka Ezechiela, v kapitole 11, kde se hovoří oproti svůdcům lidu judského, se ve verši 19 píše: „...a odejmu srdce kamenné z těla jejich a dám jim srdce masité.“ Tento výrok předpokládal, že srdce má význam pro chování nemocného a myslel tím nápravu mravů (J. Pirk, 2008, s. 11).

Další zmínka je i anekdota staročínského lékaře, který žil v období Válčících států (475-221 př. n. l.), která popisuje výměnu srdcí dvou pacientů. Podle čínského názoru má v srdci svůj původ povaha, inteligence a myšlení (J. Pirk, 2008). Před více než dvěma tisíciletími indický občan v nelítostném souboji ztratil nos. Pomocí kožních transplantátů z čela nebo tváře byl nos znovu vytvořen. Při nápravě kosmetických vad úspěšně postupoval v prvním stoletím římský lékař Celsus. Ve středověké Zlaté legendě Jacoba de Voragine se popisuje případ zasloužilého člena církve, jemuž světcí Kosma a Damián amputovali pro maligní nádor nohu a ztracenou končetinu nahradili údem právě zemřelého Etiopana. Za vlády císaře Diokleciána zemřeli mučednickou smrtí. Obrazy znázorňující tuto transplantaci jsou umístěny v Madridu a v Benátkách. Koncem 16. století vypracoval Ital Tagliacozzi způsob přenosu kůže z předloktí (H. Haškovcová, 1975).

Anglický teolog Francis Potter kolem roku 1639 jako první navrhoval a snad i prováděl transfuze krve u psů. Jeho krajan Richard Lower provedl transfuzi také u psů v roce 1665. Už tenkrát se rozhodovali provést pokusy na nemocných lidech. Církev pokládala provádění transfuze za hřích. Další pokusy prováděl kolem roku 1667 Jean Baptista Denis, který podal krev šestiletému chlapci z krční tepny beránka. Efekt byl údajně dobrý. Když podal krev telete choromyslnému pacientovi, nastala prudká a těžká reakce, pacient zemřel. Angličan James Blundell transfundoval roku 1818 lidskou krev pacientovi, který umíral na rakovinu. Transfuze proběhla bez komplikací, i když pacient zemřel za 56 hodin na základní onemocnění. Až do objevení krevních skupin bylo podávání transfuzí krve mezi lidmi rizikové (K. Nouza, 1991).

První zmínka o transplantaci orgánu pochází z roku 1902. Jednalo se o úspěšný experimentální přenos ledviny z jednoho psa na druhého. Zprávu o tom podal lékař maďarského původu Emerich Ullmann na fóru chirurgické společnosti ve Vídni. Teprve ve 20. století do-

šlo rozvojem vědy a techniky k objevení mnoha důležitých postupů v oblasti chirurgie, genetiky, mikrobiologie a hlavně imunologie, které umožnily přechod od pouhých experimentálních pokusů ke klinické aplikaci transplantací. Alexis Carrel prováděl pokusy především s ledvinami, pokusil se však i o srdce, slezinu a tenké střevo. Všiml si, že je-li ledvina přenesena v rámci jednoho jedince (autotransplantace), je zákrok úspěšný. Při přenosu orgánu z jednoho jedince na druhého v rámci jednoho druhu (homotransplantace) došlo přechodně k přihojení, následně však k odhojení (H. Haškovcová, 1975).

Vývoj imunologie a transplantologie ovlivnili vědci Billingham, Brent, Medawar a Hašek. Prokázali, že osud transplantátu má imunologické pozadí. Za objev imunologické tolerance obdržel sir Peter Brian Medawar Nobelovu cenu (H. Haškovcová, 1975).

2.1 Krevní převody (transfuze krve)

Krev je opravdu zvláštní tekutina. Téměř polovinu tvoří krevní elementy a další polovinu představuje krevní plasma. Je v nepřetržitém pohybu a stále se obnovuje. Otázka, kdo a kdy objevil červené krvinky je předmětem dlouhodobého sporu. Objev se připisuje Antonovi van Leeuwenhoekovi, který v roce 1674 publikoval článek o tom, že krev se skládá z červených plovoucích kuliček. Italové mohou pokládat za objevitele Marcella Malpighiho, který roku 1661 objevil krevní vlasečnice. Publikoval, že krev se skládá z nekonečného množství částíček. Za zmínku stojí holandský vědec J. Swammerdam, který už v roce 1663 pozoroval a popsal erythrocyty u žab (K. Nouza, 1991).

Pak se již mnohé nestalo. Až v polovině 19. století se poměrně přesně stanovil počet červených krvinek v objemu krve. Červeným krvinkám je třeba věnovat pozornost proto, že při transfúzi krve mají rozhodující význam. Transfuze, v historickém vývoji, předběhly úroveň poznatků o složení krve. Bílé krvinky unikaly pozornosti delší dobu než červené. Vlastně až zjištění Paula Ehrlicha, že bílé krvinky mají „zájem“ o některá anilínová barviva umožnilo v 70.–80. letech předminulého století přesný popis a rozlišení. V roce 1889 objevil slavný hematolog Georg Hayem krevní destičky (K. Nouza, 1991).

V dřívějších dobách předminulého století výsledky transfuzí lidské krve nebyly uspokojivé. Někdy sice organismus cizí krev přijal, ale často se objevovala neslučitelnost (inkompatibilita) a vznikaly těžké potransfuzní reakce. Transfuze krve jednou pomáhala, jindy zabíjela. Bylo něco špatně u příjemce nebo dárce? Nebo bylo něco špatného přímo v transfuzi? Tyto

otázky stály jako hrozivé otazníky před lékaři až do konce 19 století. Aby se transfuze krve mohly opravdu stát skutečně léčebným – spolehlivým a bezpečným – zásahem, musely se na tyto otázky najít odpovědi. A na začátku minulého století se opravdu našly. Zasloužili se o to dva velcí lékaři a vědci Karl Landsteiner a Jan Janský (K. Nouza, 1991).

Landsteiner vycházel z výzkumu Ehrlicha Morgenrotha. Tito vědci od imunizovaných koz získali protilátky, které byly schopné nejen shlukovat, ale dokonce i rozpouštět červené krvinky. Předpokládal, že v sérech lidí se tedy mohou nacházet protilátky proti cizím lidským krvinkám. V roce 1900 vyšla jeho práce Antienzymové, lytické a aglutinační vlastnosti krevního séra a lymfy. Toto dílo se stalo základním kamenem objevu krevních skupin u člověka (od roku 1936 je mezinárodně přijat systém AB0, obsahující znaky A, B, AB a 0, jehož autoři jsou E. V. Von Dungern a L. Hirszfild). Dále Landsteiner objevil roku 1927 skupiny P, MMSs. V roce 1930 obdržel za objev krevních skupin Nobelovu cenu. V roce 1940 se spolupodílel na objevení Rh faktoru (K. Nouza, 1991).

Nezávisle na Landsteinerovi objevil krevní skupiny náš psychiatr a neurolog Jan Janský. V roce 1907 klasifikoval čtyři krevní skupiny v práci Hematologická studie u psychotiků (docentská habilitační práce), v roce 1921 (v roce jeho úmrtí) americká lékařská komise uznala světovou prioritu tohoto objevu a jeho klasifikaci označení skupin I až IV určila za jedinou a závazně platnou. Nicméně po letech jméno našeho objevitele upadlo v zapomnění. Největším přínosem prof. Janského bylo to, že přesvědčivě dokázal nejen existenci čtvrté krevní skupiny u lidí, jejichž séra neobsahují žádné protilátky, a proto neshlukují cizí krvinky, ale formuloval i představu uzavřeného systému krevních skupin (K. Nouza, 1991).

2.2 Transplantace srdce

Pomineme-li nejstarší zmínku o transplantaci srdce ve Starém zákoně, je tato problematika poměrně mladou disciplínou. Více než 60 let trvalo úsilí v experimentálních laboratořích v mnoha zemích. Transplantace srdce a plic je typickým příkladem multidisciplinární medicíny (J. Pirk, 2008).

2.2.1 Experimentální transplantace

Experimentální transplantace můžeme rozdělit do tří historických období.

a) *heterotopické nonauxiliární* – počátek v roce 1905, kdy Alexis Carrel a Charles Guthrie vynalezli cévní steh a provedli první transplantaci na univerzitě v Chicagu. Transplantovali srdce malého psa a krk většího psa, nepoužili však antikoagulantia. Srdce sice obnovilo činnost, ale po dvou hodinách došlo k trombóze (J. Pirk, 2008).

Rus Vladimír Petrovič Demikov provedl mnoho experimentálních pokusů, ale vzhledem k tomu, že bylo velmi těžké publikovat ze Sovětského svazu, bylo jeho dílo dlouhá léta neznámé (J. Pirk, 2008).

b) *heterotopické auxiliární* – v roce 1953 Marcus publikuje transplantace i s plicní cirkulací, kdy blok srdce a plic byl umístěn do břicha příjemce a dýchání prováděl ventilátor (J. Pirk, 2008).

c) *ortotopická transplantace* – výzkumné práce pokračovaly. 12. června 1951 Demikov provedl fence Damce ortotopickou transplantaci bez mimotělního oběhu. Ta se zotavila, přijímala potravu a přežila šest dní. Od druhé poloviny 50. let byl používán mimotělní oběh. Ve stejnou dobu řešili Webb a Howard problém ochrany srdce ochlazením během jeho přenosu. V prosinci roku 1959 Lower a Shumway provedli první úspěšnou transplantaci srdce. Došlo k úplnému uzdravení zvířete. Používali zjednodušenou metodu ochrany štěpu (zchlazení ledem na 4° C) a ochrany dárce v mimotělním oběhu s chlazením na 30° C. Vzhledem k tomu, že zvířata nedostávala žádnou imunosupresi, uhynula v důsledku rejekce. Při experimentální transplantaci srdce byly zaznamenány výborné výsledky. Při transplantaci srdce a plic výsledky nebyly tak optimistické v důsledku denervace plic. Teprve Reitz v roce 1980 publikoval zásadní práci o operační technice a imunosupresní léčbě (cyklosporin A, azathioprin), která vedla k normálním plicním funkcím a dlouhodobému přežívání opic pro transplantaci srdce a plic (J. Pirk, 2008).

2.2.2 Klinické transplantace

V polovině 60. let byla vyřešena chirurgická technika a ochrana srdečního svalu, nebyla však vyřešena možnost odběru srdce. Uvažovalo se tedy, že dárce by mohli být šimpanzi. V lednu 1964 v nemocnici Jackson v Mississippi umíral 60letý muž na nezvratné srdeční selhání. Současně v téže nemocnici, ve které pracoval tým Jamese D. Hardyho, umíral mladý muž s poškozením mozku. Už tenkrát se objevilo dilema, kdy je možno srdce ode-

brat. Odebrali tedy srdce velkého šimpanze. Nemocný zemřel hodinu po odpojení mimotělního oběhu (J. Pirk, 2008).

3. prosince 1967 Christiaan Barnard provedl první úspěšnou transplantaci srdce v nemocnici v Groote Shuur v Kapském Městě v Jihoafrické republice. Příjemcem orgánu byl 55letý obchodník se zeleninou Louis Washkansky, který umíral po třetím infarktu myokardu. Dárkyní byla 25letá žena Denisa Darvallová, smrtelně zraněná při automobilové nehodě. Tato transplantace byla velmi medializovaná. Pacient žil 18 dní (J. Pirk, 2008).

Pouze tři dny po Barnardově operaci Adrian Kantrowitz v Brooklinu transplantoval srdce anencefalického novorozence 18dennímu dítěti s Ebsteinovou anomálií. Novorozenec žil pouze šest a půl hodiny. Tyto transplantace odstartovaly „transplantační horečku“. Již 2. ledna 1968 Barnard provedl další transplantaci u zubního lékaře Philipa Blaiberga, který přežil svoji smrt 563 dní. Dovolil si ignorovat tvrdé rasistické zákony a bělochovi transplantoval srdce míšence. Ještě ve stejném roce bylo provedeno mnoho dalších transplantací a v roce 1970 uskutečnilo 58 týmů ve 20 zemích již 150 transplantací. O tři roky později bylo provedeno už 300 těchto operací. Nutno říci, že 50 % pacientů zemřelo časně a jen 12 % operovaných přežilo půl roku (J. Pirk, 2008).

V bývalém Československu také probíhal program transplantace srdce a již v roce 1968 se profesor Šiška v Bratislavě pokusil o transplantaci. Jeho pacient prakticky neopustil operační sál. Za skutečný začátek považujeme 31. leden 1984, kdy tým ve složení Kočandrle, Firt a Fabián provedli v Institutu klinické a experimentální medicíny (IKEM) v Praze první úspěšnou transplantaci. V roce 1992 zahájil transplantační program tým Centra kardiovaskulární a transplantační chirurgie (CKTCH) v Brně pod vedením Prof. Černého. (Pirk, 2008) Do konce roku 2006 bylo provedeno v IKEM 926 a v CKTCH 280 transplantací srdce. ČR je se 4,7 transplantacemi na 1 milion obyvatel na 8. místě na světě (Čerbák, 2007).

2.3 Transplantace plic

Transplantace plic byly dlouhou dobu neúspěšné. Hlavní překážkou nebyla technická stránka zákroku na počátku minulého století. Hlavním problémem byla mimořádná citlivost plicní tkáně na nedostatečný přívod kyslíku a na odhojovací imunologickou reakci a hlavně náchylnost na infekční zárodky, které oslabenou tkáň napadají a rychle se v ní

množí (K.Nouza, 1991, s. 157-158). Od všech ostatních transplantací se liší tím, že při klasické operační technice není obnoveno vlastní arteriální zásobení orgánu a transplantovaný orgán je v přímém kontaktu se zevním prostředím (V. Třeška, 2002, s. 104).

James Hardy provedl v USA první transplantaci plic v roce 1963. Pacient po 18 dnech sice zemřel, ale Hardy prokázal technickou možnost provedení. Úspěch a rozvoj byl podmíněn až objemem cyklosporinu A a FK-506. Tyto se staly v 80. letech základním kamenem imunosupresivní léčby, která byla důležitou součástí všech transplantací. Zdokonalily se i metody konzervace plicních štěpů. Kombinovaná transplantace srdce-plíce byla úspěšně provedena Reitzem a spol. na Stanfordské univerzitě 9. března 1981 u 45leté pacientky s terminálním stadiem primární plicní hypertenze. V roce 1983 následovala první jednostranná transplantace plic u 58letého muže s idiopatickou plicní fibrózou. V roce 1986 byla provedena první úspěšná oboustranná transplantace en-bloc u pacienta se sekundárním emfyzémem. Operace provedl J. D. Cooper v Torontu. En-bloc oboustranné transplantace však byly zatíženy nesmírným počtem komplikací hojení tracheální anastomózy. Proto tato metoda byla nahrazena technikou oboustranné sekvenční transplantace plic (V. Třeška, 2002).

Na celém světě soustavně transplantuje srdce a plíce asi 40 center. Dosud bylo provedeno ve světě více jak 8 000 kombinovaných transplantací srdce a plic. Je odhadováno, že je nutno provést 5 transplantací na 1 milion obyvatel (V. Třeška, 2002).

2.4 Transplantace ledvin

První úspěšnou transplantaci ledvin u psa provedl v roce 1902 ve Vídni chirurg Imre Ullman, rodák z Peště. Ledvina byla u psa napojena na krční cévy s močovodem volně vyústěným suturou kůže. Ledvina vylučovala moč po dobu několika hodin. Funkce zanikla v důsledku trombózy tepenné i žilní anastomózy. O tři roky později italský lékař Floresco a další rok Carrel a Gurthie provedli obdobnou operaci. V roce 1906 francouzský chirurg Jaboulay nahradil afunkční ledviny zvířecími. V roce 1936 ukrajinský chirurg Voronov publikoval o první transplantaci ledvin u člověka. Šlo o 26letou ženu, která se pokusila o sebevraždu sublimátem (chlorid rtuťnatý). Dárce byl starší muž, který zemřel po úrazu hlavy 6 hodin před odběrem, ledvina byla umístěna do třísla. Intoxikovaná měla skupinu 0, dárce skupinu B. Po operaci ledvina vylučovala čirou moč, ale další den pak červenou (snad v souvislosti s podanou transfuzí krve), pak došlo k zástavě tvorby moči a pacientka za 2 dny po operaci zemřela. Ani další transplantace od mrtvých dárců neskončily úspěšně.

Diskutovala se otázka, zda nebyla chyba v operační technice. V roce 1954 v Bostonu byla provedena úspěšná transplantace ledvin mezi jednovaječnými dvojčaty, operaci provedli týmy pod vedením Murraye a Harrisona. Příjemcem byl 22letý Američan s chronickým selháním ledvin. Pacient se rychle uzdravoval i bez imunosupresivní terapie, později se oženil se zdravotní sestrou, založil rodinu. Zemřel za 20 let s funkční ledvinou na kardiovaskulární komplikaci. Bylo jasné, že neúspěch v transplantaci je nutné hledat jinde. Bylo to i imunitní reakcí organismu na cizí tkáň (O. Viklický, 2008).

Základní poznatky o imunitní aloreaktivitě položil v roce 1943 Peter Brian Medawar. Poznatky výzkumu na králících použil při léčbě popálenin u válečných letců kožními aloštěpy. Zjistil, že respektování krevních skupin není jedinou podmínkou úspěšné transplantace. Definoval fenomén získané imunologické tolerance. K podobným závěrům nezávisle dospěl náš imunolog Milan Hašek při pokusech s embryonální parabiózou kuřat propojením krevního oběhu kuřecích embryí. V té době nebylo o imunitním charakteru rejekce transplantátu pochyb, funkce lymfocytů ale nebyla ještě známa. K potlačení imunity se používalo subletální celotělové ozáření, někdy s následnou infuzí dárcovské kostní dřeně. Pro závažné vedlejší účinky bylo od tohoto postupu rychle upuštěno. (O. Viklický, 2008, s. 38-39).

V 50.–60. letech minulého století Gowans předložil důkazy o tom, že lymfocyty jsou schopny reagovat na antigenní podnět a odhalil jejich imunitní funkci. Popsal úlohu lymfocytů v rejekci transplantátu i v reakci štěpu proti hostiteli. V roce 1958 francouzský hematolog Jean Dausset identifikoval lidský leukocytární antigen histokompatibilního systému HLA. Na práci v Daussetově skupině se podílel i československý imunolog Pavol Iványi. V roce 1962 byl zaveden sirem Royem Calnem azatioprin do imunosupresivní léčby. Až do roku 1968 se s odběrem orgánu vyčkávalo až do zástavy srdce dárce, což prodlužovalo teplou ischemii, snižovalo naději na zachování funkčnosti orgánu a vylučovalo tzv. vzdálené odběry. Rozvoj transplantologie v roce 1968 umožnilo stanovení mozkové smrti (Committee of Harvard Medical School). Objev cyklosporinu A byl významným pokrokem ve vývoji imunosuprese. Jako první byl požit Calnem v roce 1979, a snížil výskyt akutních rejekcí v prvním roce po transplantaci z 80 % na cca 50 %, v roce 1990 bylo poprvé užito imunosupresivum FK 506 – tacrolimus (O. Viklický, 2008, s. 39-41).

První transplantace u nás byla provedena v Hradci Králové v roce 1961. Příjemcem byla 16-letá Alžběta Martanová ze Slovenska, které chirurg odstranil solitární ledvinu pro lithi-

ázu. Nevěděl, že pacientka má pouze jednu ledvinu. Nejdříve se rozhodl její bratr darovat ledvinu, avšak při revizi ledviny se zjistilo, že má 3 arterie a transplantace se neuskutečnila. Za 4 dny později jí darovala ledvinu její 60letá matka. Nemocná i ledvina byly před transplantací ozářeny. 16. den po operaci pacientka zemřela na sepsi. Systematický program transplantací ledvin byl zahájen v IKEM Praha od roku 1966, kdy 21. 3. 1966 byla provedena příbuzenská transplantace (matka) u Karla Pavlíka. Po něm je nazvána nadace, která se stará o rozvoj transplantologie u nás (V. Třeška, 2002, s. 17).

2.5 Transplantace pankreatu

V roce 1892 nezávisle na sobě Minkowski a Hedon provedli autotransplantaci pankreatu u psa bez porušení cévního zásobení. O dva roky později Angličan Williams se pokusil léčit 13letého chlapce v ketoacidose. Přenesl 3 nevascularizované kousky ovčího pankreatu do podkoží stehna. Další byly neúspěšné pokusy Pybuse v roce 1916, i když použil kousky lidského pankreatu. Další vývoj transplantace se pozastavil i v důsledku objevu inzulinu, v roce 1921 Bantingem a Bestem. Teprve 16. 12. 1966 Kelly a Lillehei v Mineapolis provedli první kombinovanou transplantaci pankreatu a ledviny u 28leté ženy, která trpěla diabetem od prvního roku života. Použili techniku segmentální transplantace s podvazem vývodu a extraperitoneálním uložením štěpu. Léčba inzulinem byla přerušena na 6 dnů. Následně se však vyvinula pankreatitida a pankreatická píště. Průběh byl dále komplikován trombózou, krvácením a terminální plicní embolií za 10 týdnů po transplantaci. Při další transplantaci, v předvečer Nového roku 1967, plná funkce štěpu vydržela a to skoro 5 měsíců (transplantována celá slinivka spolu se segmentem duodena, který byl vyústěn kožní stomií). Roku 1973 Lillehei provedl 13 transplantací pankreatu (9 kombinovaných s ledvinou), zevní vyústění pankreatu bylo nahrazeno Roux-en-Y duodenojejunostomií. Plná funkce pankreatu prvních pacientů netrvala déle než 1 rok, ale byla prokázána technická proveditelnost a principiální správnost koncepce transplantace pankreatu. Další pokrok znamenalo zavedení močové drenáže pankreatického vývodu (počátek 70. let). Bilance dalších operací byla špatná, takže se uvažovalo o upuštění od transplantací pankreatu. Obrat k lepšímu nastal od roku 1977, kdy Dubernard v Lyonu začal provádět segmentární transplantace kaudy pankreatu s obliterací vývodů neoprenem. Skutečný rozvoj transplantace pankreatu nastal počátkem 80. let. Začal se používat cyklosporin A a následně anti T-lymfocytární sérum. Další pokrok znamenal zavedení techniky transplantace celého pan-

kreātu se segmentem duodena drénovaným do močového měchýře. V 90. letech minulého století dochází k znovuoobnovení drenážní techniky na střevo. Ta byla úspěšnější díky zkonalované imunosupresivní léčbě (mycophenolat mofetil, tacrolimus, rapamycin). Dříve se štěp pankreatu ukládal do peritoneální dutiny, dnes se ukládá extraperitoneálně. První transplantace pankreatu současně s ledvinou byla provedena v IKEM Praha v roce 1983 (M. Adamec, F. Saudek, 2005, s. 46-48).

Myšlenku o transplantaci pouze ostrůvků pankreatu vyslovil v roce 1902 ruský vědec Sobolev. Izolace ostrůvků však byla spojena s funkčním poškozením a velkou ztrátou počtu ostrůvků. Až v roce 1978 Largiader z Curychu informoval o první transplantaci ostrůvků u diabetika typu 1, který nemusel aplikovat inzulín po dobu jednoho roku. V roce 1988 popsal Ricordi a spol. poloautomatickou metodu izolace lidských ostrůvků, která vedla k podstatně většímu zisku počtu ostrůvků. Tato metoda byla později doplněna požitím buněčného separátoru, což zvýšilo výtěžnost. Rozhodující zlom ve vývoji transplantace byl rok 2000, kdy u 7 po sobě jdoucích transplantacích bylo možno přerušit inzulínovou léčbu. Jednorocní úplná funkce pankreatických ostrůvků může dosahovat až 80 %, ale většinou je kolem 50 %. Zda tato metoda nahradí transplantaci celého pankreatu, ukáže budoucnost. V současné době transplantace pankreatu zůstává jedinou metodou, která standardně navozuje normoglykémii (M. Adamec, F. Saudek, 2005, s. 49–50).

2.6 Transplantace jater

První heterotopickou transplantaci jater u psa provedl C. S. Welch v roce 1955 (Alabama). J. A. Cannon provedl první ortotopickou transplantaci jater v roce 1956 (California). Francis D. Moore vyvinul techniku ortotopické transplantace jater u psa, kterou převzal Starzl a aplikoval ji později i v klinické praxi. První transplantaci jater u lidí provedl Thomas Starzl v roce 1963 na Coloradské universitě v Denveru. Pacientem byl 3letý chlapec s biliární atresií. Operace byla neúspěšná pro těžkou poruchu hemokoagulace. Následně dva transplantovaní zemřeli za sedm a dvacet dva dnů po výkonu, na plicní embolii a sepsi. První úspěšnou transplantaci provedl Starzl v roce 1967. Pacientce bylo 18 měsíců, trpěla na maligní tumor jater. Zemřela po 400 dnech na diseminaci tumoru. V roce 1968 Roy Yorke Calne zahájil druhý program transplantace jater na světě (Cambridge University). Pokrok v klinických transplantacích jater nastal po zavedení nového imunosupresiva cyklosporinu; v roce 1972 jej izoloval J. F. Borel v Basileji. V klinické praxi jej použil R. Y.

Calne v Cambridgi v roce 1978. V roce 1988 byl Collinsův konzervační roztok nahrazen UW roztokem (University of Wisconsin). Výrazně se tak prodloužila studená ischemie orgánových štěpů. Transplantace jater je v současné době považována za nejsložitější a nejnákladnější program současné klinické medicíny.

První transplantaci jater u nás provedl brněnský tým Vladimíra Kořístka a Jana Černého, a to 2. 2. 1983. Pacient s tumorem jater přežívá přes 30 let a je nejdéle přežívajícím pacientem po transplantaci jater u nás. V roce 1985 je provedena první transplantace jater v IKEM Praha po předchozí stáži lékařů v Berlíně u prof. Neuhausena, jehož pracoviště patří k nejlepším v Evropě, ne-li na světě. V roce 1996 se zapojilo do transplantací jater i ostravské transplantační centrum, které z ekonomických důvodů zaniklo. V naší republice poprvé byla provedena v roce 2006 tzv. domino transplantace jater (IKEM Praha). Transplantace probíhala tak, že první pacient daroval svá játra druhému, a on sám získal játra od zemřelého dárce. V celosvětovém měřítku se pohybujeme kolem 11. místa v počtu transplantací na 1 milion obyvatel (P. Trunečka, M. Adamec, 2009, s. 22--27).

2.7 Transplantace kostní dřeně

Snaha použít k léčbě kostní dřeně je starší než 100 let. V roce 1891 podával Brown-Séguard kostní dřeň perorálně nemocným s poruchami krvetvorby. Převod buněk kostní dřeně intravenózní infuzí uskutečnil již v roce 1939 Osgood, ale na jeho zkušenost se na mnoho let zapomnělo. V druhé polovině 50. let se skutečně začaly zkoušet alogenní transplantace kostní dřeně v klinické praxi. Výsledky však byly skličující, protože tehdy ještě nebyl znám hlavní systém histokompatibility. V roce 1960 se Arient a jeho spolupracovníci pokusili o prvou transplantaci kostní dřeně u nás. Byla provedena v Ústřední vojenské nemocnici u akutní leukémie (J. Vaňásek, 1996, s. 15-16).

Objevení HLA systému počátkem 60. let znamená vznik moderní éry alogenní transplantace kostní dřeně, což je spjato se jménem E. Donnalla Thomase a spol. První transplantace kostní dřeně s HLA-identickou kostní sourozenskou dření byla provedena Thomasem a spol. v roce 1968 u leukémického nemocného v Seattlu. Za svou průkopnickou práci byl E. D. Thomas oceněn Nobelovou cenou za medicínu v roce 1990. První transplantace kostní dřeně s vyšetřením HLA systému u nás byla provedena v roce 1976 v Hradci Králové (J. Vaňásek, 1996).

Opravdový klinický rozvoj transplantací kostní dřeně začal v roce 1986 vznikem moderního transplantačního centra pro dospělé v Ústavu hematologie a krevní transfúze v Praze. Od roku 1989 se provádí transplantace kostní dřeně u dětí ve Fakultní nemocnici v Motole. V současné době se provádějí u nás transplantace na sedmi pracovištích (3. pražská, Plzeň, Hradec Králové, Brno - Bohunice, Olomouc), (P. Kavan, 1998).

2.8 Transplantace tkání

První zmínky o alogenních a xenogenních transplantacích tkání se objevují již ve starověku, avšak dokumentované případy se objevují až v 19. století. Ale již v roce 1682 se objevuje zpráva i o náhradě defektu kosti lebeční u vojáka, který byl poraněn šavlí. Kost byla nahrazena kostí ze psa. Také řada experimentálních studií s transplantací tkání byla provedena v 19. století. V tomto období byly získány i první klinické zkušenosti. Tkáně se získávaly od jiných nemocných, kterým byly odstraněny při chirurgických operacích (V. Třeška, 2002).

2.8.1 Transplantace rohovky

Onemocnění rohovky, která jsou druhou nejčastější příčinou slepoty, znepokojovaly lidstvo již v dobách před naším letopočtem, kdy jsou zmínky o řešení těchto chorob. Kolem roku 1760 se objevují návrhy na odstranění rohovky bez náhrady. Teprve roku 1818 vídeňský oční chirurg Reisinger se pokusil nahradit zakalenou rohovku rohovkou zvířete. Operace se nezdařila a pacient zůstal slepý. Zvířecí transplantáty nebyly vhodné, ať se požily rohovky ovčí, vepřové, králičí či opičí. V roce 1835 Samuel Bigger provedl první úspěšnou transplantaci na zvířeti. První úspěšnou transplantaci u člověka provedl 7. prosince 1905 Eduard Zirm v Zemské nemocnici Olomouc. Jednalo se o oko poleptané vápnem a dárce byl chlapec, jehož oko bylo odstraněno pro úraz. Na rozvoj transplantace rohovky má zásluhu i A. Elsching, který v letech 1908-1931 provedl několik set transplantací ve Všeobecné nemocnici v Praze. Významný byl přínos ruského lékaře Vladimíra Petroviče Filatova, který dosáhl trvalou funkci transplantátů téměř u poloviny pacientů. Jeho významným přínosem byl odběr rohovky od mrtvých dárců a její uchovávání ve vlhké komůrce při 4° C. Ve druhé polovině minulého století se zdokonalily metody transplantační chirurgie. Vlivem dalšího výzkumu anatomie a fyziologie rohovky, imunologie a technického vylepšení operačních mikroskopů a operačních nástrojů se transplantace stala standardním chirurgic-

kým výkonem v oftalmologii. Je to transplantační metoda s nejlepšími výsledky. Ve více než 90 % navrácí pacientovi zrak (K. Nouza, 1991).

2.8.2 Transplantace kůže

V roce 1503 provedl sicilský lékař Brance přenos kůže za účelem plastické operace nosu u bohatého patricie. Dárce kůže byl otrok. Ke konci 16. století Ital Togliacozzi prováděl přenosy kůže „běžně“ a tuto metodu popularizoval (Haškovcová, 1975).

Transplantace kůže se využívá při rozsáhlých popáleninách kůže a ztrátách kožního povrchu.

2.8.3 Transplantace kostní tkáně

První zaznamenanou kostní transplantaci popsal v roce 1668 holandský chirurg Job Van Meekren, který vyplnil ruskému vojákovu defekt kalvy kouskem kosti ze psa. Tato událost je známá proto, že se o ní zachovaly kostelní záznamy. Pacient byl totiž proto exkomunikován z církve a po dvou letech žádal lékaře o odstranění transplantátu, aby se mohl vrátit mezi věřící. Štěp byl již zhojen (M. Janovec, 1990, s. 49).

Teprve v 19. století nastal počátek kostních transplantací. V roce 1820 byl proveden P. von Waltherem první přenos autogenního kostního štěpu. Dále W. Macewen v roce 1878 úspěšně transplantoval kostní aloštěp. Podařilo se mu nahradit zanícený humerus 4letého chlapce štěpem z tibie pacienta s křivicí. V roce 1908 Lexer a později i Albee (1923) publikovali a shrnuli úspěšné zkušenosti z přenosů kostí. Objev Chase a Herndona (zmrazení štěpu snížilo jeho antigenitu) zvýšil zájem o tyto operace. Ukázalo se, že ve vysokém procentu byly štěpy následně přestavěny a vtěleny do hostitele. V tehdejší Československu začala v 50. letech požívat tuto metodu pracoviště v Brně, Praze, Hradci Králové a Bratislavě. V současnosti je tento postup běžně využíván v ortopedii.(M. Janovec, 1990).

3 LEGISLATIVA – „TRANSPLANTAČNÍ ZÁKON“

Zákonná úprava týkající se odběrů a transplantací tkání a orgánů je dána nutností ochrany osobnosti, právem na tělesnou integritu, potřebou vyloučit možnost střetu zájmů, legislativně definovat postup při získávání orgánů a tkání z těl zemřelých a také vyloučit možnost komerčního zneužití odebraných orgánů a tkání. Podle směrnice Rady Evropy (1999) je: „...*právní úprava odběrů a transplantací od zemřelých osob žádoucí ve všech aspektech tohoto procesu...*“.

Zákon musí jednoznačně definovat okamžik smrti tj. smrt mozku nebo zástava oběhu, kritéria nutná k vyjádření souhlasu (případně nesouhlasu s odběrem) i oprávnění k posmrtnému odběru. Zákon by měl zaručit spravedlivý a transparentní postup při výběru příjemců a také zřízení a správu jednotlivých registrů (např. registr odmítačů darování orgánů- ROD, registr čekatelů na konkrétní orgán (waiting list – WL a registr transplantovaných RTx). Kvalitní transplantační zákon by měl umět vymezit obecné hranice, za které jít by bylo postupem non lege artis, ale měl by nechat na odborných společnostech výběr jednotlivých (stále se zdokonalujících) léčebných a diagnostických metod. V opačném případě hrozí, že původně moderní legislativa se stane po čase přítěží. Je důležité vědět, že legislativa zásadním způsobem ovlivňuje úroveň odběrové a transplantační aktivity (V. Třeška. 2008, s. 24).

3.1 Principy souhlasu, nesouhlasu s odběrem orgánů

Transplantační medicína by nemohla existovat bez dárců orgánů a dárcovství by nebylo možné bez vstřícného postoje veřejnosti. Oprávnění k odběru se řídí zvyklostmi jednotlivých zemí a ty jsou různé dokonce i v zemích Evropské unie. V současné době rozeznáváme ve vztahu k darování orgánů a tkání od zemřelých osob dva hlavní principy zakotvené v legislativě jednotlivých zemí:

1. Princip předpokládaného souhlasu (předpokládáme, že každý, kdo během svého života, nevysloví nesouhlas s možností orgánů a tkání v případě své smrti, s touto možností souhlasí – v některých zemích však je nutné informovat nebo žádat o souhlas rodinu). Platí v Rakousku, na Slovensku, v Polsku, Maďarsku, Belgii, Francii, Portugalsku, Španělsku, Itálii a Řecku. V České republice platí pro osoby zletilé a svéprávné.

2. *Princip předpokládaného nesouhlasu* (předpokládá se automaticky nesouhlas). Vůli k odběru orgánů vyjádří zemřelý ještě za svého života vlastnictvím vyplněné Dárcovské karty, popř. souhlasem rodiny či vyjádřením ve své poslední vůli. Platí ve Skandinávii, Velké Británii, v Německu, Holandsku, USA, Kanadě. V České republice platí pro osoby nezletilé a nesvéprávné (souhlas dává rodina nebo zákonný zástupce).

Nastavení legislativy má proto zásadní vliv na úroveň odběrové a transplantační aktivity v jednotlivých zemích. Jinak řečeno, šance čekatelů na přežití jsou závislé na znění transplantačních zákonů. Jako typický příklad může posloužit rozdíl mezi transplantační aktivitou Nizozemska a Belgie. Oba státy jsou přibližně stejně velké, stejně vyspělé, s podobnou kulturní tradicí. Přesto je v Belgii asi dvakrát vyšší transplantační i odběrová aktivity než v Nizozemsku. Jediným rozdílem je legislativa. V Belgii platí princip předpokládaného souhlasu a v Nizozemsku princip předpokládaného nesouhlasu.

Dalším - a pro nás ještě zajímavějším příkladem je rozdíl mezi aktivitou a legislativou Rakouska a Německa. I zde se jedná o přibližně stejně bohaté státy s podobnou kulturní tradicí. V přepočtu na jeden milion obyvatel je v Rakousku 25 dárců orgánů (z toho 0,3 NHBD – non - heart - beating donor = dárce s nebijícím srdcem) a 43 transplantací ledvin, zatímco v Německu jen 15 dárců (žádní NHBD díky legislativě) a jen 25 transplantací ledvin na jeden milion obyvatel. I zde je rozdíl v principech předpokládaného souhlasu. V Německu navíc vstoupily do legislativního procesu ještě různé vlivné nábožensky orientované skupiny, kterým se podařilo „rozmlžit“ přesnou definici smrti organismu. Podle stávající zákonné normy platné nyní v Německu je smrt mozku nebo ireverzibilní zástava srdeční pouze začátkem procesů vedoucích ke smrti. Z tohoto důvodu není možné v Německu zahájit program odběru orgánů od dárců s nebijícím srdcem. Bohužel i v České republice, která tradičně patří k zemím s vysokou transplantační aktivitou, způsobilo zavedení nového transplantačního zákona pokles odběrů a transplantací asi o 15 až 20 % (V. Třeška, 2008, s. 24–26)

3.2 Transplantační zákon

Transplantační zákon (Zákon 285/2002 Sb. o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů – viz příloha) vstoupil v platnost v září 2004, tedy v době, kdy Česká republika již byla členským státem Evropské unie. Přijetím toho zákona vznikla povinnost zřídit Registr odmítačů darování orgánů (ROD) a zajistit občanům České

republiky možnost zapsat se do tohoto registru. Zákon také uložil Ministerstvu zdravotnictví povinnost zřídit Koordinační středisko transplantací (KST), které má mimo jiné za úkol vést čekací listiny a provádět z nich výběr pro orgánové transplantace, koordinovat spolupráci mezi dárcovskými nemocnicemi, regionálními transplantačními centry, vést přehledy o odběrech a transplantacích a poskytovat administrativní a případně i právní servis jednotlivým transplantačním centřům.

Transplantační zákon rozdělil občany České republiky do dvou základních kategorií:

1. *Osoby dospělé a svéprávné* – pokud nejsou evidovány v ROD nebo jiným způsobem nevyjádřili nesouhlas s odběrem orgánů a tkání – považují se z principu předpokládaného souhlasu za potenciální dárce orgánů a tkání. Pro tento případ ukládá zákon ošetřujícímu lékaři rodinu pouze informovat, pokud o zemřelého jeví zájem.
2. *Osoby nezletilé a nesevéprávné* se mohou stát po své smrti dárce orgánů a tkání jen s výslovným souhlasem rodiče, případně zákonného zástupce. Tento souhlas, případně nesouhlas, musí být zaprotokolován a je součástí zdravotní dokumentace. Z uvedeného je zřejmé, že je zde prakticky uplatněn princip předpokládaného nesouhlasu.

Kombinace výše uvedených principů v jednom zákoně a v jedné zemi je zcela neobvyklá. Celé znění zákona je velmi komplikované, proto zmíníme pouze to nejzákladnější ve stručném přehledu:

Dárce orgánů nemůže být:

1. Dospělá a svéprávná osoba, která je evidována v ROD nebo jiným prokazatelným způsobem odmítla možnost odběru orgánů a tkání v případě své smrti.
2. Nezletilá či nesevéprávná osoba, pokud to odmítne rodič či zákonný zástupce.
3. Osoba, již nelze identifikovat.
4. Je-li podezření, že zemřelý trpěl onemocněním, které by se mohlo přenést na příjemce, např. extrakraniální malignita, HIV pozitivita, sepse, přenosná infekční onemocnění, kolagenózy a některá systémová onemocnění.
5. Patří-li zemřelá osoba prokazatelně mezi osoby s rizikovým chováním (nakomani, prostitute, dlouhodobý výkon trestu atd.).

6. Cizinec ze země, se kterou nemá Česká republika smlouvu o možném odběru orgánů a tkání.

7. Oběť některých trestných činů, kdyby mohl odběr orgánů zmařit účel vyšetřování.

Pro potřebu transplantačního zákona se smrtí rozumí:

- *Smrt mozku*

Prokázáním nezvratné ztráty funkce celého mozku včetně mozkového kmene – jde o dárce s bijícím srdcem (HBD).

- *Nezvratná zástava krevního oběhu*

Na základě ukončení neúspěšné resuscitace, kdy se nepodařilo během 30 minut obnovit srdeční činnost nebo ji účinně podporovat. Jde o dárce s nebijícím srdcem (NHBD). U NHBD musíme znát přesný čas smrti a ta musí být zjištěna ve zdravotnickém zařízení: JIP, ARO, operační sál, příjmová ambulance oddělení nebo na příjmovém oddělení nemocnice (Emergency). Jak je zřejmé z výše vyjmenovaných pracovišť, klade se zcela oprávněný důraz na monitorování nemocného, znalost přesného času zástavy srdeční, zahájení resuscitace a jejího trvání. Tyto údaje jsou rozhodující pro pozdější funkci odebraných orgánů, např. ledvin (V.Třeška, 2008, s. 26-29).

4 ETIKA

Motto: „ Vědecké poznatky jsou eticky neutrální.“ G. R. Taylor.

4.1 Obecný úvod

Etika je filozofická vědní disciplína, která zkoumá morálku. Etika jako teorie morálky není ničím samozřejmým a úzce souvisí se socializačním procesem člověka. Etika je věda, která zkoumá mravně relevantní jednání, tj. projevuje se v ní hodnotící aspekt, který říká, o co má člověk v životě usilovat a jak se má chovat k jiným lidem. Mravně relevantní jednání v sobě zahrnuje odpovědnost a oprávněnost v bezprostřední vazbě na svobodu volby (J. Kořenek, 2002, s. 38).

4.2 Vývoj etického myšlení v medicíně

Není pochybností o tom, že historie jakéhokoliv pokroku v lékařství je do určité míry totožná s historií experimentování. Je však třeba mít neustále na zřeteli i etickou stránku celé problematiky. Je jasné, že prosazování etických zásad bez dostatečných odborných znalostí by mohlo vyústit v pouhou etickou parodii. Na druhé straně však prosazování nelítostného pokroku na úkor respektu ke každému jednotlivci a k jeho právům by mohlo vést a v minulosti vedlo k ještě mnohem horším důsledkům (M. Munzarová, 2005, s. 11).

Úvahy na uvedené téma z úst lidí skutečně moudrých k nám zaznívaly po staletí. Tak již Avicenna (980-1037) zvažoval tíhu skutečnosti, že zkoušení léků je třeba provádět na člověku, jelikož testování na zvířatech nemusí prokázat vůbec nic o jejich účincích na lidské bytosti. Moses Maimonides (1135-1204) v celém svém učení prosazoval, že k nemocnému je třeba vždy přistupovat jako k cíli v sobě samém a ne jako k prostředku k získávání nových pravd (M. Munzarová, 2005, s. 11).

Z dějin následujících staletí vyplývá, že lékaři zpočátku zkoumali nové metody na lidech sobě blízkých (nebo i na sobě samých), a že nebyl narušován základní postoj lékaře k pacientovi v duchu hippokratovské tradice. Claude Bernard (1813-1878), skutečný vědec z období již ne tak vzdáleného, zdůrazňoval jako princip lékařské morálky to, že lékař neprovede nikdy na člověku pokus, jenž by ho jakkoliv poškodil, a to ani tehdy, kdyby byl velice přínosný pro vědu a pro zdraví ostatních. V období před druhou světovou válkou však dochází, v rámci vědeckého rozvoje, ke změnám. Jsou dokumentovány pokusy na

lidech nekompetentních, na lidech v ústavech, na dětech v azylových domovech a jsou popsána i hrubá zneužívání lidí jen pro účely pozorování projevů choroby. Hrůzných rozměrů pak tyto pokusy dosáhly v období druhé světové války (M. Munzarová, 2005, s. 11).

Obecně přijímaným základem lékařské etiky byla vždy etika hippokratovská, vycházející z přísahy Hippokratovy. V ní byla zakotvena řada závazných principů a návodů, určujících správné jednání ve vztahu k nemocnému, stejně tak jako zdůraznění důležitosti „čistoty a posvátnosti života“ lékaře samotného. V průběhu času byl text v naší kulturní oblasti uváděn do souladu s židovsko-křesťanskou tradicí, v islámských zemích pak s teologií islámu. Zásady byly rozšiřovány i o jiné povinnosti, aniž by tyto byly v rozporu s těmi původními, v přísaze uvedenými. Takovéto syntézy se staly výchozím bodem lékařských přísah a etických kodexů. Ke kritice některých z těchto zásad došlo až ve druhé polovině minulého století, především v USA. Nutným výsledkem bylo zpochybnění tradičního mravního zakotvení společnosti obecně a lékařství zvláště, s požadavkem alternativních modelů vyučování a praktikování lékařské etiky. V souvislosti s těmito tendencemi viděli mnozí lékaři řešení těžkých dilemat v legislativě anebo zaujímalí zcela nihilistický pohled na etiku jako takovou. Nicméně většina z nich poznala nebezpečí v zaměňování zákona nebo ekonomiky za etiku, stejně tak jako v redukci profesní etiky na pouhý osobní názor (M. Munzarová, 2005, s. 15).

4.3 Etika v transplantační medicíně

Transplantace tkání, a zejména některých orgánů se staly v posledních letech klinickou metodou, která má nejen své nepopíratelné přednosti, ale také četná úskalí medicínská, technická, organizační a ekonomická. Transplantační program nutně potřebuje celospolečenskou dohodu, a proto věnujeme pozornost alespoň těm problémům, které bývají souhrnně označovány jako etické, a které zneklidňují širokou veřejnost. Neznalost alespoň základních reálií je ke škodě věci a bývá příčinou mnoha emotivních diskusí, které čas od času zachvátí tisk a média. Laická veřejnost se přednostně zajímá o to, jakým způsobem se vybírá dárce orgánu, a často nechápe, proč je někdy nemožné najít vhodného dárce a co se pojmem „vhodný“ vlastně rozumí. Občané také někdy projevují obavy o dárce a ptají se, zda bylo učiněno vše pro jeho záchranu a zda nedošlo k neoprávněnému odběru. Jinými slovy řečeno, zda nedošlo k preferenci zájmů příjemce. Všeobecně existuje malá povědomost o tzv. smrti mozku. Mnoho nejasností panuje také v otázce, zda rodina zemřelého je

nebo není oprávněna poskytnout souhlas nebo nesouhlas s odběrem orgánů pro účely transplantace (H. Haškovcová, 2002, s. 171).

Zvláštní skupinu tvoří někteří čekatelé na transplantaci. Oni, případně jejich rodiny, bývají netrpěliví a podezírají lékaře, že potřebný orgán přidělují podle svého uvážení, a tudíž někdy nespravedlivě. Lékařské indikace k transplantačním výkonům mají svá pravidla a ta rovněž nejsou rámcově známa. Ačkoliv se značná část lékařů a dalších zdravotnických pracovníků s problematikou transplantací ve své klinické praxi nesetká, je potřebné, aby právě oni šířili vhodnou osvětu a v dobrém slova smyslu propagovali ušlechtilé cíle transplantologů. Kladnou úlohu by mohli sehrát také posilováním důvěry občanů k lékařům, a to tím, že by soustavně vysvětlovali „choulostivá“ místa transplantačních postupů, která bývají zdrojem nepochopení, pochyb, a dokonce podezírání. Orgánové transplantace trvale přitahují pozornost laické veřejnosti. Většina laiků je přesvědčena, že klíčovým problémem transplantologie je chirurgická stránka věci. Pravidelně bývají opomíjeny problémy imunologické tolerance neboli snášenlivosti a s tím spojený výběr vhodného (kompatibilního) dárce. (H. Haškovcová, 2002, s. 171–172)

Za základ pro morální hodnocení v biomedicínské etice bývá používán přístup na základě „čtyř principů a záběru“, který se vyskytuje u Američanů Beauchampa a Childresse v jejich slavné a již klasické učebnici *Principles of Biomedical Ethics*. S tímto přístupem lze biomedicínské morální problémy analyzovat z hlediska čtyř základních morálních principů nebo hodnot, jež téměř každý po zralé úvaze přijímá jako *prima facie* – evidentně platné – spolu s vědomím rozsahu využití každého z těchto principů (tedy s vědomím ke komu a nebo k čemu vzniká morální závazek způsobený přijetím těchto principů). Tyto čtyři *prima facie* principy bez jakékoliv přednosti v pořadí jsou:

- respekt k lidské autonomii nebo sebeurčení (pokud takový respekt odpovídá stejnému respektu k autonomii všech, jichž se to potenciálně týká);
- neuškodit anebo závazek neuškodit;
- prospěšnost anebo závazek být ku prospěchu;
- spravedlnost – neboli závazek přistupovat ke konkurujícím si nárokům spravedlivě.

Výraz „*prima facie*“ použil anglický filozof W. D. Ross a znamená, že princip je v určující situaci morálně zavazující, pokud se nedostává do konfliktu s některým jiným. Potom je

mezi soupeřícími morálními závazky nutná volba. Zdá se, že tyto čtyři principy jsou přijatelné téměř pro každého bez ohledu na původ, filozofii, náboženství, politiku nebo kulturu (D. C. Thomas, T. Kushnerová, 2000. s. 119–120)

4.3.1 Čtyři principy a rozsah jejich využití

Respekt k autonomii

Autonomie je základní a uvážené pravidlo k sebeřízení nebo k sebeurčení – je to pravidlo promyšlené volby. Tato schopnost rozhodovat se promyšleně sám za sebe je pravděpodobně hlavním morálním rysem, který nás odlišuje od zvířat. K tomu, aby si každý z nás uvědomil, jak je důležitý princip respektu k autonomii, musí si pouze zvážit, do jaké míry ho morálně pobouří (nebo by ho pobouřilo), kdyby se jiní lidé snažili vnucovat mu možnosti, s nimiž nesouhlasí.

Děti a dárcovství orgánů pro transplantace. Kdy jsou děti adekvátně autonomní, aby byla jejich rozhodnutí respektována? Například v souvislosti s transplantací, kdy je dítě dostatečně adekvátně zralé (autonomní) na to, aby bylo možno respektovat jeho rozhodnutí darovat ledvinu nebo kostní dřeň anebo třeba krev bratrovi nebo sestře?

Emoční tlak, autonomie a dárcovství orgánů. Je dárcem, emocionálně velmi zainteresovaný na potenciálním příjemci, dostatečně autonomní, aby učinil svobodné rozhodnutí vzít na sebe související rizika a daroval svůj orgán milované bytosti – nebo je pravděpodobné, že autonomie dárce bude do značné míry ovlivněna silnými emocemi? A co možnost, že dárcem se ve skutečnosti nechce vzdát své ledviny nebo jiného orgánu, ale stal se obětí „citového vydírání“? V některých kulturách se staví závazky vůči rodině téměř nade vše ostatní, a když člen rodiny, zvláště je-li mocný, potřebuje transplantaci apod., běda každému potenciálnímu dárci, jenž by odmítl „dobrovolnou“ účast. Může být za takových okolností rozhodnutí o „dobrovolnosti“ dostatečně autonomní na to, aby je lékař mohl respektovat a přijmout? Jak stanovit adekvátní bezpečnostní opatření na ochranu dárců, aby jim orgány nemohly být odnímány, pokud si to skutečně nepřejí?

Neškodit a prospět v dárcovství orgánů

Tento závazek neškodit druhým by na první pohled především zakazoval lékařům operovat zcela zdravé lidi proto, aby jim odňali ledvinu, protože nepochybně každá operace vede k nějakému poškození (řez sám o sobě, malé, ale ne zcela pomínutelné nebezpečí celkové

anestézie, pooperační bolest, nebezpečí infekce, malé nebezpečí komplikací chirurgického zákroku včetně minimálního rizika úmrtí). Normálně se v medicíně riziko nevyhnutelného poškození ospravedlňuje očekávaným přínosem pro pacienta, jenž nebezpečí podstupuje. Kdykoli se člověk snaží prospět druhému, objevuje se riziko poškození, takže o prospěšnosti se vždy musí uvažovat ruku v ruce s principem nepoškozovat, s cílem poskytovat čistý prospěch při co nejnižší míře poškození. Pokud si dobrovolník nechá odebrat ledvinu, aby byla transplantována pacientovi, který ji potřebuje, argument čistého léčebného prospěchu neplatí v případě operace dárce, protože dárce podstupuje riziko bez odpovídajícího léčebného prospěchu. Prospěch to přináší někomu jinému – příjemci. Toto morální otázku lze chápat z různých úhlů pohledu.

Různé pohledy na poškození a prospěšnost. Nejdůležitější je jistě hledisko potenciálního dárce. Ten zvažuje malé, ale významné riziko poškození, dokonce vzdáleně i nebezpečí smrti, nemluvě o značných nepříjemnostech a nepohodě, aniž by mu to přineslo nějakou odpovídající výhodu, přičemž příjemci přináší potenciálně významný odpovídající prospěch. Jistě bychom se shodli na tom, že nikdo nemá obecný morální závazek obětovat ledvinu (nebo třeba kostní dřev či krev), aby z toho druhí měli prospěch – ale stejně bychom souhlasili, že každý takový čin by byl morálně obdivuhodným a krásným příkladem altruismu nebo dobrého skutku přesahující rámec povinnosti. Podle tradiční a základní normy v medicíně, pocházející z Hippokratovy doby před minimálně 2500 lety, smějí lékaři poškodit své pacienty nebo toto poškození riskovat, pouze když jsou přesvědčeni, že to pro pacienta bude znamenat čistý léčebný prospěch. A v tomto případě existuje zřetelné, i když nepravděpodobné nebezpečí poškození, bolesti a nepohody, jež pacient – dárce ponese, aniž by to pro něj znamenalo jakoukoliv naději na vlastní zdravotní prospěch. Je v souladu s profesí chirurga takový altruismus akceptovat a operaci provést? Mnoho společností a jejich lékařských profesí dospělo v této záležitosti ke kompromisu jak vzhledem k lékařskému výzkumu, tak k transplantacím. Stručně řečeno to znamená, že v malé míře lékaři mohou škodit nebo riskovat poškození, pokud jde o léčebný zájem druhých, v případě, že je riziko poškození velmi malé (rozhodně ne větší než míra rizika, s níž se obvykle setkáváme v každodenním životě) a pokud subjekty, nebo v případě dětí jejich zodpovědní zástupci, jsou o kladech i záporech své navrhované účasti řádně informováni. Za takových okolností smějí lékaři přijímat dobrovolníky pro lékařský výzkum, který není v osobním zájmu těchto dobrovolníků, a mohou operovat dárce orgánů a tkání. Navíc se při dodržení

bezpečnostních opatření mohou i děti „stát dobrovolníky“ prostřednictvím svých zástupců – obvykle rodičů – jak v lékařském výzkumu, který nepřinese prospěch jim, ale může přinést prospěch druhým, i jako dárci orgánů.

Smrt, mozková smrt a dárcovství orgánů. Nikomu by nemělo být dovoleno záměrně obětovat svůj život (když už odhlédneme od života druhých), aby poskytl orgány dalším lidem, i kdyby se obětováním jednoho života možná zachránilo životů několik, a dokonce i když si potenciální dárci autonomně přeje dobrovolně se účastnit. Přestože takové sebeobětování je v souvislosti s transplantacemi orgánů morálně odmítáno, vedou se hlasité debaty o tom, zda použití dárců, jejichž mozek je mrtvý, je či není de facto jejich zabitím. Široké společenské a profesionální přesvědčení říká, že to zabití není, protože mozková smrt je skutečná smrt. Nicméně oponenti argumentují tím, že použití takzvaného „mrtvého těla s tlukoucím srdcem“ jako dárci (například obětí závažných mozkových traumat, jejichž vitální funkce se dají po nějakou dobu udržet pomocí umělé ventilace, výživy a hydratace, ale jejich mozek, včetně mozkového kmene, je natrvalo zničen) je ve skutečnosti zabitím umírajících pacientů tím, že jsou jim odňaty životně důležité orgány, a že se nejedná o odstranění orgánů z těl již mrtvých. Moderní vědecké chápání funkce mozku přináší jasný poznatek, že funkce mozkového kmene – malé oblasti na bázi mozku – je nezbytnou podmínkou jak pro biologický lidský život (protože mozkový kmen kontroluje a integruje tělesné biologické funkce, zejména dýchání), tak pro osobní lidský život (protože funkční mozkový kmen je nezbytný pro schopnost vědomí a jistě se shodneme na tom, že schopnost mít vědomí je podmínkou k tomu, aby byl člověk člověkem). Jestliže mozkový kmen lidské bytosti navždy přestal fungovat, je tato bytost mrtvá jak ve smyslu biologickém, tak i osobnostním. Proto kritéria pro smrt mozkového kmene jsou správnými kritérii pro smrt člověka. Možnost udržovat mnohé biologické funkce takto mozkově mrtvých jedinců po několik dnů umělými prostředky je nesmírně prospěšná pro potenciální příjemce transplantátů ledvin, srdcí, jater, plic a dalších orgánů, protože tyto orgány mohou být okysličovány a nepoškodí se, dokud nejsou skutečně transplantovány – ovšem bezvědomá, teplá lidská bytost, jejíž srdce a plíce jsou takto „udržovány v chodu“ na mechanickém ventilátoru, je stejně mrtvá jako chladné tělo v nemocniční márnici.

Spravedlnost a transplantace

V zásadě je to závazek přistupovat ke konkurujícím si nárokům férově nebo spravedlivě, zejména z hlediska etiky zdraví v souvislosti s nedostatkem zdrojů, s respektem k lidským právům a k morálně přijatelným zákonům. Pokud jde o spravedlnost, lidé si musí být rovni nějakým relevantním způsobem (např. aby byli považováni za rovnocenné ve vztahu k dostupnosti orgánů, musí tyto orgány potřebovat stejně). A stejně jako se má zacházet se sobě rovnými stejně, spravedlnost vyžaduje, aby se s nikoli sobě rovnými stejně nezacházelo. Například ti, kdo léky nepotřebují, by je neměli dostávat.

Obdobně pokud jde o spravedlnost založenou na právech: lidé se stejnými právy by měli být považováni za sobě rovné, zatímco s těmi, kdo tato práva nemají, by se jako se sobě rovnými zacházet nemělo. Jestliže lidé s mrtvým mozkem nespádají do rozsahu našich morálních sociálně a navzájem přijatelných morálních závazků, pak mohou být oprávněně považováni za „nerovnoprávné“, pokud jde o naše závazky vůči spravedlnosti. Ve vztahu ke konfliktu mezi morálními hodnotami může jedna teorie spravedlnosti dávat přednost morálním závazkům k prospěšnosti potřebným (a tak například argumentovat, že je spravedlivé požadovat vysoké daně, aby státní zdravotní služby byly dostupné všem potřebným). Jiná teorie spravedlnosti může upřednostňovat morální povinnost snížené daňové zátěže na úkor jejich závazků k prospěšnosti lékařsky potřebným. Další teorie spravedlnosti se pokusí stavět na obou těchto konfliktních morálních závazcích a podle okolností jim propůjčovat prioritu.

V souvislosti s transplantací se mohou objevit různé právní problémy. Stejně jako u všech forem lékařské léčby zde vyvstává otázka, jaká část z našich zdrojů má být do tohoto typu léčby investována v porovnání s jinými léčbami. Někteří však považují celou myšlenku používání části jiných těl za dost odpudivou a natolik „nepřirozenou“, že odmítají transplantace vůbec.

Spravedlnost založená na právu vyžaduje, aby transplantační medicína, stejně jako jiné typy medicíny, respektovala pacientova práva. Například každý pacient má právo odmítnout navrhovanou operaci, ať už je potenciálním příjemcem transplantátu, nebo jeho potenciálním živým dárce.

Prodej a nákup orgánů pro transplantaci – morální úvahy. V této souvislosti stojí za to krátce uvažovat o značném nesouladu mezinárodního dosahu, jenž se týká otázky, zda by

prodej a nákup orgánů pro transplantace měl či neměl být legálně přípustný. Mnohé země již podobné obchody označily za nezákonné. Avšak při morální analýze není problematika vymezena tak jasně. Z pohledu potenciálního dárce/příjemce orgánů by patřičně kontrolovaný systém trhu měl být jistě v mnoha případech morálně přijatelný. Proč? Protože v mnoha případech bude jejich autonomie respektována, čistý přínos převáží nad poškozením a transakce bude spravedlivá podle distributivní spravedlnosti, podle spravedlnosti založené na právech a (v zemích, kde tato praxe nebyla postavena mimo zákon) nebude porušen žádný zákon. Složitost případu se objeví, když zvážíme protiargumenty k tomuto stručnému nástinu oprávnění. Jsou dárci/prodejci dostatečně autonomní, aby činili taková rozhodnutí. Můžeme namítnout, že je pravděpodobné, že prodejci orgánů jsou chudí a sociálně slabí, a tudíž byli vlastně ke svému rozhodnutí donuceni svojí chudobou a v důsledku společenského vykořisťování. To je z morálního hlediska nebezpečný argument, protože z něj vyplývá, že rozhodnutí chudých lidí, kteří naléhavě potřebují peníze, nemusíme respektovat, což odhaluje silně paternalistický postoj k chudým lidem, jenž dále snižuje respekt k jejich autonomii. Avšak stejně dobře si lze představit okolnosti, za nichž opravdu nejsou dárci/prodejci schopni činit dostatečně autonomní rozhodnutí v důsledku intenzivních osobních tlaků, které jsou na ně vyvíjeny například rodinnými příslušníky, nebo dokonce zločineckými gangy, které je zneužívají, řečeno s určitou nadsázkou, jako prostitutky orgánů. Toto tvrzení by ovšem přestalo platit, kdyby bylo možné postupy při komerční transplantaci regulovat, aby se zachytily případy podezření, že na potenciální dárce/prodejce byl vyvíjen nátlak nebo byli zneužiti, a po té by byli z programu vyloučeni.

Oponenti argumentují, že celkově by společenské následky vedly spíše k čistému poškození, než k čistému prospěchu. Mezi škodlivými následky předpovídají i odklon od altruistického dárcovství – jakmile se jednou lidé naučí, že mohou svoje orgány prodávat, nebudou je pak spíše prodávat než dávat? U chudých lidí je totiž větší pravděpodobnost, že jejich orgány nebudou zdravé. Oponenti tuto námitku dokládají tvrzením o přenosu nemocí při komerčních transplantacích, včetně syndromu získaného selhání imunity (AIDS).

V souvislosti se spravedlností založenou na právech se nezdá, že existovaly argumenty specifické pro nákup a prodej orgánů, které by se nevztahovaly na diskusi o transplantaci obecněji. Pokud jde o spravedlnost založenou na právech, existence morálně přijatelných zákonů proti takové komercializaci, jako je tomu ve Velké Británii, by měla působit jako mocný morálně odrazující prostředek proti účasti na takových operacích. Souhlasíme-li

však s tím, že zákony by se měly vytvářet nebo zachovávat, pouze když jsou morálně ospravedlnitelné, měli bychom dohlédnout až za pouhou existenci takových zákonů a zkoumat morální oprávnění pro jejich tvorbu nebo zachování v případech, kdy se rozhodujeme, zda podporovat jejich tvorbu tam, kde zatím neexistují, nebo je zrušit, kde existují (D. C. Thomas, T. Kushnerová, 2000, s. 120–129).

Na tomto místě je třeba se zmínit o vlivu, který mají na postoje dárců a na použití alogenních i xenogenních tkání tradice a náboženství. Lze konstatovat, že křesťanská náboženství v současné době dárcovství tkání podporují, s výjimkou mormonů. Přesto lze vypočítat rozdíl mezi přístupem katolíků a protestantů. Zatímco protestanti kladou důraz na dárcovství jako individuální vědomý akt altruismu, katolíci se podřizují stanovisku církevních autorit, které, včetně papeže, dárcovství od zemřelých podporují. U řady jiných náboženství se snaha o provedení odběru tkáně může dostat do konfliktu s náboženskými předpisy týkajícími se manipulace s tělem zemřelého nebo požadavku na co nejrychlejší pohřeb. Například japonské náboženství šintoismus zakazuje jakékoliv úkony na těle zemřelého. Judaistické náboženství zdůrazňuje rychlost pohřbu, v praxi je však možné najít mezi těmito direktivami a praxí tkáňových bank, resp. odběrových týmů, pro obě strany přijatelný kompromis. Buddhistické náboženství výrazně dárcovství tkání podporuje. U islámu se setkáváme se širokým spektrem postojů církevních autorit, které se liší podle jednotlivých náboženských škol. Proti transplantaci tkáně odebrané od zemřelých dárců neislámského náboženství nemá islám žádné námítky (V. Třeška, 2002, s. 116).

5 KVALITA ŽIVOTA

5.1 Teoretické vymezení kvality života dle WHO

Ústava Světové zdravotnické organizace definuje zdraví jako „stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, ne pouze absenci choroby...“. Z této definice vyplývá, že nástroje pro měření zdraví musí obsahovat nejen ukazatele změn ve frekvenci a vážnosti nemoci, ale také odhad celkové spokojenosti. Tento konstrukt může být hodnocen právě měřením změn v kvalitě života v závislosti na zdravotní péči. WHO definuje kvalitu života jako jedincovu percepci jeho pozice v životě v kontextu své kultury a hodnotového systému a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám. Jedná se o velice široký koncept multifaktoriálně ovlivněný jedincovým fyzickým zdravím, psychickým stavem, osobním vyznáním, sociálními vztahy a vztahem ke klíčovým oblastem jeho životního prostředí (H. Vaňurová, 2005, s. 11).

Zhruba v polovině 20. století začal ve společnosti vzrůstat zájem o otázky kvality života, především ve vztahu k jedincům dlouhodobě nemocným a starým. Úspěšnost léčebných metod moderní medicíny zvyšuje ve společnosti počty takových lidí, u nichž je vhodné a potřebné zabývat se kvalitou života.

V poslední době jsme svědky významného zvyšování efektivity léčby zhoubných nádorů, pokroků v léčení kardiovaskulárních chorob, dlouhodobého přežívání jedinců po transplantacích srdce, ledvin a jiných orgánů, přežívání pacientů v chronických hemodialyzačních programech, nemluvě o neustálém snižování novorozenecké úmrtnosti. Díky těmto úspěchům medicíny bylo docíleno významného prodloužení střední délky života, zároveň však postupně narůstaly počty jedinců, postižených řadou problémů somatických, psychických a sociálních, do té doby zcela ojedinělých nebo dokonce zcela neznámých. Uvedené skutečnosti představují závažný společenský problém zvyšování počtu jedinců a rodin s různými handicap, které negativně ovlivňují mnohé z toho, podle čeho se kvalita života posuzuje.

Tak se stal pojem „kvalita života“ velmi frekventovaným, ale dodnes není přesně specifikován, což je dáno tím, že se o ní mluví v celé řadě vědeckých disciplín, v medicíně, psychologii, sociologii, kulturní antropologii, ekologii, ekonomii i v politice. Každá tato disciplína vnímá a posuzuje pojem kvality života poněkud jinak.

Sociologie posuzuje kvalitu života srovnáváním určitých sociálních skupin, a hledá faktory, které ji determinují. Psychologie posuzuje subjektivní vnímání kvality života a její hodnocení, zatímco medicína hodnotí kvalitu života podle úrovně poskytované péče a podle dopadu zdravotní péče na život pacientů.

Neexistuje žádná obecně přijatelná a všeobecně platná definice „kvality života“. Pojmy jako „sociální pohoda (social well being)“, „sociální blahobyt (social welfare)“, „lidský rozvoj (human development)“ jsou používány jako pojmy ekvivalentní s kvalitou života, i když je zřejmé, že nevyjadřují totéž. Je evidentní, že pojem kvality života je komplexní, a musí být chápán jako interakce faktorů zdravotních, sociálních, ekonomických, environmentálních atd. (M. Cichá, et.al. 2009, s. 580–581).

5.2 Dimenze kvality života

Ke konceptu kvality života můžeme přistupovat ze dvou hledisek, subjektivního a objektivního. Objektivní kvalita života sleduje materiální zabezpečení, sociální podmínky života, sociální status a fyzické zdraví. Lze ji tedy vymezit jako souhrn ekonomických, sociálních, zdravotních a environmentálních podmínek, které ovlivňují život člověka. Subjektivní kvalita života se týká jedincova vnímání svého postavení ve společnosti v kontextu jeho kultury a hodnotového systému. Výsledná spokojenost je závislá na jeho osobních cílech, očekáváních a zájmech.

Dle Jesenského, kvality života představují velmi rozsáhlou oblast činitelů, které handicapovanému jedinci umožňují žít ve společnosti. Tento pohled se dá zobecnit na celou populaci, nejen osoby s handicapem.

Vnitřní činitelé – somatické a psychické vybavení ovlivněné onemocněním, poruchou či defektem. Mezi vnitřní činitele patří všechny aspekty ovlivňující rozvoj a integritu osobnosti handicapovaného.

Vnější činitelé – představují podmínky jejich existence. Jedná se o ekologické, společensko-kulturní, výchovně vzdělávací, pracovní, ekonomické a materiálně technické faktory. Tato oblast obsahově koresponduje s objektivní dimenzí kvality života.

WHO rozeznává čtyři základní oblasti, které vystihují dimenze lidského života bez ohledu na věk, pohlaví, etnikum nebo postižení:

Fyzické zdraví a úroveň samostatnosti – energie a únava, bolest, odpočinek, mobilita, každodenní život, závislost na lékařské pomoci, schopnost pracovat atd.

Psychické zdraví a duchovní stránka – sebepojetí, negativní a pozitivní pocity, sebehodnocení, myšlení, učení, paměť, koncentrace, víra, spiritualita, vyznání atd.

Sociální vztahy – osobní vztahy, sociální podpora, sexuální aktivita atd.

Prostředí – finanční zdroje, svoboda, bezpečí, dostupnost zdravotnické a sociální péče, domácí prostředí, příležitosti pro získávání nových vědomostí a dovedností, fyzikální prostředí (znečištění, hluk, provoz, klima) atd.

Pojetí kvality života se mění v závislosti na jejím účelu. V demografickém měření budou zahrnuty jiné oblasti, než při zjišťování kvality života nemocných rakovinou, drogově závislých či dětí (H. Vaňurová, 2005, s. 17-21).

Na závěr je nutné se zmínit, že přes nespornou popularitu pojmu „kvalita života“ se ozývají i kritické hlasy, které poukazují na nejednoznačnost jeho vymezení a neexistenci jasné a obecně přijímané definice, která by se opírala o propracovaný teoretický model. Kritici poukazují na tendenci akademicky rozhodnout, jak by měl vypadat „kvalitní život“, a toto v jistém, smyslu vnucovat jako určitou normu. Výsledky různě orientovaných výzkumů z oblasti kvality života nesporně přispívají k lepšímu pochopení nejdůležitějších věcí člověka i k pochopení podstaty jeho lidské existence. Z hlediska zdravotnictví má svůj praktický dopad v určitém přístupu k péči o nemocné i v podpoře a rozvíjení zdraví (J. Payne, et. al. 2005, s. 213–214).

.

5.3 Model fungujícího zdraví Marjory Gordonové

Mezi odborníky na ošetrovatelskou teorii v mezinárodním kontextu existuje v současné době názor, že tento model je z hlediska holistické filozofie to nejkompexnější pojetí člověka v ošetrovatelství, které bylo zatím vytvořeno. Podle tohoto modelu (rámce) může sestra kvalifikovaně zhodnotit zdravotní stav jak zdravého, tak i nemocného člověka. Abychom mohli dokonale pochopit „Gordonové model“, je nutné znát i jiné typy definice zdraví. Zdravotní stav člověka je vyjádřením bio-psycho-sociální integrace (poruchy v jedné oblasti, narušující rovnováhu zdraví celého organismu).

Základní strukturu tohoto modelu tvoří celkem dvanáct oblastí, z nichž každá představuje funkční nebo dysfunkční součást zdravotního stavu člověka (jakmile podle nich sestra získá důležité informace), (E. Trachtová a kol., 1999, s. 167).

Obecná charakteristika jednotlivých oblastí:

1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

Tato oblast zahrnuje vnímání zdravotního stavu. Dále také způsob péče o vlastní zdraví, pohodu a plánování budoucnosti ve vztahu ke zdraví. Oblast obsahuje také jak podporovat duševní zdraví a lékařská doporučení.

2. Výživa a metabolismus

Tato oblast popisuje způsob příjmu jídla a tekutin. Zahrnuje individuální vnímání způsobu stravy a příjmu tekutin, denní dobu příjmu potravy, dále zde patří hodnocení stavu kůže, kožní defekty a poranění. Patří zde také stav vlasů, nehtů, stav chrupu, tělesná teplota, výška a hmotnost.

3. Vylučování

Tato oblast obsahuje informace o způsobu vylučování (tlustého střeva, močového měchýře a kůže). Zahrnuje pravidelnost ve vylučování, používání obvyklého postupu při vyprazdňování nebo používání projímadel. Zmiňujeme zde i potíže nebo poruchy při vyprazdňování.

4. Aktivita, cvičení

Popisuje způsoby udržování tělesné kondice cvičením nebo jinými aktivitami. Zahrnuje základní denní životní aktivity. Patří zde i způsob trávení volného času a činnosti, které v něm jednotlivec vykonává nebo zvládání domácnosti. Zdůrazňuje ty činnosti, které mají pro jednotlivce největší důležitost.

5. Spánek, odpočinek

Zahrnuje např. způsob navození spánku, jeho kvalitu, kvantitu a dále způsob relaxace.

6. Vnímání, poznávání

Popisuje způsob smyslového vnímání a poznávání, jako je sluch, zrak chuť, čich a dotek. Zahrnuje i vnímání bolesti a způsob tlumení. Patří zde i zhodnocení poznávacích schopností, jako je schopnost učení, myšlení, rozhodování, paměť, atd.

7. Sebekoncepce, sebeúcta

Popisuje vnímání sebe sama a prožívání emocí. Zahrnuje vnímání svého talentu, svých dovedností, schopností a emocionálních reakcí. Dále zahrnuje způsob nonverbálních projevů.

8. Plnění rolí, mezilidské vztahy

Popisuje vnímání životních rolí, závazků a odpovědnosti. Zahrnuje možné narušení vztahů v rodině, zaměstnání a také plnění povinností. Dále zahrnuje chování a vztahy jedince mezi lidmi.

9. Sexualita, reprodukční schopnost

Zahrnuje reprodukční období obou pohlaví a kvalitu sexuálního života. Popisuje poruchy nebo potíže jednotlivce v této oblasti. Může zahrnovat období, pro ženy důležitá, (premenstruální, menstruační cyklus, porody, potraty, postmenopauza) a problémy s tím související.

10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance

Popisuje způsob zvládnání dlouhodobých stresů, stresových situací a jejich toleranci. Zahrnuje také podporu rodiny při zvládnání stresů. Vnímání vlastní schopnosti řídit a zvládat běžné situace. Zaobírá se také důležitými změnami v posledních dvou letech.

11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Zahrnuje vnímání životních hodnot, cílů a přesvědčení. Tato oblast se dotýká náboženské víry nebo pohnutek, které jednotlivce vedou nebo ovlivňují jeho volbu. Zahrnuje vše, co je důležité pro dobrou kvalitu života, prožívání konfliktů, vnímání a posuzování hodnot v nemoci (E. Trachtová, 1999).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6 CÍLE

Ve své bakalářské práci jsem si stanovila tyto cíle:

- 1. Cíl:** Zjistit vnímání kvality života ze strany klientů sledovaných ve vztahu k danému tématu v období plného zdraví.
- 2. Cíl:** Zjistit vnímání kvality života ze strany nemocných v období nemoci (před plánovanou transplantací).
- 3. Cíl:** Zjistit vnímání kvality života ze strany klientů po transplantaci a v pozdějším období.
- 4. Cíl:** Vypracovat model péče dle Gordonové v souladu s cíli 2 a 3.

7 METODIKA PRÁCE

7.1 Metoda výzkumu

Ke zpracování mé bakalářské práce jsem využila kvalitativního výzkumu, který pracuje s menším množstvím respondentů (klientů) a umožňuje hlubší poznání zkoumaného tématu.

Soubor otázek jsem volila podle „Modelu fungujícího zdraví“ podle Marjory Gordonové, která charakterizovala jednotlivé oblasti, a ty jsou obecně odvozeny z interakce člověka a prostředí. Zdravotní stav člověka je vyjádřením bio-psycho-sociální integrace.

Úvod rozhovoru jsem začala krátkou orientační anamnézou klientů. První den jsme se soustředili na kvalitu života v období plného zdraví a v období nemoci před transplantací. Druhý den jsme se věnovali kvalitě života v období po transplantaci a v současnosti. Kladla jsem otázky a odpovědi jsem zaznamenávala na diktafon. Obsah rozhovorů v psané formě je autentický, po mluvnické stránce neupravený.

Rozhovor obsahuje 2-5 otázek ke každé oblasti, a to v období plného zdraví, v období nemoci (před transplantací), v období po transplantaci a v současnosti. Každá oblast je posuzována zvlášť a každé období je na závěr shrnuto a zhodnoceno vnímání kvality života. Někdy bylo potřeba přeformulovat otázku klientům tak, aby ji lépe pochopili.

7.2 Charakteristika zkoumaného vzorku

Ve svém výzkumu jsem použila kvalitativní metodu sběru dat – rozhovory cílené na osoby, které podstoupily transplantaci. Mým cílem bylo zjistit kvalitu života v určitém konkrétním období.

Vedla jsem rozhovory se dvěma klienty. Jedním z dotazovaných byl muž s transplantovaným srdcem, druhá dotazovaná byla žena s transplantovanou ledvinou.

Pro náročnost a potřebu soustředění jsem prováděla rozhovor s každým klientem ve dvou etapách, celkem dva dny. Po vzájemné domluvě jsme zvolili salonek restaurace.

7.3 Zpracování získaných dat

Získaná data jsem z diktafonu převedla do psané formy. Slovní projev ani obsah jsem nijak neupravovala.

7.4 Organizace šetření

Samotnému šetření předcházelo sestavení jednotlivých otázek rozhovorů, vztahujících se k cílům a dále konzultace a schválení vedoucí práce. Rozhovory probíhaly s klienty jednotlivě, s odstupem jednoho dne.

7.4.1 Pilotní studie

Pilotní studii jsem prováděla před definitivním uskutečněním rozhovorů. Otázky jsem kladla mým kolegyním, které byly obeznámeny s problematikou nemocí a dokázaly se vžít do role klientů. Všechny jejich odpovědi nějakým způsobem vypovídaly o subjektivní kvalitě života.

8 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

8.1 Profil klientky s transplantovanou ledvinou

Žena T. S. se narodila v roce 1945 ve Vietnamu. Rodiče jí brzy zemřeli a musela zůstat v dětském domově. Nebyla tam ani rok, když ji adoptoval jeden brněnský lékař. V devíti letech přijela s adoptivním otcem z Vietnamu do tehdejšího Československa. Dle jejího sdělení byla adoptivní matka zlá a neměla ji ráda. Postupně se zařadila do školy, zvládala v každém pololetí jeden celý ročník. Učila se pilně česky a díky milující tetě se všechno brzy naučila. Po gymnáziu pokračovala ve studiu medicíny, ale ze zdravotních důvodů musela studia po dvou letech opustit. Stala se rehabilitační sestrou a nikdy toto povolání neopustila. Je to drobná žena, má ráda lidi a bezmezně miluje svou rodinu. Je vdaná, má jednoho syna a dvě vnučky.

Po opakovaných zánětech ledvin přišlo terminální stadium funkce ledvin a paní T. S. od roku 2001 musela chodit pravidelně na dialýzu. V roce 2005 podstoupila úspěšnou transplantaci ledviny a ta funguje dodnes.

Paní T. S. na mne působila jako velmi silná osobnost s jasným a vyhraněným názorem na život. Klientka rozumí česky velmi dobře, ale její vyjadřování je osobité. To je také v rozhovoru patrné.

8.2 Rozhovor

Období plného zdraví

1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví.

- ❖ Pamatujete si, jak jste vnímala své zdraví před vznikem choroby?

„Vnímala jsem normálně, jak den začíná a večer končí.“

- ❖ Jak jste se udržovala v kondici?

„Chodila jsem cvičit, tančit, gymnastiku, jazzgymnastiku.“

- ❖ Myslíte si, že jste žila „zdravě“?

„Ano.“

- ❖ Byl váš dobrý zdravotní stav důležitý pro výkon povolání?

„No určitě, já považovala za prioritu!“

- ❖ Napadlo vás někdy, v období plného zdraví že byste mohla onemocnět vážnou chorobou?

„Ne, absolutně.“

2. Výživa a metabolismus

- ❖ Stravovala jste se pravidelně, minimálně 3x denně?

„Ano.“

- ❖ Dodržovala jste pitný režim?

„Ano.“

- ❖ Preferovala jste určitý druh jídla, i když byl nezdravý?

„Ano, tučné jídlo po vietnamsku jsem si dělala.“

- ❖ Napadlo by vás, že někdy v budoucnu budete muset přísně sledovat bilanci tekutin, tedy příjem a výdej tekutin?

„Ne, ani ve snu!“

- ❖ Napadlo by vás, že někdy v budoucnu budete muset vyloučit ze svého jídelníčku oblíbené jídlo nebo držet speciální dietu?

„Nenapadlo.“

3. Vylučování

- ❖ Řešila jste někdy problémy s vylučováním?

„Ano, málo jsem se potila, bylo to divné. Jinak bez problémů.“

- ❖ Jak jste případný problém řešila?

„Nijak, ... ale bylo mi to divné....“

- ❖ Narušilo by například užívání projímadel kvalitu života?

„Narušovalo by.“

4. Aktivita, cvičení.

- ❖ Jak jste si udržovala tělesnou kondici?

„Chodila jsem cvičit gymnastiku, jazzgymnastiku, ve škole kroužky a tak.“

- ❖ Zvládala jste všechny denní aktivity bez větších problémů?

„Ano, jsem zvládala.“

- ❖ Vzpomenete na něco, na co jste nestačila, například práce na zahrádce (únava)?

„Ne, necítila jsem potíže.“

- ❖ Uspokojovaly vás vaše aktivity?

„Ano.“

5. Spánek, odpočinek

- ❖ Kolik hodin spánku denně jste běžně potřebovala?

„Jéžiši, byla jsem spáč, až 8 hodin!“

- ❖ Jaká byla jeho kvalita? Působil vám dostatek spánku také dostatečnou energií?

„Dobrá, ... ano.“

- ❖ Používala jste nějaké léky nebo rituály k navození spánku?

„Ne, ale každý večer před spaním probírám běh celého dne zda-li neublížila jsem nebo potřebu napravit.“

6. Vnímání, poznávání

- ❖ V oblasti vnímání všech vašich smyslů, měla jste nějaký problém, který vás omezoval nebo vám znepríjemňoval, eventuálně komplikoval život (sluch, zrak,...)?

„Nevnímala jsem nic, byla mladá, plná života.“

- ❖ Dokázala jste se v různých životních situacích rozumně a samostatně rozhodnout?

„Ano, musela jsem. Adoptivní matka byla špatná, vychovávala jsem sama sebe.“

7. Sebekoncepce, sebeúcta

- ❖ Považovala jste se za úspěšnou a spokojenou ve svém osobním životě?

„Spokojená jsem byla, úspěšná taky, doháněla jsem školy, brala jsem to jako samozřejmost.“

- ❖ Dokázal byste se vyrovnat například se změnou vzhledu?

„Neuvažovala jsem nad tím nikdy.“

- ❖ Měla jste problémy se způsobem prožívání emocí?

„Ani ne.“

- ❖ Měla jste problémy se způsobem komunikace?

„Ne.“

- ❖ Provozovala jste bez problémů vaše záliby?

„Myslím, že ano a ráda.“

8. Plnění rolí, mezilidské vztahy

- ❖ Jaké životní role jste plnila například v oblasti rodiny?

„Svou tchýni jsem brala jako babičku. Tchán je stejný jako já, tak to nešlo. Teta a strýc – díky nim jsem se naučila rychle česky a naučili mě spoustu věcí...“

- ❖ Měla jste zájem a potřebu setkávat se s přáteli?

„Jo, měla jsem svoje přátele.“

- ❖ Měli přátelé a známí o vás zájem?

„Ano.“

- ❖ Vyhledávali vaši společnost?

„Ano.“

- ❖ Jaké byly vztahy v rodině?

„V manželství spokojenost!“

- ❖ Jaké byly vztahy v zaměstnání?

„Ó, špatné! Nevím proč, ale nešlo to, ale já jsem se nedala, někdy jsem za začátku ustupovala, pochopila jsem, zůstala jsem svá.“

9. Sexualita, reprodukční schopnost

- ❖ Chcete řešit tuto otázku?

„Nebráním se.“

- ❖ Byla jste spokojená v kvalitě sexuálního života?

„Ano.“

10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance

- ❖ Jak jste zvládala stresové situace?

„Problémy v práci, řešení s pacienty- nestresovala jsem, byla v klidu.“

- ❖ Jak jste nejčastěji kompenzovala stres?

„Muzikou, tancem.“

- ❖ Byly stresové situace běžné ve vašem dosavadním životě?

„Ano, byly, působily, ale já nepřipouštěla.“

- ❖ Jak jste tolerovala běžní životní komplikace, pokud nějaké byly?“

„Celkem dobře. Vše se musí vyřešit... stres je nepřítel člověka.“

11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty

- ❖ Jste věřící?

„Ano, věřím v dobro.“

- ❖ Pomáhá vám víra v životních situacích?

„Myslím, že jo.“

- ❖ Jaké máte životní hodnoty?

„Zdraví, spokojenost a tenkrát udělat školu.“

Klientka uvádí, že vnímala svůj život jako kvalitní. Neměla žádné potíže, udržovala se v kondici a nepřipouštěla si žádné stresy. Žila klidným plnohodnotným životem. Problémy v zaměstnání sice byly, ale ona se s nimi dokázala vypořádat. Se všemi životními situacemi si vždy sama poradila. Zdraví bylo její prioritou.

Období nemoci, před transplantací

1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

- ❖ Jak jste vnímala poruchu svého zdraví?

„Byla jsem dost smutná, ale jsem musela překonat. Nesmíte před pacientem dávat najevo svou nemoc.“

- ❖ Jak jste se udržovala v kondici?

„Normální životní styl, žádná změna, víc pozorovala, víc pila.“

- ❖ Řídila jste se radami lékaře?

„Ano.“

- ❖ Obtěžovalo vás to?

„Mě vadily kontroly zdravotnické, kvůli sobě.“

- ❖ Omezil váš zdravotní stav výkon povolání?

„Ne.“

- ❖ Připouštěla jste si, že nemoc se bude zhoršovat?

„Nepřipouštěla, zhoršila, ale nepřipouštěla.“

2. Výživa a metabolismus

- ❖ Dodržovala jste dietní opatření podle rady lékaře?

„No tak to teda ne. Omezovala, ale jinak ne.“

- ❖ Komplikovalo to nějak váš osobní život?

„Velmi, hlavně příjem tekutin. 250 mililitrů nelze dodržet! Nosila jsem ledovou tříšť a během dialýzy pila. Byl to jenom sirup a voda.“

- ❖ Nastala nějaká změna v oblasti trávení, která vás obtěžovala?

„Ano, nadýmání a zlobily játra. Někdy měla i bolesti.“

- ❖ Zasáhla úprava dietního režimu i finanční stránku?

„Ani ne.“

3. Vylučování

- ❖ Nastaly nějaké problémy s vylučováním?

„Ano, často jsem chodila čurat, ale jen malé porce.“

- ❖ Jak jste to vnímala?

„Nijak... bylo to smutné.“

- ❖ Jak jste to řešila?

„Snažila jsem se pít urologický čaj, jedla ovoce a zeleninu.“

- ❖ Působila na vaši psychiku změna s vylučováním?

„Řekla bych, že ne, vlastně jenom smutek. Nepropadla jsem panice.“

4. Aktivita, cvičení

- ❖ Jak působila nemoc na udržování kondice?

„Prováděla léčebný tělocvik pro páteř.“

- ❖ Vnímala jste nějakou změnu?

„Omezovala jsem aktivitu, nebyla jsem tak aktivní!“

- ❖ Zvládala jste denní aktivitu?

„Ano.“

- ❖ Co už jste nezvládala a jako jste se s tím vyrovnávala?

„Nezvládla jsem moc práce, byla vycimbaná. Manžel musel pomáhat. Jak vyrovnávala? Klid, ticho.“

- ❖ Jak na vás působil častější nástup únavy?

„Dávala jsem vinu ledvinám. Hodinu až hodinu a půl usnula po práci. Únava obtěžovala v klidu.“

- ❖ Pokud jste musela úplně vynechat oblíbenou aktivitu, jak jste se s tím vyrovnala?

„Usmířila se s tím, že aktivitu nemůžu rozvinout.“

5. Spánek, odpočinek

- ❖ Změnila se nějak vaše potřeba spánku?

*„Jo. Když jsem chodila na dialýzu, projevovalo se obrovskou únavou, popo-
léhala i spala.“*

- ❖ Jaká byla jeho kvalita?

„Budila jsem se často.“

- ❖ Jak jste tuto změnu vnímala?

„Špatně, špatně, doufala jsem, že s tím musím počítat.“

- ❖ Působil vám dostatek spánku také dostatečnou energii?

„Když dobře spala, tak ano, tak střídavě. Ne jak za zdravé období.“

- ❖ Používala jste nějaké medikamenty nebo rituály k navození spánku?

„Počítala ovečky, vzpomněla na příjemné chvíle.“

- ❖ Potřebovala jste i více odpočinku před den?

„Někdy ano.“

- ❖ Vadilo vám, že musíte častěji odpočívat?

„Samozřejmě, že už nemůžu jít třeba do divadla. Ráda jsem chodila.“

- ❖ Jaký druh odpočinku jste volila?

„Ležení, jídlo s chutí a to mi navozuje chuť ke spánku.“

6. Vnímání, poznávání

- ❖ Nastal nějaký problém v oblasti vnímání vašich smyslů (sluch, zrak, chuť...)?

„Zhoršil se zrak, rýma, kašel hodně často a herpes.“

- ❖ Změnilo se něco v oblasti vlastního rozhodování?

„Ne.“

- ❖ Na koho jste v rozhodování spoléhala, na lékaře, rodinu?

„Na lékaře a na sebe! Hodně na sebe. Na rodinu ne. Podle intuice.“

7. Sebekoncepce, sebeúcta

- ❖ Změnilo se něco v oblasti vaší spokojenosti a úspěšnosti vašeho soukromého života?

„Nezměnilo, pouze pomalejší chod života. Nebyl sto procentně hodnotný.“

- ❖ Změnilo se něco ve způsobu komunikace?

„Neměla jsem tolik zájem. Nebyla jsem družná, jak když je člověk zdravý.“

- ❖ Prožívala jste nějakým jiným způsobem emoce jako v období plného zdraví?

„Ne.“

- ❖ Provozovala jste své záliby bez větších problémů nebo se něco změnilo?

„Změnilo, tím že omezovala kulturu, návštěvy, neměla jsem zájem.“

- ❖ Jak jste případnou změnu vnímala?

„Špatně, ale jako traumatu ne. ... Proč já? Čekala jsem s nadějí, že jedenkrát bude líp.“

8. Plnění rolí, mezilidské vztahy

- ❖ Jak jste vnímala plnění rodinných rolí?

„Kromě zpomalení chodu jsem rodinu nešidila. Nezanedbávala, přepečlivá nebyla.“

- ❖ Měla jste zájem a potřebu setkávat se s přáteli?

„Moc ne, vynechávala jsem setkání.“

- ❖ Měli přátelé a známí o vás zájem?

„Někteří jen.“

- ❖ Vyhledávali vaši společnost?

„Někdy.“

- ❖ Jaké byly vztahy v rodině?

„Dobré, pořád dobré. Babička plakala...“

- ❖ Jaké byly vztahy v zaměstnání?

„Dobré.“

9. Sexualita, reprodukční schopnost

- ❖ Změnilo se něco v oblasti sexuálního života?

„Ano, zřetelně.“

- ❖ Trápilo vás to tak, že jste vyhledala odbornou pomoc?

„Ne.“

- ❖ Upozornil vás na tuto skutečnost ošetřující lékař?

„Ne.“

- ❖ Jak jste se s tím vyrovnala?

„Dobře.“

- ❖ Jak se tím vyrovnal váš partner?

„Taky dobře. Jsme věkem stejně.“

10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance

- ❖ Jak jste zvládala stresové situace?

„Dobře, snažila se být v klidu.“

- ❖ Jak jste kompenzovala stres.

„Hudbou, tancem.“

- ❖ Jaký byl váš největší stres před transplantací?

„Že operace se nepodaří a nevrátím se. Že umřu na stole, třeba.“

- ❖ Jak jste tolerovala komplikace, které souvisely s chorobou?

„Považovala, že nedá se nic dělat, musím to vydržet.“

- ❖ Změnil se váš postoj k řešení stresových situací?

„Stále měla fobie z hadic, jehel. Pocit volnosti dával Diazepam.“

- ❖ Rezignovala jste někdy na řešení zátěžových situací?

„Ne.“

- ❖ Změnilo se něco v oblasti tolerance k sobě nebo k ostatním?

„Ne.“

11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty

- ❖ Změnilo se něco v oblasti vaší víry obecně?

„Jen jsem doufala, že dostanu ledvinu a že se vrátím aspoň v lepším stavu, než chodit na dialýzu.“

- ❖ Změnily se nějak vaše životní hodnoty?

„Ne.“

Z uvedeného vyplývá, že nemoc narušila kvalitu jejího života. Pravidelná hemodialýza jí zhoršovala kvalitu spánku a cítila se více unavená. Duševní síla jí pomáhala zvládat dosavadní průběh nemoci. Choroba stále progredovala, ale ona tuto skutečnost nevnímala jako trauma. Jak tvrdila, „zpomalil se jí život“. Nevnímala to tragicky a způsobu života s nemocí se snažila přizpůsobit. Bála se transplantace.

Období po transplantaci

1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

- ❖ Jak jste vnímala svůj zdravotní stav v tomto období ve vztahu k aktivitám a plánům do budoucna?

„Že budu zdravší, nemusím na dialýzu, nemusím hlídat pití a omezovat jídlo, že budu hodnotnější. Plány žádné neměla.“

- ❖ Smířila jste se s dodržováním lékařských a ošetřovatelských doporučení?

„Ano, bez problémů.“

- ❖ Dalo vám to hodně námahy a přesvědčování?

„No, u některých ano.“

2. Výživa a metabolismus

- ❖ Dodržovala jste dietní opatření podle rady lékaře?

„Ano, už jsem nehřešila.“

- ❖ Nastala nějaká změna v oblasti trávení a zažívání, která vás obtěžovala?

„Nadýmání, obtěžovalo mě to.“

- ❖ Odrazil se nějak příjem stravy a tekutin na vašem vzhledu?

„Ano, zřetelně. Jsem přibrala asi patnáct kilo.“

- ❖ Jak jste tuto změnu vnímala?

„Dělala si legraci sama ze sebe.“

3. Vylučování

- ❖ Změnilo se dále něco v oblasti vylučování?

„Začala jsem močit, vše bylo v pořádku.“

- ❖ Vzpomínáte si na něco, co vás v této oblasti traumatizovalo?

„Nultý den jsem chtěla na záchod, sotva jsem šla. Byla jsem na sebe tvrdá.“

- ❖ Vyřešilo se něco v oblasti vylučování po transplantaci?

„Vylučuju víc jak za dobu dialýzy.“

- ❖ Jak jste tuto skutečnost vnímala?

„Zlepšení.“

4. Aktivita, cvičení

- ❖ Zvládala jste všechny denní aktivity bez větších problémů?

„Omezeně, myslím, jako za doby dialýzy.“

- ❖ Přetrvávala únava, a jak jste se s tím vyrovnávala?

„Trochu únava ano, není úplně stoprocentní zdraví.“

- ❖ Mohla jste provozovat předchozí aktivity?

„Omezeně.“

- ❖ Jak jste vnímala některá (dočasná) omezení?

„Dobře, velmi dobře. Dbám rady lékaře. Myslí to s pacientem dobře, dělají profesionální práci.“

- ❖ Změnila se potřeba pohybových aktivit?

„Ano, lepší než za dialýzy.“

5. Spánek, odpočinek

- ❖ Změnila se nějak vaše denní potřeba spánku, když srovnáte období zdraví a nemoci?

„Ano, necítím tolik únavy, nespím tolik.“

- ❖ Jaká byla jeho kvalita?

„Myslím, že dobrá.“

- ❖ Působil vám dostatek spánku také dostatečnou energií v porovnání v období zdraví a nemoci?

„Je to lepší, a ne úplně zdravá, nelze tvrdit.“

- ❖ Používala jste nějaké léky nebo rituály k navození spánku?

„Ne.“

- ❖ Potřebovala jste i více odpočinku přes den?

„Ne, normálně.“

- ❖ Hledala jste si nové „aktivity“ k odpočinku (nový druh relaxace)?

„Sledování televize, přečetla zajímavé články, životopisné a přírodopisné filmy.“

6. Vnímání, poznávání

- ❖ Změnilo se něco v oblasti vnímání vašich smyslů (sluch, zrak, chuť...)?

„Zůstává jen stejné sucho v ústech.“

- ❖ Změnilo se něco v oblasti vlastního rozhodování?

„Ne, nic, jsem pořád stejná.“

- ❖ Změnil se váš názor na rozhodnutí se pro transplantaci?

„Už bych velice váhala, mám roky.“

- ❖ Litovala jste někdy rozhodnutí a proč?

„Ne, ne.“

- ❖ Rozhodla byste se stejně?

„Jo.“

7. Sebekoncepce, sebeúcta

- ❖ Vážila jste si sebe víc, že jste podstoupila transplantaci?

„Ne, jsem stejná.“

- ❖ Změnilo se něco v oblasti vaší spokojenosti a úspěšnosti vašeho soukromého života po transplantaci?

„Změnilo trochu, kvalitnější život, nehlídám čas dialýzy.“

- ❖ Změnilo se něco ve způsobu komunikace po transplantaci?

„Ne.“

- ❖ Mohla jste opět provozovat své záliby?

„Klidně, ale nemám tolik síly.“

- ❖ Změnilo se něco v oblasti zvládnání emocí po transplantaci?

„Jsem stejná.“

8. Plnění rolí, mezilidské vztahy

- ❖ Změnilo se něco v oblasti plnění rodinných rolí?

„Jsem na rodinu přísnější jako dřív.“

- ❖ Měla jste zájem a potřebu setkávat se s přáteli?

„Ani ne.“

- ❖ Měli přátelé a známí o vás zájem?

„Částečně.“

- ❖ Vyhledávali vaši společnost?

„Ano, někdy.“

- ❖ Jaké byly vztahy v rodině?

„Dobré, velmi dobré.“

- ❖ Jaké byly vztahy v zaměstnání? (Pokud jste pracovala?)

„Už já nepracovala.“

9. Sexualita, reprodukční činnost

- ❖ Změnilo se něco v oblasti sexuálního života po transplantaci?

„Ne.“

- ❖ Řešil s vámi tuto otázku váš partner?

„Ne.“

- ❖ Je tato oblast pro kvalitu života pro vás důležitá?

„Již ne, už mám dost roků.“

10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance

- ❖ Změnil se nějak váš postoj ke stresu?

„Nezměnil.“

- ❖ Co vás nejvíce stresovalo po transplantaci?

„Já nevím co, možná radost, že to dopadlo dobře, to byl stres. Díky nim mám prodloužený život na nějakou dobu.“

- ❖ Podporovala vás rodina a pomáhala vám při zvládnání stresu a zátěže?

„Ano.“

- ❖ Potřebovala jste takovou podporu?

„Ano, protože to potřebujete.“

11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty

- ❖ Změnilo se něco v oblasti vaší víry obecně?

„Myslím, že ne, stále věřím v dobro.“

- ❖ Změnily se nějak vaše životní hodnoty?

„Vážím si víc a víc života.“

Klientka vnímala potransplantační období jako období zlepšení kvality života, hlavně v oblasti časového omezení dialýzou. Jak uvedla, její silná vůle a dobré rodinné zázemí bylo důležité pro překonávání vzniklých problémů. K milované práci se už nevrátila, avšak, jak řekla, více si vážila života.

Současné období

1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

- ❖ Jak vnímáte své zdraví dnes?

„Snažím překonat všechny potíže co nyní mám, nemoci, ale přibývají a musím s tím zápasit. Jsem smířená, že to má být.“

- ❖ Žijete zdravě podle doporučení lékařů?

„Snažím se.“

- ❖ Vadí vám pravidelné a nutné užívání léků?

„Ne.“

- ❖ Vnímáte váš nynější zdravotní stav jako uspokojivý?

„To nevím, pořád něco přichází, stále nové nemoci.“

- ❖ Jak se udržujete v kondici?

„Chodím na procházky, vnímám přírodu, lidi kolem, radost, slunce ve dne, měsíc v noci. Kontakt mezi světem ve dne v noci.“

- ❖ Jaké máte plány do budoucna?

„Snažit být zdravá, zůstat tady kvůli synovi, manželovi, vnoučatům.“

2. Výživa a metabolismus

- ❖ Změnilo se něco zásadního v oblasti výživy?

„Nesmím jíst grepy, přezrálé ovoce. Jinak se nezměnilo nic, stejné.“

- ❖ Dodržujete dietní opatření podle rady lékaře?

„Ježíšmarja, to co doporučuji, dodržuji.“

- ❖ Komplikuje je nějak váš osobní život?

„Ne,“

- ❖ Nastala nebo přetrvává nějaká změna v oblasti trávení, která vás obtěžuje?

„Stále mně trápí to nadýmání.“

- ❖ Zasahuje váš dietní režim i finanční stránku?

„Ne.“

3. Vylučování

- ❖ Máte dnes nějaké problémy v oblasti vylučování (močení, stolice, pocení)?

„Ted', po šesti letech po transplantaci, se mě hůř chodí na malou stranu. Často a málo moči.“

- ❖ Snažíte se eventuální problém řešit?

„Ano, ležím, piju, to mi pomáhá. Výsledky jsou lepší.“

- ❖ Snižuje to kvalitu vašeho života?

„Ano, protože tomu musím věnovat čas.“

4. Aktivita, cvičení

- ❖ Jak si udržujete tělesnou kondici?

„Při bolesti páteře cvičím. Cvičím i na lůžku při hudbě.“

- ❖ Zvládáte všechny denní aktivity bez větších problémů?

„Ano.“

- ❖ Je něco, na co nestačíte a jste brzy unavená?

„Zadýchám se do kopce a schodů, unaví mě to.“

- ❖ Uspokojují vás vaše aktivity?

„Ano, musí.“

- ❖ Nahradila jste některé aktivity jinými pro zlepšení kvality života?

„Nenahradila jsem nic.“

5. Spánek, odpočinek

- ❖ Kolik hodin spánku denně potřebujete?

„Někdy více, někdy méně, nepozoruji to.“

- ❖ Jaká je jeho kvalita? Působí vám dostatek spánku také dostatečnou energií?

„Dobrá. Často je budím na záchod, ale dospím to.“

- ❖ Používáte nějaké léky nebo rituály k navození spánku?

„Ne, ale když je potřeba, sleduju oblohu.“

- ❖ Jaký druh relaxace vás dnes uspokojuje?

„Hudba, tanec doma s kamarádkou, ale jen málokdy.“

6. Vnímání, poznávání

- ❖ V oblasti vnímání všech vašich smyslů, máte dnes nějaký problém, který vás omezuje nebo znepríjemňuje, eventuálně komplikuje život (sluch, zrak,...)?

„Zrak se pouze zhoršuje.“

- ❖ Dokážete se i dnes v různých životních situacích rozumně a samostatně rozhodovat?

„Určitě.“

- ❖ Jak dnes vnímáte období před a po transplantaci?

„Před bylo špatné, smutné, a po je slibnější, radostnější a radostnější.“

- ❖ Jak se změnila kvalita vašeho života před a po transplantaci?

„Teď je kvalitnější, neomezuje mě dialýza.“

- ❖ Doporučujete podstoupit transplantaci ostatním nemocným?

„Ano, vřele.“

7. Sebekoncepce, sebeúcta

- ❖ Považujete se dnes za „hrdinu“ a vážíte si víc sebe sama, že jste postoupila transplantaci?

„Za hrdinu ne, ale vážím si více život. Život je hodnotnější a vážím si ho.“

- ❖ Vrátil se váš život do „běžných kolejí“ jak tomu bylo před vznikem choroby?

„Ne, je to omezené. Nelze říci, že stejné.“

- ❖ Dokážete dnes normálně komunikovat a sdělovat např. své zážitky, prožitky a zkušenosti po transplantaci?

„Dokážu.“

- ❖ Jak dokážete dnes zvládat své emoce, změnilo se něco?

„Ne.“

- ❖ Vrátila jste se k oblíbeným zálibám nebo jste upřednostnila jiné?

„Ne.“

- ❖ Pociťujete tuto skutečnost jako zlepšení kvality života?

„Ano.“

8. Plnění rolí, mezilidské vztahy

- ❖ Jak dnes vnímáte plnění rodinných rolí?

„Ráda se starám o vnučky a vnímám důležitost rodiny.“

- ❖ Máte zájem a potřebu setkávat se s přáteli?

„Není potřeba.“

- ❖ Mají přátelé a známí o vás zájem?

„Nevím.“

- ❖ Vyhledávají vaši společnost?

„Občas.“

- ❖ Jaké jsou vztahy v rodině?

„Dobré, velmi.“

- ❖ Hraje rodina, přátelé a známí ve vašem životě důležitou roli?

„Rodina ano, přátelé částečně a kdo chce, mě vyhledá.“

- ❖ Dokázala byste se bez nich obejít?

„Bez rodiny ne, ostatních ano.“

- ❖ Snížila by se bez přátel kvalita vašeho života?

„Ne.“

9. Sexualita, reprodukční činnost

- ❖ Řešíte dnes něco v oblasti sexuálního života?

„Ne.“

- ❖ Souvisí dnes nějak kvalita vašeho života s tímto tématem?

„Ne.“

10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance

- ❖ Prožíváte dnes nějaký stres, který ještě souvisí s transplantací?

„Ne.“

- ❖ Připouštíte si vůbec nějaký stres?

„Někdy jsem stresovaná opakovanými nemocemi. Někdy mě to trápí.“

- ❖ Jak si dnes kompenzujete eventuální stres?

„Já nevím, nepřipouštím ostatní kromě nemoci.“

- ❖ Dokážete dnes projevit toleranci jinak, než v období před vznikem nemoci a po transplantaci?

„Ano, jsem tolerantnější. Pacientům nemocným – pomoci jim. Cítím jejich bolesti.“

- ❖ Snažíte se dnes bagatelizovat některé životní komplikace, aby vám nesnížily kvalitu života?

„Ne.“

11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty

- ❖ Změnilo se něco v oblasti vaší víry obecně?

„Ne, ne.“

- ❖ Změnily se nějak vaše životní hodnoty?

„Vážím stále víc života. Jsem ráda, když se ráno probudím. Děkuji za každý den života.“

- ❖ Myslíte si, že víra (nejen v Boha) může nějakým způsobem zkvalitnit život?

„Možná ano.“

- ❖ Zkvalitnila vám jej?

„...možná, ... ano.“

Chce něco říci závěrem?

„Važte si života, nekouřit, nepít, nefetovat! Važte si každý orgán, nepodceňovat nic. Snažit se pochopit a pomoci druhým, kteří jsou momentálně v potížích. Jedině tak můžeme lépe v tomhle životě býti. Nehazardovat se životem. Nejcennější je zdraví, nelze koupit za tuny zlata!

V současném období je stav klientky uspokojivý, i když se stále objevují nějaké další choroby. Jak uvádí, je ráda, že jí přežilo dobré rodinné zázemí, a že se může radovat sebou svojí rodinou. Nadále si váží svého života, ale uvědomuje si, že transplantovaná ledvina nemusí dlouho fungovat a vrátí ji zpět do období nemoci. Dnes tvrdí, že další transplantaci by odmítla.

8.3 Profil klienta s transplantovaným srdcem

Klient F. T. narozený 17. 1. 1948, ženatý, z nynějšího manželství má jednu dceru, z předchozího manželství dvě dcery. Pracoval v zahraničí jako jeřábník. Provozoval aktivně několik druhů sportu a pro svou přátelskou povahu měl spoustu kamarádů. Nikdy nebyl nemocen a náhle z plného zdraví se objevila nedostatečnost levého srdce. Bezprostředně po první atace (1997) diagnostikována dilatační kardiomyopatie. Pravidelně navštěvoval kardiologa, užíval předepsané léky, ale choroba progredovala. Dne 17. 1. 2006 podstoupil transplantaci srdce. Shodou okolností bylo datum narození shodné s datem transplantace. Klient na mne působil naprosto klidnou a vyrovnanou povahou. Sdělil mi, že díky dobrému rodinnému a sociálnímu zázemím překonal všechna období svého komplikovaného života.

8.4 Rozhovor

Období plného zdraví

1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

- ❖ Pamatujete si, jak jste vnímal své zdraví před vznikem choroby?

„Byl jsem zdravý, rád jsem jezdil po světě. Byl jsem v Libyi a Iráku, byl jsem rád, že jsem zdravý, že to mohu absolvovat. Každý se tam nedostal.“

- ❖ Jak jste se udržoval v kondici?

„Sportem. Sportoval jsem a v roce 1985 jsem přestal kouřit. Hrál jsem fotbal a hlavně hokej.“

- ❖ Myslíte si, že jste žil „zdravě“?

„Myslím, že ano. To víte, jak řidiči. Nepravidelné jídlo, celý den jsem nemohl pít, tak večer...tři piva a raději víno.“

- ❖ Byl váš dobrý zdravotní stav důležitý pro výkon povolání?

„Byl, protože každý rok jsme chodili na zdravotní prohlídky a bylo to potřeba.“

- ❖ Napadlo vás někdy v období plného zdraví, že byste mohl onemocnět vážnou chorobou?

„Napadlo. Když jsem se vrátil z Libye, tak ti, co se vrátili, byli nemocní. Měli rakovinu, asi ze slunce a všelijaké parazity.“

2. Výživa a metabolismus

- ❖ Stravoval jste se pravidelně, minimálně třikrát denně?

„Ne.“

- ❖ Dodržoval jste pitný režim?

„Dá se říct, že jo. Pil jsem limonády, bylo horko, nedalo se vydržet žízní.“

- ❖ Preferoval jste určitý druh jídla, i když byl nezdravý?

„Ne, ale býval často třeba řízek- nevadilo mi to.“

- ❖ Napadlo by vás, že někdy v budoucnu budete muset sledovat bilanci tekutin, tedy příjem a výdej tekutin?

„Ne.“

- ❖ Napadlo by vás, že někdy v budoucnu budete muset vyloučit ze svého jídelníčku oblíbené jídlo nebo držet speciální dietu?

„Ne, vůbec.“

3. Vylučování

- ❖ Řešil jste někdy problémy s vylučováním?

„Nikdy neřešil, vše bylo podle mě v pořádku.“

- ❖ Narušilo by například užívání projímadel kvalitu života?

„Nevím, nemůžu si to jaksi představit a posoudit.“

- ❖ Musel jste někdy řešit problémy s pocením?

„V Libyi bylo velice horko, ale byl tam vánek. Nijak to neobtěžovalo.“

4. Aktivita, cvičení

- ❖ Jak jste si udržoval tělesnou kondici?

„Sportem, hlavně sportem! Jiná možnost nebyla. Každý volný čas a doma třikrát denně.“

- ❖ Zvládal jste všechny denní aktivity bez větších problémů?

„Jasně.“

- ❖ Vzpomenete na něco, na co jste nestačil, například práce na zahrádce (únava)?

„Ne.“

- ❖ Uspokojoval vás vaše aktivity?

„Ano, velmi.“

5. Spánek, odpočinek

- ❖ Kolik hodin spánku denně jste běžně potřeboval?

„Všelijak. Spal jsem dost, stačilo mi to. Nevlámoval jsem. Když jsem cítil únavu, lehl jsem si.“

- ❖ Jaká byla jeho kvalita? Působil vám dostatek spánku také dostatečnou energií?

„Dobrá, energie bylo dost.“

- ❖ Používal jste nějaké léky nebo rituály k navození spánku?

„Ne.“

6. Vnímání, poznávání

- ❖ V oblasti vnímání všech vašich smyslů, měl jste nějaký problém, který vás omezoval nebo vám znepríjemňoval, eventuálně komplikoval život (sluch, zrak...)?

„Ne, bez problémů. Žádné brýle, nic.“

- ❖ Dokázal jste se v různých životních situacích rozumně a samostatně rozhodnout?

„Já si myslím, že ano.“

7. Sebekoncepce. sebeúcta

- ❖ Považoval jste se za úspěšného a spokojeného ve svém osobním životě?

„Myslím, že ne. V ničem jsem nevynikal. Byl jsem samostatný. Kdo je spokojený? Na podmínky, které jsme měli, jsem byl spokojený.“

- ❖ Dokázal byste se vyrovnat například se změnou vzhledu?

„Když by tak bylo... ale jo. Kdyby mi měli řezat ruku nebo obličej, ... dokázal.“

- ❖ Měl jste problémy se způsobem komunikace?

„Nebyl jsem nijak řečný, tak normálně, nijak jsem nevynikal.“

- ❖ Měl jste problémy se způsobem prožívání emocí?

„Nevím, co bych k tomu řekl. Možná chvíli, když se něco stalo, ale asi ani ne.“

- ❖ Provozoval jste bez problémů vaše záliby?

„Bez problémů!“

8. Plnění rolí, mezilidské vztahy

- ❖ Jaké životní role jste plnil například v oblasti rodiny?

„Myslím, že jako vůdce rodiny, jsem si myslel, že jsem dobrý! Po deseti letech jsem se rozvedl, žena si našla jiného, nebudu jim zavazet... než to přebolelo...“

- ❖ Měl jste zájem a potřebu setkávat se s přáteli?

„Ale jo, to já rád se setkávám.“

- ❖ Měli přátelé a známí o vás zájem?

„Nemůžu posoudit, ale ano.“

- ❖ Vyhledávali vaši společnost?

„Záleželo na domluvě, byli jsme parta, jeden za druhým... za třetím a už to bylo. Potřeboval jsem to, bylo to potřeba k životu.“

- ❖ Jaké byly vztahy v rodině?

„Snažil jsem se, aby byly dobré!“

- ❖ Jaké byly vztahy v zaměstnání?

„Jo, šlo to, celkem spokojený, byly výjimky, všude něco bylo, nevyhledával jsem spory.“

9. Sexualita, reprodukční schopnost

- ❖ Chcete řešit tuto otázku?

Kývl souhlasně.

- ❖ Byl jste spokojený v kvalitě sexuálního života?

„Bylo to dobré, než si našla druhého.“

10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance

- ❖ Jak jste zvládal stresové situace?

„Nepřipouštěl jsem si je, s menšíma problémama se vše zvládlo.“

- ❖ Jak jste nejčastěji kompenzoval stres?

„Třeba jsem sedl k televizi, nevím...“

- ❖ Byly stresové situace běžné ve vašem dosavadním životě?

„Myslím, že ne, nějaké byly... musely se řešit, nepodléhal jsem, prášky nebo něco, ne.“

- ❖ Jak jste toleroval běžné životní komplikace, pokud nějaké byly?

„Nic, víc jsem navštěvoval kamarády. Raději jsem šel na hokej, abych na to nemusel myslet.“

11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty

- ❖ Jste věřící?

„Ano. Do kostela nechodím. Jsem křtěný, nejsem pobožný.“

- ❖ Pomáhá vám víra v životních situacích?

„To ne, bůh ne.“

- ❖ Jaké máte životní hodnoty?

„Chtěl jsem dokázat něco ve sportu, ale nesplnilo se to. Vadilo mi to, ale byl jsem spokojený s tím, co je.“

Klient vnímal kvalitu svého života velmi intenzivně. Dle jeho slov si uvědomoval, že potřebuje k výkonu svého povolání být zdravý. Proto si udržoval tělesnou kondici sportem. Nepřipouštěl si stres a život bral s nadhledem. Myšlenky na poruchu zdraví ho napadly, hlavně v souvislosti s prací v zahraničí, ale nezaobíral se tím. Byl ve svém životě spokojený.

Období nemoci před transplantací

1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

- ❖ Jak jste vnímal poruchu svého zdraví?

„Jak jsem vnímal... nesměl jsem nic, zhrozil jsem se. Bydlím v domku, nemohl jsem nic. Jenom procházky.“

- ❖ Jak jste se udržoval v kondici?

„Pomalýma procházkama, doma čučet, nic nedělat. Jaká kondice!!“

- ❖ Řídil jste se radami lékaře?

„Ano, ale špatně jsem to snášel.“

- ❖ Obtěžovalo vás to?

„Ano. Všechno mi zakazovali, co jsem měl nejradši.“

- ❖ Omezil váš zdravotní stav výkon povolání?

„Omezil, prakticky vše zakázané.“

- ❖ Připouštěl jste si, že nemoc se bude zhoršovat?

„Myslel jsem taky na nejhorší. Myšlenky byly, že může být ještě hůř.“

2. Výživa a metabolismus

- ❖ Dodržoval jste dietní opatření podle rady lékaře?

„No, tak ze začátku.“

- ❖ Komplikovalo to nějak váš osobní život?

„Ani ne, nekomplikovalo, pak jsem si udělal dle sebe.“

- ❖ Nastala nějaká změna v oblasti trávení, která vás obtěžovala?

„Ani ne.“

- ❖ Zasáhla úprava dietního režimu i finanční stránku?

„Dá se říct, že ano. Vyvažování zasáhlo finanční stránku.“

3. Vylučování

- ❖ Nastaly nějaké problémy s vylučováním?

„Dá se říct, že ano, nastaly, ohledně všelijakých prášků.“

- ❖ Jak jste je vnímal?

„Špatně, protože byly problémy i se stolicí. Měl jsem zácpu, chodil jsem jedenkrát týdně.“

- ❖ Jak jste je řešil?

„Nijak, snažil jsem se s tím sžít.“

- ❖ Působila na vaši psychiku změna s vylučováním?

„Trápilo mě to. To víte, chtěl jsem někam jít a nevěděl jsem kdy to na mne přijde.“

4. Aktivita, cvičení

- ❖ Jak působila nemoc na udržování kondice?

„Nijak. Psík, procházky, nemůžete nic.“

- ❖ Vnímal jste nějakou změnu?

„Málo pohybu, přibírání na váze.“

- ❖ Zvládal jste denní aktivitu?

„Pomalou, co mě dovovalo, pomalým tempem.“

- ❖ Co už jste nezvládal a jak jste se s tím vyrovnával?

„Sportování špatně, musel jsem slevit, nešlo to jako dřív...!“

- ❖ Jak na vás působil častější nástup únavy?

„Musel jsem se vyrovnat, když přišla únava, šel jsem odpočívat.“

- ❖ Pokud jste musel úplně vynechat oblíbenou aktivitu, jak jste se s tím vyrovnal?

„Špatně.“

5. Spánek, odpočinek

- ❖ Změnila se nějak vaše denní potřeba spánku?

„Ne, kompenzoval vše odpočinkem a bylo to dobré.“

- ❖ Jaká byla jeho kvalita?

„Budil jsem se, horší se mi dýchalo, dával jsem si víc pod hlavu.“

- ❖ Jak jste tuto změnu vnímal?

„Špatně, žádná kvalita to nebyla.“

- ❖ Působil vám dostatek spánu také dostatečnou energií?

„Ano, když jsem spal, byl jsem dobrý.“

- ❖ Používal jste nějaké léky nebo rituály k navození spánku?

„Ne.“

- ❖ Potřeboval jste i více odpočinku přes den?

„Někdy jo.“

- ❖ Vadilo vám, že musíte častěji odpočívat?

„To mi teda vadilo, špatně jsem to snášel?“

- ❖ Jaký druh odpočinku jste volil?

„Sedl do křesla, natáhl nohy a odpočíval.“

6. Vnímání, poznávání

- ❖ Nastal nějaký problém v oblasti vnímání vašich smyslů (sluch, zrak, chuť...)?

„To bylo vše dobré!“

- ❖ Změnilo se něco v oblasti vlastního rozhodování?

„Stávalo se mi, že jsem byl nejistý při rozhodování, obracel jsem se na manželku.“

- ❖ Na koho jste se v rozhodování spoléhal, na lékaře, rodinu?

„Když bylo nejhůř, tak i na lékaře. Sami mi řekli, že je mám vyhledat, mám to do nemocnice kousek.“

7. Sebekoncepce, sebeúcta

- ❖ Změnilo se něco v oblasti vaší spokojenosti a úspěšnosti vašeho soukromého života?

„Myslím si, že ano. Nemohl jsem žít plným životem jak dřív. Snížilo to kvalitu toho žítí.“

- ❖ Změnilo se něco ve způsobu komunikace?

„Já si myslím, že ne, byl jsem stejný.“

- ❖ Prožíval jste nějakým jiným způsobem emoce jako v období plného zdraví?

„Zdá se mi, že mě to omezilo, nebylo to co dřív.“

- ❖ Provozoval jste své záliby bez větších problémů nebo se něco změnilo?

„Musel jsem to omezovat, nešlo to. Zdravotní stav to nedovoloval.“

- ❖ Jak jste případnou změnu vnímal?

„Musel jsem se tím vyrovnat, nevím jak to říct. Trápilo mě to.“

8. Plnění rolí, mezilidské vztahy

- ❖ Jak jste vnímal plnění rodinných rolí?

„Pořád stejně.“

- ❖ Měl jste zájem a potřebu setkávat se s přáteli?

„Ano, měl.“

- ❖ Měli přátelé a známí o vás zájem?

„Měli.“

- ❖ Vyhledávali vaši společnost?

„Ale jo, ano.“

- ❖ Jaké byly vztahy v rodině?

„Normální, pořád stejné, nic se nezměnilo.“

- ❖ Jaké byly vztahy v zaměstnání?

„Nepracoval jsem, nenavštěvujeme se.“

9. Sexualita, reprodukční schopnost

- ❖ Změnilo se něco v oblasti sexuálního života?

„Ano, změnilo.“

- ❖ Trápilo vás to tak, že jste vyhledal odbornou pomoc?

„Trápilo, ale nic jsem nevyhledal.“

- ❖ Upozornil vás na tuto skutečnost ošetřující lékař?

„Upozorňoval, ale dál jsme to neprobírali.“

- ❖ Jak jste se s tím vyrovnal?

„Po svém, jak se dalo.“

- ❖ Jak se s tím vyrovnala vaše partnerka?

„Musela se s tím vyrovnat, nevím...“

10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance

- ❖ Jak jste zvládal stresové situace?

„Musel jsem se s tím vyrovnat.“

- ❖ Jak jste kompenzoval stres?

„Co já vím. Nevím už.“

- ❖ Jaký byl největší stres před transplantací?

„Velký strach z operace, furt jsem o tom přemýšlel.“

- ❖ Jak jste toleroval komplikace, které souvisely s chorobou?

„Žil jsem s tím, jak to šlo. Obtěžovala mě dušnost.“

- ❖ Změnil se váš postoj k řešení stresových situací?

„Ani ne.“

- ❖ Rezignoval jste někdy na řešení zátěžových situací?

„Někdy, flegmatik, ano.“

- ❖ Změnilo se něco v oblasti tolerance k sobě nebo k ostatním?

„Ne, nic.“

11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty

- ❖ Změnilo se něco v oblasti vaší víry obecně?

„Nic se nezměnilo.“

- ❖ Změnily se nějak vaše životní hodnoty?

„Ne.“

Z uvedeného vyplývá, že nemoc zásadně změnila klientovi život. Tuto skutečnost vnímal velmi negativně. Kvalitu života popisoval jako špatnou. Nejen proto, že mu lékaři zakázali oblíbené aktivity, ale hlavně proto, že zjistil, jak mu ubylo sil. Tato skutečnost klienta překvapila. Jak uvádí, žil velmi aktivním způsobem života a choroba se stala komplikací. Trápila ho dušnost a častá únava. Psychicky se s tím ale pomalu smířil.

Období nemoci po transplantaci

1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

- ❖ Jak jste vnímal svůj zdravotní stav v tomto období ve vztahu k aktivitám a plánům do budoucna?

„Špatně, měl jsem bolesti, nechut' k jídlu, nic moc. Nic jsem neplánoval, měl jsem herpes a trápil mě tři měsíce.“

- ❖ Smířil jste se dodržováním lékařských a ošetrovatelských doporučení?

„Potom už ano, smířil.“

- ❖ Dalo vám to hodně námahy a přesvědčování?

„Nedalo, chtěl jsem žít, přizpůsobil jsem se. Jedl jsem všechny prášky.“

2. Výživa a metabolismus

- ❖ Dodržoval jste dietní opatření podle rady lékaře?

„Ze začátku ano.“

- ❖ Nastala nějaká změna v oblasti trávení a zažívání, která vás obtěžovala?

„Nastaly zase zácpy, obtěžovaly mě.“

- ❖ Odrazil se nějak příjem stravy a tekutin na vašem vzhledu?

„Ano, velice jsem zhubl.“

- ❖ Jak jste tuto změnu vnímal?

„Bylo mi dobře.“

3. Vylučování

- ❖ Změnilo se dále něco v oblasti vylučování?

„Stále trvala zácpa.“

- ❖ Vzpomínáte si na něco, co vás v této oblasti traumatizovalo?

„Ne, nic.“

- ❖ Vyřešilo se něco v oblasti vylučování po transplantaci?

„Ne.“

4. Aktivita, cvičení

- ❖ Zvládal jste všechny denní aktivity bez větších problémů?

„Běžné ne, ale práce kolem baráku byla složitější.“

- ❖ Přetrvávala únava, a jak jste se s tím vyrovnával?

„Únava přetrvávala, častěji jsem odpočíval, šla mi pomaleji práce, ale vyrovnal jsem se s tím.“

- ❖ Mohl jste provozovat předchozí aktivity?

„Nemohl, bylo mi to líto.“

- ❖ Jak jste vnímal některá (dočasná) omezení?

„Musel jsem se tím vyrovnat.“

- ❖ Změnila se potřeba pohybových aktivit?

„Ano, ale nešlo to.“

5. Spánek, odpočinek

- ❖ Změnila se nějak vaše denní potřeba spánku?

„Změnila, častěji po obědě jsem musel odpočívat.“

- ❖ Jaká byla jeho kvalita?

„V noci jsem se budil, musel jsem spát na levém boku, v noci jsem chodil močit.“

- ❖ Jak jste tuto změnu vnímal?

„Vadilo to.“

- ❖ Působil vám dostatek spánku také dostatečnou energií?

„Když dostatek spánku nebyl, nebyla také energie.“

- ❖ Používal jste nějaké léky nebo rituály k navození spánku“

„*Ne.*“

- ❖ Potřeboval jste i více odpočinku přes den?

„*To ano.*“

- ❖ Hledal jste si nové „aktivity“ k odpočinku (nový druh relaxace)?

„*Křeslo a odpočinek pro zkvalitnění žití.*“

6. Vnímání, poznávání

- ❖ Změnilo se něco v oblasti vnímání vašich smyslů (sluch, zrak, chuť...)?

„*Nepatrně se zhoršil zrak, běhal jsem po doktorech a dostal jsem brýle.*“

- ❖ Změnilo se něco v oblasti vlastního rozhodování?

„*Ani ne.*“

- ❖ Změnil se váš názor na rozhodnutí se pro transplantaci?

„*Ne, byl jsem rád, že to bylo tak rychle a nemusel jsem čekat.*“

- ❖ Litoval jste někdy rozhodnutí a proč?

„*Ne.*“

- ❖ Rozhodl byste se stejně?

„*Ano.*“

7. Sebekoncepce, sebeúcta

- ❖ Vážil jste si sebe víc, že jste podstoupil transplantaci?

„*To je stejné.*“

- ❖ Změnilo se něco v oblasti vaší spokojenosti a úspěšnosti vašeho soukromého života po transplantaci?

„*Myslím, že ne.*“

- ❖ Změnilo se něco ve způsobu komunikace po transplantaci?

„*Ne.*“

- ❖ Mohl jste opět provozovat své záliby?

„*Nemohl, někdy mě to mrzelo.*“

- ❖ Změnilo se něco v oblasti zvládnání emocí po transplantaci?

„*Jsem víc nervózní.*“

8. Plnění rolí, mezilidské vztahy

- ❖ Změnilo se něco v oblasti plnění rodinných rolí?

„*Nic se nezměnilo.*“

- ❖ Měl jste zájem a potřebu setkávat se s přáteli?

„*Já ani ne, ale oni ano.*“

- ❖ Měli přátelé a známí o vás zájem?

„*Přátelé ano, měli.*“

- ❖ Vyhledávali vaši společnost?

„*Ano. Pomáhalo mi to v uzdravování.*“

- ❖ Jaké byly vztahy v rodině?

„*Myslím, že mě mají víc rádi, aspoň to tak vnímám. Víc mi pomáhají.*“

9. Sexualita, reprodukční schopnost

- ❖ Změnilo se něco v oblasti sexuálního života po transplantaci?

„*Ano.*“

- ❖ Řešil s vámi tuto otázku i váš partner?

„*Jo.*“

- ❖ Je tato oblast pro kvalitu života pro vás důležitá?

„*Myslím, že ne.*“

10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance

- ❖ Změnil se nějak váš postoj ke stresu?

„Někdy se rozčílím, ale přejde to.“

- ❖ Co vás nejvíce stresovalo po transplantaci?

„Nemohoucnost a všechno co s tím souviselo.“

- ❖ Podporovala vás rodina a pomáhala vám při zvládnání stresu a zátěže?

„Ano.“

- ❖ Potřeboval jste takovou podporu?

„Bylo to lepší, když jsem cítil, že mají zájem pomáhat.“

11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty.

- ❖ Změnilo se něco v oblasti vaší víry obecně?

„Víra se nezměnila.“

- ❖ Změnily se nějak vaše životní hodnoty?

„Myslím, že změnily v souvislosti s nemocí. Chtěl jsem aspoň zajistit dceru.“

Klient uvedl, že po transplantaci potřeboval pro svou rekonvalescenci hlavně rodinu. Ta ho podporovala a dodávala mu životní sílu. Cítil se stále slabý a unavený, strádal absencí aktivního života. Postupem času se s touto skutečností vyrovnal. Dá se tedy vydedukovat, že kvalita života v potransplantačním období byla přechodně zhoršená, ale postupně se zlepšovala.

Současné období

1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

- ❖ Jak vnímáte své zdraví dnes?

„Cítím se líp, jak v nemocnici před operací.“

- ❖ Žijete zdravě podle doporučení lékařů?

„Ne, neodpírám si, ale nepřeháním to, jsme tu jen na chvíli. Alkohol ale ne.“

- ❖ Vadí vám pravidelné a nutné užívání léků?

„Ohledně zdraví ne. Když je to pro zdraví, tak mi to neva, chcu žít.“

- ❖ Vnímáte váš nynější zdravotní stav jako uspokojivý?

„Ale jo, jsem spokojený.“

- ❖ Jak se udržujete v kondici?

„Jak mi zdraví dovolí. Chůze a cvičení. Pořídil jsem si činky.“

- ❖ Jaké máte plány do budoucna.?

„Nevím, neplánuju.“

2. Výživa a metabolismus

- ❖ Změnilo se něco zásadního v oblasti výživy?

„Jím asi víc a je to na škodu. Přibral jsem, cítím to.“

- ❖ Dodržuje dietní opatření podle rady lékaře?

„Ne.“

- ❖ Komplikuje to nějak váš osobní život?

„Ne.“

- ❖ Nastala nebo přetrvává nějaká změna v oblasti trávení, která vás obtěžuje?

„Jenom ty zácpy kdyby nebyly.“

- ❖ Zasahuje váš dietní režim i finanční stránku?

„Ano.“

3. Vylučování

- ❖ Máte dnes nějaké problémy v oblasti vylučování (močení, stolice, pocení)?

„Kromě zácpy nic.“

- ❖ Snažíte se eventuální problém řešit?

„Snažím, ale moc to nejde.“

- ❖ Snižuje to kvalitu vašeho života?

„Ano.“

4. Aktivita, cvičení

- ❖ Jak si udržujete tělesnou kondici?

„Procházky, cvičení.“

- ❖ Zvládáte všechny denní aktivity bez větších problémů?

„Nezvládám, záleží na počasí. Momentálně mě bolí rameno.“

- ❖ Je něco, na co nestačíte a jste brzy unaven?

„Těžká práce, ta mě unavuje.“

- ❖ Uspokojují vás vaše aktivity?

„Částečně.“

- ❖ Nahradil jste některé aktivity jinými pro zlepšení kvality života?

„Pejsek, chůze, procházky.“

5. Spánek, odpočinek

- ❖ Kolik hodin spánku denně potřebujete?

„Normál, pět až osm hodin.“

- ❖ Jaká je jeho kvalita? Působí vám dostatek spánku také dostatečnou energií?

„Ale jo, kvalita je celkem uspokojivá a dostatečnou energií ano.“

- ❖ Používáte nějaké léky nebo rituály k navození spánku?

„Ne.“

- ❖ Jaký druh relaxace vás dnes uspokojuje?

„Třeba křížovka, televize, zahrádka.“

6. Vnímání, poznávání

- ❖ V oblasti vnímání všech vašich smyslů, máte dnes nějaký problém, který vás omezuje nebo znepríjemňuje, eventuálně komplikuje život (sluch, zrak, ...)?

„Někdy mě zlobí zrak, musím ty brýle mít stále u sebe.“

- ❖ Dokážete se i dnes v různých životních situacích rozumně a samostatně rozhodovat?

„Myslím, že jo.“

- ❖ Jak dnes vnímáte období před a po transplantaci?

„Je to těžké, dřív jsem byl mladší, dělal jsem sport. Teď jsem, starší, tak co už...?“

- ❖ Jak se změnila kvalita vašeho života před a po transplantaci?

„Po transplantaci se cítím líp, už nejsem dušný, protože to mě hodně omezovalo.“

- ❖ Doporučujete podstoupit transplantaci ostatním nemocným?

„Jistě, doporučil bych to.“

7. Sebekoncepce, sebeúcta

- ❖ Považujete se dnes za „hrdinu“ a vážíte si více sebe sama, že jste podstoupil transplantaci?

„Za hrdinu se nepovažuji v žádném případě, ale jsem velice rád, že jsem to podstoupil.“

- ❖ Vrátil se váš život do „běžných kolejí“, jak tomu bylo před vznikem choroby?

„Nevrátil se úplně, ale jsem spokojený.“

- ❖ Dokážete dnes normálně komunikovat a sdělovat například své zážitky, prožitky a zkušenosti s transplantací?

„Vykládám klidně o zážitcích a vůbec mi to nevadí, že se o tom bavím.“

- ❖ Jak dokážete dnes zvládat své emoce, změnilo se něco?

„Bez problémů, jen ta nervozita.“

- ❖ Vrátil jste se k oblíbeným zálibám nebo jste upřednostnil jiné?

„Vrátil, ale mám i jiné.“

- ❖ Pociťujete tuto skutečnost jako zlepšení kvality života?

„Myslím, že jo.“

8. Plnění rolí, mezilidské vztahy

- ❖ Jak dnes vnímáte plnění rodinných rolí?

„Spokojeně, všechno je v pořádku.“

- ❖ Máte zájem a potřebu setkávat se přáteli?

„Mám.“

- ❖ Mají přátelé a známí o vás zájem?

„Ano.“

- ❖ Vyhledávají vaši společnost?

„Ano.“

- ❖ Jaké jsou vztahy v rodině?

„Dobré.“

- ❖ Hraje rodina, přátelé a známí ve vašem životě důležitou roli?

„Ano.“

- ❖ Dokázal byste se bez nich obejít?

„Ne, bez rodiny určitě ne.“

- ❖ Snížila by se bez nich kvalita vašeho života?

„Bez rodiny by se snížila určitě. Kamarádi - nedovedu posoudit, nevím.“

9. Sexualita, reprodukční schopnost

- ❖ Řešíte dnes něco v oblasti sexuálního života?

„Ne.“

- ❖ Souvisí dnes nějak kvalita vašeho života s tímto tématem?

„Ne.“

10. Stres, zátěžová situace, jejich zvládnání, tolerance

- ❖ Prožíváte dnes nějaký stres, který ještě souvisí s transplantací?

„S transplantací ne, ale řeším bolesti ramene.“

- ❖ Připouštíte vůbec nějaký stres?

„Ne.“

- ❖ Jak dnes kompenzujete eventuální stres?

„Nepřipouštím si.“

- ❖ Dokážete dnes projevit toleranci jinak, než v období před vznikem nemoci a po transplantaci?

„Nevím, co bych odpověděl.“

- ❖ Snažíte se dnes bagatelizovat některé životní komplikace, aby vám nesnížily kvalitu života?

„Někdy je mi opravdu jedno co se děje.“

11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty

- ❖ Změnilo se něco v oblasti vaší víry obecně?

„Ne.“

- ❖ Změnily se nějak vaše životní hodnoty?

„Ne.“

- ❖ Myslíte si, že víra (nejen v Boha) může nějakým způsobem zkvalitnit život?

„*Jak u koho.*“

❖ Zkvalitnila vám její?

„*U mě ne.*“

Chce něco říci závěrem?

„*Jsem rád, že jsu tady, že si spolu můžeme povídat a že můžu fungovat. Vážím si všeho kolem a mám rád svoji rodinu. Velice mi všichni pomohli.*“

Jak klient uvádí, je v současné době spokojený. Způsobu života, který je nutný pro pacienty po transplantaci, se přizpůsobil. Zvládá veškerou práci kolem domku, chodí na procházky a více si váží života. Rodina je pro něho velmi důležitá. Přijímá všechno kolem tak, jak přichází. Je rád, že podstoupil transplantaci a budoucnost neplánuje.

8.5 Model péče transplantovaných dle Gordonové

Intervence všeobecné sestry u pacientů před a po transplantaci v daných oblastech.

Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

- podpora uspokojivého zdravotního stavu a pohody
- důraz na důležitost uspokojivého zdravotního stavu
- udržování aktivity klienta a jeho plánů do budoucna
- apel na dodržování lékařských a ošetrovatelských doporučení

Výživa a metabolismus

- podpora správného příjmu potravy a tekutin
- důraz na význam výživy pro konkrétní onemocnění
- pravidelná kontrola stavu chrupu, kůže a vlasů

Vylučování

- edukace klienta o nutnosti sledování bilance tekutin
- informace o nutnosti pravidelné stolice
- informace o možných změnách v oblasti pocení

Aktivita, cvičení

- edukace klienta o vhodném udržování tělesné aktivity
- informace o komplikacích při provozování aktivit
- doporučení činností, které jsou pro klienta důležité

Spánek, odpočinek

- edukace o nutnosti spánku, odpočinku a relaxace
- pozorování kvality a kvantity spánku
- upozornění na vedlejší účinky hypnotik

Vnímání, poznávání

- sledování a monitorování bolesti
- sledování v oblasti myšlení, paměti a ve způsobu slovního vyjadřování
- informace o možných změnách sluchu, čichu, zraku, chuti a hmatu

Sebekoncepce, sebeúcta

- sledování sebevnímání klienta
- sledování emocionální reakce klienta
- sledování způsobu nonverbálních projevů

Plnění rolí, mezilidské vztahy

- sledování individuálního vnímání životních rolí
- upozornění na rozvážnost a zodpovědnost

Sexualita, reprodukční schopnost

- edukace o možných sexuálních změnách
- doporučení odborné sexuologické pomoci

Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance

- edukace o eliminaci stresu
- doporučení klinického psychologa
- zdůraznění podpory rodiny

Víra, přesvědčení, životní hodnoty

- zdůraznění důležitosti jakékoliv víry
- zaměření se na vnímání kvality života transplantovaných
- sledování intenzity prožívání a očekávání

Všeobecná sestra, která se setkává s pacienty před a po transplantacích, by měla mít znalosti z dané oblasti. Je stále potřeba s klienty o problematice hovořit, zdůrazňovat prevenci dalších komplikací a hlavně dávat najevo zájem o jeho onemocnění. Pacienti by měli mít ve svém ošetrovatelském personálu jistotu a neměli by se bát zeptat na jakýkoliv problém.

ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala problematikou transplantací, se kterou úzce souvisí jak legislativa, tak i etika. V teoretické části jsem popsala historii transplantací, z níž je patrné úsilí lidstva nespokojit se s chorobami, kterými ho příroda obdařila, ale tyto choroby léčit méně tradičním způsobem, než bylo ve starší medicíně obvyklé.

Dále jsem se zmínila o platné legislativě v České republice, o tzv. „transplantačním zákoně.“

Zabývala jsem se problematikou etiky a popisovala jsem vývoj etického myšlení obecně a následně v transplantační medicíně. Podstatou pro morální hodnocení je použití přístupu na základě „čtyř principů a záběru“ podle Beauchampa a Childresse.

Následně jsem se zabývala teorií kvality života, kterou ovlivňují vnější i vnitřní činitelé.

Cílem práce bylo zjištění kvality života v konkrétních obdobích - plného zdraví, v období nemoci, před transplantací, po transplantaci a v pozdějším období. Prováděla jsem výzkumné šetření metodou rozhovoru se dvěma pacienty. Dotazovaná žena je po transplantaci ledviny a muž po transplantaci srdce. Dotazy jsem sestavovala podle jednotlivých oblastí Modelu fungujícího zdraví Marjory Gordonové. Pro náročnost celého šetření jsem prováděla rozhovory ve dvou dnech za použití diktafonu. Na základě výsledků rozhovorů jsem došla k závěru, že kvalita života v daných obdobích se skutečně měnila. Tato se po transplantaci orgánu znatelně zlepšila, ale v některých směrech se snížila v důsledku určitých režimových omezení a vedlejších účinků imunosupresivní terapie. Po transplantaci si dotazovaní více vážili zdraví a života, který jim byl navzdory „nelítostné přírodě“ prodloužen.

Myslím si, že léčba pomocí transplantací má pro pacienta velký význam. Kvalita života se sice v určitých obdobích mění, ale mnohdy klienta „vrátí“ do běžného a kvalitního života. Odborníci z oblasti transplantační medicíny se stále snaží zdokonalovat jak operační techniky, tak imunosupresivní léčbu. Celosvětovým problémem i nadále zůstává nedostatek dárců orgánů.

Motto: „Jediným způsobem, jak zjistit meze možného, je odvážit se aspoň malý kousek za hranice nemožného.“ (Arthur C. Clarke)

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ADAMEC, M; SAUDEK, F. *Transplantace slinivky břišní a diabetes mellitus*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 163 s. ISBN 80-246-1166-X.

CICHÁ, M, et al. *Kvalita života jako klíč ke zdraví jedince, rodiny, společnosti*. In *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatelstve a pôrodnej asistencii*. 1. vyd. Bratislava: Matej Pliešovský, 2009. s. 752. ISBN 978-80-88866-61-9.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 3. vyd. Praha: Galén, 2002. 272 s. ISBN 80-7262-132-7.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Rub života - líc smrti*. 1. vyd. Praha: Orbis, 1975. 176 s.

HOŘEJŠÍ, V; BARTŮŇKOVÁ, J. *Základy imunologie*. 3. vyd. Praha: Triton, 2005. 279 s. ISBN 80-7254-686-4.

KAVAN, P; KOUTECKÝ, J; STARÝ, J. *Transplantace kostní dřeně: Průvodce pro pacienty i zdravotníky*. 1. vyd. Praha: Makropulos, 1998. 79 s. ISBN 80-86003-17-5.

KOŘENEK, J. *Lékařská etika*. 1. vyd. Praha: Triton, 2002. 276 s. ISBN 80-7254-235-4.

MUNZAROVÁ, M. *Lékařský výzkum a etika*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 120 s. ISBN 80-247-0924-4.

NOUZA, K. *Transplantáty pre život*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1991. 235 s. ISBN 80-217-0363-6.

PAYNE, J, et al. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0.

PIRK, J, et al. *Transplantace srdce*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2008. 287 s. ISBN 978-80-246-1606-3.

STOLÍNOVÁ, J; JANOVEC, M. *Novinky v medicíně 50*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990. Transplantace kostní tkáně a kostních derivátů, s. 85. ISBN 80-201-0090-3.

THOMASMA, D. C; KUSHNEROVÁ, T. *Od narození do smrti: Etické problémy v lékařství*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2000. 392 s. ISBN 80-204-0883-5.

TRACHTOVÁ, E, et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. 186 s. ISBN 80-7013-285-X.

TRUNEČKA, P, et al. *Transplantace jater*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2009. 290 s. ISBN 978-80-246-1671-1.

TŘEŠKA, V, et al. *Transplantace ledvin od nebijících dárců*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2008. 107 s. ISBN 978-80-7345-167-7.

TŘEŠKA, V, et al. *Transplantologie pro mediky*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 125 s. ISBN 80-246-0331-4.

VAĐUROVÁ, H; MÜHLPACHR, P. *Kvalita života: Teoretická a metodologická východiska*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2005. 143 s. ISBN 80-210-3754-7.

VAŇÁSEK, J, et al. *Transplantace kostní dřeně*. 1. vyd. Praha: Galén, 1996. 191 s. ISBN 80-75824-35-3.

VIKLIČKÝ, O, et al. *Transplantace ledviny v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 384 s. ISBN 978-80-247-2455-3.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
ARO	Anesteziologicko- resuscitační oddělení
CKTCH	Centrum kardiiovaskulární a transplantační chirurgie
HBD	Heart – Beating – Donor, dárce s bijícím srdcem
HIV	Human Immunodeficiency virus
HLA	Human Leucocyte Antigen, lidský leukocytární antigen
IKEM	Institut klinické a experimentální medicíny
JIP	Jednotka intenzivní péče
KST	Koordinační středisko transplantací
NHBD	Non – Heart – Beating – Donor, dárce s nebijícím srdcem
ROD	Registr odmítačů darování
RTx	Registr transplantovaných
USA	United States of America, Spojené státy americké
UW	University of Wisconsin
WHO	World Health Association, Světová zdravotnická organizace
WL	Waiting List, čekací listina

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha: Zákon 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon)

PŘÍLOHA: ZÁKON 285/2002 SB., (TRANSPLANTAČNÍ ZÁKON)

System ASPI - stav k 6.3.2011 do částky 16/2011 Sb. a 6/2011 Sb.m.s.

Obsah a text - poslední stav textu

285/2002 Sb.

ZÁKON

ze dne 30. května 2002

o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů

(transplantační zákon)

Změna: 228/2005 Sb.

Změna: 296/2008 Sb.

Změna: 129/2008 Sb.

Změna: 41/2009 Sb.

Změna: 281/2009 Sb.

Parlament se usnesl na tomto zákoně České republiky:

ČÁST PRVNÍ

DAROVÁNÍ, ODBĚRY A TRANSPLANTACE TKÁNÍ A ORGÁNŮ

HLAVA I

OBEČNÁ USTANOVENÍ

§ 1

Předmět úpravy

Tento zákon upravuje podmínky darování, odběrů a transplantací tkání a orgánů lidského původu prováděných výhradně za účelem poskytování léčebné péče. 1)

Základní pojmy

Pro účely tohoto zákona se rozumí

- a) orgánem samostatná a životaschopná část lidského těla tvořená strukturovaným uspořádáním různých tkání, která má zachovanou svoji strukturu, cévní zásobení a schopnost vykonávat fyziologické funkce s významnou mírou autonomie,
- b) tkáněmi a buňkami stavební součástí lidského těla včetně pozůstatků získaných při chirurgických operacích, dále krve-
tvorné buňky získané z kostní dřeně, z periferní a pupečnickové krve, s výjimkou orgánů, krve a jejích složek,²⁾ pohlavních
buněk, embryonálních a fetálních tkání a orgánů, vlasů, nehtů, placenty a odpadových produktů tělního metabolismu (dále
jen "tkáň"),
- c) možným dárcem pacient, u něhož se s ohledem na jeho zdravotní stav předpokládá smrt a možnost odběru tkáně nebo
orgánu, nebo tělo zemřelé osoby, u níž byla prokázána smrt a u níž se předpokládá možnost odběru tkáně nebo orgánu,
- d) dárcem osoba nebo tělo zemřelé osoby, které je proveden odběr tkáně nebo orgánu za účelem transplantace,
- e) smrtí nevratná ztráta funkce celého mozku, včetně mozkového kmene,
- f) čekatelem osoba evidovaná v Národním registru osob čekajících na transplantaci orgánů,
- g) příjemcem osoba, které je implantována tkáň nebo orgán lidského původu,
- h) odběrem všechny zákroky nutné pro odběr lidských tkání nebo orgánů určených pro transplantaci včetně vyšetření za
účelem posouzení zdravotní způsobilosti dárce a jeho přípravy na odběr,
- i) darováním odběr od žijícího dárce včetně zdravotní péče poskytované dárci za účelem rekonvalescence po provedeném
odběru,
- j) transplantací proces směřující k zachování odebrané tkáně nebo orgánu ve stálé kvalitě pro implantaci a implantace
tkáně nebo orgánu příjemci, včetně všech postupů přípravy, preparování a uchovávání tkání a orgánů.

HLAVA II

ODBĚR TKÁNÍ A ORGÁNŮ

Díl 1

Odběr tkání a orgánů od žijících dárců

Přípustnost odběru tkání a orgánů od žijícího dárce

(1) Odběr tkání nebo orgánů (dále jen "odběr") od žijícího dárce, pokud dále není stanoveno jinak, lze provést, pouze pokud

- a) je prováděn výhradně v zájmu léčebného přínosu pro příjemce,
- b) v době odběru není k dispozici vhodná tkáň nebo orgán od zemřelého dárce a neexistuje jiná léčebná metoda srovnatelného účinku,
- c) je dárce osoba způsobilá dát způsobem stanoveným tímto zákonem svobodný, informovaný a konkrétní souhlas (§ 7) a tento souhlas skutečně vyslovila, a
- d) jedná se o obnovitelné tkáně nebo jeden z funkčních párových orgánů.

(2) Odběr orgánů od žijícího dárce, pokud dále není stanoveno jinak, lze provést ve prospěch příjemce, který

- a) je osobou blízkou³⁾ dárce, pokud dárce vyslovil svobodný, informovaný a konkrétní souhlas (§ 7) ve vztahu k této osobě,
- b) není osobou blízkou³⁾ dárce, pouze za podmínek, že
 1. dárce prokazatelným způsobem výslovně projevil vůli darovat svůj orgán tomuto příjemci; výslovný projev vůle (dále jen "vyjádření") musí být učiněn písemně a musí mít úředně ověřený podpis dárce; vyjádření je nedílnou součástí zdravotnické dokumentace dárce,
 2. s tímto darováním vyslovila etická komise podle § 5 odst. 5 písm. a) souhlas.

(3) Odběr od žijícího dárce nelze provést, pokud

- a) lze důvodně předpokládat, že provedení odběru by mohlo vážným způsobem ohrozit zdraví nebo život dárce,
- b) je dárce osoba nacházející se ve výkonu trestu odnětí svobody nebo ve vazbě ve výkonu zabezpečovací detence nebo v ochranném léčení, s výjimkou dárce mezi dětmi a rodiči, sourozenci a mezi manželi, nebo
- c) vzniklo na základě posouzení zdravotní způsobilosti dárce důvodné podezření, že dárce trpí nemocí nebo stavem, které by mohly ohrozit zdraví nebo život příjemce. To neplatí, pokud riziko poškození zdraví příjemce je zanedbatelné ve srovnání se život zachraňující transplantací. Podmínky prevence nákazy viru lidského imunodeficitu stanoví zvláštní právní předpis. 4)

§ 4

Ochrana nezletilých osob, osob zbavených způsobilosti k právním úkonům a osob, které s ohledem na svůj momentální zdravotní stav nejsou schopny zvážit veškeré důsledky provedení odběru obnovitelné tkáně pro vlastní zdraví

(1) Od dárce, kterými jsou nezletilé osoby,⁵⁾ osoby s omezenou způsobilostí k právním úkonům nebo osoby zbavené způsobilosti k právním úkonům v plném rozsahu⁶⁾ (dále jen "osoba zbavená způsobilostí") nebo osoby, které s odběrem vyslovily souhlas, avšak s ohledem na jejich momentální zdravotní stav lze důvodně předpokládat, že i přes úplné poučení nezhodily nebo nemohly zvážit veškeré důsledky spojené s odběrem obnovitelné tkáně pro vlastní zdraví (dále jen "osoba neschopná vyslovit souhlas"), lze provést pouze odběr obnovitelné tkáně, není-li dále stanoveno jinak, a to pouze pokud

- a) není k dispozici žádný vhodný dárce, který je schopen dát výslovný a konkrétní souhlas,
- b) příjemcem je sourozenec dárce,
- c) darování představuje možnost záchrany života příjemce,
- d) zákonný zástupce dárce, kterým je nezletilá osoba nebo osoba zbavená způsobilostí, vyslovil podle § 7 odst. 4 s tímto odběrem souhlas,
- e) etická komise vyslovila podle § 5 odst. 5 písm. b) s tímto odběrem souhlas, a

f) tento dárce neprojevuje s darováním nesouhlas.

(2) Ustanovení odstavce 1 písm. b) a c) se nevztahuje na odběr buněk, pokud tento odběr představuje jen minimální riziko pro zdraví a život dárce.

§ 5

Etická komise

(1) Etická komise je nezávislá komise, kterou ustavuje a zrušuje statutární orgán zdravotnického zařízení provádějícího odběr orgánu dárce ve prospěch příjemce, který není jeho osobou blízkou³⁾ [§ 3 odst. 2 písm. b)], nebo obnovitelné tkáně nezletilým osobám, osobám zbaveným způsobilosti nebo osobám neschopným vyslovit souhlas (§ 4). Etická komise může být ustavena jako stálá komise nebo podle potřeby k jednotlivým případům.

(2) Etická komise má nejméně 5 členů; je tvořena lékaři, jedním klinickým psychologem a právníkem. Nejméně dvě třetiny členů etické komise nesmí být v pracovněprávním nebo obdobném vztahu ke zdravotnickému zařízení uvedenému v odstavci 1. Předsedu a další členy etické komise jmenuje a odvolává statutární orgán zdravotnického zařízení, ve kterém byla tato komise ustavena. Předseda a členové etické komise při výkonu činnosti etické komise nejsou vázáni pokyny statutárního orgánu zdravotnického zařízení ani pokyny jiných vedoucích zaměstnanců zdravotnického zařízení. Členy etické komise mohou být pouze fyzické osoby bez osobního zájmu nebo účasti na provádění odběru

a) orgánu ve prospěch příjemce, který není osobou blízkou³⁾ dárce, nebo na transplantaci tohoto orgánu,

b) obnovitelné tkáně nezletilé osobě, osobě zbavené způsobilosti nebo osobě neschopné vyslovit souhlas nebo na transplantaci této tkáně.

(3) Členové etické komise jsou povinni zachovávat mlčenlivost o všech skutečnostech, o nichž se dozvěděli v souvislosti s výkonem své funkce, s výjimkou případů, kdy tyto skutečnosti sdělují se souhlasem dárce, příjemce nebo zákonného zástupce nezletilé osoby nebo osoby zbavené způsobilosti anebo na základě zproštění povinné mlčenlivosti. Skutečnosti lze se souhlasem osob uvedených ve větě první sdělovat tak, aby z nich nebylo možné získat informace o dalších osobách a aby byla respektována anonymita mezi dárce a příjemcem (§ 20). Pro zproštění povinné mlčenlivosti členů komise se použije zvláštní právní předpis,¹⁾ který stanoví práva a povinnosti zdravotnických pracovníků při poskytování zdravotní péče. Činnost členů etické komise je jiným úkonem v obecném zájmu, při němž se poskytuje zaměstnanci pracovní volno s náhradou mzdy ve výši průměrného výdělku⁷⁾ v nezbytně nutném rozsahu.

(4) Jednání etické komise řídí předseda. Etická komise rozhoduje většinou hlasů svých členů. V případě rovnosti hlasů rozhoduje hlas předsedy.

(5) Etická komise udělí na základě písemné žádosti předložené statutárním orgánem zdravotnického zařízení, který komisi ustavil, písemný souhlas nebo nesouhlas s provedením odběru

a) orgánu dárce ve prospěch příjemce, který není jeho osobou blízkou, ³⁾

b) obnovitelné tkáně nezletilé osobě, osobě zbavené způsobilosti nebo osobě neschopné vyslovit souhlas.

Udělení souhlasu nebo vyjádření nesouhlasu je součástí zdravotnické dokumentace dárce, nezletilé osoby, osoby zbavené způsobilosti nebo osoby neschopné vyslovit souhlas.

(6) Žádost o udělení souhlasu musí obsahovat

a) údaje o zdravotním stavu dárce, nezletilé osoby, osoby zbavené způsobilosti nebo osoby neschopné vyslovit souhlas, které jsou rozhodné pro posouzení možného odběru obnovitelné tkáně,

b) vyjádření klinického psychologa o schopnosti nezletilé osoby, osoby zbavené způsobilosti nebo osoby neschopné vy-

slovit souhlas vyjádřit se k odběru vyžádané lékařem posuzujícím zdravotní způsobilost této osoby,

- c) údaje o zdravotním stavu příjemce orgánu nebo obnovitelné tkáně,
- d) kopii úplného poučení a informovaného souhlasu dárce orgánu nebo zákonného zástupce dárce (§ 7 odst. 1 a 2), popřípadě též vyjádření nezletilé osoby nebo osoby zbavené způsobilosti (§ 7 odst. 6),
- e) kopii úplného poučení a souhlasu osoby neschopné vyslovit souhlas,
- f) kopii vyjádření dárce učiněného podle § 3 odst. 2 písm. b), a
- g) lhůtu, do které je etická komise povinna sdělit souhlas nebo nesouhlas s provedením odběru orgánu dárce nebo obnovitelné tkáně nezletilé osoby, osoby zbavené způsobilosti nebo osoby neschopné dát souhlas.

(7) V případě potřeby může etická komise přizvat k jednání o udělení souhlasu nebo nesouhlasu s odběrem dárce orgánu nebo zákonného zástupce nezletilé osoby nebo osoby zbavené způsobilosti, popřípadě též tuto osobu. Etická komise k jednání přizve vždy

- a) nezletilou osobu nebo osobu zbavenou způsobilosti v případě, že klinický psycholog ve svém vyjádření uvedl, že tato osoba je schopna vyslovit se k odběru,
- b) osobu neschopnou vyslovit souhlas,
- c) dárce orgánu uvedeného v § 3 odst. 2 písm. b); v tomto případě vedle zdravotních hledisek etická komise zjišťuje a posuzuje též důvody, které vedly dárce k darování orgánu.

(8) Etická komise v případě udělení souhlasu podle odstavce 5 vykonává dohled nad průběhem odběru a zachováním práv dárce, nezletilé osoby, osoby zbavené způsobilosti nebo osoby neschopné vyslovit souhlas.

(9) Etická komise řádně uchovává podstatné záznamy o své činnosti, zejména písemné pracovní postupy, seznam členů s uvedením jejich odborné způsobilosti, předložené žádosti a podklady, zápisy ze schůzí, zprávy a korespondenci týkající se její činnosti a posuzování žádostí po dobu nejméně 10 let, a to ve zdravotnickém zařízení, ve kterém je ustavena. V případě zániku etické komise zajistí řádné uchovávání dokumentace statutární orgán zdravotnického zařízení, ve kterém byla etická komise ustavena.

§ 6

Posouzení zdravotní způsobilosti žijícího dárce

(1) Před odběrem od žijícího dárce musí být posouzena jeho zdravotní způsobilost k darování tkáně nebo orgánu. Za tím účelem se provedou taková lékařská vyšetření a postupy, která zhodnotí zdravotní stav žijícího dárce a možná rizika pro zdraví a život dárce spojená s darováním tkáně nebo orgánu. Zároveň musí být stanoveny takové postupy, které všemi dostupnými způsoby omezí rizika pro zdraví a život dárce, která pro něj odebrání tkáně nebo orgánu představuje, aniž by byla ohrožena kvalita a životaschopnost odebraných tkání nebo orgánů.

(2) Za posouzení zdravotní způsobilosti dárce k darování orgánů je odpovědné zdravotnické zařízení, které provádí odběr. V případě darování tkání se při posuzování zdravotní způsobilosti dárce postupuje podle zákona o lidských tkáních a buňkách (7a).

(3) Posuzující lékař provede záznam o posouzení zdravotní způsobilosti dárce s vymezením rozsahu posouzení a se závěrem o způsobilosti či nezpůsobilosti dárce k odběru. Tento záznam stvrzený podpisem posuzujícího lékaře a datem je nedílnou součástí zdravotnické dokumentace dárce.

(4) Zdravotnické zařízení, které provedlo odběr, zajistí dispensární péči o dárce. 8)

(5) Bližší podmínky posuzování zdravotní způsobilosti a rozsah vyšetření žijícího dárce orgánů stanoví Ministerstvo zdravotnictví (dále jen "ministerstvo") vyhláškou.

(6) Dárce nebo zákonný zástupce nezletilé osoby nebo zákonný zástupce osoby zbavené způsobilosti, je-li dárce tato osoba, může požádat dalšího lékaře, který není na odběru ani na dalších postupech spojených s transplantací zapojen, o posouzení zdravotních rizik odběru pro osobu dárce. Pro toto posouzení neplatí ustanovení odstavců 1 až 5.

§ 7

Úplné poučení a souhlas

(1) Lékař posuzující zdravotní způsobilost žijícího dárce je povinen poskytnout dárci úplné poučení o účelu, povaze a důsledcích darování tkáně nebo orgánu a o možných rizicích s tím spojených, včetně rizik dlouhodobých. Pokud je dárce nezletilá osoba nebo osoba zbavená způsobilosti, poskytne toto poučení jejímu zákonnému zástupci. Poučení musí být srozumitelné. Dárce a zákonný zástupce nezletilé osoby nebo zákonný zástupce osoby zbavené způsobilosti má právo klást otázky, a to v rozsahu stanoveném ve větě první, a lékař je povinen je zodpovědět. Součástí poučení je rovněž podání informace o právech a ochraně dárce stanovených tímto zákonem.

(2) Dárce a zákonný zástupce nezletilé osoby nebo zákonný zástupce osoby zbavené způsobilosti může požadovat, aby při poučení byl přítomen další svědek. O této možnosti je předem informuje lékař poskytující úplné poučení. Lékař vyhotoví záznam o provedení úplného poučení s jeho stručným obsahem a tento záznam s uvedením data, kdy bylo poučení provedeno, podepíší všechny zúčastněné osoby. Záznam o úplném poučení dárce nebo zákonného zástupce nezletilé osoby nebo zákonného zástupce osoby zbavené způsobilosti je nedílnou součástí zdravotnické dokumentace dárce.

(3) Lékař provádějící odběr je povinen bezprostředně před provedením odběru úplné poučení za podmínek stanovených v odstavci 1 zopakovat.

(4) Souhlas dárce nebo zákonného zástupce nezletilé osoby nebo zákonného zástupce osoby zbavené způsobilosti vyslovený na základě úplného poučení podle odstavce 1 musí být svobodný, informovaný a konkrétní. Musí být proveden písemnou formou, stvrzen podpisem a datem a založen ve zdravotnické dokumentaci dárce. Součástí souhlasu vysloveného v souvislosti s odběrem tkáně je vymezení účelu jejího použití.

(5) Dárce nebo zákonný zástupce nezletilé osoby nebo zákonný zástupce osoby zbavené způsobilosti může svůj souhlas kdykoliv odvolat. Lékař provádějící odběr je povinen toto odvolání respektovat, pokud nebyly provedeny při odběru nevratné úkony, jejichž přerušení by znamenalo ohrožení zdraví nebo života dárce.

(6) Pokud jsou nezletilé osoby nebo osoby zbavené způsobilosti schopné v dostatečné míře porozumět důsledkům provedení nebo neprovedení odběru pro ně samé nebo pro příjemce, je nutné poskytnout i jim úplné poučení. Pokud osoba uvedená ve větě první vysloví nesouhlas s darováním, je třeba tento nesouhlas respektovat.

(7) Zdravotnické zařízení, jde-li o souhlas vyslovený v souvislosti s odběrem tkání, poskytne kopii tohoto souhlasu, popřípadě jeho změnu, tkáňovému zařízení(7a), kterému tkáně předává. Shodu kopie souhlasu s originálem potvrdí předávající zdravotnické zařízení.

§ 8

Podmínění odběru od žijícího dárce

(1) Odběr orgánu od žijícího dárce lze provést pouze ve prospěch osoby, kterou dárce určil (§ 3 odst. 2). Pokud žijící dárce tkáň podmíní jejich odběr darováním určité osobě, lze tento odběr provést pouze ve prospěch této osoby.

(2) V případě, kdy odebranou tkáň nebo orgán nebude možno implantovat určené osobě, je nutno si vyžádat, a to před provedením odběru, k užití této tkáně nebo orgánu pro jinou osobu souhlas dárce. Důvody, které vedly příslušné lékaře k rozhodnutí, že odebranou tkáň nebo orgán nelze implantovat dárce určené osobě, se zaznamenávají do zdravotnické dokumentace dárce a osoby určené dárce.

§ 9

Transplantace tkání nebo orgánů odebraných z jiného důvodu než za účelem transplantace

(1) Pokud byly tkáň nebo orgán pacientovi odebrány z jiného důvodu než za účelem transplantace, mohou být implantovány příjemci pouze tehdy, jestliže pacient byl o důsledcích a možných rizicích tohoto odebrání poučen a před nebo po odebrání tkáně nebo orgánu vyslovil s jejich použitím pro transplantaci souhlas.

(2) Při provedení poučení a získání souhlasu podle odstavce 1 se ustanovení § 7 použije obdobně.

Díl 2

Odběr od zemřelých dárců

§ 10

Přípustnost odběru od zemřelého dárce a náležitosti zjištění smrti

(1) Odběr od zemřelého dárce lze provést, jen byla-li zjištěna smrt. Pokud by měl být odběr od zemřelého dárce proveden před uplynutím 2 hodin od zjištění smrti, lze tento odběr provést nejdříve po podepsání protokolu podle odstavce 2. Lékaři, kteří zjišťují smrt, se nesmějí zúčastnit odběru od zemřelého dárce nebo transplantace a nesmějí být ošetřujícími lékaři uvažovaného příjemce.

(2) Zjištění smrti možného dárce musí být vždy prováděno nejméně dvěma k tomu odborně způsobilými lékaři, kteří dárce vyšetřili nezávisle na sobě. Zjištění smrti možného dárce se v případě předpokládaného odběru před uplynutím 2 hodin od tohoto zjištění zaznamená v protokolu, který je nedílnou součástí zdravotnické dokumentace dárce. Protokol o zjištění smrti podepíší lékaři, kteří zjistili smrt. Protokol o zjištění smrti musí mít zejména tyto náležitosti:

- a) základní a vedlejší diagnózy zemřelého,
- b) záznam o provedených vyšetřeních včetně obrazové dokumentace,

- c) záznam o zjištěných výsledcích vyšetření,
- d) časový údaj o provedení vyšetření, popřípadě časový údaj o době nevratné zástavy krevního oběhu,
- e) nezbytné identifikační údaje o lékařích zjišťujících smrt a lékařích provádějících vyšetření potvrzující nevratnost smrti mozku.

Vzor protokolu o zjištění smrti je uveden v příloze č. 1.

(3) Smrt [§ 2 písm. e)] se zjišťuje prokázáním

- a) nevratné zástavy krevního oběhu,
- b) nevratné ztráty funkce celého mozku, včetně mozkového kmene v případech, kdy jsou funkce dýchání nebo krevního oběhu udržovány uměle (dále jen "smrt mozku").

(4) V případě zjištění smrti prokázáním nevratné zástavy krevního oběhu lze odběr provést před uplynutím 2 hodin od tohoto zjištění,

- a) pokud je známa doba zjištění smrti, a byla-li smrt zjištěna ve zdravotnickém zařízení

- 1. na jednotce intenzivní péče,
- 2. na anesteziologicko-resuscitačním oddělení,
- 3. na operačním sále,
- 4. na příjmové ambulanci oddělení nebo na příjmovém oddělení nemocnice,

- b) pokud smrt byla zjištěna na základě ukončení neúspěšné resuscitace, kterou se nepodařilo obnovit srdeční činnost nebo ji účinně podporovat, prováděné lékařem v délce nejméně 30 minut; resuscitace se provádí současně prováděným umělým dýcháním a masáží srdce.

(5) Smrt mozku se prokazuje, pokud

- a) se pacient nachází ve stavu, na jehož základě lze uvažovat o diagnóze smrti mozku, a
- b) lze prokázat klinické známky smrti mozku pacienta, na jejichž základě lze stanovit diagnózu smrti mozku, doplněné vyšetřením potvrzujícím nevratnost smrti mozku.

(6) Stav, na jehož základě lze uvažovat o diagnóze smrti mozku, klinické známky smrti mozku pacienta, na jejichž základě lze stanovit diagnózu smrti mozku, vyšetření je prokazující a vyšetření potvrzující nevratnost smrti mozku jsou uvedeny v příloze č. 2.

(7) Ministerstvo stanoví odbornou způsobilost lékařů zjišťujících smrt a lékařů provádějících vyšetření potvrzující nevratnost smrti vyhláškou. Ministerstvo může stanovit podrobnosti o způsobu provádění vyšetření prokazujících smrt, vyšetření potvrzujících nevratnost zástavy krevního oběhu nebo smrti mozku a podmínky jejich provádění vyhláškou.

§ 11

Nepřípustnost odběru od zemřelého dárce

(1) Odběr od zemřelého dárce je vyloučen, pokud

- a) zemřelý za svého života nebo zákonný zástupce zemřelého, který byl nezletilou osobou nebo osobou zbavenou způsobilosti, vyslovil prokazatelně nesouhlas s posmrtným odběrem tkání a orgánů (§ 16),

b) nelze na základě posouzení zdravotní způsobilosti vyloučit, že zemřelý trpěl nemocí či stavem, které by mohly ohrozit zdraví nebo život příjemce; za posouzení zdravotní způsobilosti zemřelého dárce orgánů zodpovídá zdravotnické zařízení provádějící odběr; v případě darování tkání se při posuzování zdravotní způsobilosti zemřelého dárce postupuje podle zákona upravujícího lidské tkáně a buňky, nebo

c) zemřelého nelze identifikovat.

(2) Posuzující lékař provede záznam o posouzení zdravotní způsobilosti zemřelého dárce s vymezením rozsahu posouzení a se závěrem o způsobilosti či nezpůsobilosti zemřelého dárce k odběru. Tento záznam s datem provedení posouzení, stvrzený podpisem posuzujícího lékaře, je nedílnou součástí zdravotnické dokumentace zemřelého dárce.

(3) Bližší podmínky posuzování zdravotní způsobilosti a rozsah vyšetření zemřelého dárce orgánů stanoví ministerstvo vyhláškou.

(4) Odběr od zemřelého cizince⁹⁾ lze provést pouze za podmínek stanovených v mezinárodní smlouvě, kterou je Česká republika vázána.

§ 12

Odebrané tkáně a orgány

(1) Lékař, který provedl odběr tkáně nebo orgánu, zaznamená výčet odebraných tkání a orgánů a předpokládaný účel jejich použití do zdravotnické dokumentace dárce.

(2) Pitva zemřelého, u kterého byl proveden odběr, se provede v takové lhůtě, aby v případě dodatečného zjištění, že zemřelý trpěl nemocí nebo stavem, které by mohly ohrozit zdraví nebo život příjemce, mohl být učiněn závěr o zdravotní nezpůsobilosti zemřelého.

(3) Odebrané tkáně lze k dalšímu vyšetření, zpracování, preparování (konzervaci), uchovávání a distribuci předat pouze tkáňové bance.

§ 13

Pitvy

(1) Na těle zemřelého, u kterého byl proveden odběr, se vždy provádí pitva podle zvláštního právního předpisu.¹⁰⁾

(2) V případě, že lékař provádějící prohlídku zemřelého má podezření, že smrt nastala za nejasných okolností nebo násilným úmrtím, včetně sebevraždy anebo vraždy, lze provést odběr pouze za podmínky, že nebude zmařen účel pitvy nařízené podle zvláštního právního předpisu. 11) Současně je nezbytné pro potřeby dalšího šetření provést prohlídku odebrané tkáně nebo orgánu a též části těla, z níž byly odebrány tak, aby se výsledek prohlídky mohl stát součástí pitevního protokolu.

§ 14

Úcta k lidskému tělu

Při provádění odběru ze zemřelého a při provádění pitev se musí zacházet s tělem zemřelého s úctou a musí být provedeny všechny úkony tak, aby bylo tělo pokud možno upraveno do původní podoby.

Díl 3

Sdělení předpokládaného odběru osobě blízké a nesouhlas s posmrtným odběrem

§ 15

(1) Ošetřující lékař pacienta, u něhož lze předpokládat odběr tkání nebo orgánů podle tohoto zákona, sdělí vhodným způsobem osobám blízkým, 3) neurčil-li pacient podle § 19 jinak (dále jen "určená osoba"), předpokládanou možnost odběru, a to za podmínky, že určená osoba projevuje zájem o pacienta a pacient za svého života prokazatelným způsobem nevyslovil zákaz sdělování informací o svém zdravotním stavu. Pokud je pacientem uvedeným ve větě první nezletilá osoba nebo osoba zbavená způsobilosti, možnost odběru sdělí ošetřující lékař jejímu zákonnému zástupci a zároveň ho poučí o možnosti vyslovit prokazatelný nesouhlas s odběrem podle § 16 odst. 1 písm. c). V tomto případě neplatí podmínka projevu zájmu o pacienta. Ošetřující lékař zároveň určeným osobám, popřípadě zákonnému zástupci vysvětlí rozsah a účel předpokládaného odběru, a to při respektování anonymity příjemce. Určené osoby, popřípadě zákonný zástupce mají právo klást otázky, s výjimkou dotazu na příjemce. Pokud určená osoba, popřípadě zákonný zástupce odmítne vysvětlení podle věty čtvrté, ošetřující lékař její odmítnutí respektuje a o této skutečnosti provede záznam do zdravotnické dokumentace pacienta.

(2) Pokud se jedná o zemřelého, u něhož lze předpokládat odběr tkání nebo orgánů podle tohoto zákona, podá informaci, pokud je zemřelým nezletilá osoba nebo osoba zbavená způsobilosti, též poučení podle odstavce 1 lékař pověřený statutárním orgánem zdravotnického zařízení, v němž se zemřelý nachází.

(3) O informaci podané podle odstavce 1 provede lékař zápis ve zdravotnické dokumentaci pacienta nebo zemřelého.

§ 16

(1) Odběr z těla zemřelé osoby lze uskutečnit, pouze pokud s tím zemřelý za svého života nebo zákonný zástupce nezletilé osoby nebo zákonný zástupce osoby zbavené způsobilosti nevyslovil prokazatelně nesouhlas. Nesouhlas se považuje za prokazatelně vyslovený, pokud

a) je zemřelý evidován v Národním registru osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánů, nebo

b) zemřelý ještě za svého života přímo ve zdravotnickém zařízení před ošetřujícím lékařem a jedním svědkem prohlásí, že nesouhlasí s odběrem v případě své smrti, nebo

c) zákonný zástupce nezletilé osoby nebo zákonný zástupce osoby zbavené způsobilosti přímo ve zdravotnickém zařízení před ošetřujícím lékařem a jedním svědkem prohlásí, že nesouhlasí s odběrem; toto prohlášení lze učinit pro případ smrti nezletilé osoby nebo osoby zbavené způsobilosti ještě za jejího života nebo i po úmrtí této osoby.

(2) O nesouhlasu s odběrem podle odstavce 1 písm. b) nebo c) se provede neprodleně zápis, který je součástí zdravotnické dokumentace. Tento zápis podepíše pacient, ošetřující lékař a svědek, a pokud se pacient s ohledem na svůj zdravotní stav nemůže podepsat, potvrdí projev jeho vůle ještě další svědek. Pokud se jedná o nezletilou osobu nebo osobu zbavenou způsobilosti, podepíše zápis její zákonný zástupce a ošetřující lékař, popřípadě lékař uvedený v § 15 odst. 2. V zápise se uvede též datum a hodina, kdy bylo prohlášení učiněno. Kopii zápisu o prohlášení podle odstavce 1 písm. b) nebo kopii zápisu prohlášení učiněného pro případ smrti podle odstavce 1 písm. c) je zdravotnické zařízení povinno do 3 dnů od jeho sepsání zaslat Národnímu registru osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánů.

(3) Pokud nebylo prokázáno, že zemřelý vyslovil za svého života prokazatelně nesouhlas s posmrtným odběrem, platí, že s odběrem souhlasí.

HLAVA III

PŘÍJEMCE

§ 17

(1) Výběr nejvhodnějších příjemců orgánů je založen na principu medicínské naléhavosti a rovnosti čekatelů; při rovnosti medicínské naléhavosti se přihlíží též k celkové době registrace v Národním registru osob čekajících na transplantaci orgánů.

(2) Ustanovení odstavce 1 se nevztahuje na odběr orgánů od žijících dárců.

(3) Příjemce nebo jeho zákonný zástupce musí dát k provedení transplantace informovaný písemný souhlas vyslovený na základě úplného poučení poskytnutého příjemci lékařem posuzujícím jeho zdravotní způsobilost, popřípadě lékařem provádějícím příjemci transplantaci; při poskytnutí úplného poučení a vyslovení informovaného písemného souhlasu se použijí ustanovení § 7 obdobně. Pokud není možné vyžádat si vzhledem ke zdravotnímu stavu příjemce jeho písemný souhlas nebo souhlas jeho zákonného zástupce a pokud je transplantace neodkladným výkonem nutným k záchraně života nebo zdraví příjemce, tento souhlas se předpokládá. O důvodech, pro které nebyl získán souhlas podle předcházejících vět, se provede záznam do zdravotnické dokumentace příjemce.

(4) Součástí zdravotnické dokumentace příjemce jsou i údaje o zdravotním stavu dárce související s odběrem. Zdravotnická dokumentace obsahující údaje o zdravotním stavu dárce musí být vedena tak, aby byla zachována anonymita dárce.

HLAVA IV

NÁRODNÍ ZDRAVOTNÍ REGISTRY SOUVISEJÍCÍ S TRANSPLANTACEMI

§ 18

(1) Součástí národních zdravotních registrů¹²⁾ je Národní registr osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánů, Národní registr dárců orgánů, Národní registr osob čekajících na transplantaci orgánů a Národní registr provedených transplantací orgánů, popřípadě další registry určené pro evidenci údajů souvisejících s darováním orgánů. Tyto registry zřizuje ministerstvo podle zvláštního právního předpisu. ¹²⁾

(2) Pro vedení registrů, shromažďování dat v nich a nakládání s těmito daty platí zvláštní právní předpis,¹²⁾¹³⁾ pokud tento zákon nestanoví jinak.

(3) Úkoly související s provozem Národního registru dárců orgánů, Národního registru osob čekajících na transplantaci orgánů a Národního registru provedených transplantací orgánů plní Koordinační středisko transplantací (§ 25), které je podle zvláštního právního předpisu ¹³⁾ zpracovatelem osobních údajů vedených v těchto registrech. Úkoly související s provozem Národního registru osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánů plní Koordinační středisko pro resortní zdravotnické informační systémy.¹²⁾ Středisko uvedené ve větě druhé je pro potřeby vedení registrů zpracovatelem osobních údajů podle zvláštního právního předpisu.¹³⁾

(4) Do Národního registru osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánů se povinně uvádí jméno a příjmení, rodné číslo a bydliště osoby nesouhlasící s posmrtným odběrem tkání a orgánů a nezbytné údaje o rozsahu nesouhlasu. Do Národního registru dárců tkání a orgánů a Národního registru osob čekajících na transplantaci orgánů se povinně uvádějí nezbytné identifikační údaje dárce, osoby čekající na transplantaci orgánu, osoby, které byla provedena transplantace, a nezbytné údaje o zdravotním stavu těchto osob. Podrobnosti o rozsahu a obsahu povinně uváděných dat do Národního registru osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánů, Národního registru dárců orgánů, Národního registru osob čekajících na transplantaci orgánů a Národního registru provedených transplantací orgánů a soubor dat předávaných z těchto registrů do Národního zdravotnického informačního systému¹²⁾ stanoví ministerstvo vyhláškou. Ministerstvo může rovněž vyhláškou stanovit soubor dat předávaných střediskem pro vyhledávání dárců krvinečných buněk z registru potenciálních dárců krvinečných buněk do Národního zdravotnického informačního systému.¹²⁾

HLAVA V

POVINNOSTI ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ PŘI POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE V SOUVISLOSTI S DAROVÁNÍM A TRANSPLANTACEMI TKÁNÍ A ORGÁNŮ

Poskytování informací o zdravotním stavu dárce a příjemce

(1) Při převzetí pacienta do péče si zdravotnické zařízení vyžádá jeho písemné vyjádření, které osoby mohou být informovány o jeho zdravotním stavu. Pokud není pacient schopen s ohledem na svůj zdravotní stav toto vyjádření učinit, lze informovat pouze osoby blízké. Za nezletilé osoby nebo osoby zbavené způsobilosti písemné vyjádření podle věty první učiní jejich zákonní zástupci. Písemné vyjádření je součástí zdravotnické dokumentace pacienta.

(2) Právo na informaci o zdravotním stavu nezletilé osoby mají oba rodiče, pokud nebyli zbaveni rodičovské zodpovědnosti, nebo jiní zákonní zástupci této osoby, pěstouni a osoby, které se souhlasem zákonných zástupců o ně pečují. Pokud jsou děti a mladiství umístěni na základě žádosti zákonných zástupců, pěstouna nebo rozhodnutí soudu do kojeneckého ústavu, dětského centra, dětského domova pro děti do 3 let věku nebo do školských zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy, mají právo na informaci podle věty první též statutární zástupci těchto zařízení nebo jimi pověření zaměstnanci. Právo na informaci o zdravotním stavu osoby zbavené způsobilosti má její zákonný zástupce a osoby, které s jeho souhlasem o tuto osobu pečují.

Respektování anonymity mezi dárci a příjemci a informační povinnost zdravotnických zařízení

(1) Zdravotnická zařízení jsou povinna zachovat anonymitu

- a) zemřelého dárce tkání nebo orgánů vůči příjemci,
- b) žijícího dárce tkáně nebo orgánu vůči osobě uvedené v § 3 odst. 2, pokud si to dárce přeje,
- c) žijícího dárce obnovitelné tkáně, pokud se nejedná o osobu uvedenou v § 3 odst. 2.

(2) Zdravotnická zařízení jsou povinna neprodleně informovat o možných dárcích orgánů nejbližší transplantáční centrum (§ 22).

Zdravotnická zařízení provádějící odběry a transplantace

(1) Zdravotnická zařízení, která nejsou transplantáčním centrem (§ 22), provádějí odběry a transplantace tkání, a to v rozsahu vymezeném v rozhodnutí o oprávnění zdravotnického zařízení vydaném na základě zvláštního právního předpisu.¹⁴⁾ Tato zdravotnická zařízení jsou kromě povinností vyplývajících ze zvláštního právního předpisu¹⁵⁾ dále povinna zejména

- a) hlásit osoby, kterým byl proveden odběr orgánů, do Národního registru dárců orgánů,
- b) provedené transplantace orgánů hlásit do Národního registru provedených transplantací orgánů,

- c) jde-li o tkáň, poskytovat údaje, které vyžádá Koordinační středisko transplantací; poskytované údaje musí být anonymizované tak, aby dárce ani příjemce tkáně nemohl být identifikován,
- d) zjišťovat informace z Národního registru osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánů pro účely provádění odběrů od zemřelých dárců, respektovat takto vyslovený nesouhlas s odběrem,
- e) ověřovat další způsoby prokazatelného vyslovení nesouhlasu s posmrtným odběrem stanovené tímto zákonem a respektovat takto vyslovený nesouhlas,
- f) vést dokumentaci o provedených odběrech a transplantacích a nakládání s odebranými orgány zaznamenávat do protokolu o konečném určení odebraných orgánů,
- g) zajistit dispenzarizaci žijících dárců a příjemců,
- h) uzavřít ve prospěch dárce pojistnou smlouvu pro případ škody na zdraví vzniklé žijícímu dárci v souvislosti s odběrem, a to s pojišťovnou, které bylo uděleno povolení k provozování pojišťovací činnosti podle zvláštního právního předpisu.¹⁶⁾ Rozsah pojištění musí být v přiměřeném poměru k rizikům spojeným s odběrem,
- i) mít k dovozu nebo vývozu orgánů dovozní nebo vývozní povolení (§ 26a až 26g).

(2) Zdravotničtí pracovníci, kteří se účastnili odběru nebo transplantace orgánů, zaznamenávají nakládání s odebraným orgánem do protokolu, který je přiložen k odebranému orgánu. Do tohoto protokolu se zaznamená zejména datum a místo odběru a konečné určení odebraného orgánu. Pokud se odebraný orgán použije pro transplantaci, do protokolu se zaznamená datum, místo a osoba, jíž byla transplantace provedena. Pokud bylo rozhodnuto, že odebrané orgány jsou k transplantaci nevhodné, do protokolu se zaznamená důvod, proč byly shledány nevhodnými, a způsob dalšího naložení s nimi. Protokol musí být do 7 dnů po konečném určení odebraného orgánu odeslán Koordinačnímu středisku transplantací.

§ 22

Transplantační centrum

(1) Transplantační centra lze zřídit pouze se souhlasem ministerstva,¹⁷⁾ a to jako součást nemocnice. Transplantační centra provádějí odběry a transplantace krvevorných buněk a orgánů v rozsahu vymezeném v rozhodnutí o oprávnění zdravotnického zařízení vydaném na základě zvláštního právního předpisu.¹⁴⁾

(2) Transplantační centra provádějící transplantace orgánů plní povinnosti podle § 21 a dále jsou povinna

- a) hlásit osoby indikované k transplantaci orgánů do Národního registru osob čekajících na transplantaci orgánů,
- b) provádět transplantaci orgánů výlučně příjemcům registrovaným v Národním registru osob čekajících na transplantaci orgánů,
- c) spolupracovat s Koordinačním střediskem transplantací při výběru nejvhodnějších příjemců orgánů,
- d) po obdržení informace podle § 20 odst. 2 zjistit, zda jsou splněny podmínky pro odběr (§ 10 a 11),
- e) po zjištění splnění podmínek pro odběr informovat o možném dárci Koordinační středisko transplantací.

(3) Transplantační centra provádějící transplantace krvevorných buněk plní povinnosti podle § 21 odst. 1 písm. c), g) a h) a dále jsou povinna spolupracovat se středisky pro vyhledávání dárců krvevorných buněk (§ 24) při výběru nejvhodnějších nepřibuzných potenciálních dárců krvevorných buněk.

§ 23

Tkáňová banka

(1) Tkáňová banka je určena k zajišťování odběrů, dalšího zpracování, vyšetřování, konzervaci, skladování a distribuci tkání pro transplantace; při těchto činnostech postupuje podle zákona o lidských tkáních a buňkách.

(2) Tkáňové banky jsou povinny

- a) při organizaci odběrů tkání spolupracovat s odděleními patologie soudního lékařství, odděleními gynekologicko-porodnickými zdravotnickými zařízení, se zařízeními transfúzní služby a se zdravotnickými zařízeními uvedenými v § 21 a 22,
- b) využívat informace Národního registru osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánů a Národního registru dárců orgánů,
- c) vést dokumentaci o odebraných a přijatých tkáních, provedených vyšetřeních odebraných tkání, o připravených transplantabilních tkáňových štěpech, které mají v zásobě, a štěpech vydaných na pracoviště provádějící transplantaci.

§ 24

Středisko pro vyhledávání dárců krvinečných buněk

(1) Středisko pro vyhledávání dárců krvinečných buněk je určeno pro vyhledávání nepříbuzných dárců krvinečných buněk, jejich vyšetřování a zprostředkování transplantací krvinečných buněk od nepříbuzných dárců. Středisko pro vyhledávání krvinečných buněk lze zřídit pouze se souhlasem ministerstva. 17)

(2) Středisko pro vyhledávání dárců krvinečných buněk zejména

- a) vede dokumentaci o provedených vyšetřeních potenciálních dárců krvinečných buněk a o zprostředkování transplantací krvinečných buněk,
- b) vede registr potenciálních dárců krvinečných buněk,
- c) poskytuje na základě žádosti zdravotnického zařízení informace o potenciálních dárcích krvinečných buněk, a to z hlediska posouzení jejich vhodnosti pro konkrétního příjemce,
- d) zajišťuje a koordinuje mezinárodní spolupráci při provádění výměny krvinečných buněk určených k transplantaci.

§ 25

Koordinační středisko transplantací

(1) Pro zajišťování a zprostředkování transplantací zřizuje ministerstvo Koordinační středisko transplantací. 17) Při zřízení Koordinačního střediska transplantací ministerstvo postupuje tak, aby byla zachována jeho nezávislost na transplantacích centrech, a to z hlediska prostorového, věcného a technického vybavení a umístění sídla střediska. Zaměstnanec nemocnice, jejíž součástí je transplantacní centrum, nesmí být v pracovněprávním nebo jiném obdobném vztahu ke Koordinačnímu středisku transplantací.

(2) Koordinační středisko transplantací plní tyto úkoly:

- a) vede Národní registr osob čekajících na transplantaci orgánů,
- b) vede Národní registr dárců orgánů
- c) vede Národní registr provedených transplantací orgánů,
- d) koordinuje odběrové a transplantační týmy jednotlivých transplantačních center,
- e) provádí výběr nejvhodnějších příjemců pro odebrané orgány; výběr se provádí výlučně z Národního registru osob čekajících na transplantaci orgánů,
- f) zpracovává souhrnná data o provedených odběrech, transplantacích a jejich výsledcích za uplynulý rok a tuto zprávu předává ministerstvu nejpozději do 31. března následujícího kalendářního roku,
- g) metodicky koordinuje činnost střediska pro vyhledávání dárců krvinek,
- h) zajišťuje a koordinuje mezinárodní spolupráci při provádění výměny orgánů určených k transplantaci (§ 26),
- i) plní další úkoly určené ministerstvem.

HLAVA VI

MEZINÁRODNÍ SPOLUPRÁCE

§ 26

(1) Mezinárodní výměna orgánů k transplantacím je přípustná pouze za předpokladu, že jejím cílem je nalezení nejvhodnějšího příjemce nebo záchrana čekatele na transplantaci, jehož život je bezprostředně ohrožen, a to na základě členství v mezinárodních transplantačních organizacích nebo na základě mezinárodních smluv, kterými je Česká republika vázána.

(2) Nabídka orgánu do zahraničí v rámci mezinárodní výměny orgánů podle odstavce 1 je možná pouze tehdy, pokud v České republice není v Národním registru osob čekajících na transplantaci evidován vhodný čekatel nebo se jedná o postup v rámci členství v mezinárodních transplantačních organizacích.

(3) Nabídku orgánu k transplantacím do zahraničí lze učinit též na základě povolení uděleného ministerstvem. Ministerstvo toto povolení udělí, pokud není v Národním registru osob čekajících na transplantaci orgánů evidován vhodný čekatel a není-li možné nabídku tkáně nebo orgánu do zahraničí uskutečnit na základě členství v mezinárodních transplantačních organizacích nebo na základě mezinárodních smluv, kterými je Česká republika vázána.

(4) Orgány k transplantacím lze ze zahraničí v rámci výměny orgánů podle odstavce 1 přijmout pouze v případě, že byl odběr proveden k tomu způsobilým zdravotnickým zařízením a způsobem, který je v souladu s platnou právní úpra-

vou země původu. Musí být prokázáno, že před odběrem byla posouzena zdravotní způsobilost dárce, a zdravotnická dokumentace dárce související s odběrem musí být dohledatelná.

(5) Podmínky mezinárodní spolupráce při transplantaci krevetvorných buněk může stanovit ministerstvo vyhláškou.

§ 26a

(1) K dovozu nebo vývozu tkání anebo k dovozu nebo vývozu orgánů v rámci mezinárodní výměny nebo nabídky podle § 26 odst. 1 až 3 (dále jen „dovoz nebo vývoz tkání nebo orgánů“) vydává ministerstvo dovozní nebo vývozní povolení. Žádost o dovozní nebo vývozní povolení předkládá ministerstvu zdravotnické zařízení, které dovoz nebo vývoz uskutečňuje (dále jen „žadatel“), nejméně 90 kalendářních dnů před zamýšleným zahájením dovozu nebo vývozu.

(2) Žádost o udělení dovozního nebo vývozního povolení musí obsahovat

- a) identifikační údaje žadatele,
- b) desetimístnou podpoložku kombinované nomenklatury společného celního sazebníku a její název označující stanovené tkáňe nebo orgány, na jejichž dovoz nebo vývoz se dovozní nebo vývozní povolení žádá, stanovenou nařízením vlády (§ 26e),
- c) navrhované maximální množství tkání nebo orgánů v kusech nebo buněk v mililitrech,
- d) navrhovanou dobu platnosti dovozního nebo vývozního povolení,
- e) účel dovozu nebo vývozu,
- f) název státu (států) původu tkání nebo orgánů v případě dovozu, název státu (států) určení tkání nebo orgánů v případě vývozu,
- g) datum vyhotovení, jméno a příjmení osoby oprávněné jednat jménem žadatele, podpis této osoby a otisk razítka žadatele.

(3) K žádosti o udělení dovozního nebo vývozního povolení žadatel připojí

- a) výpis z obchodního rejstříku nebo úředně ověřenou kopii zřizovací listiny,
- b) výčet a specifikace druhů vyvážených nebo dovážených tkání nebo orgánů,
- c) v případě vývozu doklad nebo úředně ověřenou kopii vydanou státní autoritou potvrzující, že se jedná o zdravotnické zařízení oprávněné provádět odběry tkání nebo orgánů.

(4) Jestliže žádost neobsahuje náležitosti stanovené v odstavcích 2 a 3, ministerstvo ji žadateli vrátí a zároveň určí přiměřenou lhůtu k doplnění žádosti. Lhůta určená k doplnění žádosti se nezapočítává do lhůty stanovené pro rozhodnutí o udělení dovozního nebo vývozního povolení. Jestliže žadatel žádost v určené lhůtě nedoplní, ministerstvo zahájené řízení o udělení dovozního nebo vývozního povolení zastaví.

§ 26b

(1) Rozhodnutí o udělení dovozního nebo vývozního povolení obsahuje

- a) identifikační údaje žadatele,
- b) evidenční číslo dovozního nebo vývozního povolení,

- c) podpoložku kombinované nomenklatury celního sazebníku a její název označující tkáň nebo orgány, na jejichž dovoz a vývoz se dovozní nebo vývozní povolení uděluje,
- d) dobu platnosti dovozního nebo vývozního povolení, včetně povoleného maximálního množství kusů orgánů nebo tkání nebo buněk v mililitrech, které lze dovézt nebo vyvézt,
- e) název státu (států) původu tkání nebo orgánů v případě dovozu, název státu (států) určení tkání nebo orgánů v případě vývozu,
- f) další podmínky, pokud je to nezbytné,
- g) upozornění na povinnost vrátit dovozní nebo vývozní povolení do 10 pracovních dnů po jeho vyčerpání nebo ukončení jeho platnosti (§ 26e),
- h) účel dovozu nebo vývozu,
- i) poučení o opravném prostředku,
- j) přílohy rozhodnutí; v každé příloze je vymezeno místo pro záznam identifikačních údajů zdravotnického zařízení, které provedlo odběr tkáně nebo orgánu, a pro záznamy celních orgánů o využívání uděleného dovozního nebo vývozního povolení (množství, datum, otisk razítka, podpis); počet příloh odpovídá počtu povoleného maximálního dovozu nebo vývozu podle písmene d),
- k) datum vydání, podpis pověřeného pracovníka ministerstva a otisk razítka.

(2) Ministerstvo udělí dovozní nebo vývozní povolení na dobu nejdéle 12 měsíců.

§ 26c

(1) Ministerstvo dovozní nebo vývozní povolení neudělí, jestliže

- a) nejsou splněny náležitosti žádosti uvedené v § 26a odst. 2 a 3, nebo
- b) to vyžadují bezpečnostní zájmy České republiky (možnost rizika ohrožení zdraví a života obyvatel).

(2) Ministerstvo odejme dovozní nebo vývozní povolení, jestliže

- a) dovozní nebo vývozní povolení bylo uděleno na základě nepravdivých nebo neúplných údajů,
- b) nebyly dodrženy podmínky nebo rozsah v něm stanovené, nebo
- c) to vyžadují bezpečnostní zájmy České republiky.

(3) Odvolání proti rozhodnutí o odejmutí dovozního nebo vývozního povolení podle odstavce 2 nemá odkladný účinek.

(4) Veškerá písemná podání se předkládají v českém jazyce a listinné důkazy musí být opatřeny úředním překladem do českého jazyka.

(5) Ministerstvo a Generální ředitelství cel si vzájemně poskytují údaje týkající se dovozního nebo vývozního povolení, a to v rozsahu údajů uvedených v rozhodnutí podle § 26b. Navzájem se neprodleně informují o skutečnostech významných pro správní řízení o udělení, neudělení nebo odejmutí dovozního nebo vývozního povolení podle tohoto zákona, kontrolují dodržování podmínek stanovených v dovozních nebo vývozních povoleních a ukládání sankcí.

§ 26d

Na postup ministerstva se při udělování a odejmutí dovozních nebo vývozních povolení vztahuje správní řád, není-li tímto zákonem stanoveno jinak.

§ 26e

Dovozní nebo vývozní povolení nelze převést ani nepřechází na právního nástupce. Zdravotnické zařízení, kterému bylo dovozní nebo vývozní povolení uděleno, je povinno toto povolení ministerstvu vrátit do 10 pracovních dnů po jeho vyčerpání nebo ukončení jeho platnosti, a to včetně záznamů celních orgánů o jeho využívání a seznamu zdravotnických zařízení v zahraničí schválených státní autoritou, do kterých byly orgány nebo tkáně z České republiky vyvezeny, nebo z kterých byly orgány nebo tkáně do České republiky dovezeny.

§ 26f

Vláda vydá nařízení k provedení § 26a odst. 2 písm. b).

§ 26g

Pro dovoz nebo vývoz tkání nebo orgánů mezi Českou republikou a členskými zeměmi Evropské unie se ustanovení § 26a až 26d použijí obdobně.

HLAVA VII

JINÉ ČINNOSTI SOUVISEJÍCÍ S DAROVÁNÍM, ODBĚREM A TRANSPLANTACEMI

§ 27

Zajišťování informací pro veřejnost

Ministerstvo zajišťuje informovanost veřejnosti o významu a o možnostech darování tkání a orgánů, a to zvláště dárcovství krevetvorných buněk, o způsobu vyjádření nesouhlasu s posmrtným odběrem a o významu transplantací. Přitom

spolupracuje s ostatními správními úřady a orgány územní samosprávy, se zdravotními pojišťovnami, zdravotnickými zařízeními, profesními organizacemi ve zdravotnictví a dalšími orgány a institucemi.

§ 28

Zákaz finančního prospěchu nebo jiných výhod a obchodování s tkáněmi a orgány

- (1) Lidské tělo a jeho části nesmějí být jako takové zdrojem finančního prospěchu nebo jiných výhod.
- (2) Dárce ani jiné osoby nesmí uplatňovat vůči příjemci žádné nároky.
- (3) Inzerování a reklama za účelem poptávky nebo nabídky orgánů jsou zakázány. Za inzerování a reklamu se nepovažuje postup podle § 27.
- (4) Obchodování s tkáněmi a orgány odebranými za účelem transplantace je zakázáno.

HLAVA VIII

POKUTY

§ 29

(1) Za nesplnění nebo porušení povinností anebo zákazů stanovených tímto zákonem (dále jen "protiprávní jednání") lze uložit pokutu. Pokutu ukládá zdravotnickému zařízení správní úřad, který tomuto zařízení podle zvláštního právního předpisu udělil oprávnění.¹⁴⁾ Pokutu právnickým osobám a fyzickým osobám podnikajícím vlastním jménem, které nejsou zdravotnickým zařízením, ukládá obec, na jejímž území má právnická osoba sídlo, nebo fyzická osoba podnikající vlastním jménem, trvalý pobyt.

(2) Pokutu lze uložit

a) zdravotnickému zařízení

1. do výše 100 000 Kč za nesplnění nebo porušení povinností stanovených v § 3, 4, § 6 odst. 1, § 8 odst. 1, § 10 až 13, § 16 odst. 1 a 2, § 20 odst. 1, § 21, § 22 odst. 2 a 3, § 23 odst. 2, § 24 odst. 2, § 25 odst. 2, § 26 odst. 1 až 3 a § 28 odst. 3,
2. do výše 50 000 Kč za nesplnění nebo porušení povinností stanovených v § 6 odst. 3, § 7 odst. 1 až 3 a odst. 6, § 8 odst. 2, § 9 odst. 1, § 12, § 15 odst. 1, § 16 odst. 3 a § 19,
3. které dováží nebo vyváží orgány bez dovozního nebo vývozního povolení do výše 5 000 000 Kč,
4. které dováží nebo vyváží orgány v rozporu s uděleným dovozním nebo vývozním povolením do výše 1 000 000 Kč,

b) právnickým osobám a fyzickým osobám podnikajícím vlastním jménem do výše 500 000 Kč za porušení zákazu v § 28 odst. 3.

(3) Protiprávní jednání uvedené v odstavci 2 je opakované, pokud se ho zdravotnické zařízení, právnická osoba nebo fyzická osoba podnikající vlastním jménem dopustila v době do 1 roku od předchozího protiprávního jednání, za něž jí byla pravomocně uložena pokuta podle odstavce 2.

(4) Za opakované protiprávní jednání se zvyšují horní hranice pokut uvedených v odstavci 2 o polovinu.

§ 30

(1) Správní úřad, který uložil pokutu zdravotnickému zařízení, zašle opis rozhodnutí o uložení pokuty podle tohoto zákona zdravotní pojišťovně, se kterou má zdravotnické zařízení uzavřenu smlouvu o poskytování zdravotní péče.

(2) Řízení o uložení pokuty lze zahájit do 1 roku ode dne, kdy se správní úřad oprávněný k uložení pokuty nebo obec oprávněná k uložení pokuty o protiprávním jednání dozvěděly, nejpozději však do 3 let ode dne, kdy k protiprávnímu jednání došlo.

(3) Při ukládání pokuty a stanovení její výše se přihlíží k závažnosti protiprávního jednání, způsobenému následku, míře zavinění a okolnostem, za nichž k protiprávnímu jednání došlo.

(4) Pokutu vybírá a vymáhá správní úřad, který ji uložil, nebo obec, která ji uložila. Pokuta uložená ministerstvem je příjmem státního rozpočtu, pokuta uložená krajem je příjmem rozpočtu kraje, pokuta uložená obcí je příjmem rozpočtu obce.

(5) Jestliže protiprávní jednání uvedené v § 29 odst. 2 zakládá skutkovou podstatu protiprávního jednání podle jiného právního předpisu a příslušný správní úřad podle jiného právního předpisu řízení o uložení pokuty již zahájil, řízení o uložení pokuty podle tohoto zákona se zastaví.

HLAVA IX

SPOLEČNÁ A PŘECHODNÁ USTANOVENÍ

§ 31

Pokud se v tomto zákoně používá pojem "dárce" nebo "darování", nepoužijí se obecné právní předpisy upravující darování a náležitosti s tím související.²⁰⁾

§ 32

(1) Zdravotnická zařízení provádějící odběry a transplantace, transplantační centra, tkáňové banky a střediska pro vyhledávání dárců krvevorných buněk a součástí národních zdravotních registrů (§ 18) musí splnit podmínky stanovené tímto zákonem nejpozději do 2 let ode dne nabytí účinnosti tohoto zákona.

(2) Ministerstvo uveřejní zřízení Národního registru osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánů a způsob registrace občanů v tomto registru, a to způsobem, který zajistí, aby tyto skutečnosti vešly v co možná nejširší známost. Do doby zřízení registru se při zjišťování nesouhlasu s posmrtným odběrem postupuje podle dosavadních právních předpisů, s výjimkou případů, kdy občan svůj prokazatelný nesouhlas vyjádřil podle § 16 odst. 1 písm. b).

ČÁST DRUHÁ

Zrušena

§ 33

Zrušen

ČÁST TŘETÍ

Změna zákona o veřejném zdravotním pojištění

§ 34

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění zákona č. 242/1997 Sb., zákona č. 2/1998 Sb., zákona č. 127/1998 Sb., zákona č. 225/1999 Sb., zákona č. 363/1999 Sb., zákona č. 18/2000 Sb., zákona č. 132/2000 Sb., zákona č. 155/2000 Sb., nálezů Ústavního soudu č. 167/2000 Sb., zákona č. 220/2000 Sb., zákona č. 258/2000 Sb., zákona č. 459/2000 Sb., zákona č. 176/2002 Sb. a zákona č. 198/2002 Sb., se mění takto

1. V § 13 odst. 2 písmeno a) včetně poznámky pod čarou č. 23a) zní:

"a) léčebnou péči ambulantní a ústavní (včetně diagnostické péče, rehabilitace, péče o chronicky nemocné a zdravotní péče o dárce tkání nebo orgánů související s jejich odběrem),23a)

23a) Zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon).".

2. V § 13 odst. 2 se za písmeno d) vkládá nové písmeno e), které zní:

"e) odběr tkání nebo orgánů určených k transplantaci a nezbytné nakládání s nimi (uchovávání, skladování, zpracování a vyšetření),23a)".

Dosavadní písmena e) až j) se označují jako písmena f) až k).

3. V § 13 odst. 2 se za písmeno i) vkládají nová písmena j) až l), která znějí:

"j) dopravu žijícího dárce do místa odběru a z tohoto místa, do místa poskytnutí zdravotní péče související s odběrem a z tohoto místa a náhradu cestovních nákladů,

k) dopravu zemřelého dárce do místa odběru a z tohoto místa,

l) dopravu odebraných tkání a orgánů (§ 36 odst. 4).".

Dosavadní písmena j) a k) se označují jako písmena m) a n).

4. Za § 35 se vkládá nový § 35a, který včetně nadpisu zní:

"§ 35a

Transplantace tkání a orgánů

Zdravotní péči o živého dárce související s odběrem tkání a orgánů, odběr tkání a orgánů od žijícího nebo zemřelého dárce, nezbytné nakládání s odebranými tkáněmi a orgány a dopravu žijícího dárce nebo náhradu jeho cestovních nákladů a dopravu zemřelého dárce hradí zdravotní pojišťovna, jejímž pojištěncem je žijící dárce nebo jejímž pojištěncem byl zemřelý dárce.".

ČÁST ČTVRTÁ

Změna zákona o přestupcích

§ 35

Zákon č. 200/1990 Sb., o přestupcích, ve znění zákona č. 337/1992 Sb., zákona č. 344/1992 Sb., zákona č.

359/1992 Sb., zákona č. 67/1993 Sb., zákona č. 290/1993 Sb., zákona č. 134/1994 Sb., zákona č. 82/1995 Sb., zákona č. 237/1995 Sb., zákona č. 279/1995 Sb., zákona č. 289/1995 Sb., zákona č. 112/1998 Sb., zákona č. 168/1999 Sb., zákona č. 360/1999 Sb., zákona č. 29/2000 Sb., zákona č. 121/2000 Sb., zákona č. 132/2000 Sb., zákona č. 151/2000 Sb., zákona č. 258/2000 Sb., zákona č. 361/2000 Sb., zákona č. 370/2000 Sb., nálezu Ústavního soudu č. 52/2001 Sb., zákona č. 164/2001 Sb., zákona č. 254/2001 Sb., zákona č. 265/2001 Sb., zákona č. 273/2001 Sb., zákona č. 274/2001 Sb., zákona č. 312/2001 Sb., zákona č. 6/2002 Sb., zákona č. 62/2002 Sb., zákona č. 78/2002 Sb. a zákona č. 216/2002 Sb., se mění takto:

1. V § 29 odst. 1 se na konci písmene j) tečka nahrazuje čárkou a doplňují se písmena k) až m), která včetně poznámek pod čarou č. 3m) a 3n) znějí:

"k) poruší v rozporu se zvláštním právním předpisem 3m) zákaz inzerování a reklamy za účelem poptávky nebo nabídky tkání a orgánů,

l) za účelem získání dárce tkáně nebo orgánu pro transplantaci nabídne finanční odměnu nebo jinou výhodu,

m) poruší v rozporu se zvláštním právním předpisem 3n) anonymitu mezi dárce tkáně nebo orgánu a jeho příjemcem.

3m) § 28 zákona č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon).

3n) § 20 zákona č. 285/2002 Sb."

2. V § 29 odstavec 2 zní:

"(2) Za přešupek podle odstavce 1 písm. a) až j) a písmene l) lze uložit pokutu až do výše 10 000 Kč a za přešupek podle písmene k) lze uložit pokutu až do výše 50 000 Kč. Zákaz činnosti do 1 roku lze uložit za přešupek podle odstavce 1 písm. k) a l)."

ČÁST PÁTÁ

Změna zákona o péči o zdraví lidu

§ 36

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění zákona č. 210/1990 Sb., zákona č. 425/1990 Sb., zákona č. 548/1991 Sb., zákona č. 550/1991 Sb., zákona č. 590/1992 Sb., zákona č. 15/1993 Sb., zákona č. 161/1993 Sb., zákona č. 307/1993 Sb., zákona č. 60/1995 Sb., zákona č. 14/1997 Sb., zákona č. 206/1996 Sb., zákona č. 79/1997 Sb., zákona č. 110/1997 Sb., zákona č. 83/1998 Sb., zákona č. 167/1998 Sb., zákona č. 71/2000 Sb., zákona č. 123/2000 Sb., zákona č.

132/2000 Sb., zákona č. 149/2000 Sb., zákona č. 258/2000 Sb., zákona č. 164/2001 Sb. a zákona č. 260/2001 Sb., se mění takto:

1. V § 17 odst. 2 se slova "léčebných a ortopedických pomůcek a jiných zdravotnických potřeb" nahrazují slovy "zdravotnických prostředků".

2. § 26 včetně nadpisu a poznámek pod čarou č. 5a) až 5d) zní:

"§ 26

Odnímání částí lidského těla v souvislosti s léčebně preventivní péčí, lékařskou vědou, výzkumem a výukovými účely, odběr krve, tkání a orgánů

(1) Odběr krve a odnámání částí lidských těl provádějí a organizují zdravotnická zařízení, a to pouze pro potřeby léčebně preventivní péče a lékařské vědy, výzkumu a k výukovým účelům. Použití tělo zemřelého nebo jeho část lze pouze za podmínek stanovených tímto zákonem. Při odběru a darování tkání a orgánů pro účely transplantací se postupuje podle zvláštního právního předpisu upravujícího darování, odběr a transplantace tkání a orgánů.5a)

(2) Odběr krve může být proveden se souhlasem dárce a nesmí ohrožovat jeho zdravotní stav a musí být proveden takovým způsobem, který neohroží zdraví jiného člověka.

(3) Odběr tkáně nebo krve pro diagnostické účely lze z těla zemřelého provést pouze v nezbytně nutné míře a při zachování piety.

(4) Pokud byla v souvislosti s léčebně preventivní péčí pacientovi odebrána jakákoliv část jeho těla, lze ji uchovat a použít (dále jen "část těla pacienta")

a) pro potřeby lékařské vědy, výzkumu nebo k výukovým účelům,

b) pro výrobu zdravotnických prostředků podle zvláštního právního předpisu,5b)

c) pro výrobu nebo přípravu léčiv podle zvláštního právního předpisu,5c) nebo

d) pro výrobu bioimplantátů; bioimplantátem se rozumí tkáň lidského původu, ve které po jejím zpracování nelze prokázat přítomnost živých buněk; bioimplantátem není tkáň lidského původu zpracovaná prostým zmrazením a určená pro potřeby transplantací podle zvláštního právního předpisu,5a)

(dále jen "lékařské potřeby"), a to pouze pokud byla pacientovi o možnosti jejího uchování a použití pro lékařské potřeby podána ošetřujícím lékařem informace a pacient s tím vyslovil prokazatelný písemný souhlas.

(5) Použití tělo zemřelého lze jen pro lékařské potřeby, a to pouze pokud

a) s tím zemřelý za svého života vyslovil prokazatelný písemný souhlas; v případě, že zemřelý za svého života nevyjádřil prokazatelně svou vůli, může prokazatelný písemný souhlas s použitím těla zemřelého vyslovit osoba blízká zemřelému; pokud zdravotnické zařízení vyslovení souhlasu zemřelého nezjistí nebo osoba blízká zemřelému tento souhlas nevysloví,

nelze pro lékařské potřeby tělo zemřelého použít,

b) nevzniklo podezření, že příčinou smrti je přenosná nemoc,

c) se nejedná o zemřelého ve výkonu vazby nebo trestu odnětí svobody,

d) nebude zmařen účel pitvy, a to zejména v případech, kdy vzniklo podezření, že příčinou úmrtí je trestný čin nebo sebevražda.

(6) Pro lékařské potřeby je možné část těla pacienta použít nebo tělo zemřelého uchovat a použít anebo použít tělo zemřelého, pouze pokud to lze provést takovým způsobem, který neohrozí zdraví jiného člověka. Za tím účelem se posoudí zdravotní způsobilost pacienta nebo zemřelého. Pro posouzení zdravotní způsobilosti se provedou taková lékařská vyšetření a postupy, které zhodnotí zdravotní stav pacienta nebo zemřelého, a stanoví takové postupy, které vyloučí rizika pro zdraví osob při použití části těla pacienta nebo těla zemřelého. Za posouzení zdravotní způsobilosti odpovídá zdravotnické zařízení, které provedlo odběr nebo v němž vznikly podmínky pro použití těla zemřelého. Před použitím části těla pacienta nebo těla zemřelého musí být prokázáno, že byla posouzena zdravotní způsobilost pacienta nebo zemřelého. Zdravotnická dokumentace obsahující údaje o zdravotním stavu pacienta nebo zemřelého musí být vedena tak, aby byla zachována jeho anonymita, a musí být dohledatelná.

(7) Záznam o podání informace podle odstavce 4, prokazatelný písemný souhlas, popřípadě nesouhlas pacienta, nebo záznam o zjištění prokazatelného písemného souhlasu, popřípadě nesouhlasu zemřelého anebo osoby blízké, je součástí zdravotnické dokumentace pacienta nebo zemřelého. Součástí zdravotnické dokumentace pacienta nebo zemřelého je rovněž záznam o použití části těla pacienta nebo záznam o použití těla zemřelého. Prokazatelným vyjádřením písemného souhlasu se rozumí

a) předložení písemného souhlasu pacienta nebo zemřelého nebo osoby blízké zemřelému s jejich úředně ověřeným podpisem,

b) předložení písemného souhlasu pacienta nebo osoby blízké zemřelému vysloveného ve zdravotnickém zařízení podepsaného pacientem, svědkem určeným pacientem a ošetřujícím lékařem nebo osobou blízkou zemřelému a lékařem zdravotnického zařízení uvedeného v odstavci 6, nebo

c) vyslovení souhlasu pacienta ve zdravotnickém zařízení do záznamu o zjištění prokazatelného písemného souhlasu; takto vyslovený souhlas podepíše pacient, svědek určený pacientem a ošetřující lékař; pokud pacient s ohledem na svůj zdravotní stav nemůže záznam podepsat, popřípadě určit svědka, stvrdí jeho nepochybný projev vůle svým podpisem ošetřující lékař a další svědek, který není zdravotnickým pracovníkem; v záznamu se uvede způsob, jakým pacient svou vůli projevil, a zdravotní důvody bránící podpisu pacienta nebo určení svědka.

(8) Zdravotnické zařízení uvedené v odstavci 6 je povinno

a) hlásit pacienty, jejichž část těla má být použita pro výrobu bioimplantátu, a zemřelé, jejichž tělo má být použito pro výrobu bioimplantátu, do Národního registru dárců tkání a orgánů zřízeného podle zvláštního právního předpisu, 5a) a to nezbytné identifikační údaje pacienta a zemřelého, údaje o odebraných částech těla a údaje o jejich předání nemocnici se sídlem v České republice, jejíž součástí je tkáňová banka zřízená podle zvláštního právního předpisu 5a) (dále jen "tkáňová

banka"),

b) předávat odebrané části těla pacienta nebo tělo zemřelého určené k výrobě bioimplantátů pouze tkáňové bance.

(9) Tkáňová banka hlásí do Národního registru dárců tkání a orgánů identifikační údaje bioimplantátů, které byly vyrobeny z části těla pacienta nebo z těla zemřelého.

(10) Použití částí těla pacienta a použití těla zemřelého nemůže být zdrojem finálního prospěchu nebo jiných výhod pro pacienta nebo zemřelého za jeho života nebo fyzických nebo právnických osob po jeho úmrtí; rovněž nemůže být zdrojem finálního prospěchu nebo jiných výhod pro zdravotnické zařízení. To nebrání poskytnutí úhrady nákladů vzniklých v souvislosti s nakládáním s odebranou částí těla nebo tělem zemřelého, to je zejména s uchováváním, skladováním a zpracováním odebrané části těla pacienta nebo těla zemřelého.

(11) Pokud je pacient nebo pokud byl zemřelý za svého života nezletilou osobou, osobou s omezenou způsobilostí k právním úkonům nebo osobou zbavenou způsobilosti k právním úkonům v plném rozsahu, činí za něho úkony podle odstavců 4, 5 a 7 jeho zákonný zástupce. Zákonnému zástupci se poskytne rovněž informace podle odstavce 4. Pokud je pacient uvedený ve větě první schopný v dostatečné míře porozumět důvodům použití odebrané části jeho těla, je nutné poskytnout i jemu informaci podle odstavce 4. Vyslovený souhlas nebo nesouhlas tohoto pacienta je třeba respektovat.

(12) Při nakládání s plodem po potratu a dále s plodovým vejcem bez obalu, plodovým lůžkem (placentou) nebo těhotenskou sliznicí, které byly vyňaty nebo vypuzeny z těla ženy (dále jen "plodové vejce, lůžko nebo těhotenská sliznice"), se pro lékařské potřeby obdobně použijí ustanovení odstavce 4 až 11. Plodem po potratu se rozumí plod, který po úplném vypuzení nebo vynětí z těla matčina

a) neprojevuje ani jednu ze známek života a jeho porodní hmotnost je nižší než 1 000 g, a pokud ji nelze zjistit, jestliže je těhotenství kratší než 28 týdnů, nebo

b) projevuje alespoň jednu ze známek života, má porodní hmotnost nižší než 500 g, ale nepřežije 24 hodiny po porodu.

(13) Části lidského těla odebrané v souvislosti s léčebně preventivní péčí, části těla zemřelého, plod po potratu, plodové vejce, lůžko nebo těhotenská sliznice, které se nepoužijí pro lékařské potřeby, a to jen není-li podezření na trestný čin nebo sebevraždu, se zpopelňují ve spalovně zdravotnického zařízení nebo v krematoriu^{5d}) na základě dohody mezi zdravotnickým zařízením a provozovatelem krematoria. Záznam o zpopelnění části lidského těla, plodu po potratu, plodového vejce, lůžka nebo těhotenské sliznice se zakládá do zdravotnické dokumentace pacienta, v případě plodu do zdravotnické dokumentace matky.

(14) Ministerstvo zdravotnictví může stanovit vyhláškou

a) podrobnosti o odběru tkání a krve z těla zemřelého pro diagnostické účely,

b) podrobnosti o použití částí těla pacienta nebo těla zemřelého pro lékařské potřeby,

c) podrobnosti o vyslovení souhlasu zemřelého nebo osoby blízké s použitím těla zemřelého pro lékařské potřeby,

d) bližší podmínky posuzování zdravotní způsobilosti pacienta nebo zemřelého a rozsah jejich lékařských vyšetření pro účely použití částí těla pacienta nebo těla zemřelého pro lékařské potřeby.

5a) Zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon).

5b) Zákon č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně některých souvisejících zákonů.

Zákon č. 22/1997 Sb., o technických požadavcích na výrobky a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění zákona č. 71/2000 Sb.

5c) Zákon č. 79/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

5d) Zákon č. 256/2001 Sb., o pohřebnictví a o změně některých zákonů, ve znění zákona č. 479/2001 Sb."

3. Za § 26 se vkládá nový § 26a, který zní:

"§ 26a

(1) Tkáňová banka může předávat odebrané části lidských těl k výrobě bioimplantátů do zahraničí, a to na základě souhlasu uděleného ministerstvem zdravotnictví. Podrobnosti o předávání odebraných částí těl k výrobě bioimplantátů do zahraničí, náležitosti žádosti o udělení souhlasu k předávání odebraných částí těl k výrobě bioimplantátů do zahraničí stanoví ministerstvo zdravotnictví vyhláškou.

(2) Tkáňová banka hlásí předání odebraných částí lidských těl k výrobě bioimplantátů do zahraničí do Národního registru dárců tkání a orgánů."

4. § 28 zní:

"§ 28

(1) U zemřelých osob se zpravidla provádí zdravotní pitva. Pitva se provádí povinně nebo na základě určení prohlížejícím lékařem nebo vedoucím zdravotnického zařízení, a to v případech a za účelem stanoveným vyhláškou (§ 28a), popřípadě podle rozhodnutí orgánu ochrany veřejného zdraví. Na těle zemřelého lze provádět při zachování zásad piety tyto úkony:

- a) odnímání částí lidských těl podle § 26,
- b) úkony stanovené vyhláškou (§ 28a),
- c) odběr tkání a orgánů podle zvláštního právního předpisu,5a)
- d) další úkony stanovené zvláštním právním předpisem.5d)

(2) Soudní pitva se provádí za podmínek stanovených zvláštními právními předpisy."

5. Za § 28 se vkládá nový § 28a, který zní:

"§ 28a

Ministerstvo zdravotnictví stanoví vyhláškou

a) podrobnosti postupu při úmrtí a provádění pitev, včetně stanovení účelu pitvy, zdravotnického zařízení, popřípadě lékaře provádějícího prohlídku zemřelého nebo pitvu, dále úkony na těle zemřelého a rozsah a místa určení podávání informací a povinných hlášení o úmrtí, výsledku prohlídky zemřelého a provedení pitvy,

b) podrobnosti o rozsahu a obsahu povinně uváděných údajů do Národního registru dárců tkání a orgánů v případě použití odebraných částí těla pacienta nebo těla zemřelého pro výrobu bioimplantátů."

6. V § 37 se slova "prostředky zdravotnické techniky" nahrazují slovy "zdravotnické prostředky" a slova "prostředků zdravotnické techniky" nahrazují slovy "těchto prostředků"

7. V § 39 se doplňuje odstavec 3, který zní:

"(3) Zdravotnická zařízení jsou povinna uzavřít pojistnou smlouvu o pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou občanům v souvislosti s poskytováním zdravotní péče. Toto pojištění musí trvat po celou dobu, po kterou zdravotnické zařízení poskytuje zdravotní péči."

8. V § 67b odst. 10 se na konci písmene j) doplňují slova "nebo sledování a vyhodnocování kvality poskytované zdravotní péče".

9. V § 67b se za odstavec 13 vkládají nové odstavce 14 až 18, které včetně poznámky pod čarou č. 11g) znějí:

"(14) Při zrušení registrace nestátního zdravotnického zařízení(11g) nebo zániku nestátního zdravotnického zařízení úmrtím zdravotnického pracovníka poskytujícího zdravotní péči vlastním jménem, je provozovatel zdravotnického zařízení, kterému byla zrušena registrace, nebo ten, kdo žil se zemřelým zdravotnickým pracovníkem poskytujícím zdravotní péči vlastním jménem ve společné domácnosti, povinen správnímu úřadu, který vydal rozhodnutí o registraci zdravotnického zařízení,11g) oznámit do 15 dnů ode dne zrušení registrace nebo úmrtí zdravotnického pracovníka poskytujícího zdravotní péči vlastním jménem tuto skutečnost a zajistit zdravotnickou dokumentaci tak, aby byla chráněna před nahlížením nebo jiným nakládáním neoprávněnými osobami a ztrátou. Povinnost podle předcházející věty má i ten, kdo přišel se zdravotnickou dokumentací jako první do styku.

(15) Osoby uvedené v odstavci 14

a) nejsou oprávněny nahlížet do zdravotnické dokumentace,

b) jsou povinny zachovávat mlčenlivost o všech skutečnostech, které se dozvěděly o pacientech, o jejichž zdravotním stavu je vedena zdravotnická dokumentace, a jiných skutečnostech souvisejících s poskytováním zdravotní péče.

(16) Správní úřad, který vydal rozhodnutí o registraci zdravotnického zařízení,11g) na základě oznámení učiněného podle odstavce 14

a) neprodleně převezme zdravotnickou dokumentaci a zajistí ji tak, aby byla chráněna před nahlížením nebo jiným naklá-

dáním neoprávněnými osobami a ztrátou,

b) oznámí převzetí zdravotnické dokumentace podle písmene a) způsobem v místě obvyklém tak, aby byla zajištěna v co možná nejširším rozsahu informovanost pacientů, o nichž je zdravotnická dokumentace vedena,

c) do doby provedení nové volby zdravotnického zařízení pacienty, o nichž je zdravotnická dokumentace vedena, zajistí předávání potřebných výpisů, opisů nebo kopií zdravotnické dokumentace pro zajištění návaznosti zdravotní péče o tyto pacienty; tyto činnosti může vykonávat pouze odborně způsobilý zdravotnický pracovník; to platí i pro vydávání potřebných výpisů, opisů nebo kopií zdravotnické dokumentace pro zajištění návaznosti zdravotní péče nebo předání zdravotnické dokumentace nově zvolenému zdravotnickému zařízení před převzetím zdravotnické dokumentace správním úřadem podle písmene a),

d) neprodleně předá zdravotnickou dokumentaci na základě oznámení pacienta, o němž je tato zdravotnická dokumentace vedena, nebo na základě vyžádání nově zvoleného zdravotnického zařízení tomuto zařízení.

(17) K zajištění povinností podle odstavce 16 písm. a) a c) jsou pověřeni zaměstnanci správního úřadu oprávněni vstupovat do objektů zdravotnických zařízení uvedených v odstavci 14. Pověření zaměstnanci jsou povinni chránit údaje ze zdravotnické dokumentace před zneužitím nebo ztrátou, nejsou oprávněni sami do zdravotnické dokumentace nahlížet. Ustanovení o povinnosti mlčenlivosti nejsou dotčena.

(18) Zřizovatel státního zdravotnického zařízení, který rozhodl o jeho zrušení a nepřevedl práva a závazky zrušeného zdravotnického zařízení na jiné jím zřízené zdravotnické zařízení, plní úkoly správního úřadu stanovené v odstavci 16 písm. a) až d), pokud plněním těchto úkolů nepověřil jiné zdravotnické zařízení jím zřízené. Ustanovení odstavce 17 se použije obdobně.

11g) Zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů."

Dosavadní odstavec 14 se označuje jako odstavec 19.

10. V § 67b odstavec 19 včetně poznámky pod čarou č. 11h) zní

"(19) Uchovávání a skartace zdravotnické dokumentace se řídí zvláštním právním předpisem.11h) Náležitosti a obsah zdravotnické dokumentace včetně vzorů jejích součástí, vzorů tiskopisů, povinných hlášení, a podrobnosti o způsobu vedení, zpracování a zacházení se zdravotnickou dokumentací v písemné a elektronické formě, skartační řád, jehož součástí je skartační plán, stanoví ministerstvo zdravotnictví vyhláškou.

11h) Zákon č. 97/1974 Sb., o archivnictví, ve znění pozdějších předpisů."

Dosavadní poznámky pod čarou č. 11h) a 11i) se označují jako poznámky pod čarou č. 11i) a 11j).

11. § 67c a 67d včetně nadpisů a poznámek pod čarou č. 11i) a 11j) znějí:

"§ 67c

Národní zdravotnický informační systém

(1) NZIS je jednotný celostátní informační systém určený

a) ke sběru a zpracování informací o zdravotním stavu obyvatelstva, o zdravotnických zařízeních, jejich činnosti a ekonomice za účelem usměrňování poskytování zdravotní péče, stanovení koncepce státní zdravotní politiky, k využití informací v rámci zdravotnického výzkumu, pro řízení zdravotnictví a pro státní statistiku,

b) k vedení národních zdravotních registrů (dále jen "registry").

(2) Zdravotnická zařízení poskytují informace podle odstavce 1 písm. a), pokud je neposkytují podle zvláštního právního předpisu, 11i) v rozsahu a způsobem, který stanoví ministerstvo zdravotnictví vyhláškou.

(3) Plnění úkolů NZIS zajišťuje Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky (dále jen "Statistický ústav") zřízený ministerstvem zdravotnictví. Statistický ústav při nakládání s osobními údaji plní úkoly správce a zpracovatele, 11j) pokud tento zákon nebo zvláštní právní předpis 5a) nestanoví jinak nebo pokud Statistický ústav zpracováním osobních údajů nepověří podle zvláštního právního předpisu 11b) jiného zpracovatele.

§ 67d

Registry

(1) Součástí NZIS jsou registry určené zejména pro evidenci a sledování pacientů s vybranými společensky závažnými onemocněními a chorobnými stavy sloužící pro diagnostické a léčebné účely a sledování vývoje, příčin a důsledků těchto onemocnění a stavů a další registry, které jako součást NZIS stanoví zvláštní právní předpis 5a)

(2) Registry zřizuje a zrušuje ministerstvo zdravotnictví, které současně stanoví věcné a technické podmínky pro jejich provozování a dále stanoví pro jednotlivé registry jejich zpracovatele, pokud zpracovatel není stanoven zvláštním právním předpisem 5a) Úkoly související s provozem registrů plní Koordinační středisko pro resortní zdravotnické informační systémy zřízené ministerstvem zdravotnictví. Informace o zřízení registrů obsahující uvedené údaje se uveřejňují ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví.

(3) Přístup k údajům registrů, jejich vedení, shromažďování údajů a nakládání s nimi se řídí zvláštním právním předpisem 11b).

11i) Zákon č. 89/1995 Sb., o státní statistické službě, ve znění pozdějších předpisů.

11j) § 4 písm. j) a k) zákona č. 101/2000 Sb."

12. V § 70 se za odstavec 1 vkládají nové odstavce 2 až 4, které včetně poznámky pod čarou č. 12) znějí:

"(2) Ministerstvo zdravotnictví

a) podle zvláštního právního předpisu 5a) uděluje souhlas se zřízením transplantačního centra, tkáňové banky a dále stře-

diska pro vyhledávání dárců krvinek,

b) uděluje souhlas k předávání částí lidských těl do zahraničí k výrobě bioimplantátů.

(3) Ministerstvo zdravotnictví vykonává kontrolu nad zařízeními uvedenými v odstavci 2 písm. a).

(4) Podle odstavce 3 se postupuje též v případech, kdy byla zařízení uvedená v odstavci 2 písm. a) zřízena před nabytím účinnosti tohoto zákona.

12) Zákon č. 552/1991 Sb., o státní kontrole, ve znění pozdějších předpisů."

Dosavadní odstavce 2 a 3 se označují jako odstavce 5 a 6.

13. V § 77 odstavce 1 až 5 znějí:

"§ 77

(1) Zdravotnická zařízení vydávají prostřednictvím lékařů nebo klinických psychologů při výkonu zdravotní péče, a to na základě posouzení zdravotního stavu pacienta, lékařské posudky. Zdravotnické zařízení předá lékařský posudek pacientovi prokazatelným způsobem. Pokud je vydán zdravotnickým zařízením lékařský posudek pro stejný účel jako předcházející lékařský posudek, pozbývá tento lékařský posudek dnem platnosti nového posudku svou platnost.

(2) Má-li pacient, k jehož zdravotnímu stavu byl lékařský posudek vydán, nebo osoby, pro které v souvislosti s vydáním tohoto posudku vyplývají povinnosti, za to, že lékařský posudek je nesprávný, mohou podat návrh na přezkoumání lékařského posudku vedoucímu zdravotnického zařízení, a to prostřednictvím lékaře nebo klinického psychologa, který posudek vypracoval. Ve zdravotnickém zařízení provozovaném lékařem nebo klinickým psychologem, kteří poskytují zdravotní péči vlastním jménem, se návrh podle předcházející věty podává tomuto lékaři nebo klinickému psychologovi.

(3) Návrh na přezkoumání lékařského posudku podle odstavce 2 lze podat do 15 dnů ode dne jeho prokazatelného obdržení, ve věcech dočasné pracovní neschopnosti do tří dnů.

(4) Pokud nebyl podán návrh na přezkoumání, je lékařský posudek platný ode dne jeho prokazatelného předání pacientovi.

(5) Pokud vedoucí zdravotnického zařízení nebo lékař nebo klinický psycholog uvedený v odstavci 2 větě poslední návrhu na přezkoumání lékařského posudku nevyhoví, postoupí návrh jako odvolání do 30 dnů od jeho doručení, ve věcech pracovní neschopnosti do pěti dnů, správnému úřadu, který vydal rozhodnutí o registraci tohoto zdravotnického zařízení nebo je zřizovatelem tohoto zdravotnického zařízení."

14. Za § 77 se vkládají nové § 77a a 77b, které znějí:

"§ 77a

(1) Správní úřad, kterému bylo podle § 77 odst. 5 postoupeno odvolání proti lékařskému posudku,

a) odvolání zamítne a napadený lékařský posudek potvrdí, nebo

b) napadený lékařský posudek zruší a vrátí věc zdravotnickému zařízení, které tento posudek vydalo, k vydání nového lékařského posudku na základě nového, popřípadě doplňujícího posouzení zdravotního stavu pacienta.

(2) Proti rozhodnutí správního úřadu vydaného podle odstavce 1 se nelze odvolat.

§ 77b

Pokud tento zákon nestanoví jinak, vztahují se na postupy podle § 77a ustanovení správního řádu.13)".

ČÁST ŠESTÁ

Změna zákona o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních

§ 37

Zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění zákona č. 161/1993 Sb. a zákona č. 258/2000 Sb., se mění takto:

1. V § 10 odst. 3 se za písmeno b) vkládá nové písmeno c), které včetně poznámky pod čarou č. 9a) zní:

"c) souhlas Ministerstva zdravotnictví, jde-li o zřízení transplantačního centra, tkáňové banky a střediska pro vyhledávání dárců krvetvorných buněk, 9a)

9a) § 70 odst. 2 zákona č. 20/1966 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon)."

Dosavadní písmena c) až i) se označují jako písmena d) až j).

2. V § 12 odst. 2 se slova "d), e), f) a g)" nahrazují slovy "c), e), f), g) a h)".

3. V § 18 se slova "b), e), f) a g)" nahrazují slovy "b), f), g) a h)".

ČÁST SEDMÁ

Změna zákona o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře

§ 38

V zákoně č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře, ve znění zákona č. 160/1992 Sb., v § 2 odst. 1 písmeno c) zní:

"c) posuzují a hájí práva a profesní zájmy svých členů,".

ČÁST OSMÁ

ÚČINNOST

§ 39

Tento zákon nabývá účinnosti dnem 1. září 2002, s výjimkou části páté bodů 3 a 5, které nabývají účinnosti dnem 1. března 2003.

Klaus v. r.

Havel v. r.

v z. Rychetský v. r.

Příloha 1

Protokol o zjištění smrti

Jméno a příjmení pacienta:.....

Rodné číslo:/..... Pracoviště:

Číslo chorobopisu: Číslo zdravotní pojišťovny: ...

1. lékař zjišťující smrt

2. lékař zjišťující smrt

(lékař A):

(lékař B):

.....

.....

pracovní zařazení

pracovní zařazení

I. Zjištění smrti průkazem nevratné zástavy krevního oběhu

Zjištěna nevratná zástava krevního oběhu:

lékař A:

.....

.....

.....

datum

čas (hod: min)

podpis

lékař B:

.....
datum čas (hod.: min) podpis

II. Zjištění smrti průkazem nevratné ztráty funkce celého mozku

1. Předpoklady, na základě kterých lze uvažovat o diagnóze smrti mozku

1.1. Diagnóza základního mozkového postižení:

lékař A: lékař B:.....

1.2. Vedlejší diagnózy

1.3. Datum a čas úrazu nebo onemocnění

lékař A: lékař B:.....
(den, měsíc, rok) (den, měsíc, rok)
(hodina : minuta) (hodina : minuta)

Bylo vyloučeno, že na bezvědomí se v okamžiku vyšetření podílí
(odpověď ano/ne):

lékař A lékař B

intoxikace

tlumivé a relaxační účinky léčiv

metabolický nebo endokrinní rozvrat

primární podchlazení

2. Klinické známky smrti mozku

2.1. první vyšetření

lékař A lékař B

fotoreakce-oboustranně chybí (odp. ano/ne)

korneální reflex-oboustranně chybí (ano/ne)

vestibulookulární reflex-oboustranně chybí
(ano/ne)

motorická reakce při algickém podráždění
v inervační oblasti n. trigeminus-
oboustranně chybí (ano/ne)

kašlací reflex provokovaný hlubokým
tracheobronchiálním odsáváním - chybí
(ano/ne)

trvalá zástava spontánního dýchání
(pouze u dětí do 1 roku)
- apnoický test při p_{aCO_2} mm
Hg-splněn (ano/ne)

hluboké bezvědomí (Glasgow coma
scale-skóre)

2.2. druhé vyšetření

lékař zjišťující smrt
(lékař C):

4. lékař zjišťující smrt
(lékař D):

.....

pracovní zařazení pracovní zařazení

(vyplnit v případě, že druhé vyšetření provádí jiný lékař než
lékař A a B)

lékař A lékař B

lékař C lékař D

fotoreakce-oboustranně chybí (odp. ano/ne)

korneální reflex-oboustranně chybí (ano/ne)

vestibulookulární reflex-oboustranně chybí
(ano/ne)

motorická reakce, při algickém podráždění
v inervační oblasti n. trigeminus-
oboustranně chybí (ano/ne)

kašlací reflex provokovaný hlubokým
tracheobronchiálním odsáváním - chybí
(ano/ne)

trvalá zástava spontánního dýchání
- apnoický test při paCO_2 mm
Hg-splněn (ano/ne)

hluboké bezvědomí (Glasgow coma
scale-skóre)

Příloha 2

Zjišťování smrti v případech prokazování smrti mozku

A.

Stav, na jehož základě lze uvažovat o diagnóze smrti mozku

Stavem, na jehož základě lze uvažovat o diagnóze smrti mozku, je stav, kdy

- a) u pacienta není pochybnost o diagnóze strukturálního poškození mozku ani o jeho nevratnosti, a
- b) pacient je v hlubokém bezvědomí, na umělé plicní ventilaci a je vyloučeno, že se na bezvědomí v okamžiku vyšetření podílí
 - 1. intoxikace,
 - 2. tlumivé a relaxační účinky léčiv,
 - 3. metabolický nebo endokrinní rozvrat, nebo
 - 4. primární podchlazení.

B.

Klinické známky smrti mozku a vyšetření je prokazující

1. Klinickými známkami smrti mozku, na základě jejichž prokázání lze stanovit diagnózu smrti mozku, jsou

- a) zornicová areflexie,
- b) korneální areflexie,
- c) vestibulookulární areflexie,
- d) absence jakékoli motorické reakce na algický podnět aplikovaný v inervační oblasti hlavových nervů,
- e) absence kašlacího reflexu nebo jakékoli bezprostřední motorické reakce na hluboké tracheobronchiální odsávání,
- f) trvalá zástava spontánního dýchání prokázaná apnoickým testem,
- g) hluboké bezvědomí.

2. Vyšetření za účelem prokázání klinických známek smrti mozku (dále jen "vyšetření klinických známek smrti mozku") se provádí dvakrát, a to

- a) první vyšetření klinických známek smrti mozku v rozsahu stanoveném v bodu 1 písm. a) až e) a písm. g),
- b) druhé vyšetření klinických známek smrti mozku v rozsahu stanoveném v bodu 1 nejdříve po 4 hodinách od provedení

prvého vyšetření.

3. U dětí do 1 roku života se vyšetření klinických známek smrti mozku v rozsahu stanoveném v bodu 1 provádí dvakrát v odstupu nejméně 48 hodin.

4. Důvody, pro které nelze vyšetření klinických známek smrti mozku uvedených v odstavci 1 provést, zaznamená lékař provádějící vyšetření klinických známek smrti mozku do protokolu o zjištění smrti.

C.

Vyšetření potvrzující nevratnost smrti mozku

1. Vyšetřeními potvrzujícími nevratnost smrti mozku jsou

a) angiografie mozkových tepen nebo mozková perfuzní scintigrafie,

b) u dětí do 1 roku života mozková perfuzní scintigrafie a transkraniální dopplerovská sonografie.

U pacientů se zrátoým poraněním kalvy nebo po kraniektomii, u nichž nelze z medicínských důvodů vyšetřeními uvedenými v bodu 1 písm. a) nevratnost smrti mozku potvrdit, se nevratnost smrti mozku potvrzuje vyšetřením sluchových kmenových evokovaných potenciálů.

2) Zákon č. 20/1966 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 79/1997 Sb., o léčivech a o změnách a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

3) § 116 a 117 občanského zákoníku.

4) Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících předpisů, ve znění pozdějších předpisů.

5) § 8 občanského zákoníku.

6) § 10 občanského zákoníku.

7) § 124 odst. 2 a § 275 zákoníku práce.

7a) Zákon č. 296/2008 Sb., o zajištění jakosti a bezpečnosti lidských tkání a buněk určených k použití u člověka a o změně souvisejících zákonů (zákon o lidských tkáních a buňkách).

8) Například § 31 a 35a zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, § 22 zákona č. 20/1966 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

9) Zákon č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

10) § 28 zákona č. 20/1966 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

Vyhláška č. 19/1988 Sb., o postupu při úmrtí a pohřbivnictví, ve znění zákona č. 256/2001 Sb.

11) § 105 a 115 trestního řádu.

12) § 67c, 67d zákona č. 20/1966 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

13) Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

14) § 39 zákona č. 20/1966 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů.

15) Například zákon č. 20/1966 Sb., ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 160/1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

16) Zákon č. 363/1999 Sb., o pojišťovnictví a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o pojišťovnictví), ve znění pozdějších předpisů.

17) § 70 odst. 2 zákona č. 20/1966 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

20) Například občanský zákoník, zákon č. 357/1992 Sb., o dani dědické, dani darovací a dani z převodu nemovitostí, ve znění pozdějších předpisů.